



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)
3B13-003-004

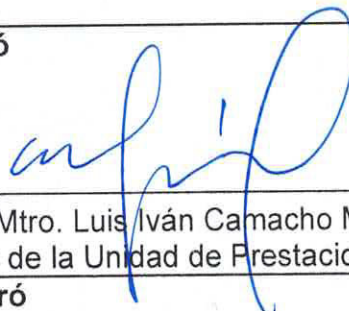
AUTORIZACIÓN

Aprobó



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

Revisó

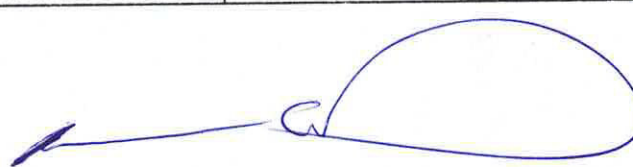


Mtro. Luis Iván Camacho Morales
Titular de la Unidad de Prestaciones Sociales



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

Elaboró



Mtro. Miguel Ángel Vázquez Pérez
Titular de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico

**COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD**

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 03 MAR 2026

"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, con pleno respeto a los derechos humanos y la no discriminación, así como prevenir los actos de corrupción".



ÍNDICE

		Página
1	Base normativa	5
2	Objetivo	5
3	Ámbito de aplicación	5
4	Definiciones	6
5	Políticas	12
5.1	Generales	12
5.2	Específicas	14
6	Descripción de actividades	20
7	Diagrama de flujo	59
	Anexos	
Anexo 1	Carátulas de Acuerdos del H. Consejo Técnico	92
Anexo 2	Ayudas técnicas Clave: 3B13-009-011	95
Anexo 3	Programa de control didáctico Clave: 3B13-009-012	99
Anexo 4	Derivación por Unidad operativa Clave: 3B13-009-013	104
Anexo 5	Nota de seguimiento por servicio Clave: 3B13-009-014	108
Anexo 6	Solicitud de ingreso Clave: 3B13-009-015	111
Anexo 7	Criterios de selección y el perfil de ingreso Clave: 3B13-018-002	115
Anexo 8	Entrevista inicial de trabajo social Clave: 3B13-009-016	118



ÍNDICE

Página

Anexo 9	Visita domiciliaria de trabajo social Clave: 3B13-009-017	124
Anexo 10	Entrevista inicial de psicología Clave: 3B13-009-018	133
Anexo 11	Entrevista inicial de terapia ocupacional Clave: 3B13-009-019	136
Anexo 12	Sondeo empresarial Clave: 3B13-009-020	140
Anexo 13	Entrevista inicial de gestoría ocupacional Clave: 3B13-009-021	144
Anexo 14	Entrevista inicial médica Clave: 3B13-009-022	150
Anexo 15	Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor Clave: 3B13-009-023	153
Anexo 16	Calendario individual de actividades Clave: 3B13-009-024	156
Anexo 17	Consentimiento del programa individualizado Clave: 3B13-009-025	161
Anexo 18	Propiedad intelectual, derechos de autoría y divulgación Clave: 3B13-009-026	164
Anexo 19	Evaluación del desempeño de la persona usuaria Clave: 3B13-009-027	167



ÍNDICE

Página

Anexo 20	Control de avance Clave: 3B13-009-028	170
Anexo 21	Inventario de habilidades de la persona usuaria Clave: 3B13-009-029	173
Anexo 22	Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART Clave: 3B13-009-031	178
Anexo 23	Encuesta de satisfacción del curso Clave: 3B13-009-032	184
Anexo 24	Informe final de capacitación de la persona usuaria Clave: 3B13-009-033	191
Anexo 25	Intermediación laboral Clave: 3B13-009-034	194
Anexo 26	Tarjeta de seguimiento de autoempleo Clave: 3B13-009-035	202
Anexo 27	Carta de presentación Clave: 3B13-009-036	206
Anexo 28	Tarjeta de seguimiento de empleo formal Clave: 3B13-009-037	209
Anexo 29	Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo Clave: 3B13-009-038	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.
- Numerales 7.1.2.1 párrafos 1, 15, 17, 39 y 7.1.2.1.5 párrafos 1, 5, 14, 16 y 21 del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, clave 3000-002-001, con fecha de registro 26 de enero de 2026.
- Numerales 7.1 párrafos 2, 5, 9, 10, 12, 17, 19, y 22 y 7.1.3 párrafos 1, 9 y 16 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 29 de noviembre de 2023.
- 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).

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 de las personas con discapacidad, que brinda el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) para mejorar su nivel y calidad de vida, facilitando su reincorporación social y laboral.

3 Ámbito de aplicación

Este procedimiento será de observancia obligatoria: en el Nivel Normativo para la Unidad de Prestación Sociales, Coordinación de Bienestar Social, a través de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico; en el Nivel OOAD Norte del Distrito Federal 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 la persona responsable de la Dirección o encargado, o persona que realiza las funciones de administración 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 la persona asegurada 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 AET: Persona analista de enseñanza técnica.

4.4 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.

4.5 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: 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 a la persona usuaria, 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 con 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 constancia: 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).

4.12 CTPAA: Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales, documento para la programación anual de actividades y servicios de Prestaciones Sociales Institucionales. Establece las directrices para la planeación, elaboración y autorización del programa, para posterior registro y seguimiento a través del SIPSI, documento que emite la Unidad de Prestaciones Sociales y la Coordinación de Bienestar Social, a través de sus Coordinaciones Técnicas y Divisiones, conforme a lo previsto en la “Norma para el otorgamiento de las prestaciones sociales institucionales, de promoción de la salud, cultura física y deporte, desarrollo cultural y capacitación y adiestramiento técnico”, clave 3000-001-025 y se encuentran disponibles en la página de la Comunidad de Bienestar Social.

4.13 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.

4.14 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 “Cédula de evaluación de la calidad del Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6”, clave 3A22-009-034.

NOTA 1: El formato de “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98” y el formato de “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” y son el Anexo 5 y 24, respectivamente, del “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, es el Anexo 5 del “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, es el Anexo 1 del “Procedimiento para la determinación del estado de invalidez”, clave 3A22-003-002.

NOTA 4: La “Cédula de evaluación de la calidad del Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6”, clave 3A22-009-034, es el Anexo 7 del “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 la persona solicitante y determinar la procedencia o no, de la contratación laboral de la persona.

4.18 evaluación: Proceso que tiene por objeto constatar a la persona instructora de Enseñanza Técnica y a la persona con discapacidad, 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: Está integrada por “Oficios”, “Notas informativas”, “Gráficos” y/o cualquier otro documento que evidencie la implementación y seguimiento de los compromisos generados en tiempo y forma por las personas responsables designadas.

4.20 guías didácticas: 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.

4.21 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 GO: Persona responsable de las actividades de Gestoría Ocupacional.

4.23 GTR: Grupo Técnico Revisor, el cual se integra por las personas responsables de Gestoría Ocupacional, Terapia ocupacional, Área Médica, Dirección del CECART, Área de Capacitación, Psicología, Trabajo Social y personal docente.

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

4.25 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.

4.26 IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

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 ST3”, 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 JAM: Persona Titular o Encargada de los procesos de la Jefatura de Área Médica en el CECART.

4.29 JAC: Persona Titular o Encargada de los procesos de la Jefatura de Área de Capacitación en el CECART.

4.30 JDPS: Persona Titular o encargada de la Jefatura del Departamento de Prestaciones Sociales.

4.31 JO: Persona Titular o encargada de la Oficina de Desarrollo Cultural, Capacitación y Adiestramiento Técnico.

4.32 JSSTPEyS: Persona Titular o encargada de la Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Prestaciones Económicas y Sociales.

4.33 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.

4.34 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.

4.35 matriz de requerimientos del PASS: Documento de apoyo del Programa de Atención Social a la Salud, en donde se establecen los criterios por grupo de atención para su aplicación, misma que se encuentra disponible para su consulta en la PCBS.

4.36 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.

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

4.38 mercado laboral: Espacio donde confluyen la oferta y la demanda de trabajo, y se generan las relaciones entre las empresas empleadoras y las personas que tienen interés



de incorporarse a un trabajo formal remunerado.

4.39 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>

4.40 PEOSIPSI: Persona designada por quien tiene la Titularidad o Encargo de la Dirección de la Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales para realizar los registros en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales.

4.41 persona asegurada: La persona trabajadora o sujeta de aseguramiento ante el Instituto en los términos de la Ley del Seguro Social.

4.42 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).

4.43 persona instructora: Se refiere a quien ocupa la categoría “N39 INSTRUCTOR DE ENSEÑANZA TÉCNICA o “INSTRUCTOR CECART E0”; que aplica elementos didácticos dirigidos a los usuarios en su aprendizaje y adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, es quién organiza, coordina, dirige, opera y realiza evaluaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje, con objeto de desarrollar y perfeccionar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes de quienes participan, a través de un programa de capacitación.

4.44 persona usuaria: Se refiere a quien utiliza los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales y que de acuerdo con su calidad jurídica pueden ser:

- **Derechohabiente:** Persona adscrita, pensionada, y/o personas beneficiarias del Instituto Mexicano de Seguridad Social que reciben las prestaciones otorgadas al amparo de la Ley del Seguro Social.
- **Derechohabiente beneficiaria:** El o la cónyuge de la persona asegurada o pensionada y a falta de este, la concubina o el concubinario en su caso, así como las personas ascendientes y descendientes de la persona asegurada o pensionada señalados en la Ley.
- **No derechohabiente:** Persona que no es derechohabiente o beneficiaria por lo que no cuenta con beneficio de descuentos.

4.45 POETA: Programa de Oportunidades Económicas a través de la Tecnología en las



Américas.

4.46 PSIC: Persona encargada de los procesos de Psicología, en los que realiza entre otras actividades, acciones de valoración psicológica de la persona con discapacidad.

4.47 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 las personas con discapacidad que egresan de los cursos de capacitación para el trabajo.

4.48 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 las personas usuarias aseguradas con discapacidad.

4.49 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.

4.50 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.

4.51 relación de constancias: 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 de la persona instructora y el JAC y la fecha de emisión.

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

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

4.54 TDCAT: Persona Titular de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico.

4.55 TDCBS: Persona Titular de la Coordinación de Bienestar Social.

4.56 TDCECART: Persona Titular o Responsable de la Dirección del Centro de



Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo.

4.57 TS: Persona responsable de los procesos de Trabajo Social en los que realiza entre otras actividades, entrevista inicial, visita domiciliaria y complementa el diagnóstico socioeconómico de la persona con discapacidad.

4.58 TO: Persona responsable de los procesos de Terapia Ocupacional en los que realiza entrevista inicial, diagnóstico de desempeño funcional y ocupacional de la persona con discapacidad.

4.59 Unidad operativa: Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales. Son 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).

4.60 Unidades de referencia médica: Son las Unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, que derivan a la persona usuaria asegurada con discapacidad, al CECART.

5 Políticas

5.1. Generales

5.1.1 De la entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “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)”, clave 3B13-003-066, con fecha de registro 10 de febrero de 2022.

5.1.2 El incumplimiento del contenido del presente documento, por las personas servidoras publicas involucradas será causal de las responsabilidades que resulten procedentes conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.3 El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Publicas del IMSS, con los principios constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, a través de las pautas de conducta de las personas servidoras públicas del IMSS, cuyos compromisos son desarrollar ambientes laborales libres de violencia, de respeto a los derechos humanos de igualdad y a la no discriminación, de integridad y prevención de conflictos de interés en el uso del cargo y en la asignación de recursos públicos y contra las conductas que pudieran constituir actos de corrupción, aprobado por el H. Consejo



Técnico mediante Acuerdo ACDO,SA2.HCT.260124/19 P DA de fecha 26 de enero de 2024.

5.1.4 El JSSTPEyS, JDPS y el TDCECART, 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 TCBS, el TDCAT, el JSSTPEyS y el TDCECART, 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 JSSTPEyS 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 TCBS, a través del TDCAT será el responsable de interpretar y tomar las acciones pertinentes para atender aquellos casos no previstos en este documento.

5.1.10 El JAC, o PEOSIPSI, designada por el TDCECART, 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 TDCECART y el personal adscrito al CECART, deberán dar cumplimiento “Procedimiento para la inscripción a cursos, talleres y eventos de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3B12-003-002.

5.1.12 Será responsabilidad del JDPS, JO y del TDCECART, atender las solicitudes de información de la División de Capacitación y Adiestramiento Técnico, por el medio que ésta determine.

5.1.13 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.

5.1.14 Al término de los cursos presenciales otorgados en el aula POETA y en el Programa de Rehabilitación para el Trabajo y la Reincorporación Laboral, el TDCECART o



el personal docente otorgará a la persona usuaria la “Constancia”, clave 3B13-003-008, como evidencia de haber concluido el curso.

NOTA: La “Constancia”, clave 3B13-009-008 es el Anexo 2 del “Procedimiento para el otorgamiento, evaluación y seguimiento de la capacitación y adiestramiento técnico presencial y mixto”, clave 3B13-003-003.

5.1.15 La TS deberá de integrar el “Expediente de la persona usuaria” con la “Documentación soporte”, la cual está conformada de la siguiente manera:

- Identificación personal y/o cartilla nacional de salud.
- Comprobante de domicilio, vigente no mayor de tres meses.
- Formato “Referencia-Contrarreferencia 4-30-8/98”.
- “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200”.

Así como los 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.
- “Dictamen de invalidez ST-4”, clave 3A22-009-004.
- “Dictamen de beneficiario(a) incapacitado ST-6”.

NOTA 1: El formato de “Referencia-contrarreferencia 4-30-8/98” y el formato de “Solicitud de servicios (interconsulta) 4-30-200” son el Anexo 5 y 24, respectivamente, del “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, es el Anexo 5 del “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, es el Anexo 1 del “Procedimiento para la determinación del estado de invalidez”, clave 3A22-003-002.

NOTA 4: El “Dictamen de beneficiario incapacitado ST-6”, clave 3A22-009-033, es el Anexo 3 del “Procedimiento para la dictaminación de beneficiario incapacitado”, clave 3A22-003-007.

5.1.16 El TDCECART, podrá proponer a través del JDPS la apertura de cursos que sean identificados como demanda de la población con discapacidad y de los empleadores, enviando el temario y las horas propuestas de capacitación al TDCAT.

5.2. Específicas

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



5.2.1 La JDPS a través del JO será responsable de entregar oportunamente al TDCECART, el material de difusión y promoción de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral. Así mismo, la TS deberá promover en colaboración con el personal administrativo y operativo del CECART que designe el TDCECART, 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 JSSTPEyS, durante todo el año.

5.2.2 El TDCECART deberá asegurarse de que los requisitos de ingreso a la cartera de servicios de los programas de Capacitación para el trabajo y Reincorporación Laboral, así como del 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 las personas usuarias de los servicios de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3000-022-024.

NOTA: El “Reglamento interno para las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales institucionales”, es el Apéndice C de la “Norma para el otorgamiento de las Prestaciones Sociales Institucionales, de Promoción de la Salud, Cultura Física y Deporte, Desarrollo Cultural y Capacitación y Adiestramiento Técnico, clave 3000-001-025.

5.2.3 El TDCECART tomará las decisiones pertinentes para dar cumplimiento al “Reglamento interno para las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales institucionales”, pudiendo considerar la baja o permanencia de las personas usuarias en los servicios otorgados por el CECART.

NOTA: El “Reglamento interno para las personas usuarias de los servicios de prestaciones sociales institucionales”, es el Apéndice C de la “Norma para el Otorgamiento de las Prestaciones Sociales Institucionales, de Promoción de la Salud, Cultura Física y Deporte, Desarrollo Cultural y Capacitación y Adiestramiento Técnico, clave 3000-001-025.

5.2.4 El GTR deberá sesionar con la participación del personal experto en cada área integrado por el TDCECART, JAM, JAC, personal de GO, la persona Instructora (deberán participar de manera escalonada), personal de TS, la TO, el PSIC y de considerarlo necesario el AET.

5.2.5 El GTR deberá tomar las determinaciones que correspondan de acuerdo con su experiencia y conocimientos para establecer la atención de las personas con discapacidad, y en ningún momento, ninguna persona integrante del GTR podrá tomar decisiones unilaterales que no estén avaladas por el consenso de los expertos, dichas determinaciones deberán estar documentadas y fundamentadas por la minuta correspondiente.

5.2.6 Las personas integrantes del GTR, deberán verificar el grado de discapacidad de la persona que solicita los servicios, a efecto de que ésta sea independiente, que en su caso se encuentre controlado médicamente, y con horizonte para reincorporarse al mercado laboral, en caso de no contar con estos requisitos, deberán gestionar para las personas derechohabientes las derivaciones correspondientes mediante trabajo social.



5.2.7 El JAC y el JAM, deberá informar mediante nota informativa semanal al personal: docente, de gestoría ocupacional, de terapia ocupacional, de psicología y trabajo social, sobre las determinaciones que ha tomado el GTR respecto de los acuerdos sobre la atención de las personas con discapacidad, a efecto de que todo el equipo CECART esté enterado, lo anterior, conforme al “Manual de Organización del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo”, clave 3000-002-012.

5.2.8 El TDCECART deberá convocar y dirigir semanalmente, las sesiones de trabajo con las personas integrantes del GTR, para que de acuerdo con las opiniones de las personas expertas, se determinen en conjunto las acciones de atención y seguimiento de los servicios de trabajo social, psicología, terapia ocupacional, gestoría ocupacional, capacitación para el trabajo, área médica, con relación al “Programa individualizado” de cada persona con discapacidad, para la elaboración de las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-011 (Anexo 2) u otros casos específicos, que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje y su reincorporación a una vida social y laboral.

5.2.9 La persona instructora que brinda los cursos de capacitación que se ofrecen a las personas con discapacidad, deberá elaborar el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-012 (Anexo 3), de acuerdo con el perfil educativo de la persona con discapacidad, en contraste con lo requerido por la persona empleadora, y por ningún motivo deberán integrar otros contenidos didácticos o cursos que no forman parte fundamental para la reincorporación laboral derivada del análisis del GTR; en caso de que algún integrante del GTR solicite que la persona usuaria deba tomar otros cursos o contenidos, el TDCECART deberá enviar por escrito al JDPS con copia al TDCAT, la justificación debidamente fundamentada con fecha de proyección de término, para su autorización.

5.2.10 El TDCECART será responsable de vigilar que las personas con discapacidad que se integran al proceso de reincorporación laboral no excedan el tiempo estipulado en los “Criterios Técnicos para la Programación Anual de Actividades y Servicios de Prestaciones Sociales Institucionales” vigente, de encontrarse casos de excepción, deberá enviar escrito con justificación debidamente fundamentada con fecha de proyección para término para su autorización, al JDPS con copia a la persona TDCAT.

5.2.11 La persona instructora deberá 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 JAC y considerará también el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-012 (Anexo 3).

5.2.12 La TS, 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 y 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 3B13-009-013 (Anexo 4) 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.

5.2.13 La TS, deberá anotar en la “Bitácora de registro de servicios CECART” la inscripción de las personas en situación de vulnerabilidad al Aula POETA y brindará información a las personas usuarias que ingresan a los servicios del aula POETA, sobre las actividades que se ofrecen en los Centros de Seguridad Social.

5.2.14 El personal responsable de los servicios de trabajo social, psicología, terapia ocupacional, gestoría ocupacional, enseñanza técnica, capacitación para el trabajo, área médica, deberán programar las entrevistas iniciales y parciales, así como de las citas de seguimiento, de manera conjunta con las personas usuarias, 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 GTR.

5.2.15 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.

5.2.16 El GO, 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 las empresas.

5.2.17 El GO, 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,

5.2.18 El GO será responsable de llevar a cabo los trámites correspondientes a la reincorporación laboral, con principal enfoque en la reincorporación formal, integrando la evidencia soporte (oficios, fotografías, minutas) de las gestiones realizadas en el “Expediente de la persona usuaria”, una vez agotadas las gestiones correspondientes a la reincorporación laboral formal, podrá ofrecer a la persona usuaria la reincorporación laboral en el autoempleo o negocio propio, para esta última opción, deberá dar acompañamiento a la persona usuaria hasta la puesta en operación de la actividad de autoempleo o negocio propio y generar la evidencia documental (oficios, fotografías, minutas) de la gestión correspondiente; deberá informar en las reuniones del GTR y anotar en los reportes, los avances en la Modalidad gestionada de la persona con discapacidad.

5.2.19 El GTR, en caso de que la persona usuaria no acepte la primera opción sugerida de acuerdo con su funcionalidad y a los perfiles solicitados por las personas empleadoras, podrá sugerir otra opción, en caso de que la persona usuaria continúe sin aceptar, el GO a través de TS, notificará al Área Médica las causas de la no reincorporación laboral.

5.2.20 La persona instructora propondrá el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-012 (Anexo 3), el número de evaluaciones parciales de acuerdo con las adecuaciones



alineadas a las necesidades y perfil de la persona usuaria, así como a los requerimientos de la persona empleadora o del negocio propio.

5.2.21 En caso de deserción de la persona usuaria de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral, la TS será el contacto entre el CECART y la persona usuaria, para investigar los motivos y en su caso, sensibilizarlo a reincorporarse al servicio correspondiente, para concluir el proceso.

5.2.22 La TS, deberá notificar por correo electrónico, en su caso, a las personas responsables de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y/o reincorporación laboral, los motivos de deserción de la persona usuaria, para la reorganización de sus labores y evitar afectar los servicios.

5.2.23 La TS emitirá un “Informe mensual de deserción”, que será presentado en las sesiones del GTR, como parte del seguimiento a sus actividades.

5.2.24 El AET deberá publicar mensualmente, en el “Boletín de promoción y difusión”, los casos de éxito de las personas usuarias egresadas de los cursos de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral del CECART, que reflejen el resultado de su situación actual, en relación con su reinserción a una vida social y laboral.

5.2.25 El JAC, deberá dar seguimiento a las propuestas de temas de investigación que proponga el AET, a fin de que este desarrolle al menos un “Protocolo de investigación” al año, con enfoque en la reincorporación laboral, para mejorar los servicios del CECART.

5.2.26 La TS, la PSIC, el TO, el GO, el JAM, el JAC, serán responsables de crear, resguardar y actualizar, la “Carpeta de evidencias”, correspondiente a su servicio.

5.2.27 La TS, la PSIC, el TO, el GO, el JAM, el JAC, serán corresponsables de integrar el “Expediente de la persona usuaria”, con los documentos derivados del otorgamiento de sus servicios, y una vez integrado, colocarlo en la sección asignada para este, dentro del área de Trabajo Social; siendo la primera, la responsable de presentar el “Expediente de la persona usuaria” en las sesiones del GTR.

5.2.28 Los integrantes del GTR, deberán mantener actualizada la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), a efecto de que ésta pueda ser revisada en reuniones subsecuentes a las que convoque el TDCECART o algún especialista del CECART.

5.2.29 El TDCECART y la persona instructora, al término del curso, deberán promover entre las personas usuarias con discapacidad, la oportunidad de obtener una certificación en estándares de competencia laboral, promoviendo los instrumentos didácticos que se encuentran alineados a esta metodología, sus contenidos e instrumentos de evaluación en estándares de competencia CONOCER.



5.2.30 La persona instructora solicitará a las personas con discapacidad sus datos de correo electrónico y número de teléfono celular, a efecto de aprovechar el uso de las tecnologías de la información y facilitar la colaboración académica entre la persona instructora y la persona con discapacidad en proceso de capacitación.

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

5.2.31 El TDCECART 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 de la persona usuaria; a fin de establecer acciones preventivas y de mejora.

5.2.32 El TDCECART en conjunto con el GTR, ofrecerá a la persona usuaria otras alternativas para su reincorporación laboral, en caso de que al tercer intento no se logre la reincorporación, se dará por concluido el proceso para esta persona usuaria.

5.2.33 El TDCECART 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 JDPS, con copia al JO asignado al programa.

5.2.34 El JAM y el JAC deberán supervisar y asegurar el cumplimiento de las acciones de su ámbito de responsabilidad.

El presente procedimiento tiene como documentos de referencia los siguientes:

- 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.

- Escala de valoración de Hamilton para la Ansiedad”.
- “Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)”.
- Manual de Organización del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo, clave 3000-002-012.
- Norma para el otorgamiento de las Prestaciones Sociales Institucionales, de Promoción de la Salud, Cultura Física y Deporte, Desarrollo Cultural y Capacitación y Adiestramiento Técnico, clave 3000-001-025.



Responsable	Descripción de actividades
6 Descripción de actividades	Etapas I Evaluación de ingreso de la persona en situación de vulnerabilidad Trabajo Social 1. Recibe a la persona en situación de vulnerabilidad en especial con discapacidad y promueve los servicios que otorga el CECART, a través del “Material de difusión y promoción” impresos o digitales, lo anterior, de conformidad con la política 5.2.1. NOTA: Las personas en situación de vulnerabilidad que además presenten discapacidad y sean no derechohabientes, no podrán participar en los servicios de capacitación que ofrece el CECART en materia del Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral. 2. Realiza breve entrevista inicial a la persona interesada, llena la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-015 (Anexo 6) y le solicita entregar la “Documentación soporte” en original y copia. NOTA: Se entenderá como “Documentación soporte” aquella que refiere la definición 4.15, y política 5.1.15 de este procedimiento. 3. Recibe de la persona interesada en original y copia la “Documentación soporte” y revisa que se encuentre completa de conformidad con la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-015 (Anexo 6). No está completa Continúa en la actividad 4. Si está completa Continúa en la actividad 5. No está completa 4. Entrega a la persona interesada la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-015 (Anexo 6), junto con



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	la “Documentación soporte” y le solicita completar los requisitos faltantes. 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 con la política 5.2.12. Continúa en la actividad 3. Sí está completa 5. Llena el formato “Criterios de selección y el perfil de ingreso”, clave 3B13-018-002 (Anexo 7) e identifica el grupo en situación de vulnerabilidad al que pertenece y explica los servicios de capacitación para el trabajo. 6. Evalúa a la persona interesada con base en los “Criterios de selección y el perfil de ingreso”, clave 3B13-018-002 (Anexo 7) y define conforme al grupo en situación de vulnerabilidad, si es susceptible a integrarse al aula POETA y/o a los servicios de capacitación para el trabajo. 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 quiere inscribirse a alguno de los servicios. No desea inscribirse Continúa en la actividad 8. Sí desea inscribirse Continúa en la actividad 9. No desea inscribirse 8. Entrega en original y copia la “Documentación soporte” y concluye el proceso.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	Sí desea inscribirse 9. Devuelve los originales de la “Documentación soporte” a la persona interesada e integra el “Expediente de la persona usuaria” con la “Solicitud de ingreso”, clave 3B13-009-015 (Anexo 6) y con la copia de la “Documentación soporte” y determina la Modalidad a la que desea inscribirse la persona interesada. Modalidad A Aula POETA Continúa en la actividad 10. Modalidad B Capacitación para el trabajo Continúa en la actividad 21. Modalidad A Aula POETA
Jefatura de Área de Capacitación	10. Recibe y registra a la persona interesada en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y entrega el “Expediente de la persona usuaria” al JAC para consulta. 11. Recibe de la TS el “Expediente de la persona usuaria” e identifica el servicio solicitado. 12. Presenta a la persona usuaria con la persona instructora y archiva de forma alfabética y temporal en el “Expediente de la persona usuaria” en el área de archivo.
Persona instructora	13. Recibe a la persona usuaria, e identifica el servicio solicitado, uso de equipos o alfabetización tecnológica. Uso de equipos Continúa en la actividad 14. Alfabetización tecnológica



Responsable	Descripción de actividades
	Continúa en la actividad 15.
	Uso de equipos
Persona instructora	14. Registra en una “Libreta” por fecha, los datos de la persona usuaria y los servicios prestados (consulta, impresión, elaboración de documentos u otra actividad) y concluye el proceso.
	Alfabetización tecnológica
	15. Integra a la persona usuaria a los cursos de alfabetización tecnológica y solicita al TDCECART mediante “Correo electrónico de solicitud”, su inscripción en el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI).
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	16. Solicita a la PEOSIPSI, registre a la persona usuaria en SIPSI, a fin de contar con datos estadísticos de su capacitación e informa a la persona instructora de su alta en el “SIPSI”.
Persona instructora	17. Imparte el curso y envía “Correo electrónico de notificación” a la TS, indicando que la persona usuaria ha concluido su capacitación y solicita la elaboración de la “Constancia”.
Trabajo Social	18. Elabora la “Constancia”, la registra en la “Libreta de constancias” y envía a la persona instructora.
Persona instructora	19. Recibe el “Constancia” y entrega a la persona usuaria.
Trabajo Social	20. Elabora mensualmente el “Reporte de usuarios inscritos en el Aula POETA” y lo archiva, de forma cronológica y definitiva en la “Carpeta de evidencias de trabajo social” para efectos estadísticos y de consulta y concluye el proceso.
	NOTA: El JAC resguarda evidencias y registra datos estadísticos en la plataforma de POETA, conforme al Convenio de Colaboración con la Organización de Estados Americanos (OEA).



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	Modalidad B Capacitación para el trabajo 21. Informa a la persona usuaria 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, Médica, Terapia y Gestoría ocupacional lleven a cabo las entrevistas iniciales. NOTA: Para las personas aseguradas y derechohabientes se les podrá ofrecer el “Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral.” 22. Envía “Correo electrónico de notificación” a las Áreas de Psicología, Médica, Terapia ocupacional y Gestoría ocupacional, mencionado que se inscribió a una persona usuaria 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. NOTA: Las fechas de cita no deberán exceder 5 días, de conformidad a la política 5.2.14 y 5.2.15. 23. Recibe de las Áreas de Psicología, Médica, Terapia ocupacional y Gestoría ocupacional “Correo electrónico de propuesta”, mediante el cual informan las fechas y horarios de atención. NOTA: En caso de existir complicación con las fechas y horarios de atención, se realizarán los ajustes correspondientes. 24. Elabora la “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. 25. Contacta vía telefónica a la persona usuaria, 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.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	26. Recibe a la persona usuaria el día de la cita acordada, obtiene una copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” y se la entrega. 27. Informa a la persona usuaria donde se encuentran estos servicios y solicita que firme de enterada y de conformidad en la “Bitácora de registro de servicios CECART. 28. Deriva a la persona usuaria con los especialistas de las diferentes áreas para la entrevista inicial: Modalidad B1 Trabajo Social Continúa en la actividad 29. Modalidad B2 Psicología Continúa en la actividad 36. Modalidad B3 Terapia ocupacional Continúa en la actividad 41. Modalidad B4 Gestoría ocupacional Continúa en la actividad 46. Modalidad B5 Área Médica Continúa en la actividad 54. Modalidad B1 Trabajo Social 29. Realiza entrevista inicial y registra datos en el formato “Entrevista inicial de trabajo social”, clave 3B13-009-016 (Anexo 8).



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	30. Notifica a la persona usuaria durante la entrevista, la necesidad de realizar una visita domiciliaria, para completar el diagnóstico socioeconómico, anota la fecha y hora de la visita en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y entrega una copia a la persona usuaria y solicita que firme de conformidad en el original. 31. Realiza la visita al domicilio de la persona usuaria y registra en el formato “Visita domiciliaria de trabajo social”, clave 3B13-009-017 (Anexo 9), las observaciones obtenidas. 32. Elabora la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con el diagnóstico socioeconómico, lo anterior, conforme a la política 5.2.28. 33. Extrae el original de la “Bitácora de registro de servicios CECART” del “Expediente de la persona usuaria”, obtiene una copia y solicita a la persona usuaria firme en original y copia. 34. Integra el “Expediente de la persona usuaria”, con los siguientes formatos: • “Entrevista inicial de trabajo social”, clave 3B13-009-016 (Anexo 8). • “Visita domiciliaria de trabajo social”, clave 3B13-009-017 (Anexo 9). • “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5). • “Bitácora de registro de servicios CECART”, en original. y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 35. Entrega copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” a la persona usuaria e indica que continúe con su siguiente entrevista. Continúa en la actividad 61.



Responsable	Descripción de actividades
Psicología	Modalidad B2 Psicología 36. Recibe a la persona usuaria, realiza entrevista inicial y registra los datos obtenidos en el formato “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-018 (Anexo 10). 37. Aplica a la persona usuaria escalas de valoración para la ansiedad y la depresión, así como psicológicas, considerando los hallazgos en el área afectiva e intelectual y registra los resultados en la sección correspondiente del formato “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-018 (Anexo 10). 38. Extrae del “Expediente de la persona usuaria” el original de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, obtiene una copia y solicita a la persona usuaria firme en original y copia. 39. Integra al “Expediente de la persona usuaria”, con los siguientes documentos. • “Entrevista inicial de psicología”, clave 3B13-009-018 (Anexo 10). • “Escala de valoración para la ansiedad y la depresión” • Original de la “Bitácora de registro de servicios CECART”. y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 40. Entrega copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” a la persona usuaria e indica que continúe con su siguiente entrevista. Continúa en la actividad 61. Modalidad B3 Terapia ocupacional
Terapia Ocupacional	41. Recibe a la persona usuaria, realiza entrevista inicial para identificar las alteraciones cognitivas y



Responsable	Descripción de actividades
Terapia Ocupacional	funcionales, de acuerdo con el tipo de discapacidad. 42. Anota los resultados en el formato “Entrevista inicial de terapia ocupacional”, clave 3B13-009-019 (Anexo 11) y registra en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), el diagnóstico de desempeño funcional y ocupacional con base en la “Matriz de requerimientos del PASS”, lo anterior, conforme a la política 5.2.28. 43. Extrae el original de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, del “Expediente de la persona usuaria”, obtiene una copia y solicita a la persona usuaria firme el original y la copia. 44. Integra al “Expediente de la persona usuaria”, con los siguientes documentos: • “Entrevista inicial de terapia ocupacional”, clave 3B13-009-019 (Anexo 11) • “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) • Original de la “Bitácora de registro de servicios CECART” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 45. Entrega copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” a la persona usuaria e indica que continúe con su siguiente entrevista. Continúa en la actividad 61. Modalidad B4 Gestoría ocupacional
Gestoría ocupacional	46. Investiga los perfiles solicitados por las empresas empleadoras, así como los requisitos para llevar a cabo las entrevistas de trabajo y la 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 3B13-009-020 (Anexo 12).



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría ocupacional	47. Actualiza el “Directorio de empresas incluyentes”, con base en la información obtenida en el “Sondeo empresarial”, clave 3B13-009-020 (Anexo 12). 48. Integra el “Sondeo empresarial”, clave 3B13-009-020 (Anexo 12) en la “Carpeta de evidencias de gestoría ocupacional” y resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 49. Recibe a la persona usuaria, entrevista y anota los resultados en el formato “Entrevista inicial de gestoría ocupacional”, clave 3B13-009-021 (Anexo 13). 50. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” y con base en la información de citas de los demás especialistas, elabora la “Propuesta de citas de seguimiento”, con la finalidad de atender las expectativas de la inclusión laboral de la persona usuaria y anota las observaciones en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5). 51. Extrae el original y copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, del “Expediente de la persona usuaria”, obtiene una copia y solicita a la persona usuaria firme en original y copia. 52. Integra en el “Expediente de la persona usuaria”, la “Propuesta de citas de seguimiento”, la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), “Bitácora de registro de servicios CECART” y archiva de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 53. Entrega copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, a la persona usuaria e indica que continúe con su siguiente entrevista. Continúa en la actividad 61. Modalidad B5 Área Médica



Responsable	Descripción de actividades
Jefatura de Área Médica en el CECART.	54. Recibe a la persona usuaria, realiza entrevista inicial y registra los datos obtenidos en el formato “Entrevista inicial médica”, clave 3B13-009-022 (Anexo 14). 55. 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 3B13-009-014 (Anexo 5), para presentar en la sesión semanal ante el Grupo Técnico Revisor. 56. Extrae el original de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, del “Expediente de la persona usuaria”, obtiene una copia y solicita a la persona usuaria firme en original y copia. 57. Integra al “Expediente de la persona usuaria”, los siguientes documentos: • “Entrevista inicial médica”, clave 3B13-009-022 (Anexo 14). • “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5). • “Bitácora de registro de servicios CECART”, en original. y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el archivo. 58. Entrega copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART”, a la persona usuaria e informa que se debe presentar con la TS, para continuar con los servicios de capacitación.
Trabajo Social	59. Recibe de la persona usuaria la copia de la “Bitácora de registro de servicios CECART” y programa fecha y hora para la “Cita de presentación”, misma que tiene como finalidad mostrar la “Propuesta de capacitación para el trabajo” y la fecha de inicio de esta. 60. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” para llevar a la sesión de trabajo con el Grupo Técnico Revisor, para el análisis de este.



Responsable	Descripción de actividades
	Etapa II Valoración integral de la persona con discapacidad
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	61. Convoca semanalmente a las personas integrantes del Grupo Técnico Revisor, a la sesión de trabajo y solicita a la TS presentar el “Expediente de la persona usuaria”.
Grupo Técnico Revisor	62. Llevan a cabo reunión, analizan en conjunto los resultados de las evaluaciones iniciales en el “Expediente de la persona usuaria”, con la participación del Área de Capacitación y de la persona instructora para determinar las actividades de capacitación y la Modalidad de reincorporación laboral.
	63. Elaboran el “Programa individualizado” del usuario y el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), en original y copia.
	64. Integran el original del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), a la “Carpeta de evidencias de trabajo social” y la copia al “Expediente de la persona usuaria” y lo resguarda de forma temporal y alfabéticamente en el área de archivo. NOTA: Las personas Titulares de las Jefaturas de Área deberán mantener informado a su respectivo equipo sobre las determinaciones del GTR, de conformidad a la política 5.2.7.
Trabajo Social	65. Elabora el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16), con base en las opciones de capacitación laboral y en los servicios del CECART, de conformidad con el “Programa individualizado” y al “Control de acuerdos de Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15).
	66. Obtiene seis copias del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) y entrega de la siguiente manera: una a la persona Titular de la Jefatura del Área de Capacitación, del Área Médica, del Área de la Terapeuta



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	Ocupacional, del Área de Gestoría Ocupacional y a la persona Titular de la Dirección, en su rol de coordinador del Grupo Técnico Revisor e integra otra en el “Expediente de la persona usuaria”. 67. Revisa en la “Bitácora de registro de servicios CECART”, la fecha y hora de la cita con la persona usuaria con la finalidad de dar a conocer su propuesta del “Programa individualizado” que se determinó de acuerdo con su perfil. 68. Entrega a la persona usuaria, el original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) y explica el “Programa individualizado”, incluyendo la “Propuesta de capacitación para el trabajo” y los servicios de rehabilitación y reincorporación laboral” a los que tiene derecho. 69. Pregunta a la persona usuaria si está de acuerdo con la propuesta del “Programa individualizado” y pregunta si desea inscribirse a los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral. No desea inscribirse Continúa en la actividad 70. Si desea inscribirse Continúa en la actividad 71. No desea inscribirse 70. Integra el “Programa individualizado” en el “Expediente de la persona usuaria” y lo archiva de forma alfabética y definitiva en el área de archivo y concluye proceso. Si desea inscribirse 71. Envía a la persona usuaria con el JAC, para llevar a cabo la inscripción y entrega el “Expediente de la persona usuaria” a este.



Responsable	Descripción de actividades
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	Etapas III Inscripción, otorgamiento y seguimiento del servicio de capacitación para el trabajo 72. Analiza el “Expediente de la persona usuaria” y verifica el tipo de Modalidad. Modalidad C Inscripción y otorgamiento del servicio Continúa en la actividad 73. Modalidad D Seguimiento a los servicios de rehabilitación laboral. Continúa en la actividad 101. Modalidad C Inscripción y otorgamiento del servicio 73. Inscribe a la persona usuaria al curso de capacitación para el trabajo, en el “SIPSI” de acuerdo con el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16), conforme al “Procedimiento para la inscripción a cursos, talleres y eventos de Prestaciones Sociales Institucionales”, clave 3B12-003-002. 74. Imprime del SIPSI, la “Lista de asistencia”, por grupo y la entrega a la persona instructora para su registro diario en cada clase que imparta. 75. Termina el proceso de inscripción de la persona usuaria al curso para el trabajo y lo envía con la TS. 76. Llena los siguientes formatos, junto con la persona usuaria: • "Consentimiento del programa individualizado", clave 3B13-009-025 (Anexo 17). • "Propiedad intelectual, derechos de autoría y
Trabajo Social	



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	divulgación", clave 3B13-009-026 (Anexo 18). y los archiva de forma cronológica y temporal en el "Expediente de la persona usuaria".
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	77. Muestra a la persona usuaria las instalaciones del CECART y entrega al JAC el "Expediente de la persona usuaria" para su consulta.
Persona instructora	78. Acompaña a la TS y a la persona usuaria, al aula donde se impartirá el curso, le presenta con la Persona instructora y le entrega a esta última el "Expediente de la persona usuaria". 79. Recibe "Lista de asistencia", el "Expediente de la persona usuaria", extrae el "Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor", clave 3B13-009-023 (Anexo 15), e identifica las recomendaciones del GTR para adecuar, en su caso, el contenido del curso conforme al perfil y necesidades de la persona usuaria y del posible empleador o actividad de autoempleo. 80. Recibe a la persona usuaria 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. NOTA: La persona instructora solicita a la persona usuaria 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. 81. Elabora el "Programa de control didáctico", clave 3B13-009-012 (Anexo 3), de acuerdo con la información registrada en el "Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor", clave 3B13-009-023 (Anexo 15), de conformidad con las políticas 5.2.9 y 5.2.20. 82. Integra el "Programa de control didáctico", clave 3B13-009-012 (Anexo 3), en el "Expediente de la



Responsable	Descripción de actividades
Persona instructora	persona usuaria” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	83. Aplica la “Evaluación inicial” de conformidad con la “Guía didáctica” correspondiente y entrega a la persona Titular de la Jefatura del Área de Capacitación. NOTA1: En caso de ser necesario la persona Instructora se quedará con una copia de las “Evaluaciones”. NOTA 2: Las “Guías didácticas” e “Instrumentos didácticos” y “Normativos” se encuentran en la PCBS.
Persona instructora	84. Recibe la “Evaluación inicial”, registra la medición basal en el SIPSI y la archiva de forma alfabética y temporal en el “Expediente de la persona usuaria”. 85. Imparte el curso y registra diariamente la asistencia de la persona usuaria 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)”.
Psicología	86. Solicita a la persona usuaria asistir a cita de seguimiento de acuerdo con el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16), con el Psicólogo. 87. Recibe a la persona usuaria, elaboran en conjunto su “Currículum 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. 88. Aplica la “Evaluación parcial”, según corresponda en apego a la “Guía didáctica” y entrega al JAC. 89. Elabora semanalmente el formato “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19) e informa a la persona usuaria sobre su desempeño y porcentaje de avance en su capacitación.



Responsable	Descripción de actividades
Psicología	NOTA: De considerarlo necesario, la persona instructora puede realizar ajustes en el “Programa de control didáctico”, clave 3B13-009-012 (Anexo 3), de acuerdo con el desempeño de la persona usuaria en el aula.
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	90. Entrega personal y semanalmente, la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19), al JAC, de considerarlo, le notifica verbalmente a éste, la necesidad de desarrollar ayudas técnicas que coadyuven a la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje. 91. Recibe la “Evaluación parcial” y la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19). 92. Elabora en original y copia “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) en donde, de acuerdo con la información contenida, se establece la necesidad de desarrollar ayudas técnicas que coadyuven a la mejora del desempeño de la persona usuaria en el proceso de enseñanza-aprendizaje con base en la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19). 93. Entrega la copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), al JAM, para su valoración en los servicios de Terapia ocupacional. 94. Archiva la “Evaluación parcial”, el original de la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria” clave 3B13-009-027 (Anexo 19) y la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) en el “Expediente de la persona usuaria” y resguarda de manera alfabética y temporal en el área de archivo.
Persona instructora	95. Aplica a la persona usuaria la “Evaluación final” del curso, de conformidad con la “Guía didáctica” y la entrega al JAC e invita a la persona usuaria a obtener su certificación en estándares de competencia CONOCER.



Responsable	Descripción de actividades
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	96. Registra la “Evaluación final” en el “SIPSI”, integra al “Expediente de la persona usuaria” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
Persona instructora	97. Extrae del “Expediente de la persona usuaria” y de éste la “Evaluación inicial”, “Evaluación parcial” y “Evaluación final”, registra en “Control de avance”, clave 3B13-009-028 (Anexo 20), las calificaciones registradas y lo entrega al JAC.
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	98. Recibe “Control de avance”, clave 3B13-009-028 (Anexo 20) y coteja las calificaciones en el SIPSI. 99. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra el “Control de avance”, clave 3B13-009-028 (Anexo 20) y lo archiva de forma alfabética y temporal en el área de archivo. Continúa en la actividad 140.
	Modalidad D Seguimiento a los servicios de rehabilitación laboral
Jefatura de Área Médica	100. Recibe copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y evalúa la procedencia del desarrollo de ayudas técnicas, que le permitan a la persona usuaria mejorar su nivel físico, mental, sensorial óptimo, así como compensar la pérdida de una función y facilitar su reincorporación al ámbito laboral. NOTA: De considerarlo necesario, el TDCECART puede solicitar asesoría del personal médico 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 de la persona usuaria.
	101. Informa al Terapeuta Ocupacional, que deberá de llenar el formato “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21), junto con la persona usuaria.
Terapia Ocupacional	102. Contacta e informa a la persona usuaria de acuerdo con la programación en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024



Responsable	Descripción de actividades
Terapia Ocupacional	(Anexo 16) y al “Programa individualizado”, la fecha y hora de la cita asignada para llenar el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21).
Terapia Ocupacional	103. Recibe a la persona usuaria y llena el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21) y evalúa sus actividades básicas de la vida diaria y en su caso, la laboral.
Terapia Ocupacional y la Persona instructora	104. Registran las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-011 (Anexo 2) con base en el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21), que permitan a la persona usuaria compensar las limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales.
Terapia Ocupacional	105. Presenta a la persona usuaria los resultados del “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21) y las “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-011 (Anexo 2) y le invita a realizar las actividades encaminadas a fortalecer su capacidad funcional.
	106. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” y archiva de forma definitiva y alfabéticamente el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21) y el formato de “Ayudas técnicas”, clave 3B13-009-011 (Anexo 2).
	107. Registra el resultado de la medición basal y final de la variable funcionalidad, en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con base en el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21), así como de las “Intervenciones” en materia de terapia ocupacional.
	NOTA: Los resultados de la medición de la variable funcionalidad, se encuentran registrados en el “Inventario de habilidades de la persona usuaria”, clave 3B13-009-029 (Anexo 21).



Responsable	Descripción de actividades
Terapia Ocupacional	108. Entrega al JAC la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con la medición basal y final de la variable funcionalidad.
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	109. Recibe la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), registra medición inicial y final de la variable funcionalidad en el SIPSI y archiva de forma cronológica y definitiva en el “Expediente del usuario”. 110. Informa al JAM, que los registros de las mediciones inicial y final de la variable funcionalidad ya se encuentran en el “SIPSI”.
Jefatura de Área Médica	111. Instruye a TS para que realice la supervisión de actividades a la PSIC, para realice la “Evaluación del desempeño” y comportamiento de la persona usuaria en el aula. 112. Asigna las actividades conforme a la siguiente Modalidades: Modalidad D1 Supervisión de las actividades. Continúa en la actividad 113. Modalidad D2 Aplicación de entrevista y encuesta de satisfacción dentro del CECART Continúa en la actividad 124. Modalidad D3 Evaluación del desempeño y comportamiento del usuario en aula. Continúa en la actividad 128.
Trabajo Social	113. Verifica la asistencia de la persona usuaria de conformidad con el “Calendario individual de



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) y al “Programa individualizado”.
	No asiste
	Continúa en la actividad 114.
	Sí asiste
	Continúa en la actividad 121.
	No asiste
	114. Contacta a la persona usuaria, vía telefónica o “Correo electrónico de notificación”, pregunta los motivos de su deserción y persuade de continuar con su “Programa individualizado”, de conformidad a las políticas 5.2.21, 5.2.22 y 5.2.23.
	115. Invita a la persona usuaria a participar en las actividades de los cursos y servicios que se ofrecen en las Unidades operativas.
	116. Elabora la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con los motivos de la deserción de la persona usuaria en relación con los servicios del CECART.
	117. Genera cinco copias de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con los motivos de la deserción de la persona usuaria y entrega una a la PSIC, TO, GO, JAM y JAC, para tomar las medidas necesarias y evitar afectar sus servicios.
	118. Elabora el “Informe mensual de deserción”, con base en el análisis de cada “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (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 TDCECART.
	119. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave



Responsable	Descripción de actividades
Jefatura de Área de Capacitación en el CECART	3B13-009-014 (Anexo 5), con los motivos de la deserción y lo archiva de forma alfabética y definitiva en el área de archivo. 120. Recibe copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y registra baja de la persona usuaria en el SIPSI y concluye el proceso.
Trabajo Social	Sí asiste 121. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), con los resultados del cumplimiento de actividades de la persona usuaria en relación con el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16). 122. Obtiene copia de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y la entrega junto con el original del “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) al JAM, para su seguimiento. 123. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra original de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) del cumplimiento de actividades de la persona usuaria y lo resguarda de forma temporal y alfabéticamente en el área de archivo. Continúa en la actividad 140.
Jefatura de Área Médica	Modalidad D2 Aplicación de entrevista y encuesta de satisfacción dentro del CECART 124. Solicita al AET para que lleve a cabo la entrevista del usuario al mes de haber iniciado su capacitación de acuerdo con la “Bitácora de registro de servicios CECART.”
Enseñanza Técnica	125. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” y registra en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) la fecha y hora para llevar a cabo la entrevista con la



Responsable	Descripción de actividades
Enseñanza Técnica	persona usuaria y le notifica vía telefónica. 126. Recibe a la persona usuaria, de acuerdo con la fecha asignada en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16) y aplica “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-031 (Anexo 22) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-032 (Anexo 23). 127. Integra la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-031 (Anexo 22) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-032 (Anexo 23) en el “Expediente de la persona usuaria” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. Continúa en la actividad 218. Modalidad D3 Evaluación del desempeño y comportamiento del usuario en aula
Psicología	128. Realiza visitas de seguimiento al aula del curso de capacitación para el trabajo, para observar el desempeño y comportamiento de la persona usuaria, extrae la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19) del “Expediente de la persona usuaria”. 129. Elabora en dos tantos “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) con base en la “Evaluación del desempeño de la persona usuaria”, clave 3B13-009-027 (Anexo 19), analiza su comportamiento dentro del aula, así como 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 de la persona usuaria para facilitar su reincorporación social y laboral. 130. Solicita a la persona instructora, acordar fecha y hora para llevar a cabo una reunión de trabajo.



Responsable	Descripción de actividades
Psicología y Persona instructora	131. Realizan reunión de trabajo, analizan la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y diseñan de conformidad con sus áreas expertas, las intervenciones académicas y conductuales positivas de la persona usuaria para disminuir o eliminar las barreras de aprendizaje. 132. Elaboran en tres originales “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009, con las acciones y acuerdos establecidos en la reunión de trabajo. NOTA: La “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009, es el Anexo 1 del “Procedimiento para el otorgamiento, evaluación y seguimiento de la capacitación y adiestramiento técnico presencial y mixto”, clave 3B13-003-003. 133. Entrega un tanto de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009, junto con la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), a la Persona instructora, e integra otro en la “Carpeta de evidencias de psicología”, para su atención y seguimiento. 134. Integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y un tanto de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009 al “Expediente de la persona usuaria” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 135. Implementan las acciones establecidas en la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009, evalúan las acciones y verifican la mejora en el comportamiento y desempeño de la persona usuaria. Si existe mejora Continúa en la actividad 136. No existe mejora



Responsable	Descripción de actividades
Psicología	Continúa en la actividad 139. Sí existe mejora 136. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), en donde se establece los avances que ha logrado la persona usuaria y entrega al GO. Continúa en la actividad 180. No existe mejora 137. Determina las acciones necesarias para reforzar aspectos emocionales, independencia, confianza, autoestima, seguridad, entre otros, de acuerdo con el desempeño observado de la persona usuaria. 138. Contacta vía telefónica o “Correo electrónico de seguimiento” a la persona usuaria y programa la fecha y hora, en la “Bitácora de registro de servicios CECART”, para llevar a cabo sesiones de seguimiento en relación con el desempeño de este. 139. Recibe a la persona usuaria 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 3B13-009-024 (Anexo 16). Etapas IV Acreditación de los servicios de capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral 140. Solicita mediante “Correo electrónico de solicitud” al JAM que elabore la “Constancia” de cada usuario que aprobó el curso y se registre en la “Relación de constancias”. 141. Solicita a la TS que elabore la “Constancia” de la persona usuaria que concluyó el curso de capacitación, así como el registro en la “Relación de constancias”. 142. Extrae del “Expediente de la persona usuaria” la información con los resultados de aprobación del
Jefatura de Área de Capacitación	
Jefatura de Área Médica	
Trabajo Social	



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	curso.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	143. Elabora y registra la “Constancia” en la “Relación de constancias” y entrega al TDCECART, para su firma.
Jefatura de Área de Capacitación	144. Recibe y firma la “Constancia” y envía al JAC.
	145. Recibe la “Constancia”, obtiene una copia y entrega el original a la persona usuaria en el aula, en compañía de la persona instructora.
	146. Solicita a la persona usuaria que firme de recibido en el campo correspondiente de la “Relación de constancias” y le informa la opción de obtener su “Certificado de estándar de competencia laboral”.
	147. Archiva de forma cronológica y temporal la copia de la “Constancia” en el “Expediente de la persona usuaria”, así como la “Relación de constancias” en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación.
	148. Elabora mensualmente el “Informe final de capacitación de la persona usuaria”, clave 3B13-009-033 (Anexo 24), con base en los resultados del “Control de avance”, clave 3B13-009-028 (Anexo 20) del “Expediente de la persona usuaria”.
	149. Integra el “Informe final de capacitación de la persona usuaria”, clave 3B13-009-033 (Anexo 24), en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación” y lo presenta en las reuniones mensuales o semestrales de seguimiento, convocadas por el TDCECART.
	Etapas V Otorgamiento y seguimiento del servicio de reincorporación laboral
Jefatura de Área Médica	150. Instruye a Trabajo Social para que revise en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), las determinaciones de este en materia de



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	reincorporación laboral. 151. Extrae el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), del “Expediente de la persona usuaria” e identifica las recomendaciones para la reincorporación laboral, ya sea a través del mercado laboral o autoempleo, derivado del análisis del perfil solicitado por el empleador y las capacidades de la persona usuaria. 152. Notifica a la persona usuaria las recomendaciones en materia de reincorporación laboral, ya sea a través del autoempleo o mercado laboral formal, que establecieron los especialistas de los servicios en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), de acuerdo con las mediciones obtenidas y valida si acepta el tipo de incorporación laboral. No acepta Continúa en la actividad 153. Si acepta Continúa en la actividad 160. No acepta
Grupo Técnico Revisor	153. Solicita en reunión de trabajo al GO que realice la búsqueda de otra opción de reincorporación laboral.
Gestoría Ocupacional	154. Realiza otra “Propuesta de reincorporación laboral” y la envía al GTR.
Grupo Técnico Revisor	155. Recibe la “Propuesta de reincorporación laboral” y envía a la TS para que le presente a la persona usuaria opción de reincorporación laboral, para continuar con el proceso de reincorporación laboral.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajo Social	156. Recibe notificación verbal de la persona usuaria sobre su decisión de No reincorporación laboral y le solicita que firme el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25), al calce de la última hoja, así mismo, anote el motivo de su decisión de no reincorporación, así como nombre completo sin abreviatura, fecha y lo firma.
	157. Informa la decisión de rechazo de la “Propuesta de reincorporación laboral” de la persona usuaria al GTR.
Grupo Técnico Revisor	158. En reunión de trabajo del GTR informa a los asistentes la negativa de reincorporación laboral de la persona usuaria.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	159. Se da por enterado en la reunión de trabajo y envía mediante “Oficio de notificación” a los Servicios de Salud en el Trabajo o Rehabilitación que derivaron a la persona usuaria el estatus de esta y concluye el proceso.
	Si acepta
Grupo Técnico Revisor	160. Solicita al GO realizar las gestiones correspondientes, conforme al tipo de Modalidad de reincorporación laboral definida en el análisis y en reunión de trabajo. NOTA 1: El tipo de reincorporación laboral se llevará de acuerdo con lo establecido en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15). NOTA 2: Se deberán asignar a cada gestor ocupacional de manera equitativa las personas con discapacidad sujetas a reincorporación laboral.
Gestoría Ocupacional	161. Realiza la reincorporación laboral, conforme al tipo de Modalidad: Modalidad E Autoempleo Continúa en la actividad 162.



Responsable	Descripción de actividades
	Modalidad F Mercado laboral Continúa en la actividad 172.
	Modalidad E Autoempleo
Trabajo Social	162. Informa vía telefónica o mediante “Correo electrónico de Notificación” a la persona usuaria, el día y hora que deberá presentarse para llevar a cabo la gestión correspondiente para la reincorporación al autoempleo y registra los datos en la “Bitácora de registro de servicios CECART”.
Gestoría Ocupacional	163. Recibe a la persona usuaria, realiza una entrevista y registra la medición basal de las variables nivel económico y colocación en el sector laboral en el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25), de conformidad con la política 5.2.15 164. Integra el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25) en el “Expediente de la persona usuaria” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 165. Realiza las gestiones correspondientes para lograr la reincorporación de la persona usuaria al autoempleo y registra las acciones en la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5). 166. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 167. Asesora y acompaña a la persona usuaria en las gestiones correspondientes para el autoempleo, hasta la apertura de su negocio. 168. Realiza una visita de seguimiento al negocio de la persona usuaria, una vez realizada su



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	reincorporación y registra la información en la “Tarjeta de seguimiento de autoempleo”, clave 3B13-009-035 (Anexo 26) e integra en el “Expediente del usuario” ubicado en al área de archivo. NOTA: Las visitas de seguimiento se llevan a cabo a los 6 y 12 meses posteriores, a la reincorporación laboral por autoempleo. 169. Extrae del “Expediente de la persona usuaria”, el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25), en donde registra las mediciones finales de las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral. 170. Entrega el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25) al JAC.
Jefatura de Área de Capacitación	171. Recibe el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25), captura en el “SIPSI” las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral y archiva de forma alfabética y temporal en el “Expediente de la persona usuaria”. Continúa en la actividad 218.
Trabajo Social	Modalidad F Mercado laboral 172. Informa vía telefónica o en su caso mediante “Correo electrónico de notificación” a la persona usuaria, el día y hora que deberá presentarse con el GO para llevar a cabo la gestión correspondiente para la reincorporación a un empleo formal y registra los datos en la “Bitácora de registro de servicios CECART” y en el “Calendario individual de actividades”, clave 3B13-009-024 (Anexo 16).
Gestoría Ocupacional	173. Recibe a la persona usuaria, realiza breve entrevista y registra las mediciones basales de las variables: nivel económico y colocación en el sector laboral en el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034(Anexo 25).



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	174. Consulta el “Directorio de empresas incluyentes” con base en el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25) y selecciona las empresas en donde existan posibilidades de reincorporar laboralmente a la persona usuaria, de acuerdo con su perfil y al requerido por las empresas. 175. Informa a la persona usuaria de las opciones de las empresas para que en conjunto elijan la que mejor se adapte a sus necesidades. 176. Elabora la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) donde enlista las empresas, el perfil requerido por éstas y otras especificaciones para llevar a cabo la contratación laboral de la persona usuaria e integra de forma temporal en el “Expediente de la persona usuaria” junto con el formato de “Intermediación laboral”, clave 3B13-009-034 (Anexo 25) y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
Trabajo Social	177. Presenta el “Expediente de la persona usuaria” en la sesión semanal del Grupo Técnico Revisor.
Grupo Técnico Revisor	178. Saca cinco copias del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15) y entrega una al JAM, al JAC, a la PSIC, al GO, al TO y a la TS.
Trabajo Social	179. Integra el “Expediente de la persona usuaria”, con el original del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15) y resguarda de forma alfabética y temporal y en el área de archivo.
Gestoría Ocupacional	180. Recibe la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) del PSIC en donde se indica que la persona usuaria se encuentra preparada para asistir a la entrevista de trabajo y entrega una copia a esta. 181. Extrae el “Expediente de la persona usuaria”, integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y lo resguarda de forma



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	alfabética y temporal en el área de archivo.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	182. Elabora el “Oficio para la reincorporación laboral” que establece las recomendaciones para facilitar la reincorporación laboral de la persona usuaria y la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036 (Anexo 27), dirigidos a la persona-enlace de la empresa y entrega al TDCECART para su firma.
Gestoría Ocupacional	183. Recibe “Oficio para la reincorporación laboral” y la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036 (Anexo 27), firma y devuelve al GO, para su trámite ante la empresa incluyente contratante. NOTA: En caso de ser necesario solicitará modificaciones en los documentos antes mencionados. 184. Recibe “Oficio para la reincorporación laboral” y “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036 (Anexo 27) firmados y genera una copia de cada uno. 185. 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”. 186. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra copia de acuse de recibo del “Oficio para la reincorporación laboral” y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo. 187. Entrega a la persona usuaria original y copia de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036 (Anexo 27). 188. 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 de la persona usuaria con la empresa. 189. Informa, vía telefónica o por “Correo electrónico de notificación” a la persona usuaria, la fecha y hora



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	en que se llevará a cabo la entrevista de trabajo inicial. 190. Informa a la persona usuaria que deberá de presentar los siguientes documentos en la entrevista con la persona-enlace, para llevar a cabo la entrevista. • Original de su “Currículum Vitae”. • Original y copia de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036(Anexo 27). 191. Acompaña a la persona usuaria 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 3B13-009-036 (Anexo 27), como evidencia de que se llevó a cabo la entrevista de trabajo. 192. Recibe de la persona-enlace de la empresa los resultados y observaciones derivadas de la entrevista de trabajo con la persona usuaria. 193. Verifica si fue aceptada o no la persona usuaria. Si fue aceptada Continúa en la actividad 194. No fue aceptada Continúa en la actividad 196. Si fue aceptada 194. 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 3B13-009-037 (Anexo 28). 195. Extrae el “Expediente de la persona usuaria”, integra la copia de acuse de recibo de la “Carta de presentación”, clave 3B13-009-036 (Anexo 27) y lo resguarda de forma alfabética y temporal y en el



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	área de archivo. Continúa en la actividad 211. No fue aceptada
	196. Identifica las áreas de oportunidad derivadas de la entrevista inicial de trabajo, elabora la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (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 3B13-009-037 (Anexo 28). NOTA 1: El GO debe hacer todo lo posible para lograr la reincorporación laboral de la persona usuaria, ya que es un indicador de meta en sus actividades. NOTA 2: Para el caso de personas aseguradas referidas de los Servicios de Salud en el Trabajo o Rehabilitación y que hayan rebasado el límite de las 52 semanas, se derivan a los Servicios de Salud en el Trabajo para determinar lo procedente.
Grupo Técnico Revisor	197. Extrae el “Expediente de la persona usuaria”, integra la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y la “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-037 (Anexo 28) y resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo, para presentar el caso en la próxima sesión semanal del Grupo Técnico Revisor.
	198. Llevan a cabo reunión, analizan el “Expediente de la persona usuaria” y determinan las acciones de seguimiento para un nuevo intento de reincorporación laboral o en su caso, para notificar a la Unidad Médica de referencia la no reincorporación laboral. 199. Registran en original los compromisos y acciones de seguimiento en el “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), para otro intento de reincorporación laboral o en su caso notifica la no reincorporación laboral, mediante “Oficio a la Unidad Médica de



Responsable	Descripción de actividades
Grupo Técnico Revisor	referencia”. 200. Genera cinco copias del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15) y entrega una copia al JAM, a la PSIC, al TO, al JAC y al GO. NOTA: Cada especialista integra su copia a su “Carpeta de evidencias”.
Trabajo Social	201. Integra el original de “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15), al “Expediente de la persona usuaria” y resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
Gestoría Ocupacional	202. Toma acciones derivadas de los compromisos y acciones de seguimiento del “Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor”, clave 3B13-009-023 (Anexo 15) y verifica el tipo de Modalidad. Modalidad F1 Segundo intento de Reincorporación Continúa en la actividad 180. Modalidad F2 Sin Reincorporación Continúa en la actividad 203. Modalidad F3 Reincorporación al mercado laboral Continúa en la actividad 212. Modalidad F2 Sin Reincorporación 203. Extrae del “Expediente de la persona usuaria”, la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), que indica la no reincorporación laboral, para iniciar con el proceso de elaboración de respuesta a la “Referencia-contrarreferencia”, según aplique.



Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	204. Elabora en original y copia la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), como respuesta a la “Referencia-contrarreferencia” y la entrega al TDCECART. NOTA: En caso de ser necesario solicita modificaciones.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	205. Recibe la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5). 206. Elabora “Oficio de contrarreferencia”, firma y envía mediante “Correo electrónico de atención” al Servicio de Salud en el Trabajo, de la Unidad Médica de referencia. 207. Devuelve original del “Oficio de contrarreferencia” y copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), a la TS.
Trabajo Social	208. Recibe original y copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), contacta a la persona usuaria y le informa que no fue posible su reincorporación laboral formal. 209. 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 3B13-009-014 (Anexo 5). 210. Recibe a la persona usuaria que fue rechazada, entrega original de la “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), para que esta realice el trámite correspondiente y recaba firma de recibido en la copia. 211. Extrae “Expediente de la persona usuaria”, integra copia de “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y lo resguarda de forma alfabética y definitiva en el área de archivo. Continúa en la actividad 220.



Responsable	Descripción de actividades
	Sí fue aceptado
	Modalidad F3
	Reincorporación al mercado laboral
Gestoría Ocupacional	212. Recibe de la persona enlace de la empresa, mediante correo electrónico el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación” y las imprime. NOTA: La empresa notifica también por correo electrónico a la persona usuaria que fue aceptada y que deberá presentarse para realizar los trámites para su contratación.
	213. Elabora “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) con el registro de las mediciones basal y final de la variable nivel económico de la persona usuaria, establecido en el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación”.
	214. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra el “Contrato de trabajo” o “Carta de aceptación y resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
	215. Entrega “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5), al JAC.
Jefatura de Área de Capacitación	216. Recibe “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y registra las mediciones basal y final de la variable nivel económico de la persona usuaria en el “SIPSI”.
	217. Extrae el “Expediente de la persona usuaria” e integra “Nota de seguimiento por servicio”, clave 3B13-009-014 (Anexo 5) y lo resguarda de forma alfabética y temporal en el área de archivo.
Gestoría Ocupacional	218. Realiza visita de seguimiento al lugar de trabajo de la persona usuaria al mes de su reincorporación, elabora la “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-037 (Anexo 28) e “Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo”, clave 3B13-009-038 (Anexo 29). NOTA: Las visitas de seguimiento se llevan a cabo a los 6 y 12 meses posteriores, de la reincorporación laboral.



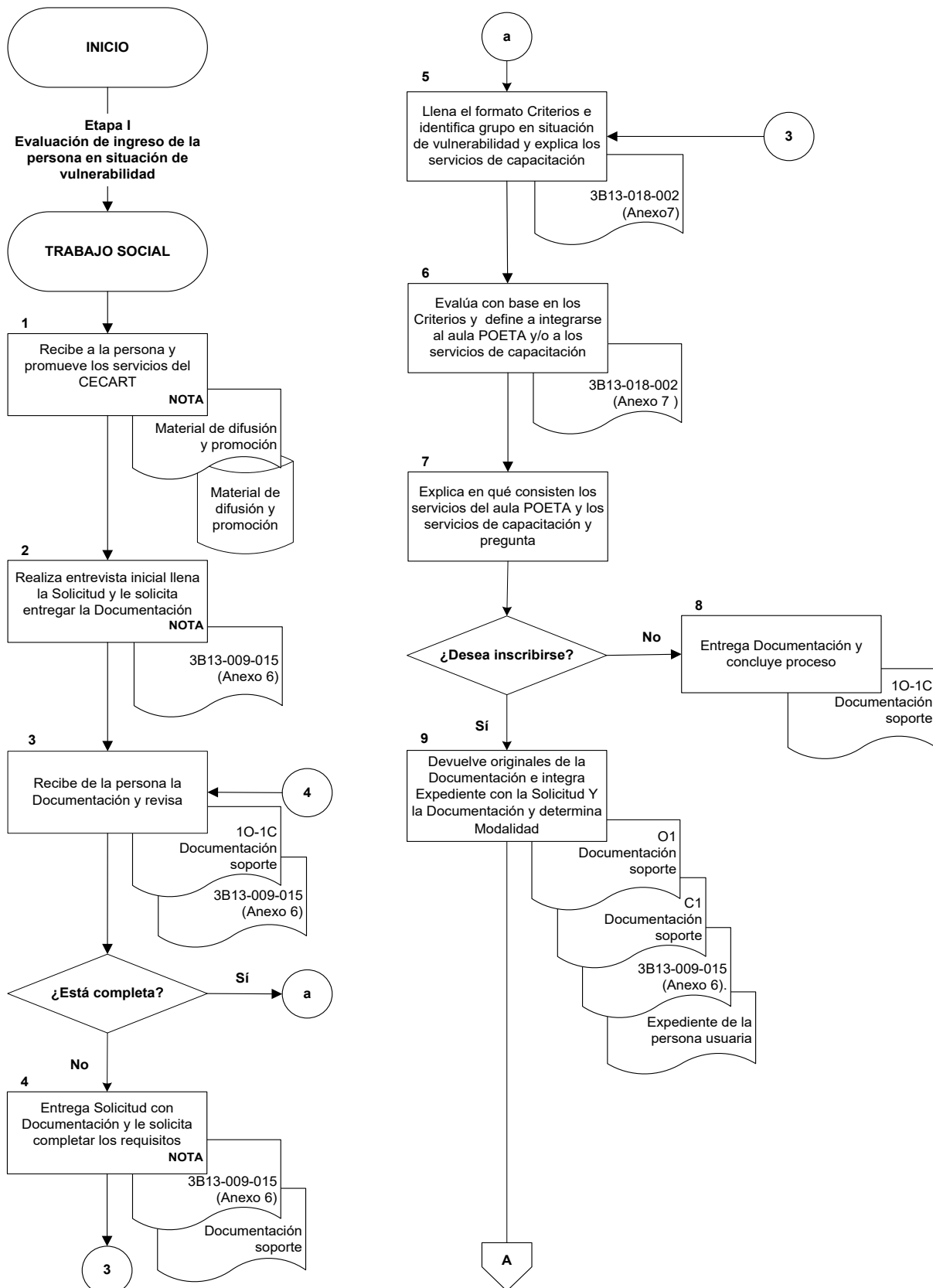
Responsable	Descripción de actividades
Gestoría Ocupacional	219. Integra los formatos “Tarjeta de seguimiento de empleo formal”, clave 3B13-009-037 (Anexo 28) e “Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo”, clave 3B13-009-038 (Anexo 29) en el “Expediente de la persona usuaria” y concluye el proceso.
	Etapas VI Análisis de resultados del servicio capacitación para el trabajo, rehabilitación y reincorporación laboral
Jefatura de Área Médica	220. Indica al AET que realice los análisis de los resultados de la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-031 (Anexo 22) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-199-032 (Anexo 23), de cada persona usuaria.
Enseñanza Técnica	221. Extrae del “Expediente de la persona usuaria”, la “Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART”, clave 3B13-009-031 (Anexo 22) y la “Encuesta de satisfacción del curso”, clave 3B13-009-032 (Anexo 23) de cada persona usuaria, analiza la información y elabora “Informe mensual de satisfacción” y “Boletín de promoción y difusión”. 222. Elabora “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 3B13-003-001. 223. Elabora “Presentación de resultados” para las reuniones mensuales y semestrales de seguimiento, convocadas por el TDCECART, con base en los resultados del “Informe mensual de satisfacción” y “Propuesta de protocolos de investigación”. 224. Integra el “Informe mensual de satisfacción” la “Propuesta de protocolos de investigación” y el “Boletín de promoción y difusión” en la “Carpeta de evidencias del área de capacitación.

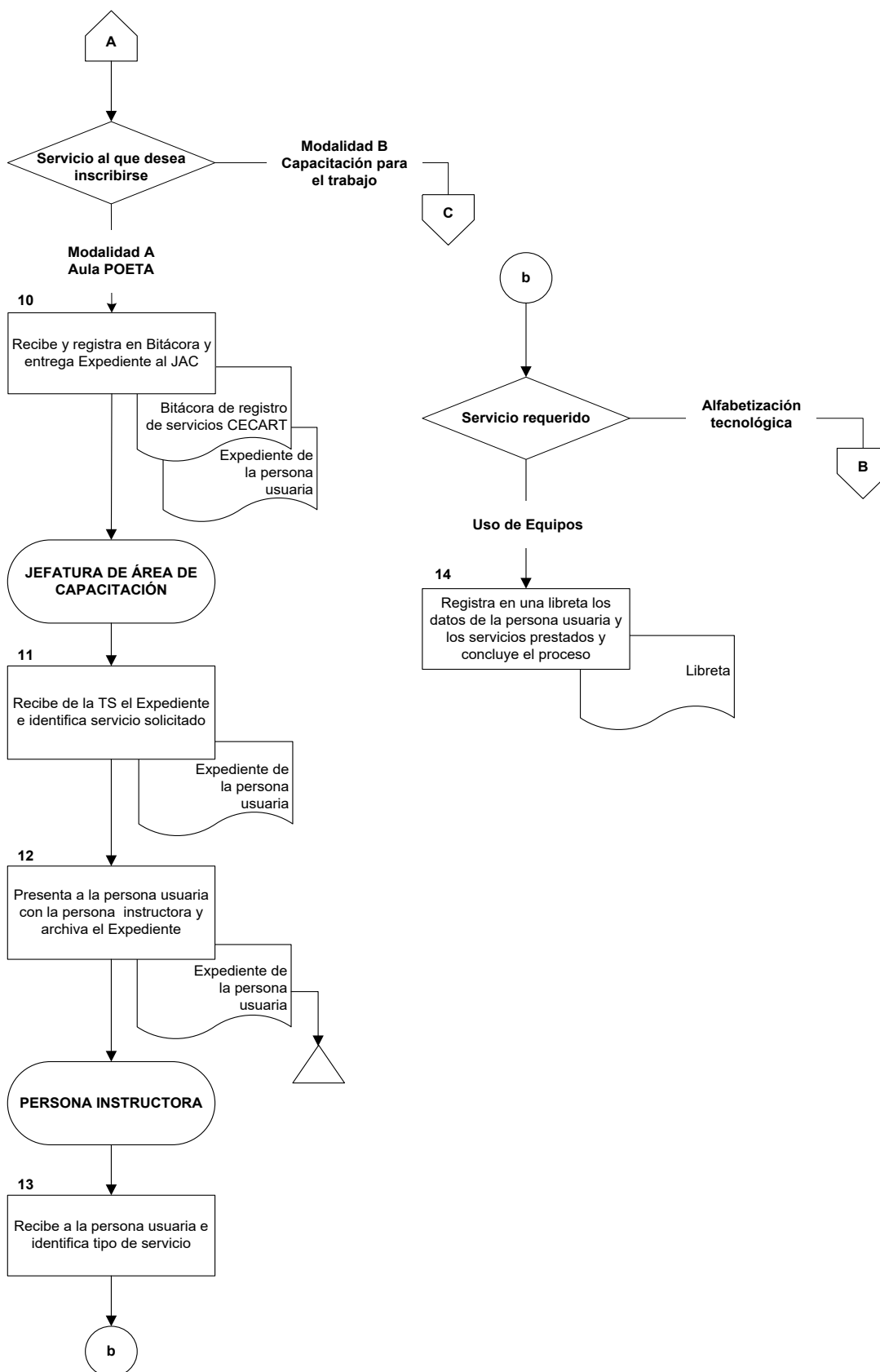


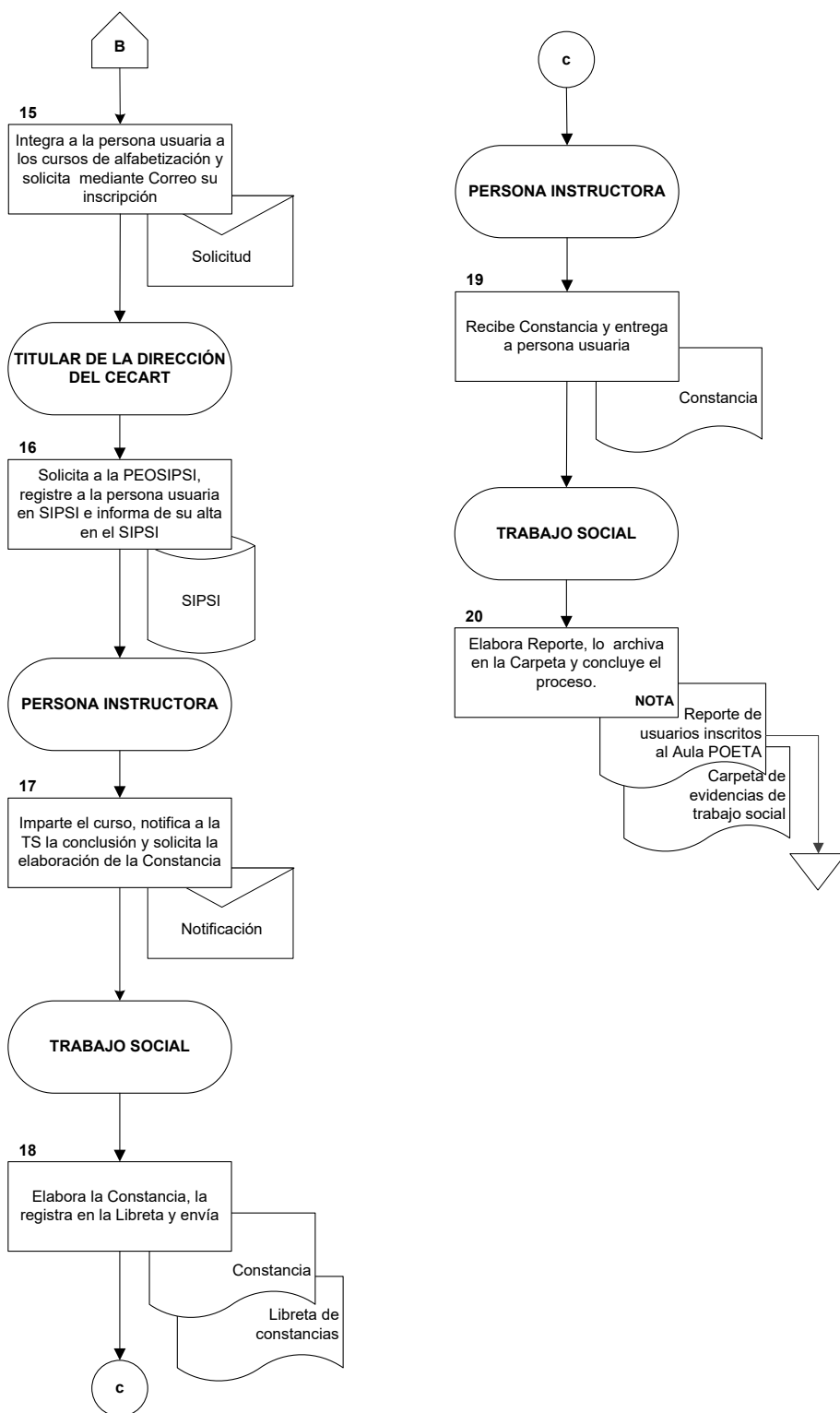
Responsable	Descripción de actividades
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo	225. Convoca a reunión al JAM, JAC, personal del Área Médica, del Área de capacitación y a las Personas Instructoras, para analizar los resultados derivados de las asistencias de las personas usuarias a los cursos de capacitación para el trabajo para la medición final. NOTA: El TDCECART será responsable de vigilar que las personas usuarias no excedan los tiempos establecidos.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo, Jefatura de Área de Capacitación, Docentes, Jefatura de Área Médica y Personal	226. Elaboran los “Acuerdos” y “Compromisos” derivados del análisis de las “Carpetas de evidencias” de cada área. 227. Elaboran la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009 y la firman.
Trabajo Social	228. Genera cinco copias de la “Minuta de trabajo de capacitación”, clave 3B13-009-009, con acuerdos y compromisos y entrega una a la PSIC, TO, GO, JAM y JAC, para tomar las medidas necesarias según su ámbito de responsabilidad.
Titular de la Dirección del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo.	229. Verifica que los asistentes de la reunión integren y resguarden de forma cronológica las “Evidencias de cumplimiento” de los acuerdos y compromisos generados en las reuniones mensuales, en las “Carpetas de evidencias”, para su consulta y seguimiento. Fin del procedimiento

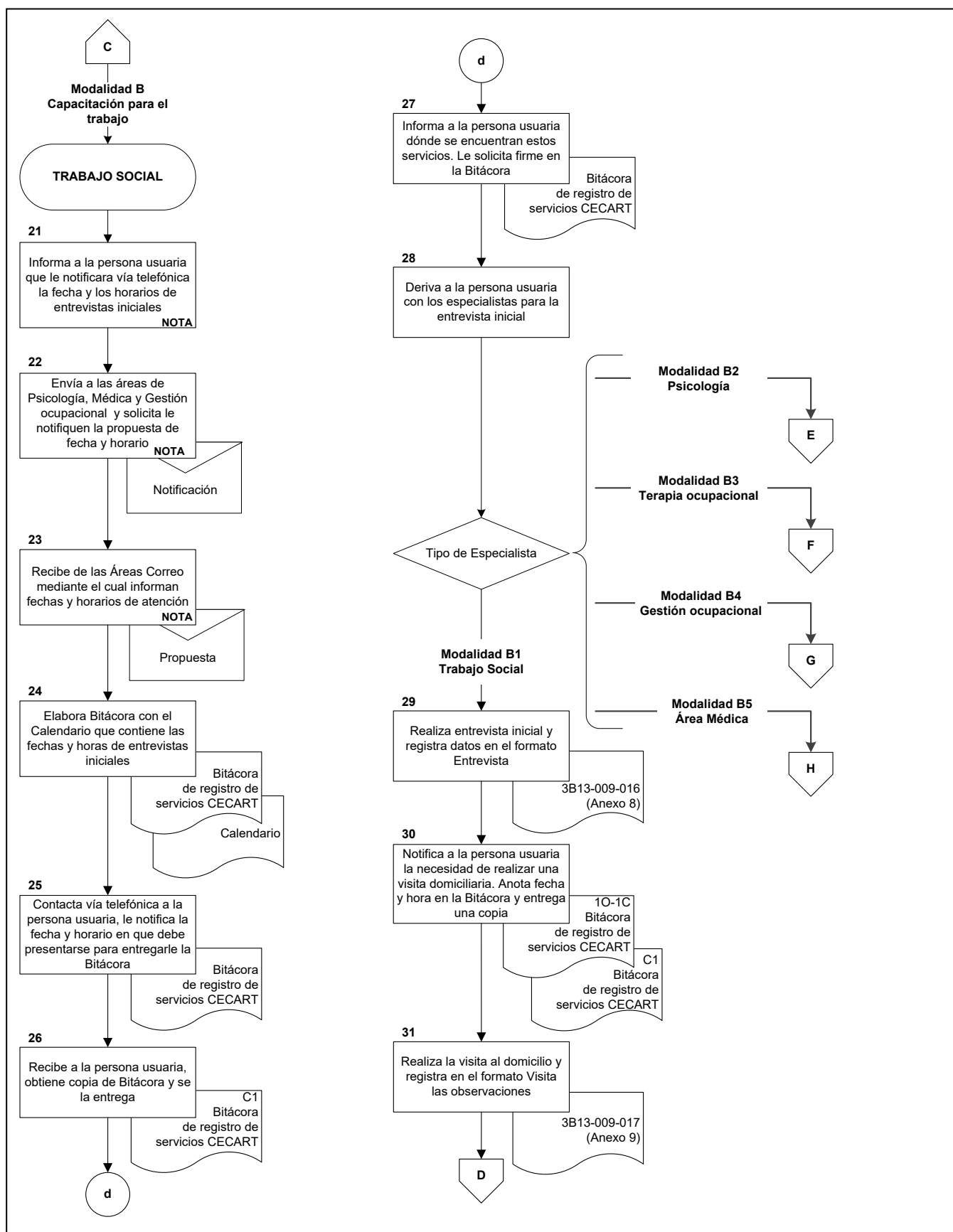


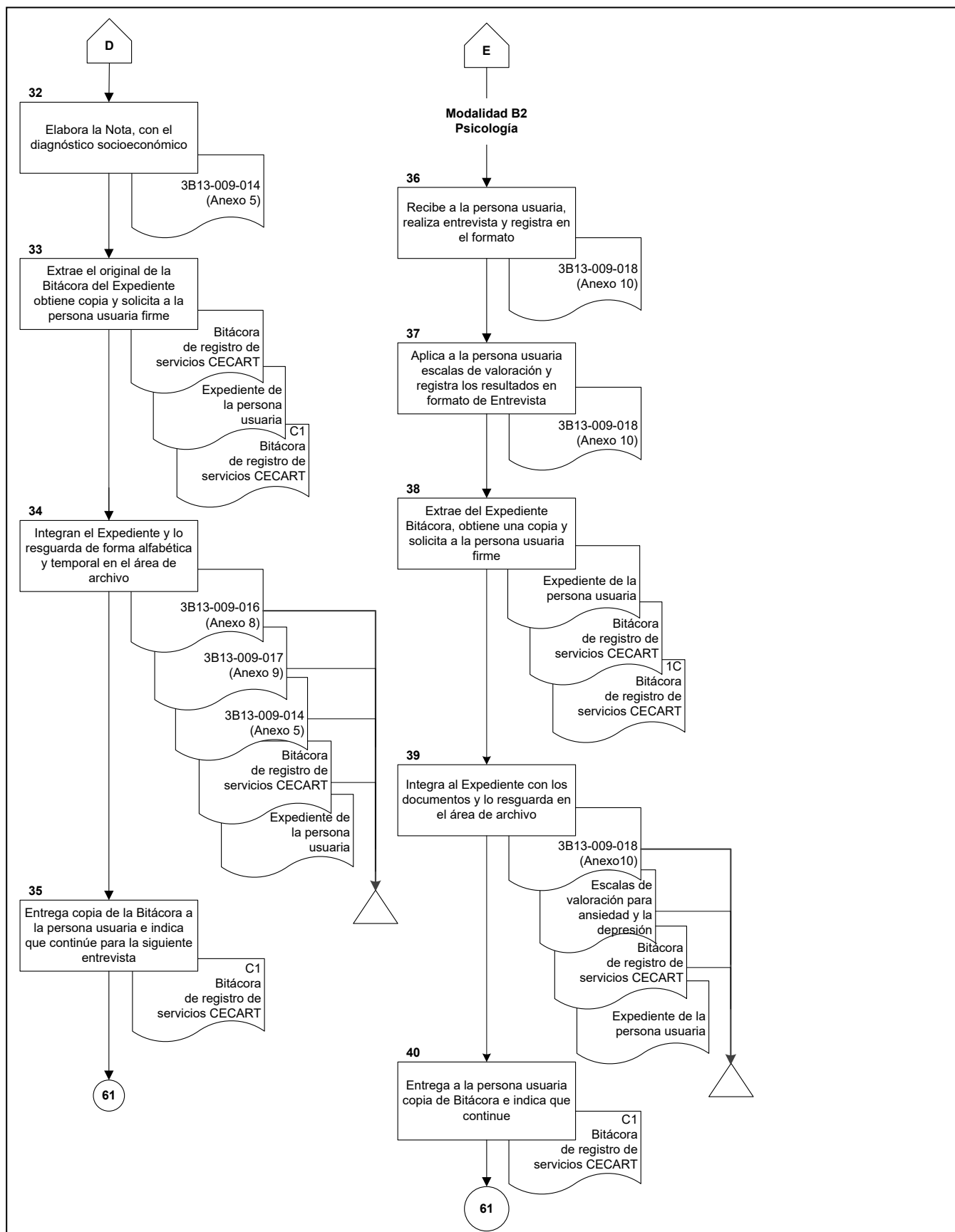
7 Diagrama de flujo

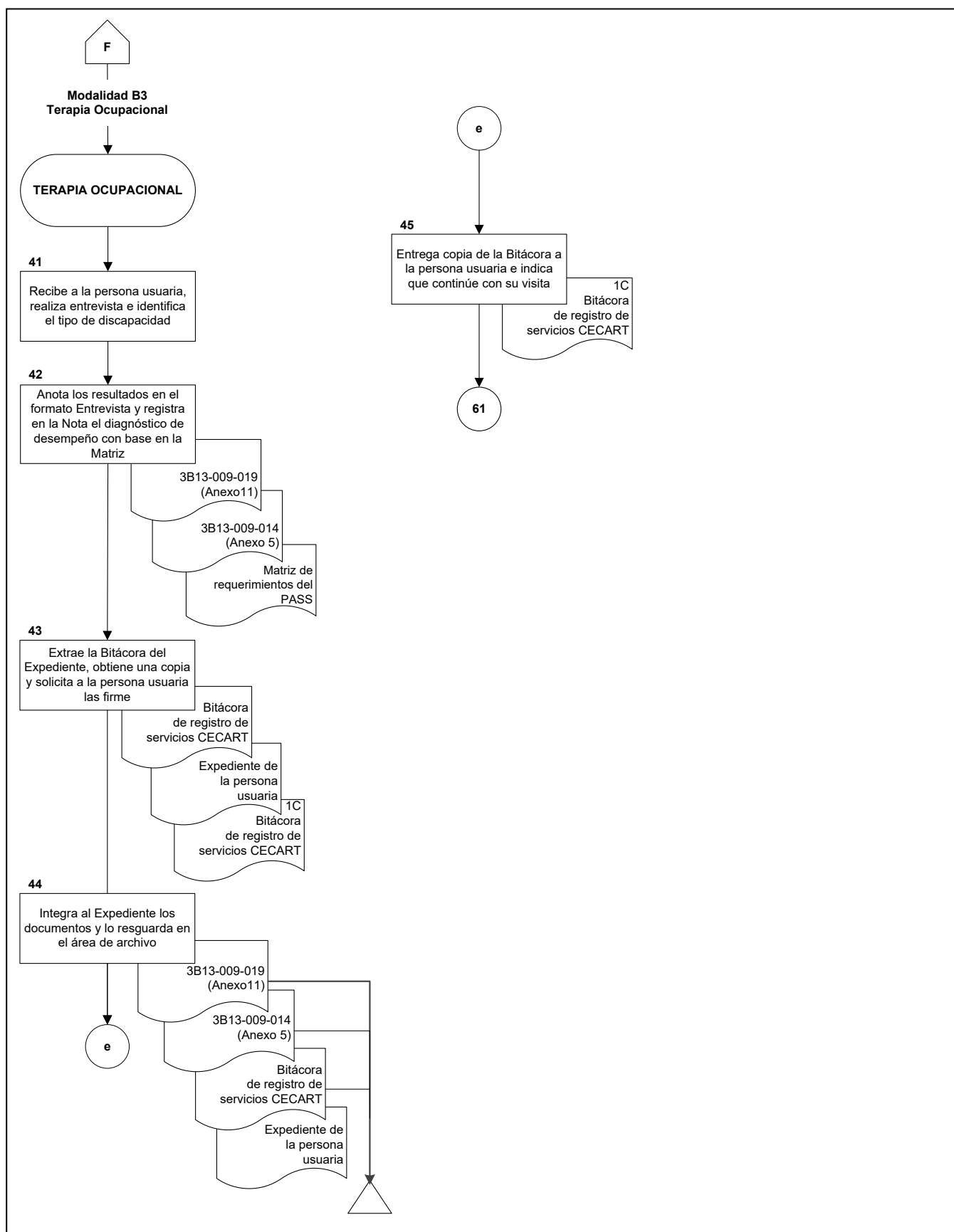


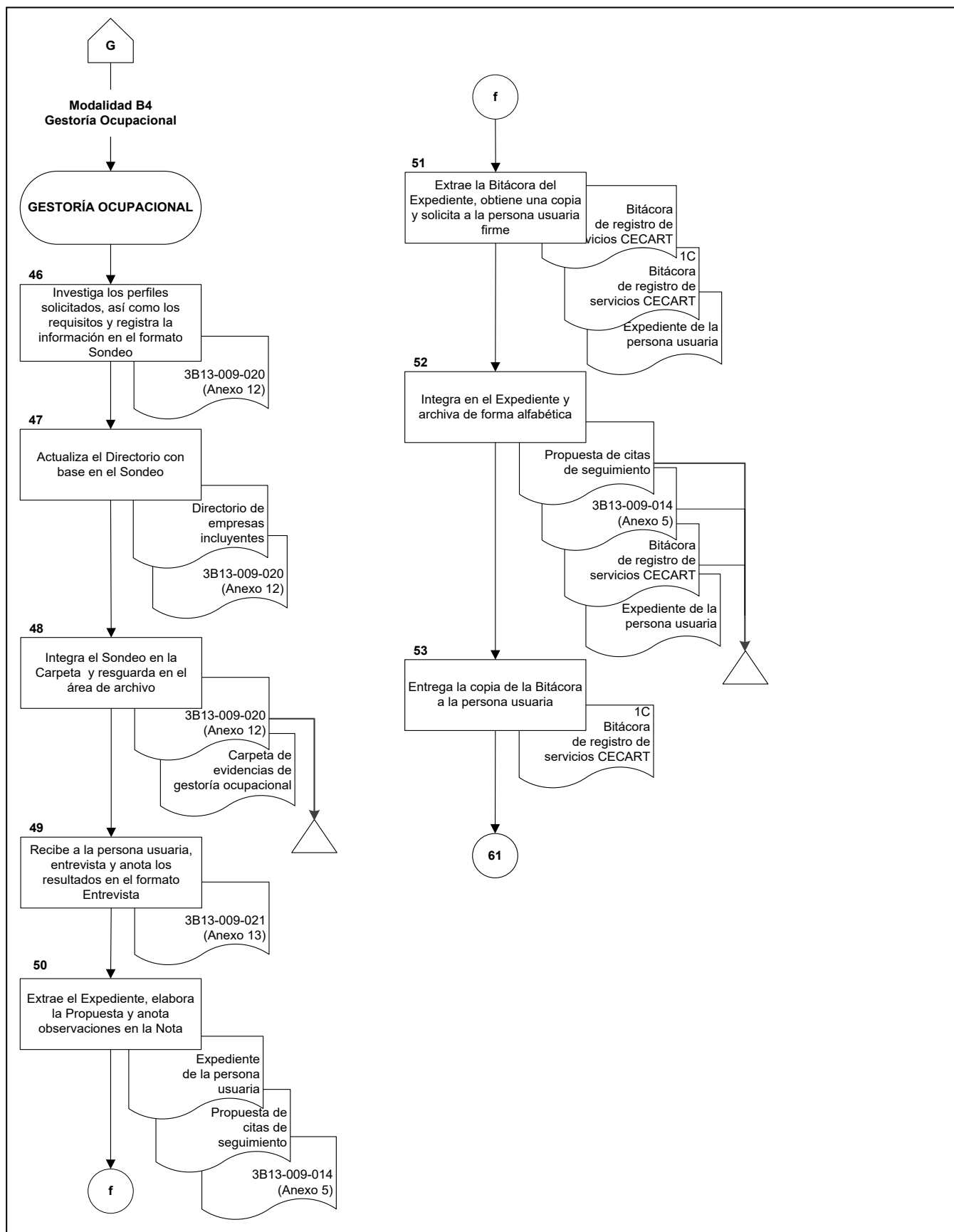


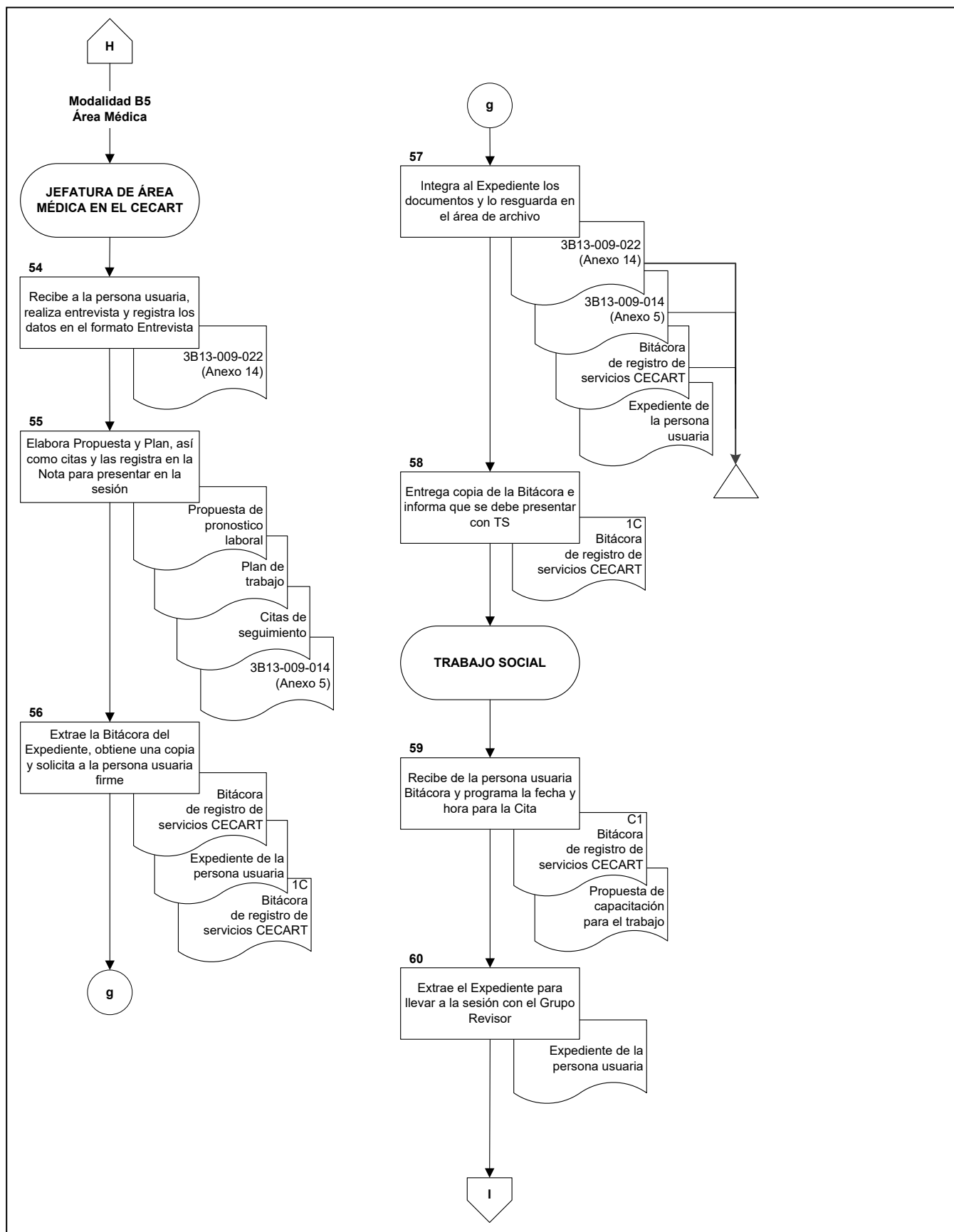


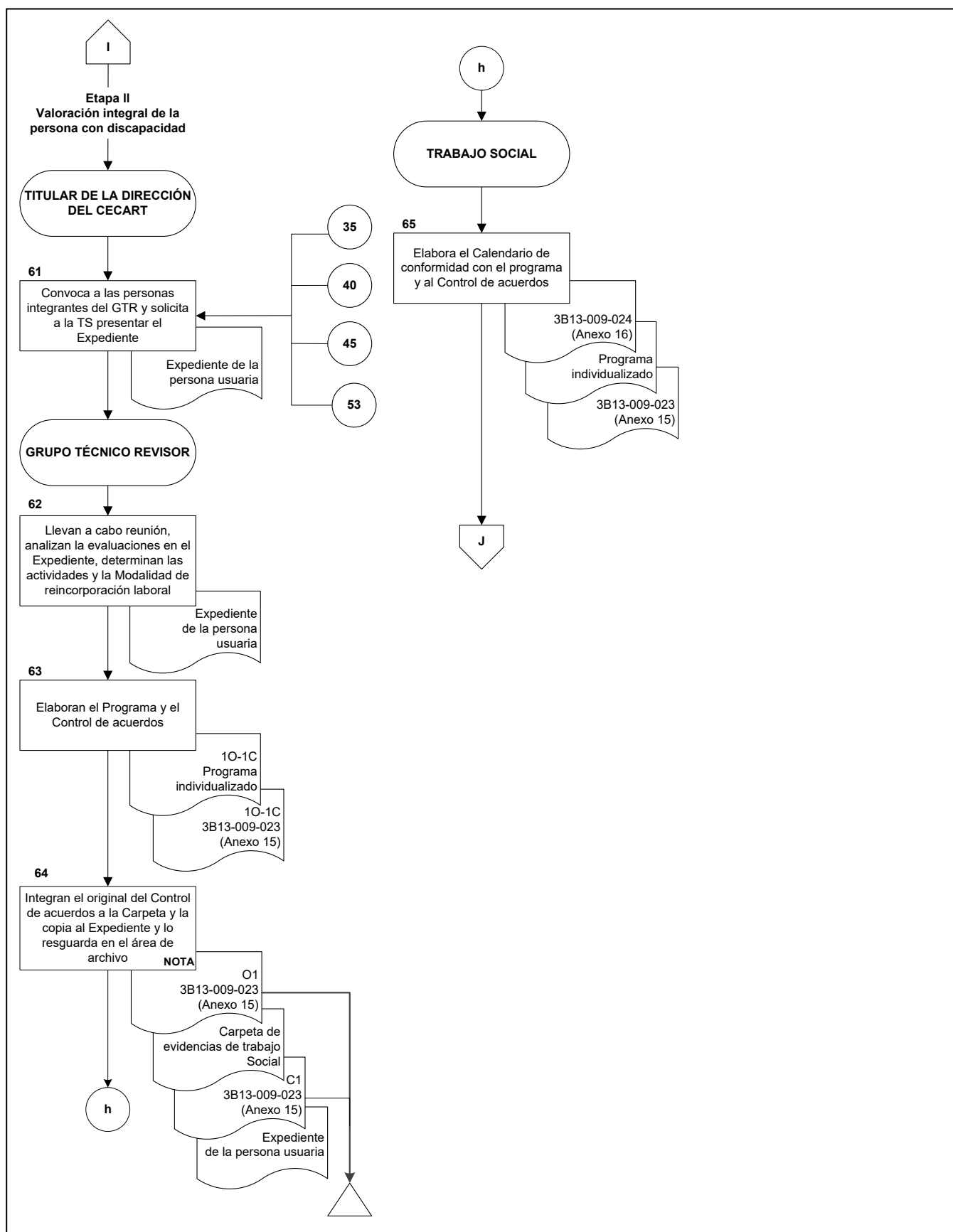


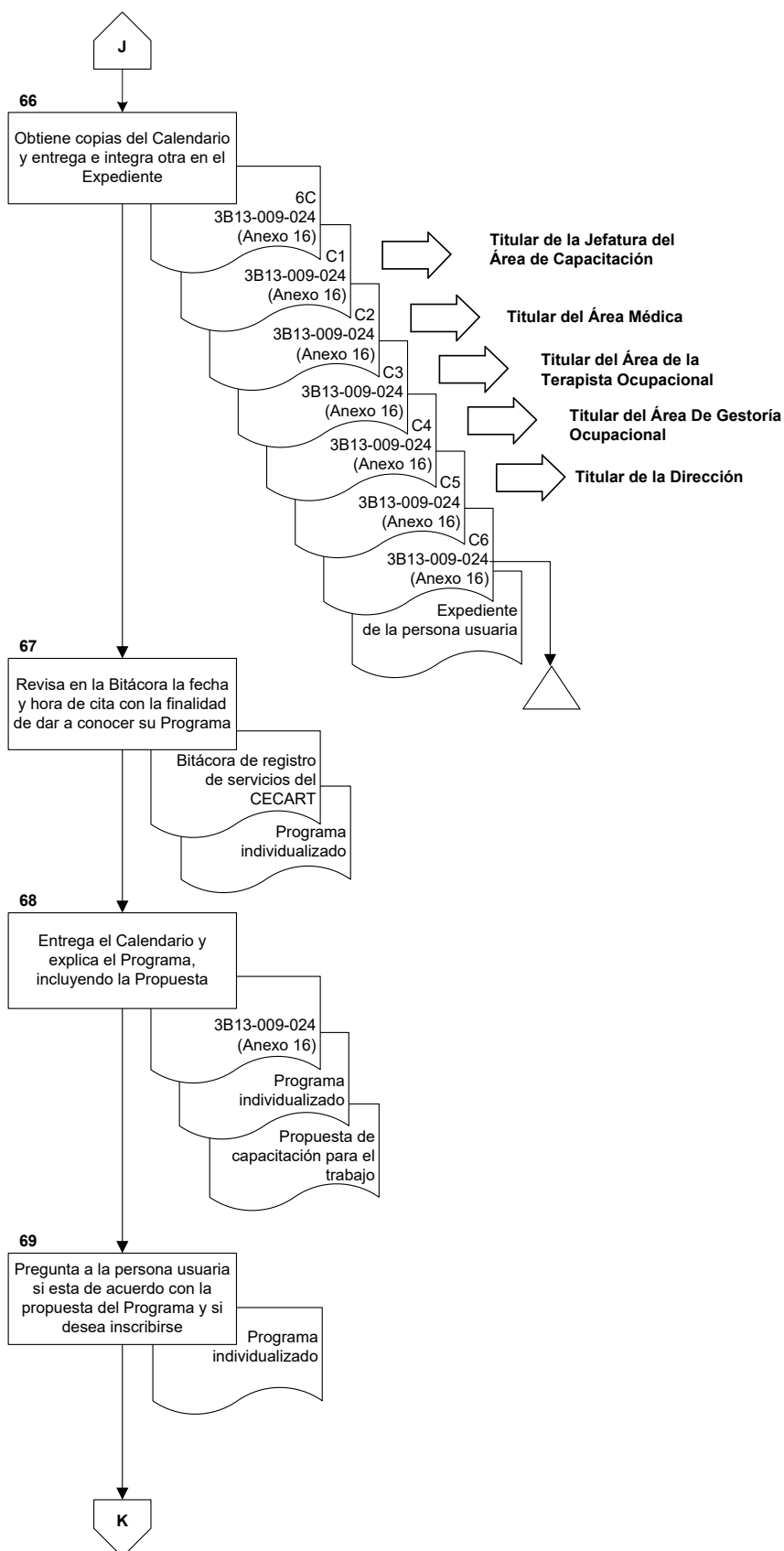




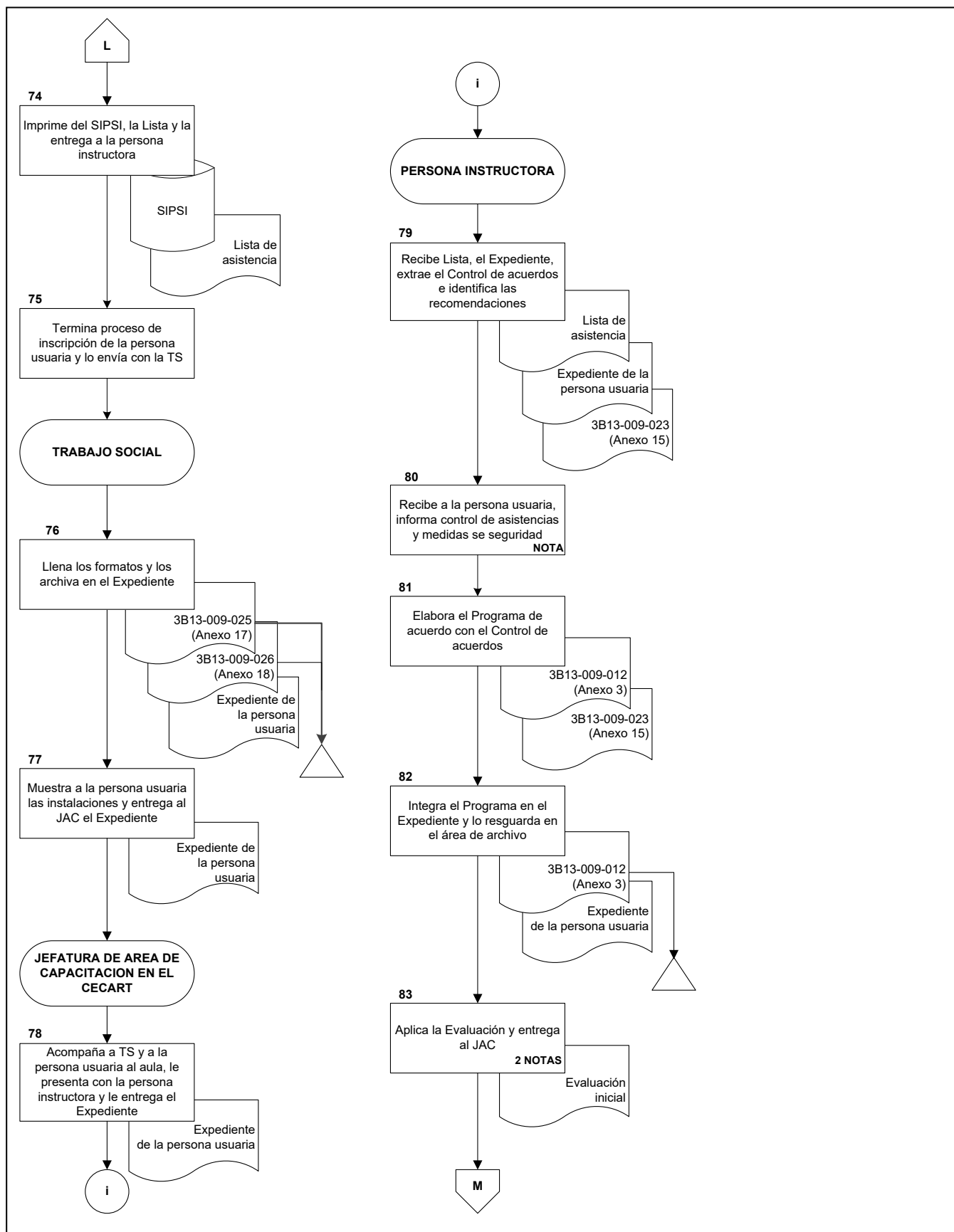


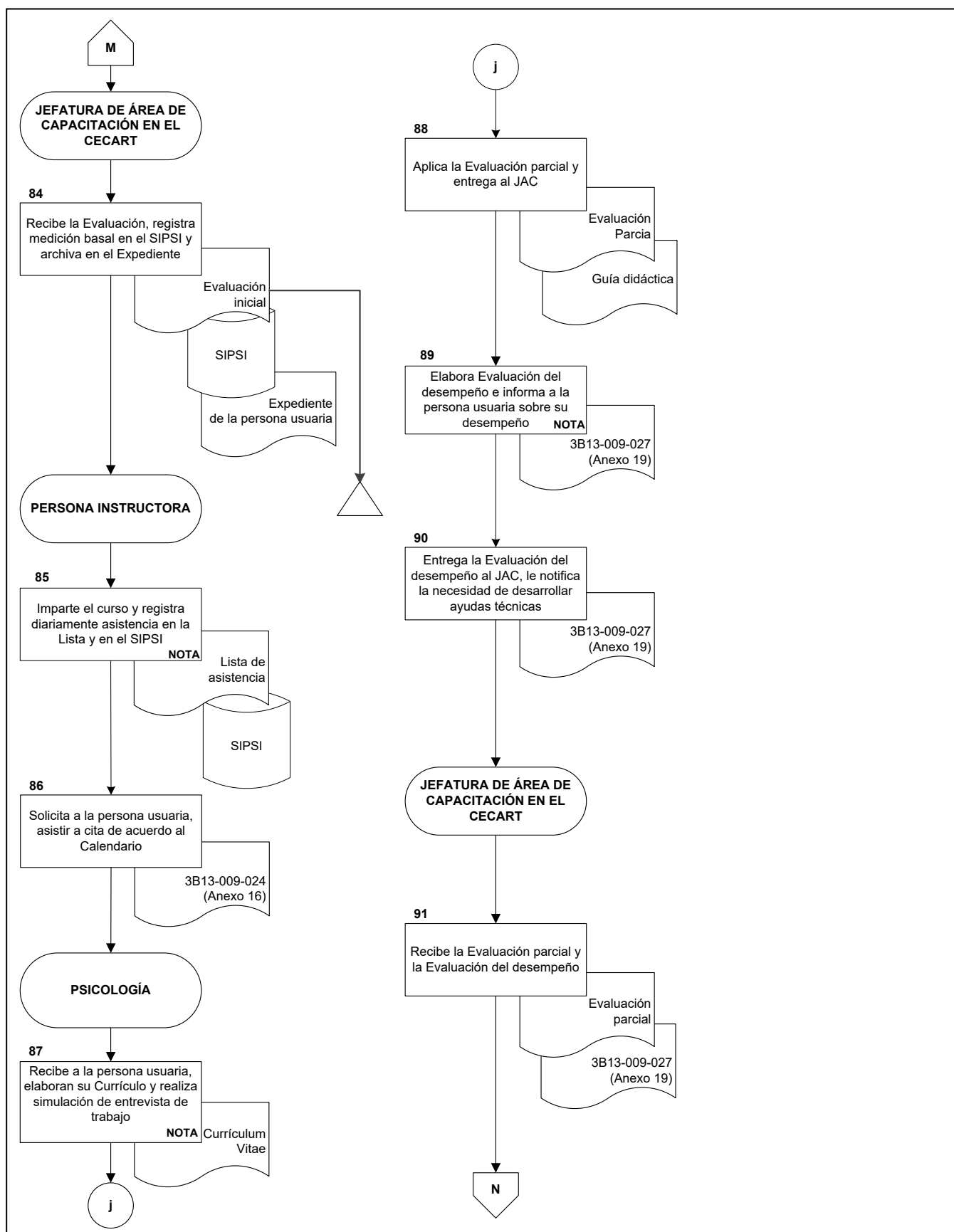


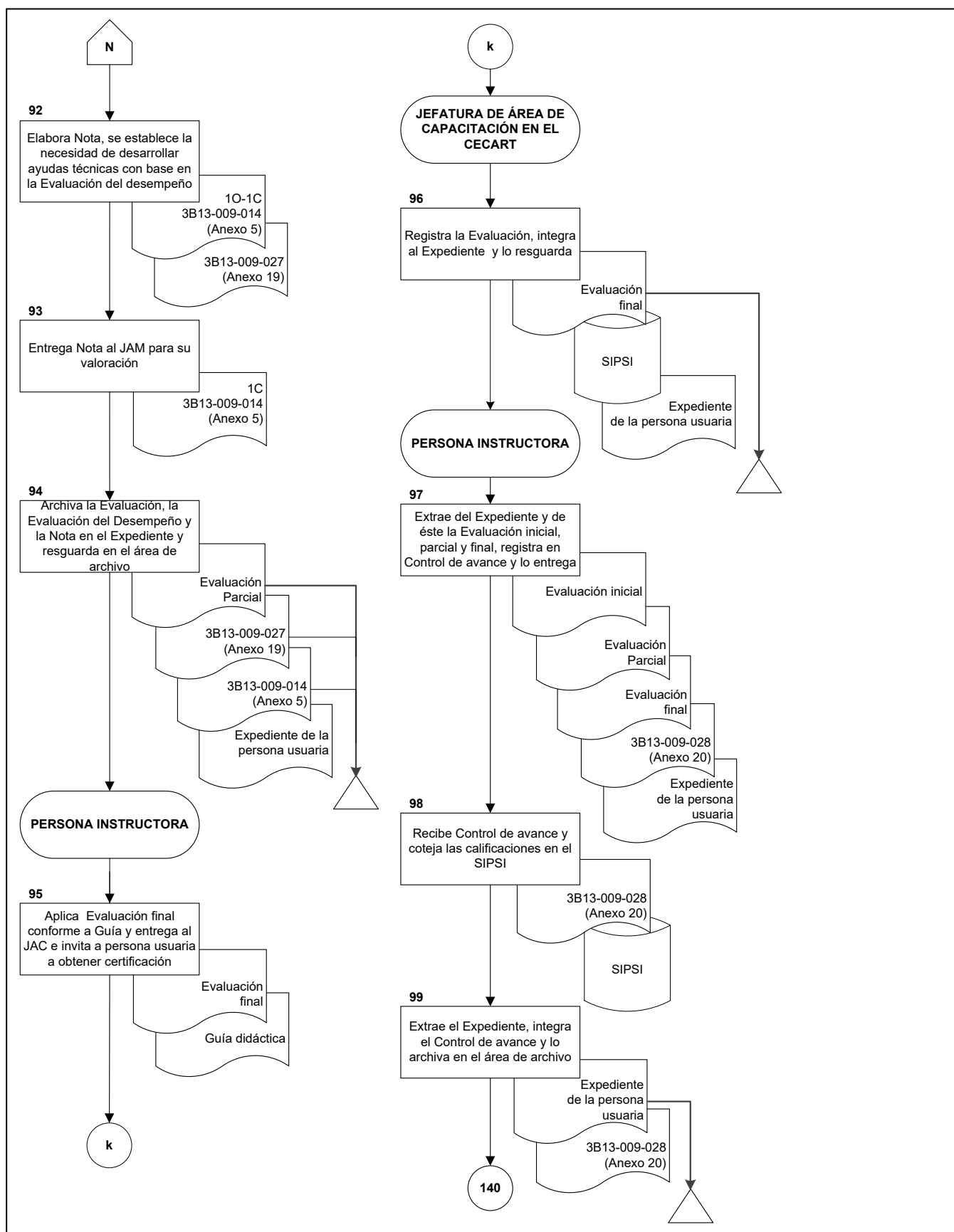


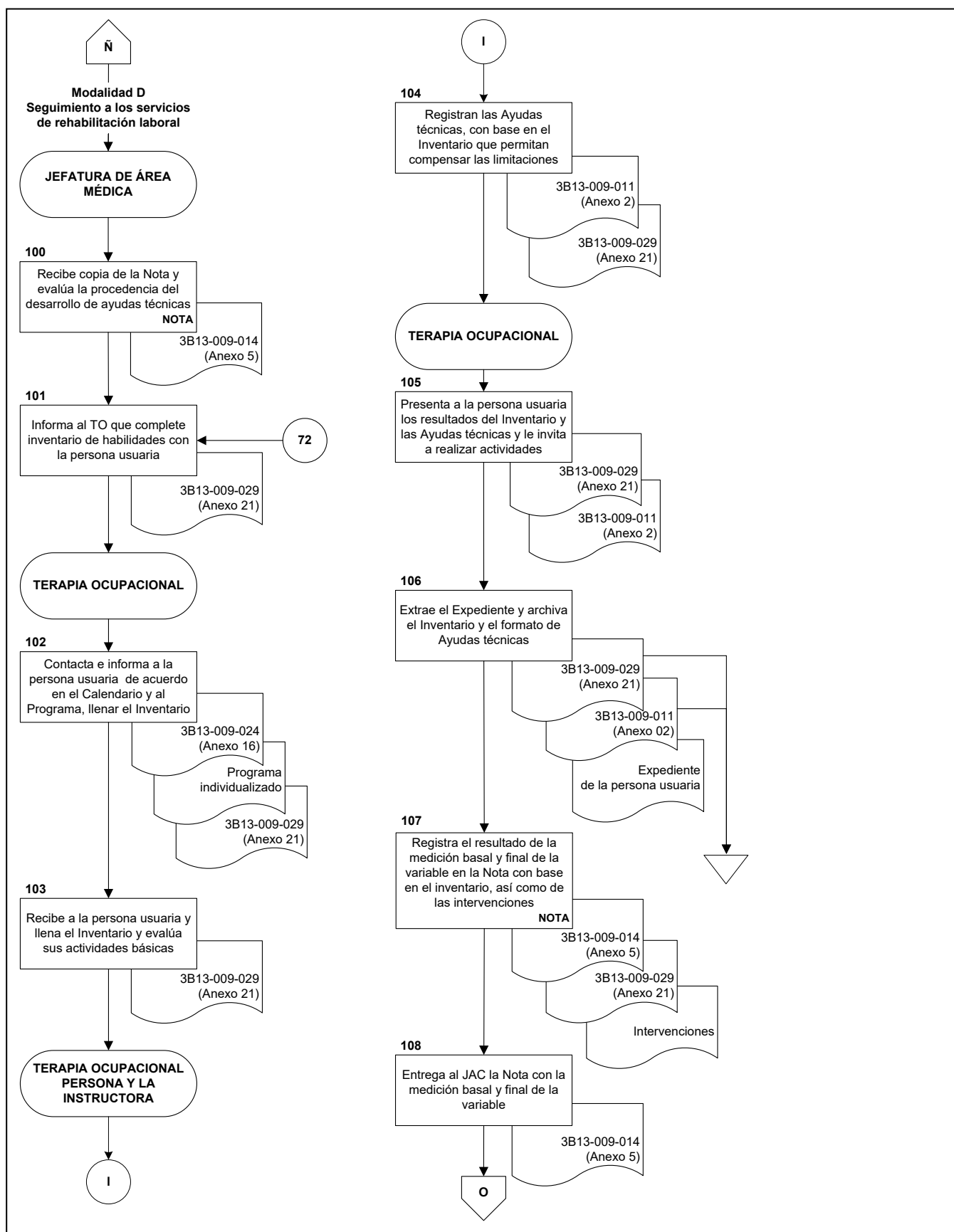


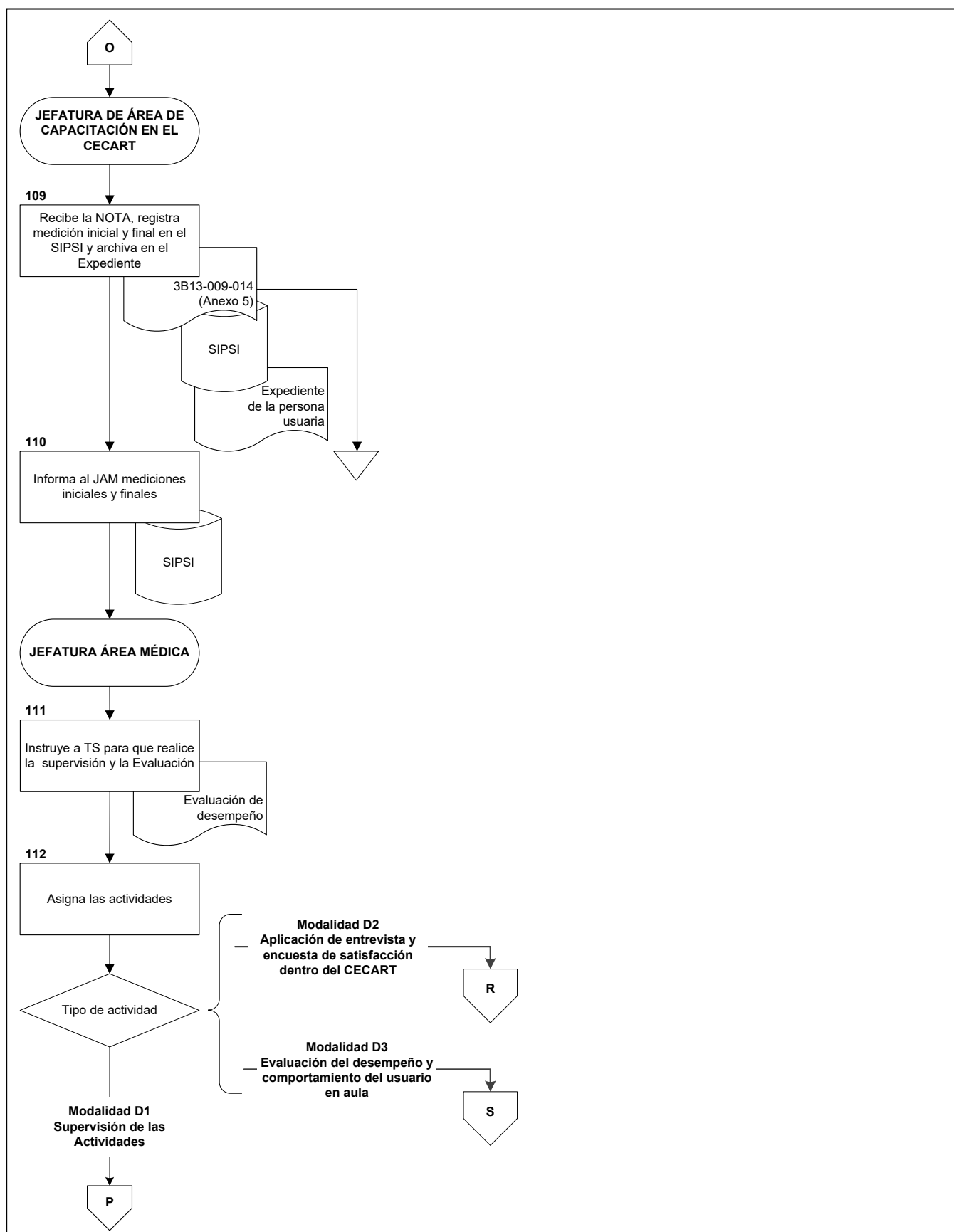


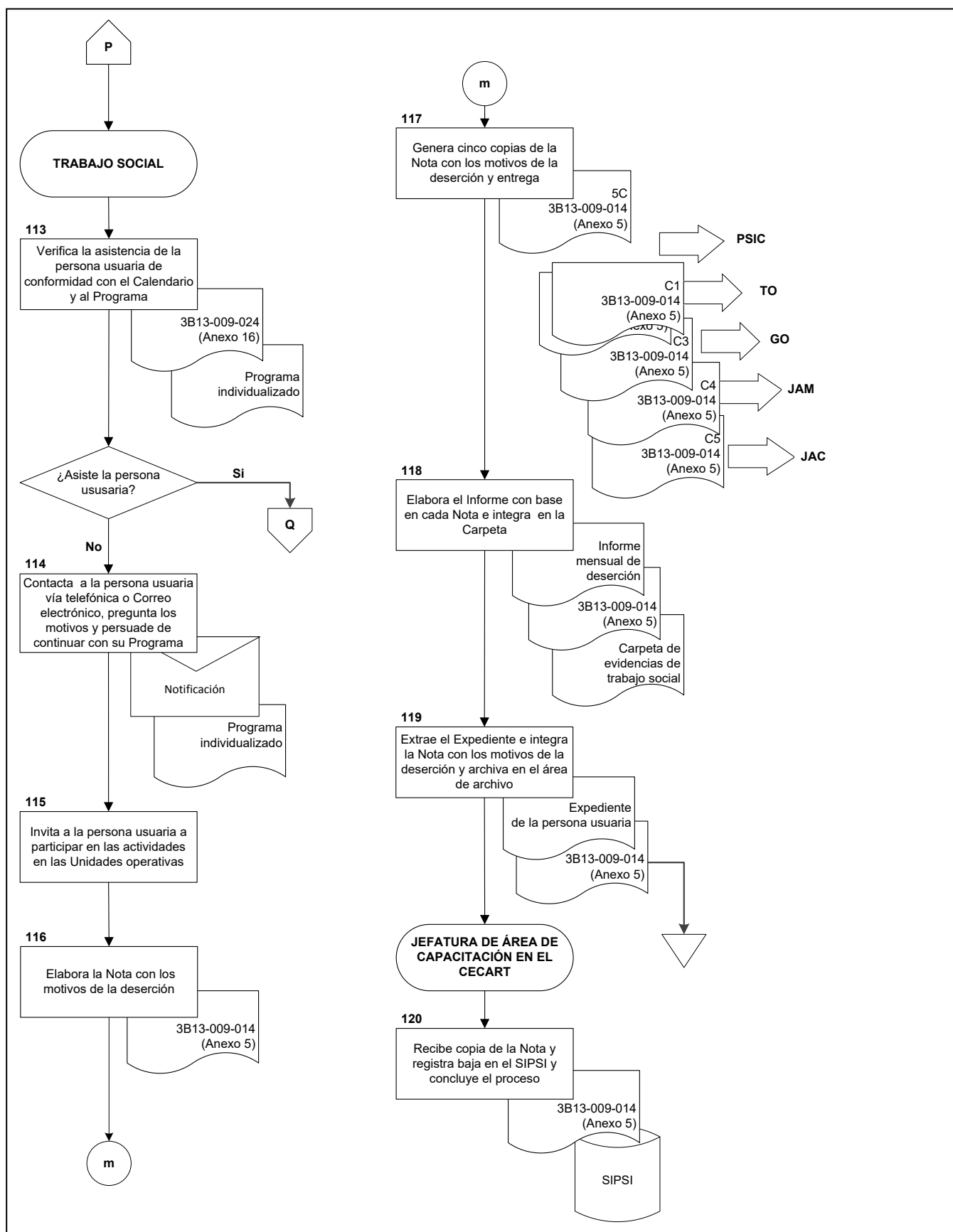


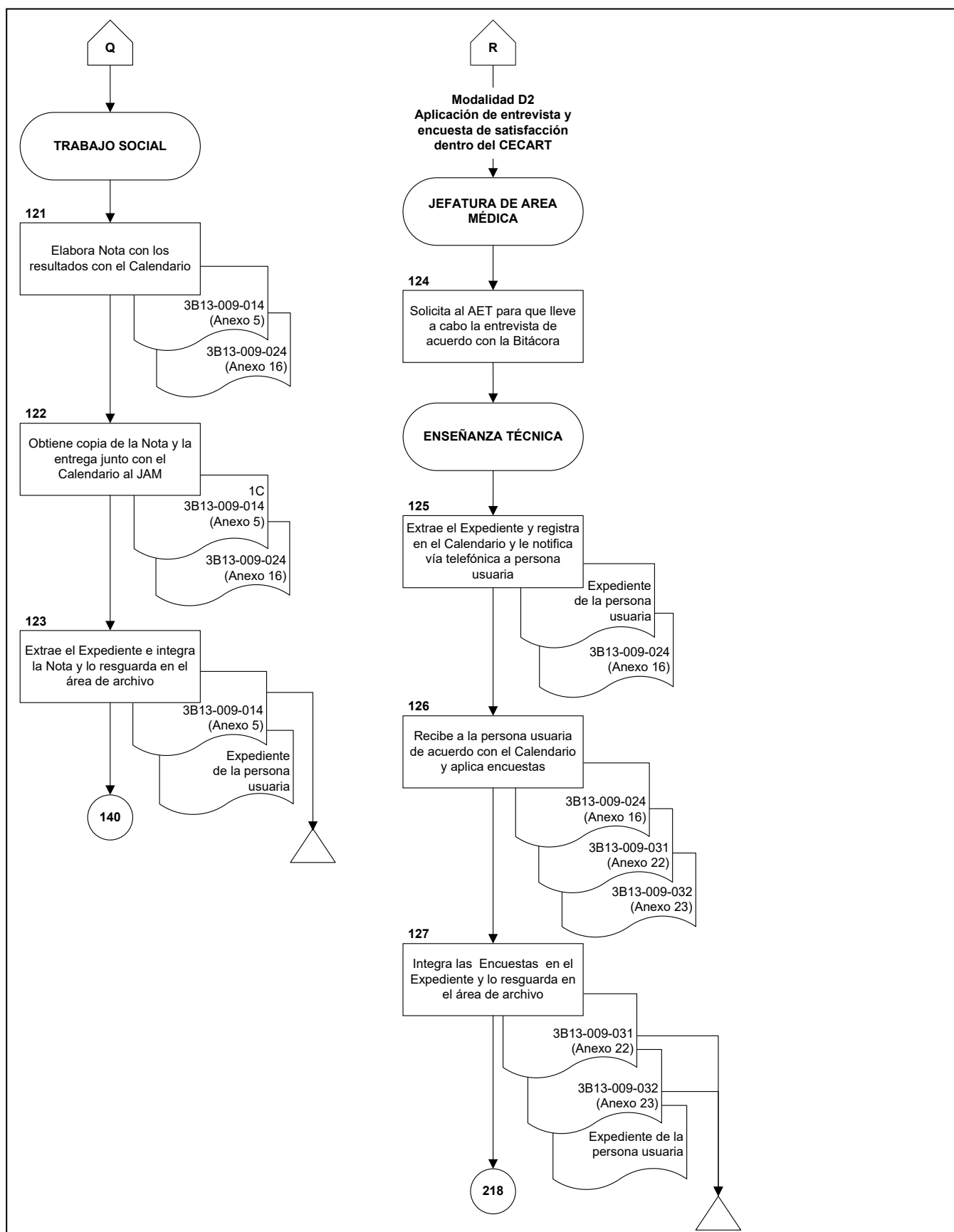


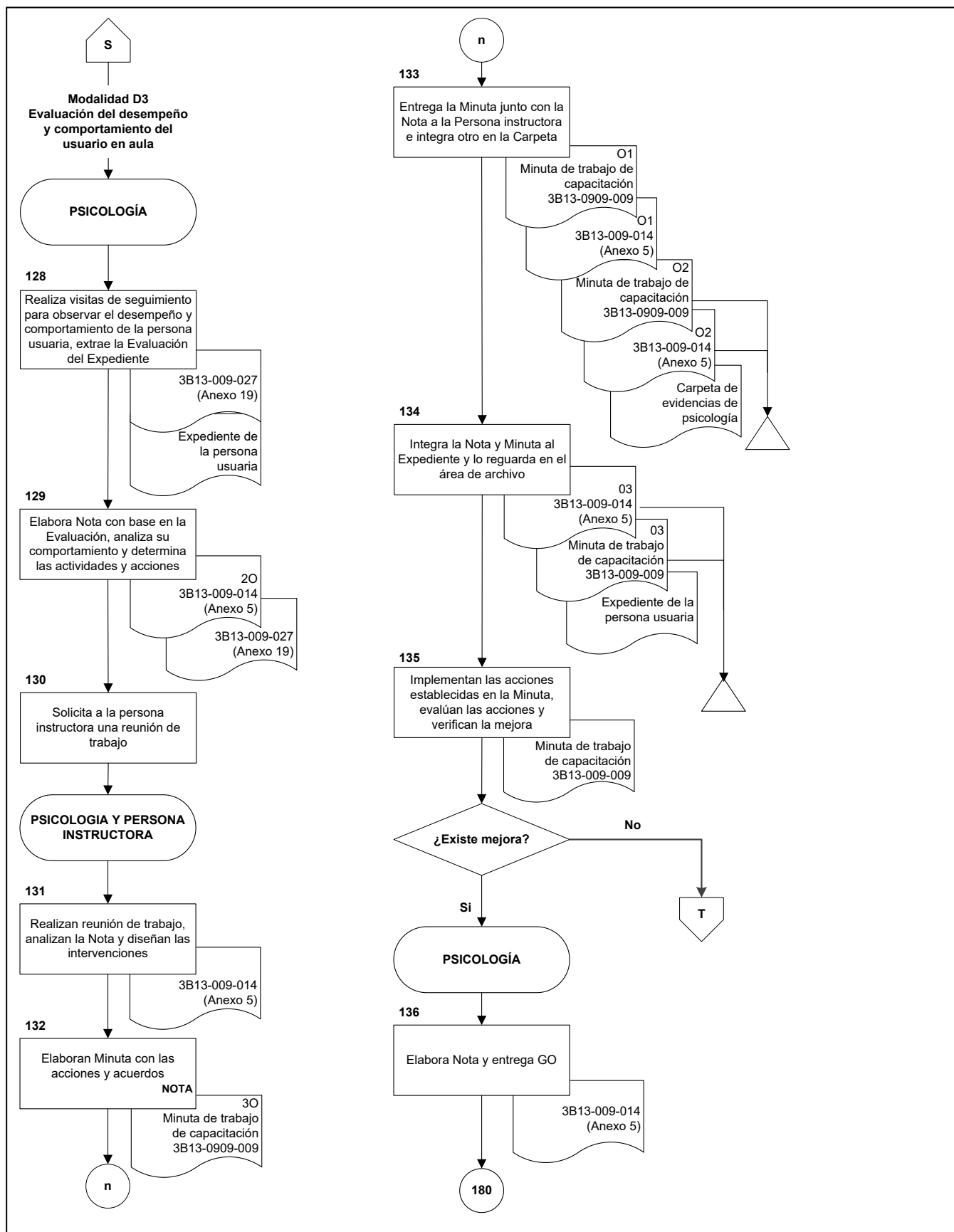


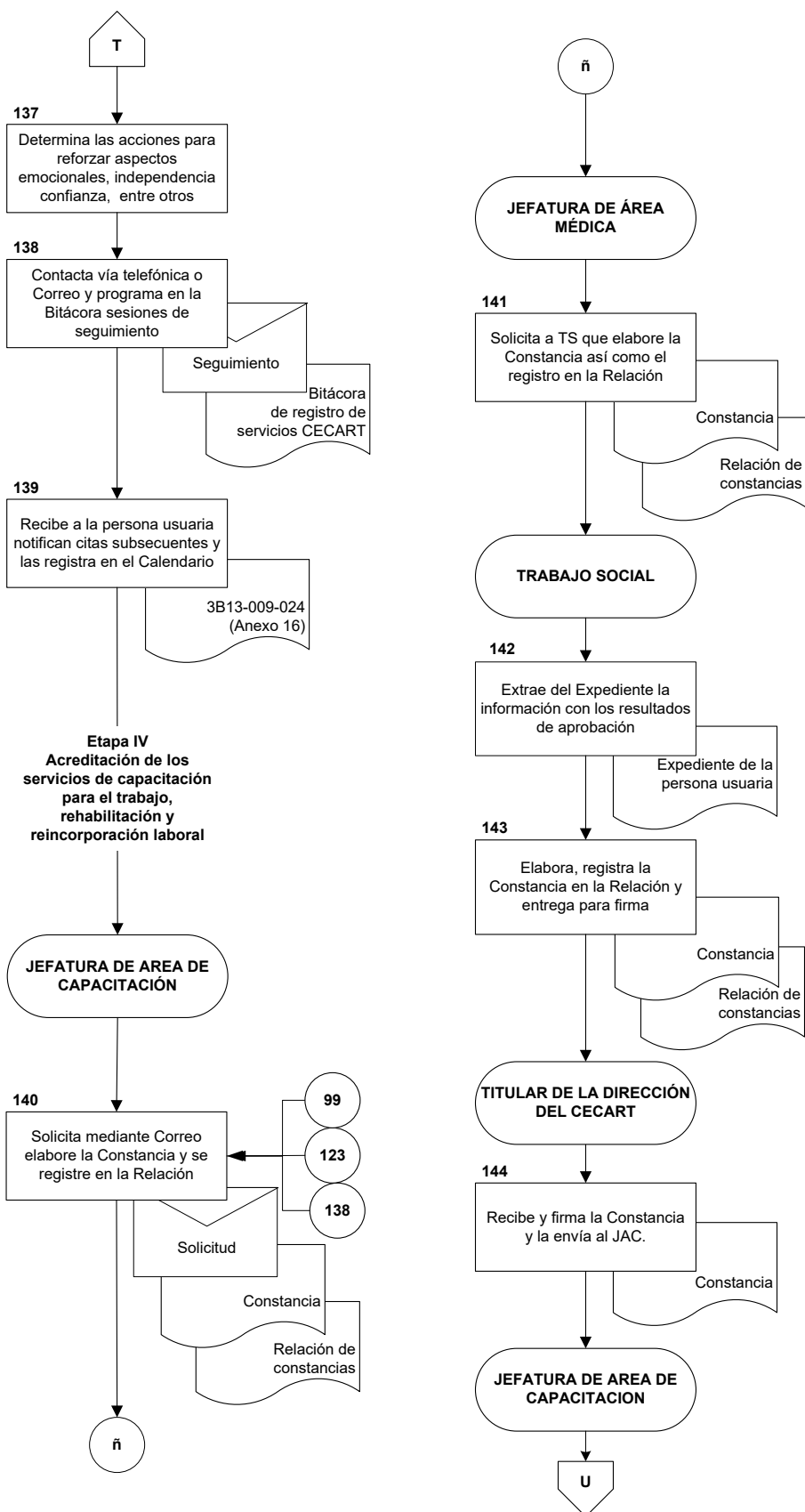


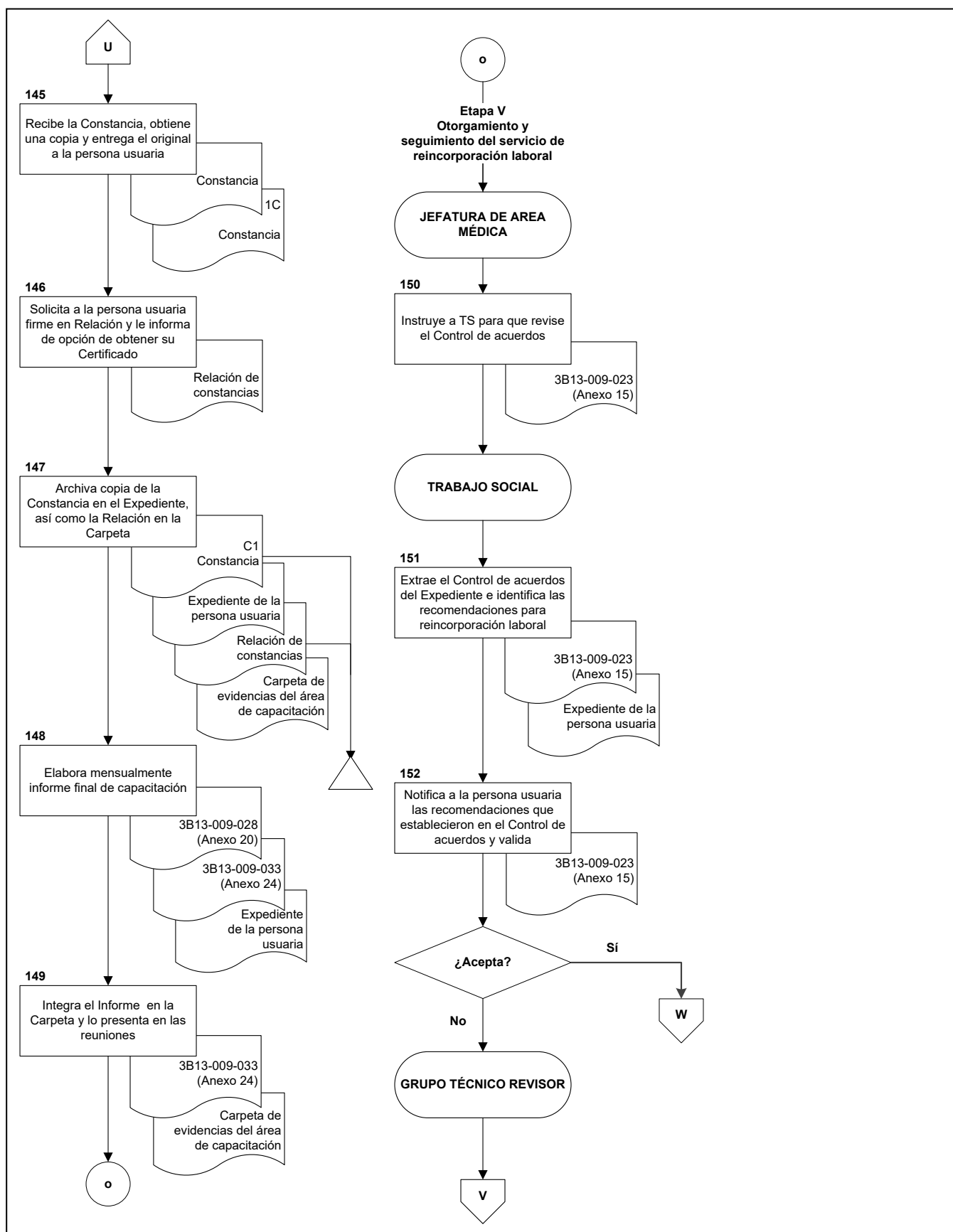


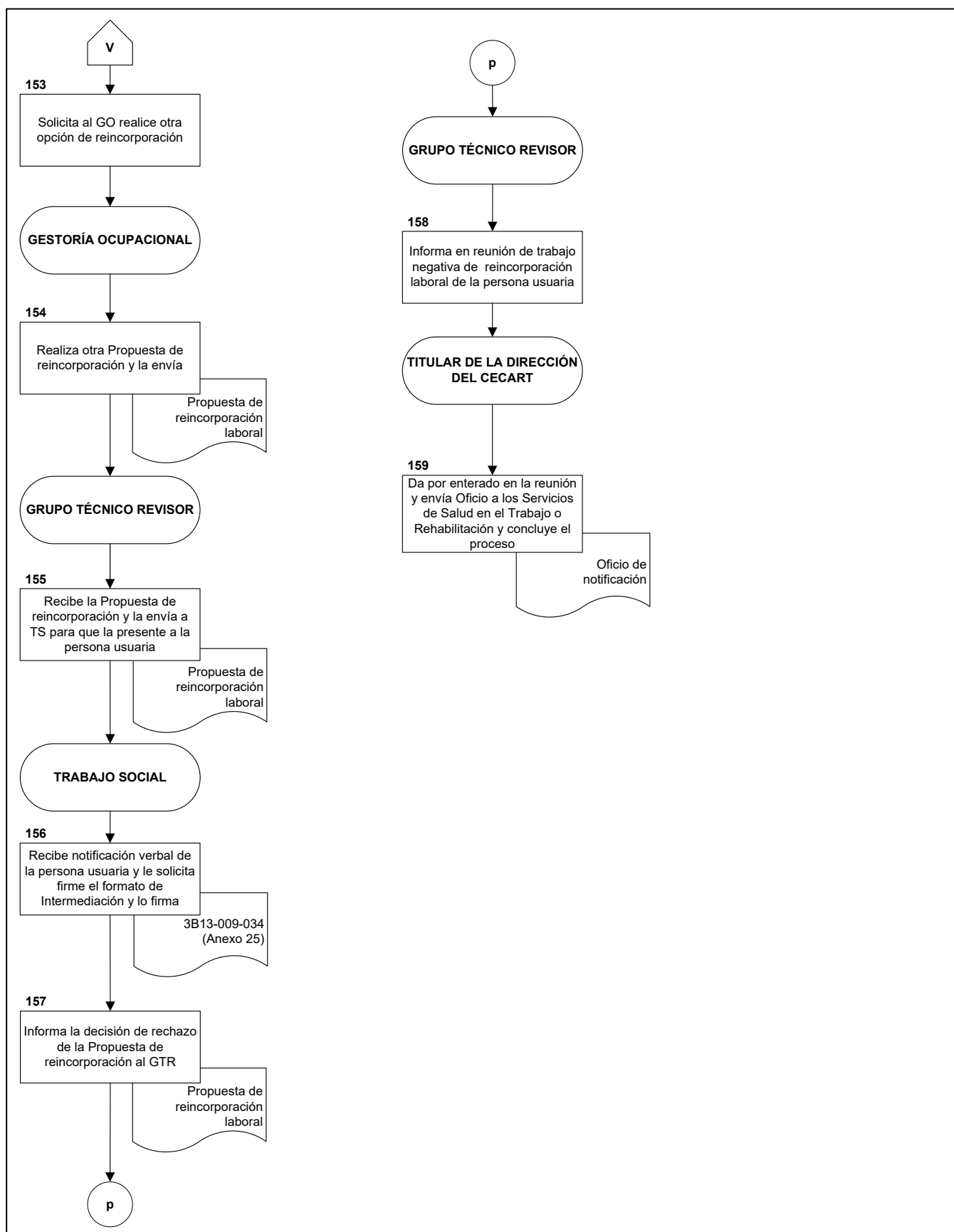


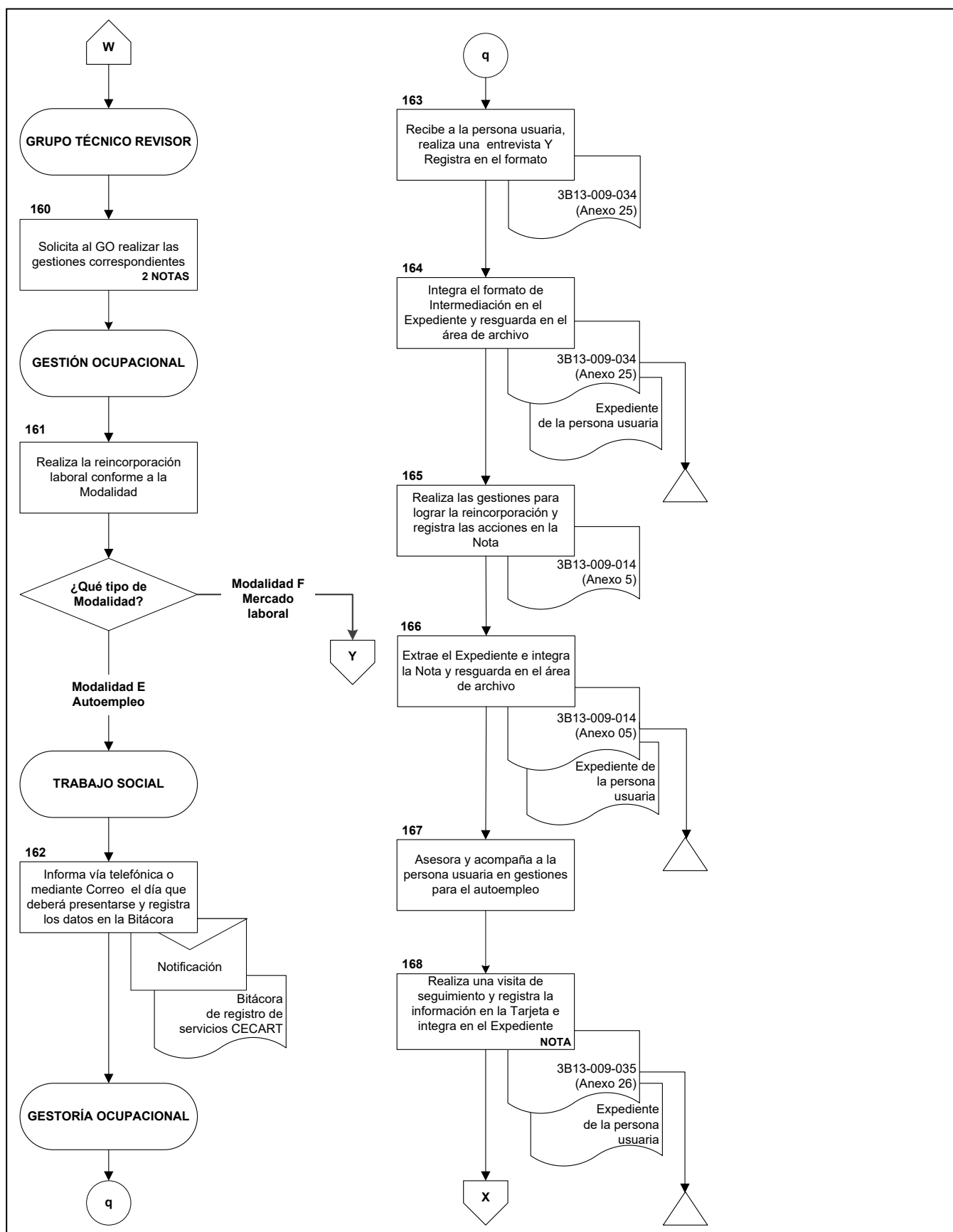


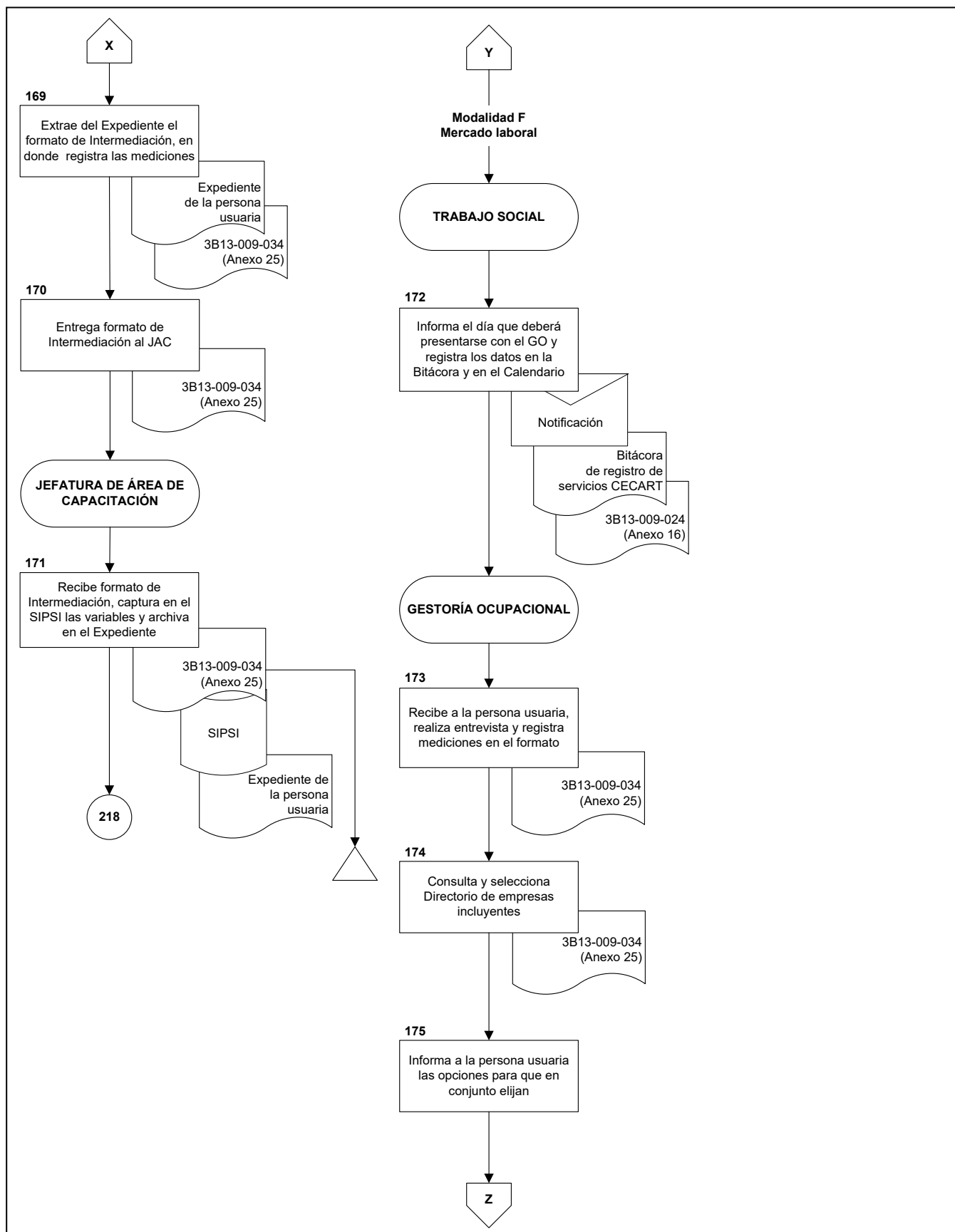


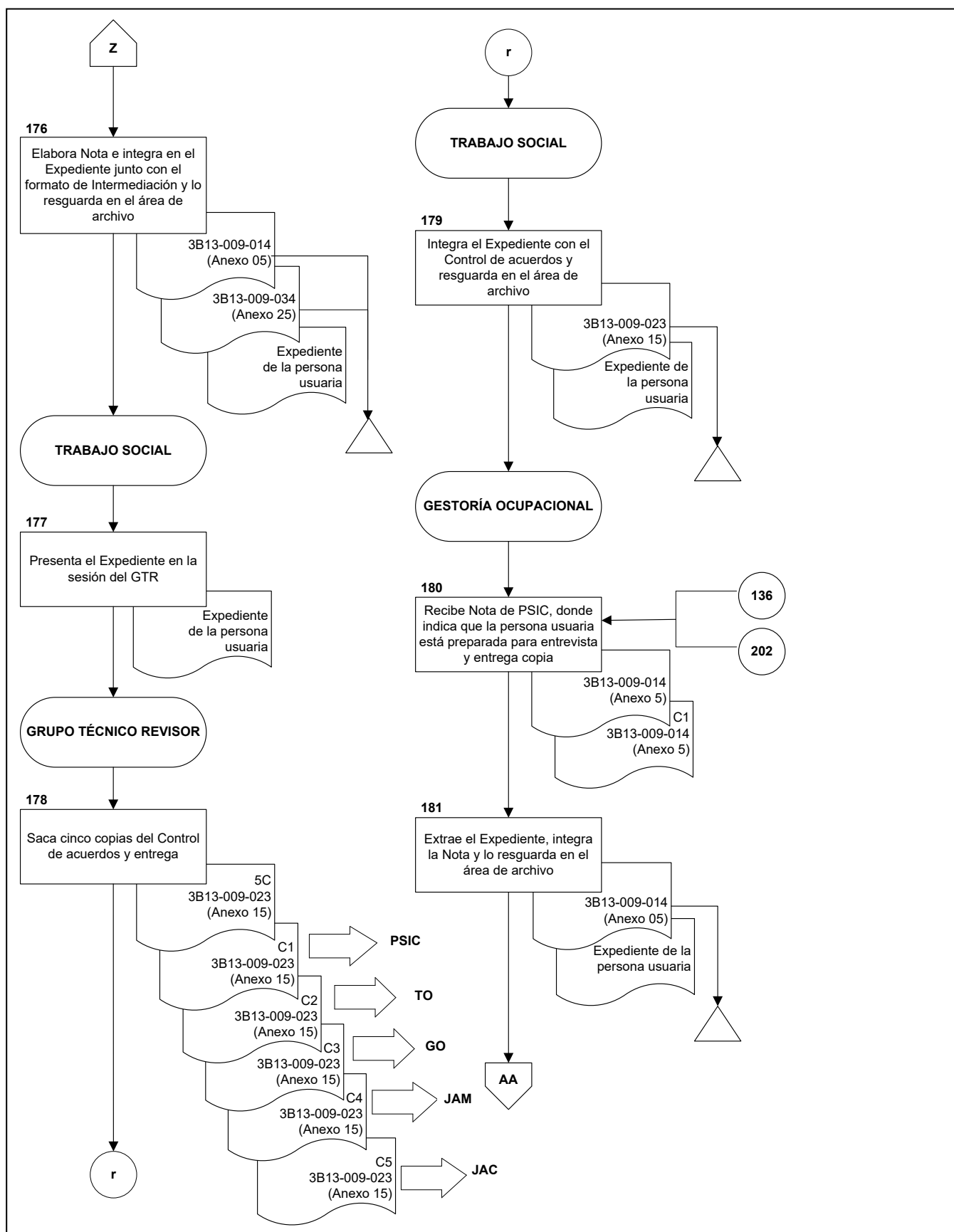


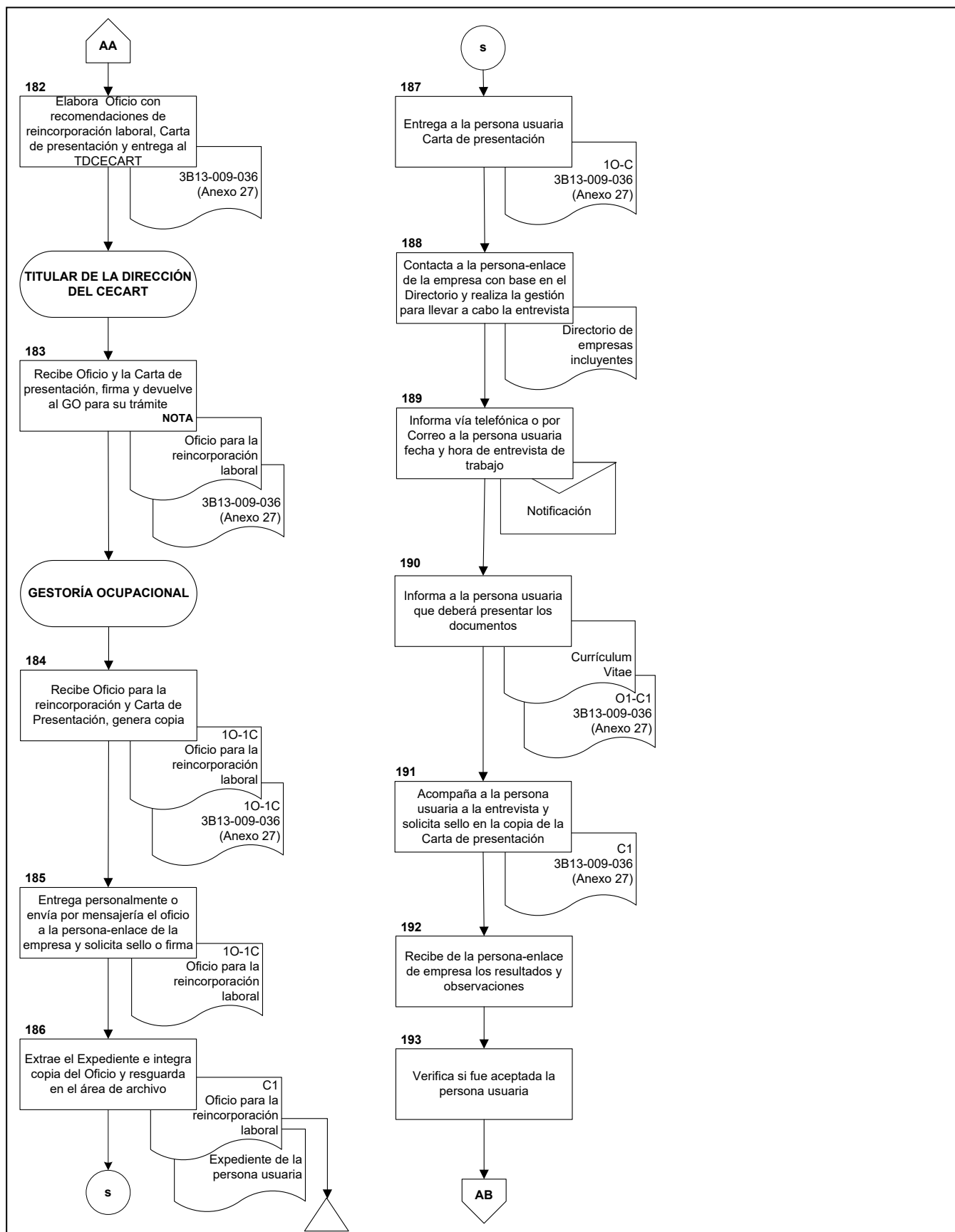


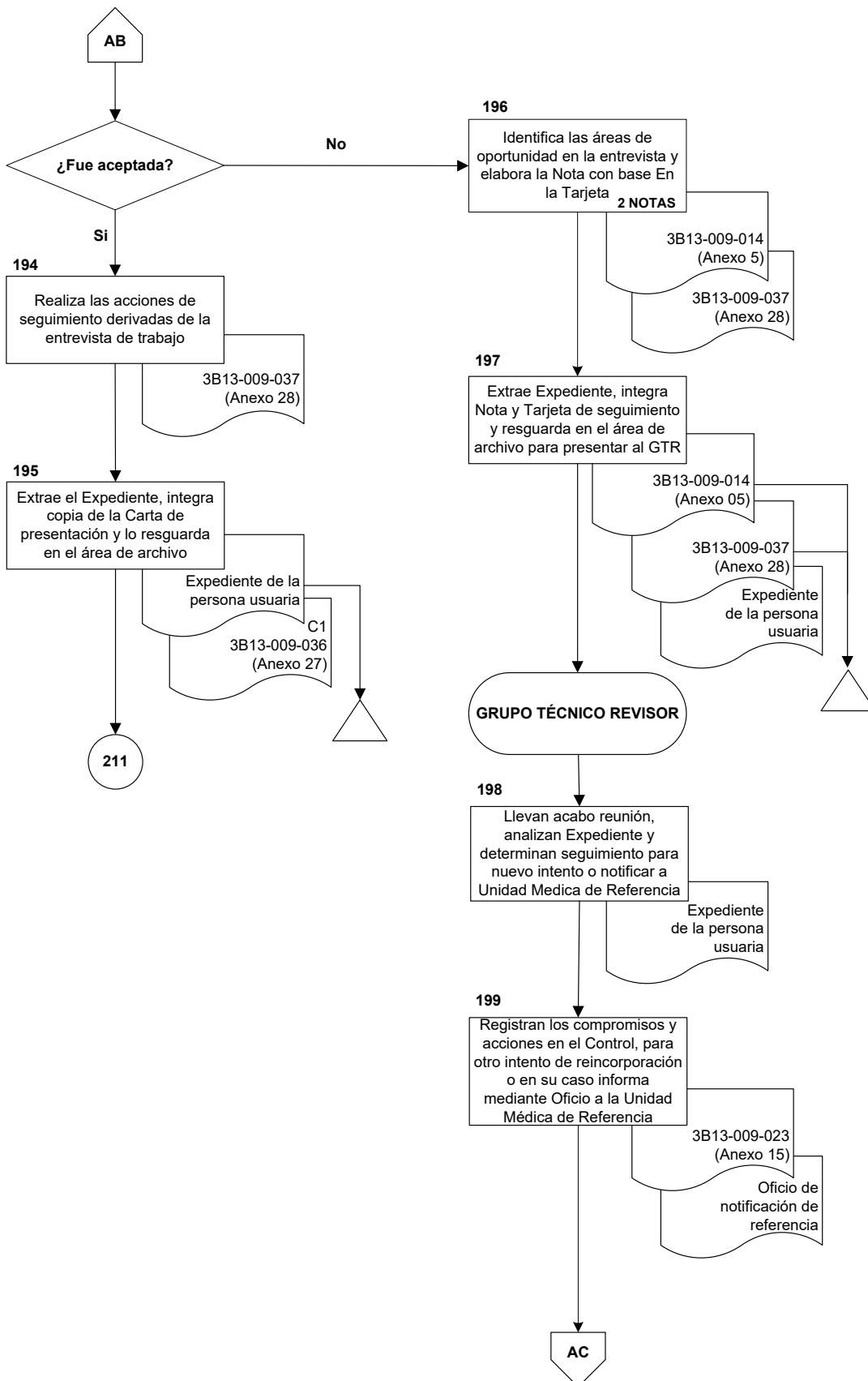


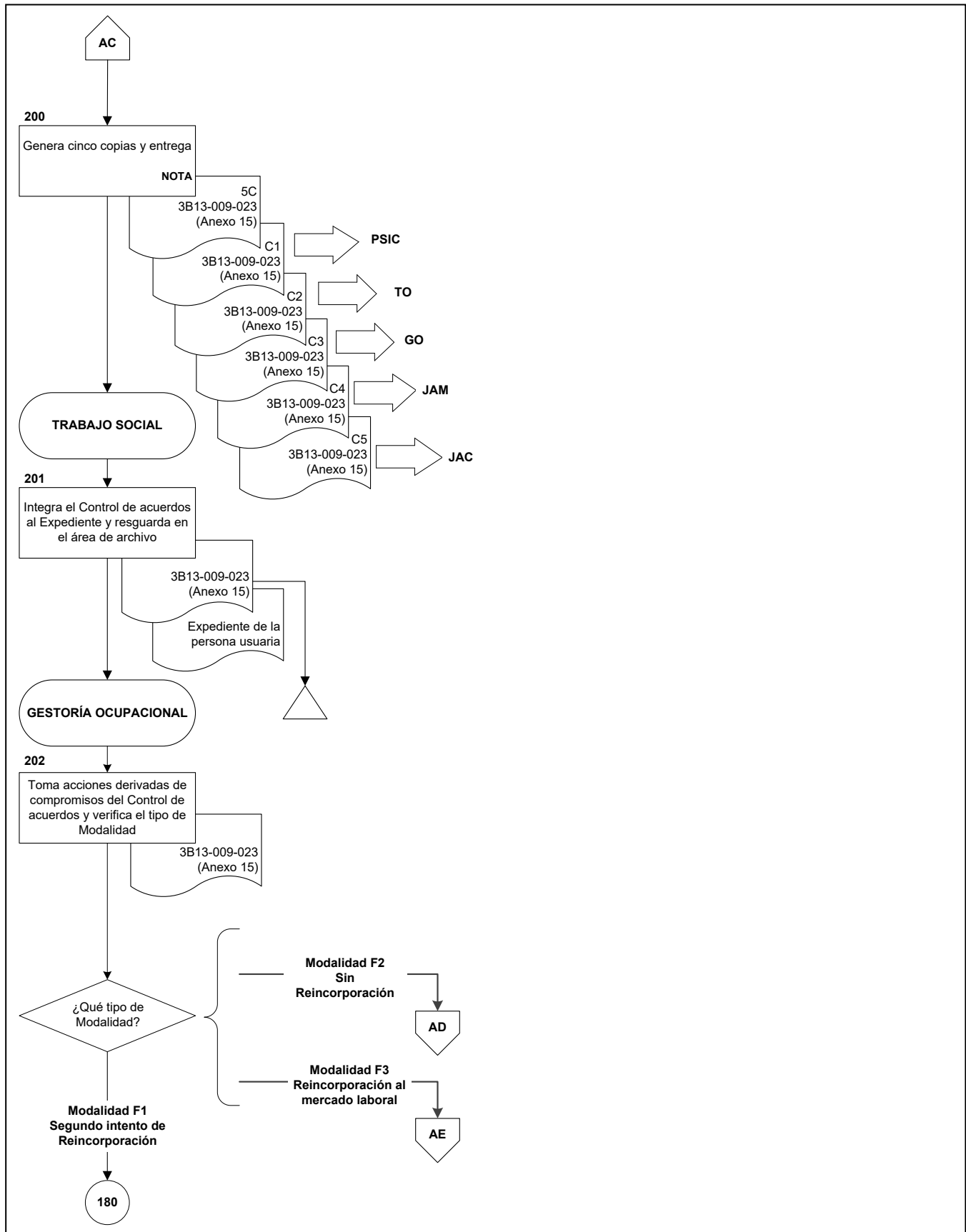


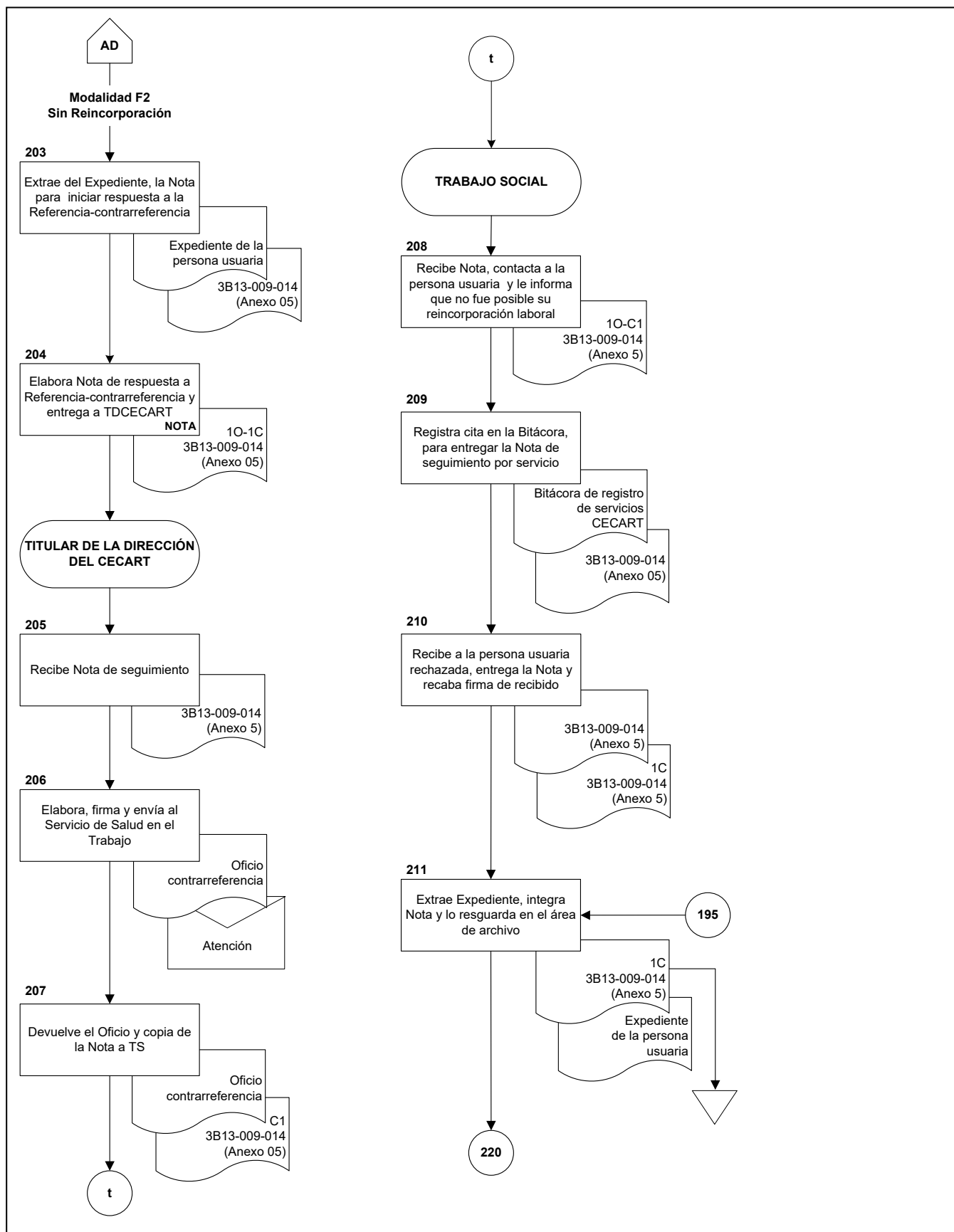


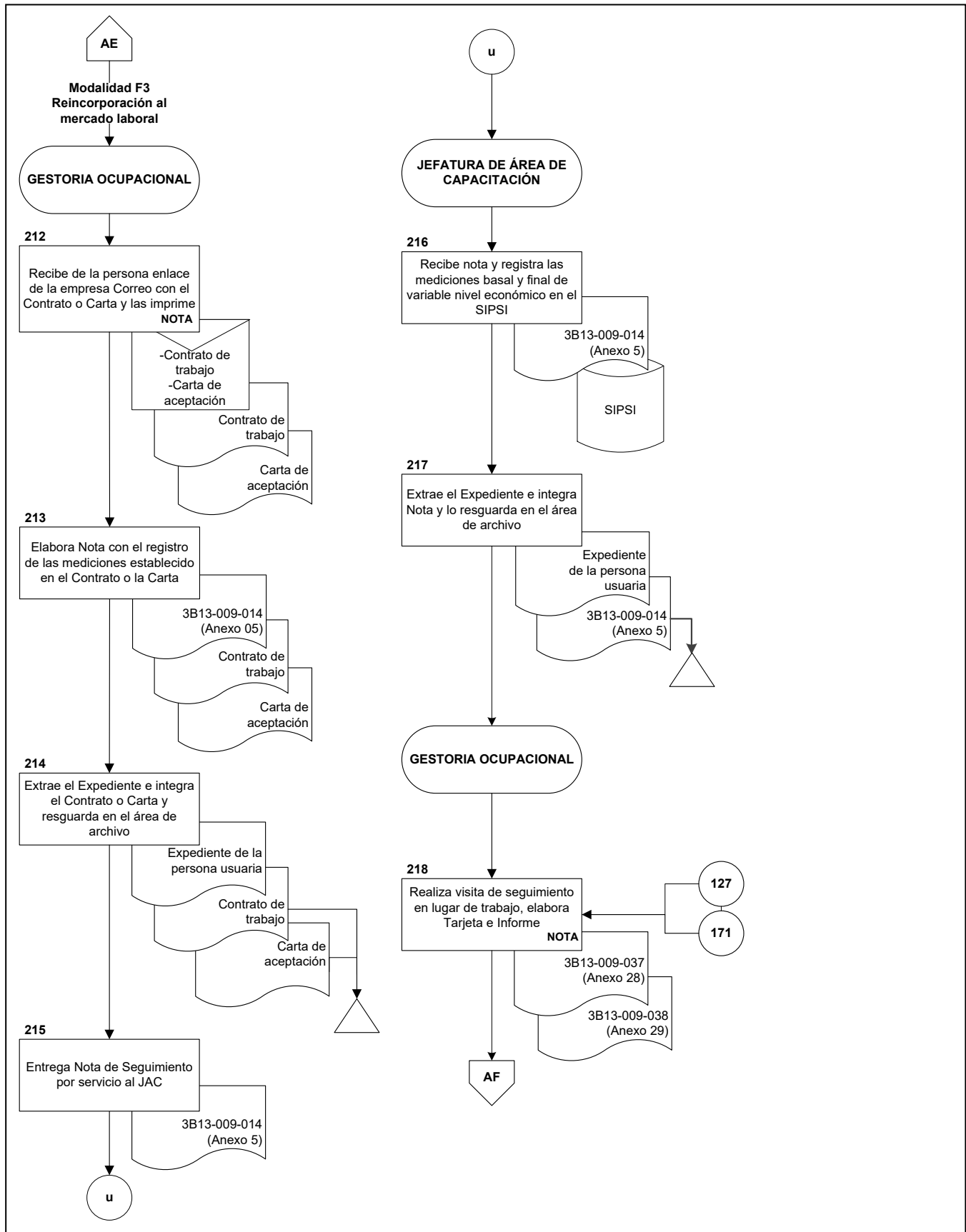


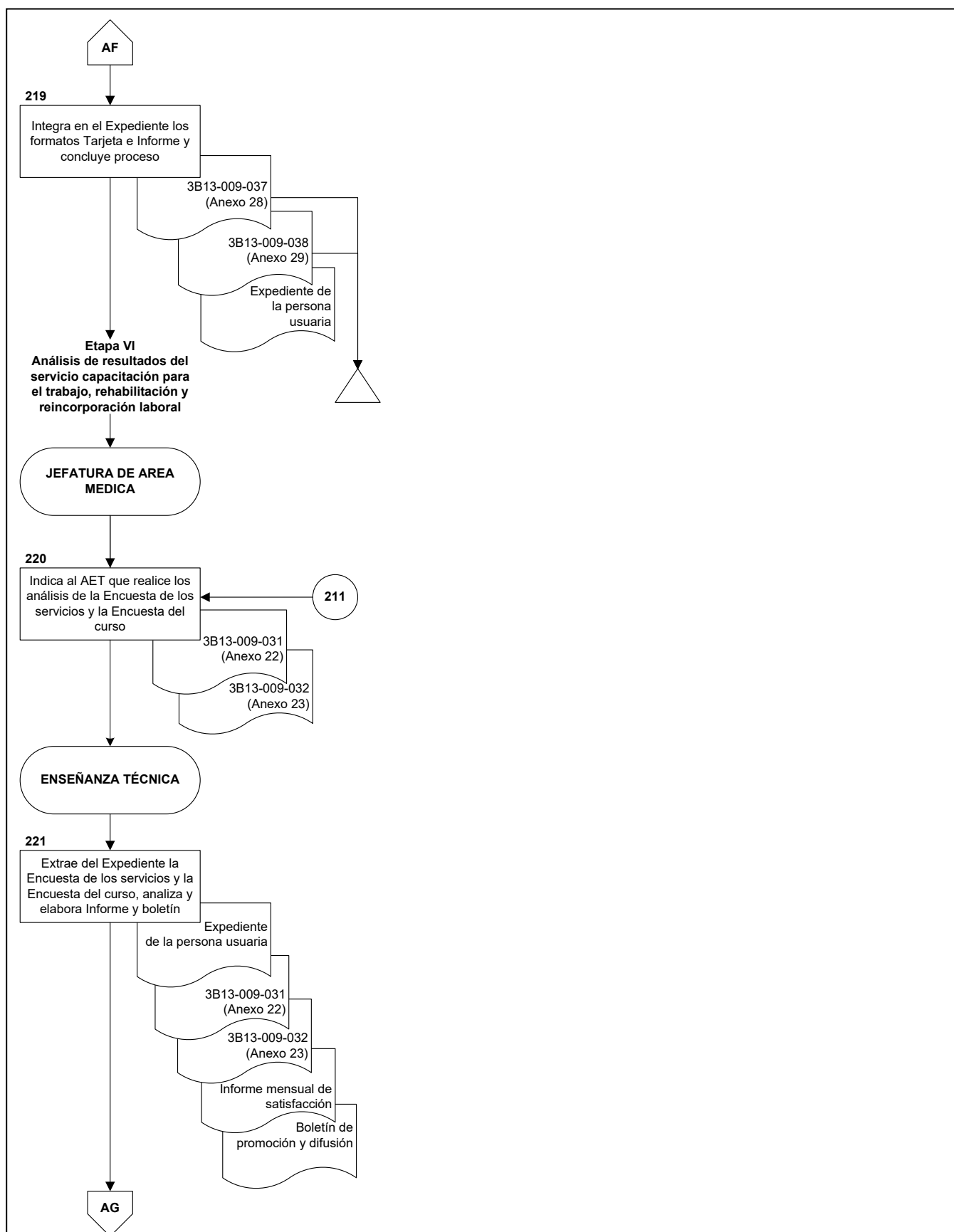


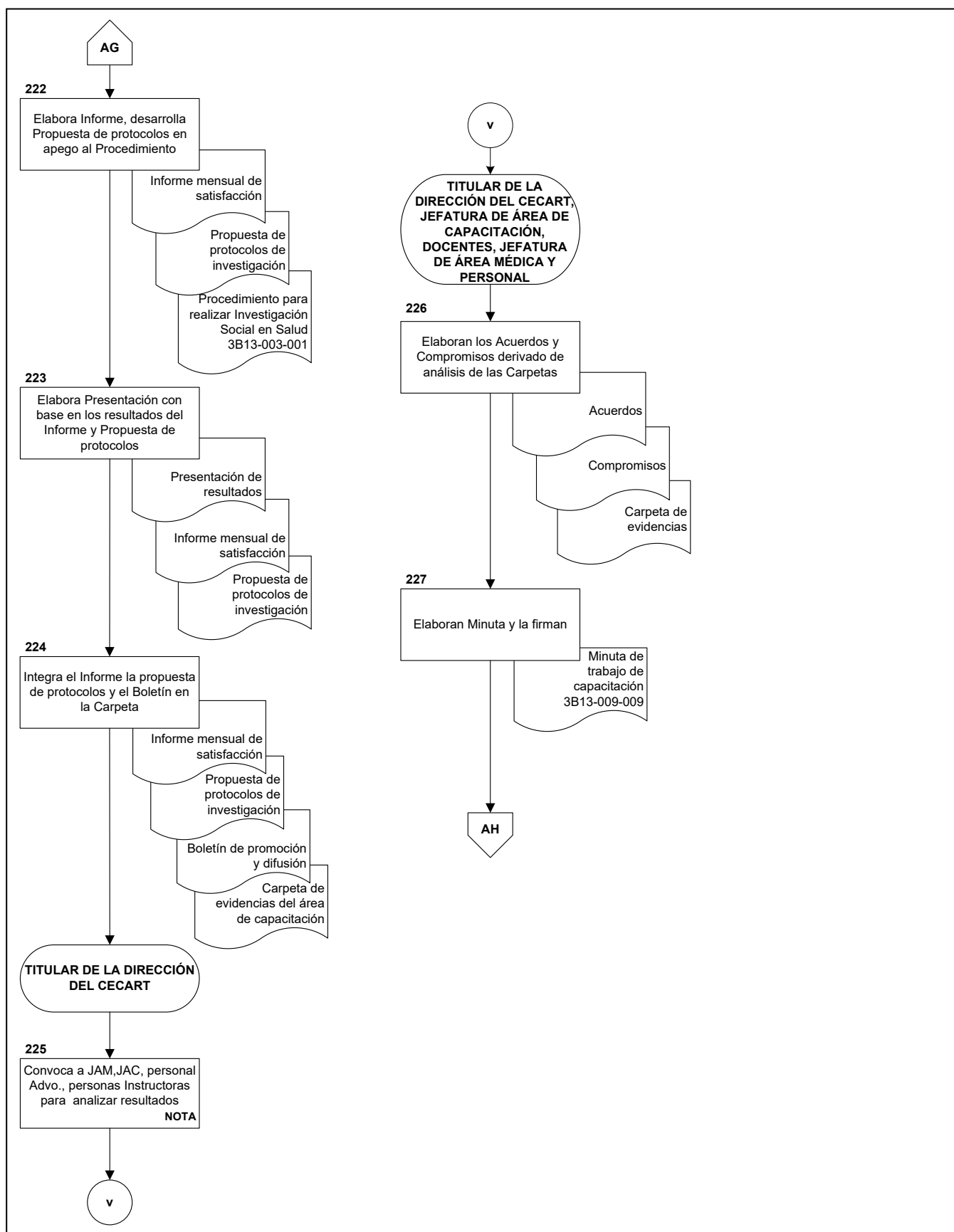


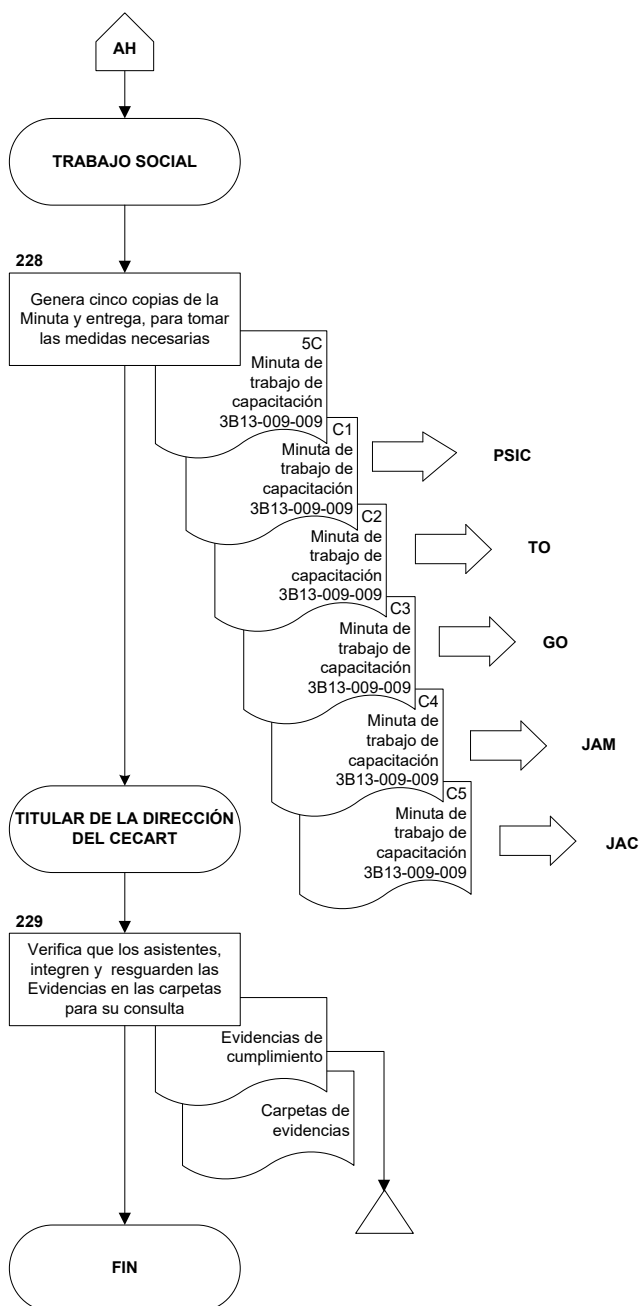














ANEXO 1

Carátulas de Acuerdos del H. Consejo Técnico



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
Presente

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/RR/BB/PP machm

IMSS
Seguridad y Solidaridad Social



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, firmado 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 Morsés 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



ANEXO 2

Ayudas técnicas
3B13-009-011



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

AYUDAS TÉCNICAS

Fecha:	1	Taller:	9
Nombre de la persona usuaria:	2	NSS:	10
Sexo:	3	Edad:	11
Estado Civil:	4	Dom inancia:	12
Dx. Previo al envío:	5	Empleo anterior:	13
Experiencia laboral:	6	Grado máximo o 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

Características y funcionalidad de la Ayuda Técnica

24



ANEXO 2
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 de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona usuaria.
3	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
4	Estado civil	El estado civil de la persona usuaria.
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 cuáles?	Que medicamento toma actualmente.
8	Patologías agregadas	Si existen otros padecimientos como enfermedades crónico degenerativas.
9	Curso	Nombre del curso, sin abreviaturas.
10	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social de la persona usuaria.
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.



ANEXO 2
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 la persona usuaria 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 de la persona usuaria relativa a su punto de vista sobre el trabajo.
23	Objetivo laboral	Desde la perspectiva de la persona usuaria, 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 personal docente de manufactura o de otro especialista.

Clave 3B13-009-011



ANEXO 3

**Programa de control didáctico
3B13-009-012**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART

PROGRAMA DE CONTROL DIDÁCTICO

I.- Datos de la persona instructora, de la persona usuaria y actividad general

Persona instructora	Nombre	1	Fecha de inicio de clase	3	Firma	4	Matrícula	2
	Nombre de la persona usuaria	5					6	8
	Diagnóstico	7					Clave	

II.- Programa de control

Módulo	Objetivo general	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas prácticas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía
	Tema							
11		12	13		14	15	16	17

Módulo	Objetivo general	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas prácticas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía
	Tema							

Módulo	Objetivo general	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas prácticas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía
	Tema							

Módulo	Objetivo general	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas prácticas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía
	Tema							

Módulo	Objetivo general	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas prácticas	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía
	Tema							

Persona Encargada de la Dirección del CECART

Persona Encargada de la Jefatura del Área de Capacitación

Clave 3B13-009-012

PROGRAMA DE CONTROL DIDÁCTICO

II. - Programa de control

Módulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas práctica	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía

Módulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas práctica	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía

Módulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas práctica	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía

Módulo	Objetivo general	Tema	Objetivo específico	Tpo/Módulo	Horas teóricas	Horas práctica	Técnicas didácticas	Recursos didácticos	Bibliografía

Plan Laboral (Recomendaciones del Grupo Técnico Revisor)									

18

19

Persona Encargada de la Dirección del CECART

20

Persona Encargada de la Jefatura del Área de Capacitación



ANEXO 3
Programa de control didáctico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	Nombre de la persona instructora, empezando por apellido paterno, materno y nombre(s).
2	Matrícula	Número de registro de la persona instructora en el IMSS.
3	Fecha de inicio de clase	Fecha (dd/mm/aaaa) en la que se da inicio al curso.
4	Firma	Firma autógrafa de la persona instructora.
5	Usuario	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona usuaria.
6	Curso	Nombre del curso.
7	Diagnóstico	El tipo de discapacidad y factores asociados de la persona usuaria.
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 3B13-009-012



ANEXO 3
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 la persona instructora programa el o los módulos del curso.
14	Horas teóricas Horas prácticas	El total, de horas teóricas y prácticas que determine la persona instructora.
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 del grupo de 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 la Persona Instructora, 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 las personas usuarias.
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 Encargado de la Dirección del CECART.
20	Jefe de Área de Capacitación	Nombre y firma del Encargado de la Jefatura del Área de Capacitación.

Clave 3B13-009-012



ANEXO 4

**Derivación por Unidad operativa
3B13-009-013**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART

DERIVACIÓN POR UNIDAD OPERATIVA

Nombre de la persona que deriva		1		Fecha		2	
Unidad Operativa de Prestaciones Sociales que deriva		4		Folio		3	
Servicio que deriva		5					
DATOS GENERALES DE LA PERSONA USUARIA							
Nombre		6		Edad	9	Sexo	10
Teléfono del domicilio		7		CURP	11		
Correo electrónico		8		Teléfono celular	12		
				Teléfono de referencia	13		
DATOS GENERALES DE LA DISCAPACIDAD							
Discapacidad	Física	Sensorial	Intelectual	Mental	Múltiple		
Descripción general de la discapacidad		15					
Otro tipo de padecimiento		16					
Para las personas en las que no sea evidente la discapacidad, deberá integrarse a la derivación copia de los siguientes documentos:							
Certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad		17 Credencial Nacional para las personas con discapacidad					
Observaciones generales		18					

Clave 3B13-009-013



ANEXO 4
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 de la persona usuaria.
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) de la persona usuaria.
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 3B13-009-013



ANEXO 4
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 3B13-009-013



ANEXO 5

**Nota de seguimiento por servicio
3B13-009-014**



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART

NOTA DE SEGUIMIENTO POR SERVICIO

Nombre de la persona usuaria	1	2	Fecha	3
Nombre de la persona especialista	4	5	Folio	6
Servicio				
NOTAS				
7				
8				
Firma de la persona usuaria				
Firma de la persona especialista				



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART

NOTA DE SEGUIMIENTO POR SERVICIO

Nombre de la persona usuaria	1	2	Fecha	3
Nombre de la persona especialista	4	5	Folio	6
Servicio				
NOTAS				
7				
8				
Firma de la persona usuaria				
Firma de la persona especialista				



ANEXO 5
Nota de seguimiento por servicio
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s) de la persona usuaria.
2	Nombre de la persona especialista	El nombre, apellido paterno y apellido materno de la persona 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 de la persona especialista para la persona usuaria.
7	Firma de la persona usuaria	Firma de la persona usuaria.
8	Firma de la persona especialista	Firma de la persona especialista que brinda el servicio.

Clave 3B13-009-014



ANEXO 6

**Solicitud de ingreso
3B13-009-015**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

SOLICITUD DE INGRESO

Fecha	1	Folio	2			
DATOS GENERALES DE LA PERSONA USUARIA						
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	Personas desempleadas	discapacidad	Persona mayor	Indígena
	Otro	12				
DOCUMENTACIÓN SOPORTE						
Esta sección será requisitada por el personal de trabajo social, con la documentación de la persona usuaria que solicita los servicios de la Unidad						
Persona usuaria asegurada 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 3B13-009-015



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) de la persona usuaria.
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.

Clave 3B13-009-015



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.

Clave 3B13-009-015



ANEXO 7

Criterios de selección y perfil de ingreso 3B13-018-002



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	☒	☐
2	Para ST-6, con diagnóstico con retraso mental de leve a moderado	☐	☐
3	Para ST-4 con diagnóstico de certeza, con buen pronóstico de vida, estables clínicamente, no requieren asistencia, con estudios de funcionalidad.	☐	☐
4	Para ST-3 mayor al 25% con estudio de funcionalidad.	☐	☐
5	Con discapacidad intelectual, la edad mínima son 16 años.	☐	☐
6	Con discapacidad física, visual y auditiva, la edad mínima es de 18 años, que incluya estudios de funcionalidad.	☐	☐
7	Con tratamiento médico concluido.	☐	☐
8	Con independencia funcional	☐	☐
9	Que no tenga interpuesta demanda vigente ante el IMSS.	☐	☐
10	Deseos de superarse, concluir su capacitación y reincorporarse al mercado laboral.	☐	☐
11	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.	☐	☐
12	Se identifique el factor desencadenante, que da origen a una crisis en personas con discapacidad psicosocial con apego a tratamiento.	☐	☐
13	De acuerdo al "Procedimiento para la inscripción a cursos, talleres y eventos de Prestaciones Sociales Institucionales", clave 3B13-003-002 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	☐	☐



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

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

Clave 3B13-018-002



ANEXO 8

Entrevista inicial de trabajo social
3B13-009-016



GOBIERNO DE MÉXICO		IMSS	
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 DE LA PERSONA USUARIA			
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)	Egreso global familiar (mensual)
		25	26
¿Realiza actividades de tipo deportivo y/o social?	27	¿Cuáles?	28
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?	31	¿Cuáles?	32
Acude periódicamente a sus revisiones médicas	33	¿Tiene algún padecimiento adicional?	34
¿Cuáles son sus expectativas del servicio?	35		
Observaciones	36		
Elaboró	37		

Clave 3B13-009-016



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

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



ANEXO 8
Entrevista inicial de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
12	Teléfono	El número telefónico del domicilio de la persona usuaria o en su caso el número de teléfono celular para localizarlo.
13	Edo. Civil	El estado civil de la persona usuaria.
14	En caso de emergencias llamar a	El nombre completo y teléfono de la persona que se puede llamar en caso de una emergencia.
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, 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 antes de ingresar al centro.
19	Tipo de pensión	El tipo de pensión con la que cuenta.
20	Diagnóstico	El dictamen médico.
21	Vivienda	Una "X" al tipo de vivienda que corresponda, según sus características.
22	Servicios con los que cuenta	Una "X" a los servicios que enumere, correspondientes a las condiciones y características del tipo de comunidad.

Clave 3B13-009-016



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 la persona usuaria y la ocupación.
24	Cuántos miembros de su familia trabajan	El número de personas que realizan aporte económico a la familia de la persona usuaria.
25	Ingreso global familiar (mensual)	La cantidad en número y en moneda nacional, del ingreso global mensual de quienes integran el núcleo familiar de la persona usuaria.
26	Egreso global familiar (mensual)	La cantidad en número y en moneda nacional, del egreso global mensual de quienes integran el núcleo familiar.
27	¿Realiza algunas actividades de tipo deportivo y/o social?	Una "X" en Sí o en No según corresponda.
28	¿Cuáles?	Si su respuesta es positiva, indicar las actividades que 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.



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 la persona usuaria, 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 persona del servicio de Trabajo Social que aplicó la entrevista, así como su número de matrícula.

Clave 3B13-009-016



ANEXO 9

**Visita domiciliaria de trabajo social
3B13-009-017**



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 DE LA PERSONA USUARIA			
Nombre	5	Edad	6
		Fecha de nacimiento	8
Lugar y origen	9		
Estado civil	10	Escolaridad	11
Discapacidad	13	Ocupación	12
CURP	14	NSS	15
IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA			
¿Con quien vive?	16	Parentesco	17
		Edad	18
Domicilio	19		
Calles 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			
Ultimo grado de estudios (Comprobables)	27	Técnico	Comercial
		Licenciatura	Posgrado
		Especialización o diplomado	
¿Sigue estudiando actualmente?	Si	No	¿Que estudia?
¿Ha tomado cursos de oficios?	Si	No	¿Cuáles?
INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA			
Ingresos familiares			
Nombre	30		
Género			
Edad			
Parentesco			
Ocupación			
Ingreso mensual			
Total de ingresos familiares			
Egresos familiares			
Tipos de gastos	31	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	
Predial		Internet	
Total de egresos		Superávit	
		Déficit	
VIVIENDA			
Vivienda	32	Propia	Rentada
		Prestada	Compartida con familiares
Tipo de vivienda	33	Departamento	Vecindad
		Campamento	Albergue
Servicios con los que cuenta	34	Agua ()	Luz ()
		Drenaje ()	Teléfono ()
Número de dormitorios	35	¿Cuántas personas duermen en la habitación?	36
Habitaciones (cuenta)		Sala	37
		Comedor	Cocina
Material predominante	38	Baño privado	Baño colectivo
Paredes		Tabique	madera
Techos		Concreto	Lámina de asbesto
Pisos		Mosaico	Loseta
Otros materiales			
Mobiliario	39	Estéreo	Video
Televisión		Centro de lavado	Refrigerador
Lavadora			



 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	Cuando se enferma
¿Independientemente de la Discapacidad, vive con alguna enfermedad?	42					
¿Realiza actividad física?	43	NO () SI ()	¿Con qué 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						

Clave 3B13-009-017



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Fecha	El día, mes y año de primera visita de la persona usuaria.
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.
4	Módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	El nombre del módulo que deriva a la persona usuaria al centro.
5	Nombre	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la persona usuaria.
6	Edad	El número de años cumplidos.
7	Sexo	M (masculino) o F (femenino).
8	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento.
9	Lugar y origen	El Estado, municipio, alcaldía y colonia.
10	Estado civil	El estado civil de la persona con discapacidad.
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 de la persona usuaria.

Clave 3B13-009-017



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
16	Parentesco	Nombre de la persona que asiste y vive con la persona usuaria 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 de la persona usuaria.
20	Calles colindantes con el domicilio y referencia de ubicación	Referencias de cómo llegar al domicilio de la persona usuaria, 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 la persona usuaria.
25	Medios de transporte para llegar al domicilio	De forma descriptiva que transportes utiliza para llegar a su domicilio.

Clave 3B13-009-017



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?	Cuantas personas pernoctan en cada habitación.
37	Habitaciones (cuenta)	Con una "X", el tipo de habitaciones con las que cuenta el domicilio.

Clave 3B13-009-017



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 crónico-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 el personal médico.

Clave 3B13-009-017



ANEXO 9
Visita domiciliaria de trabajo social
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
51	Familiograma	Las relaciones familiares.
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 con 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 3B13-009-017



ANEXO 10

**Entrevista inicial de psicología
3B13-009-018**



GOBIERNO DE MÉXICO		IMSS	
CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART			
ENTREVISTA INICIAL DE PSICOLOGÍA			
Nombre	1	2	3
Servicio que deriva			4
Fecha			
Folio			
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		

Clave 3B13-009-018



ANEXO 10
Entrevista inicial de psicología
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la persona usuaria.
2	Servicio que deriva	El nombre del servicio del CECART, que envía a la persona usuaria.
3	Fecha	El día, mes y año de la entrevista.
4	Folio	El número progresivo de acuerdo con el número de entrevistas iniciales realizadas.
5	Datos generales	Las técnicas empleadas, descripción y antecedentes de la persona usuaria.
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.



ANEXO 11

**Entrevista inicial de terapia ocupacional
3B13-009-019**



GOBIERNO DE MÉXICO		IMSS				
CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART						
ENTREVISTA INICIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL						
UMF de adscripción	1				Fecha	3
Módulo o servicio que deriva	2				Folio	4
DATOS GENERALES DE LA PERSONA 5						
Nombre			Edad			
Dirección actual			Fecha de nacimiento			
Estado civil			Grado máximo de estudios			
Discapacidad			NSS			
PERFIL LABORAL DE LA PERSONA 6						
Empleo anterior			Experiencia laboral			
Ocupación actual			Que otros oficios o actividades domina o tiene conocimientos			
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO 7						
Diagnóstico previo a envío						
Recibe tratamiento farmacológico?	SI	No	¿Cuál?			
Patologías agregadas						
Utiliza ayudas técnicas?	SI	No	¿Cuál?			
PERFIL OCUPACIONAL DE LA PERSONA 8						
Situación vital/familiar						
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						
Habilidades motoras	9	1	2	3	4	5
Postura						
ESTABILIZAR el cuerpo para la ejecución						
ALINEAR el cuerpo en posición vertical						
POSICIONAR el cuerpo o los brazos en forma apropiada a la tarea						
Movilidad						
COORDINAR moverse en el medio ambiente de la tarea (superficies a nivel)						
MANIPULAR los objetos de la tarea						
ALINEAR O ROTAR el cuerpo en forma apropiada a la tarea						
Coordinación						
COORDINAR los partes del cuerpo para establecer 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						
LEVANTAR empujar y tirar de los objetos de la tarea sobre las superficies a nivel o sobre y dentro puertas y cajones						
TRANSPORTAR los objetos de la tarea de un lugar a otro						
LEVANTAR objetos utilizados durante la tarea						
CALEBRAR 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						

Clave 3B13-009-019



CECART

ENTREVISTA INICIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

9

Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea

Mantener la ATENCIÓN selectiva durante toda la ejecución de la tarea

ELEGIR 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 ASIR los objetos de las tareas

COMPRENDER el objetivo de la tarea especificada

INVESTIGAR: preguntar la información necesaria

INICIAR las acciones o los pasos de las tareas sin latencia

CONTINUAR las acciones hasta completarlas

SECUENCIAR lógicamente los pasos de las tareas

TERMINAR las acciones o los pasos en el momento

Espacio y objetos

REUNIR las herramientas y los materiales en el lugar de

ORGANIZAR las herramientas y los materiales en una forma orde

RESTABLECER ordenar las herramientas y los materiales o reacomodar el lugar de trabajo

SORTEAR Maniobrar la mano y el cuerpo alrededor de los obstáculos

Adaptación

ACOMODAR Modificar la propia acción para superar los problemas

ACOMODAR	Modificar la propia acción para superar los problemas
ADJUSTAR	Modificar el espacio de trabajo para superar los problemas

BENEFICIARSE evitar la recurrencia o la persistencia de los problemas

DEBEN LEERSE en la frecuencia o la persistencia de los problemas

10

Dificultades del desempeño ocupacional

Observaciones

Persona que evalúa

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 a la persona usuaria.
3	Fecha	El día, mes y año de la entrevista.
4	Folio	El número progresivo de acuerdo con el número de entrevistas iniciales realizadas.
5	Datos generales de la persona	La información personal general.
6	Perfil laboral de la persona.	Los datos de empleos anteriores, ocupación actual, experiencia entre otros.
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, 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	Persona que evalúa	Firma y cedula de la persona que evalúa.

Clave 3B13-009-019



ANEXO 12

**Sondeo empresarial
3B13-009-020**



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART
SONDEO EMPRESARIAL

1
Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

Nombre de la empresa 2

Giro o actividad 3

Domicilio 4

Delegación 5 Código Postal 6

Teléfono 7 Correo 8

Responsable 9

Cargo 10

Número de personas empleadas (total o aproximado) 11

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

12

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

13

¿En este momento existen vacantes en la empresa? 14 Si (__) No (__)

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

15

Comentarios

16

Elaboró:

17

Nombre y firma de la persona que realiza el sondeo

Clave 3B13-009-020



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 de la persona encargada del 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 a la persona usuaria.
11	Número de personas empleadas (total o aproximado)	Número de personas empleadas que laboran en la empresa.

Clave 3B13-009-020



ANEXO 12
Sondeo empresarial
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
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.
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(s), apellido paterno, apellido materno y firma de la persona que realizó el sondeo.

Clave 3B13-009-020



ANEXO 13

**Entrevista inicial de gestoría ocupacional
3B13-009-021**



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

ENTREVISTA INICIAL DE GESTORÍA OCUPACIONAL

Fecha	1	Nombre de la persona de gestoría	2	Folio	5
UMF de adscripción	3	Nombre de la persona de gestoría	2	Folio	5
Servicio o módulo de rehabilitación para el trabajo que deriva	4	DATOS DE IDENTIFICACIÓN 6			
Compañía/ Empresa donde laboraba					
Nombre de la persona con discapacidad					
Edad	Puesto Desempeñado				
Años laborando en la empresa	Regimen				
Otros oficios que domina:					
Tipo de pensión					
Diagnóstico médico					
DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA USUARIA 7					
Calle	Num Ext	Municipio/ Alcaldía	Num. Int.	Código Postal	
Colonia					
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...					



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

GRADO DE ESTUDIOS

8

No sabe leer ni escribir

☐

Sabe leer y escribir

☐

Último grado de estudios

Primaria

Secundaria o similar

Bachillerato o similar

Licenciatura

Posgrado

Diplomado o especialización

Si usted domina otro idioma favor de llenar la siguiente tabla.

Idiomas
Hablado
Escrito
Lectura
Comprensión

Inglés

Francés

Portugués

Otro

ACTIVIDADES DE LOS FAMILIARES

9

Nombre

Parentesco

Domicilio

Edad

Ocupación

REDES DE APOYO

10

Nombre

Dirección

Teléfono de contacto

PRIMER PROPUESTA

Taller de interés

¿Porque desea este taller?

Conocimientos identificados

Habilidades identificadas

INTERÉS LABORAL DEL USUARIO

11



 GOBIERNO DE MÉXICO	 IMSS	CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART ENTREVISTA INICIAL DE GESTORÍA OCUPACIONAL	RESULTADO DEL ANÁLISIS Y SUGERENCIA DE LA PERSONA DE GESTORÍA OCUPACIONAL	13 OBSERVACIONES	14 Nombre y firma de la persona de gestión ocupacional	15 Nombre y firma de la persona usuaria
--	--	--	--	-----------------------------	---	--



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 de la persona de Gestoría	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
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 a la persona usuaria.
5	Folio	El número progresivo de acuerdo al número de entrevista iniciales realizadas.
6	Datos de identificación	La información personal general de la persona usuaria.
7	Domicilio y datos de contacto del usuario	Calle, colonia, municipio, números telefónicos entre otros datos, para mantener contacto con la persona usuaria.
8	Grado de estudios	El nivel educativo u otros estudios que haya realizado o continúe estudiando.
9	Actividades familiares	Nombre, parentesco, edad, domicilio y ocupación de los familiares.
10	Redes de apoyo.	Nombre, dirección y teléfonos de contacto de las redes en las que este suscrito.
11	Interés laboral del usuario.	El curso que desea la persona usuaria.

Clave 3B13-009-021



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 de la persona de gestoría ocupacional	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma
15	Nombre y firma de la persona usuaria.	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma.

Clave 3B13-009-021



ANEXO 14

**Entrevista inicial médica
3B13-009-022**



 GOBIERNO DE MÉXICO				CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO CECART	
ENTREVISTA INICIAL MÉDICA					
Fecha	1	Nombre del personal médico	2	Folio	
UMF de adscripción	3	4		5	
Servicio o módulo de rehabilitación que deriva		DIAGNÓSTICO MÉDICO 6			
Nombre de la persona usuaria		Discapacidad			
Edad	Último puesto desempeñado				
Diagnóstico médico					
Otros padecimientos					
Medicamentos de control					
Pronóstico Laboral y Plan de Trabajo					
OBSERVACIONES 7					
8		Nombre y firma del personal médico		Nombre y firma de la persona usuaria	



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 personal médico	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del personal 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 a la persona usuaria.
5	Folio	El número progresivo de acuerdo con el número de entrevista iniciales realizadas.
6	Diagnóstico médico	Datos de diagnóstico médico y otros padecimientos asociados al tratamiento de la persona usuaria
7	Observaciones	Datos relevantes que requieran seguimiento.
8	Nombre y firma	Firma autógrafa y Nombre(s), apellido paterno, apellido materno personal médico y de la persona usuaria, del médico y del usuario.

Clave 3B13-009-022



ANEXO 15

**Control de acuerdos del Grupo Técnico Revisor
3B13-009-023**



Nombre de la persona

1

Fecha

2

[illegible]



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, Gestión 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(s), apellido paterno, apellido de la persona usuaria 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.

Clave 3B13-009-023



ANEXO 16

**Calendario individual de actividades
3B13-009-024**

[illegible]SERVICIO DE PSICOLOGIA
CALENDARIO DE CITAS

21



CALENDARIO DE CITAS

EDUCACIÓN EN SALUD:

FECHA	HORA	LUGAR	SERVICIO
11	12	13	15

CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO

[illegible]



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 de la persona usuaria.
4	Discapacidad	Tipo de discapacidad.
5	Domicilio	El nombre de la colonia, calle y número exterior y en su caso interior de la persona usuaria.
6	Teléfono	El número de teléfono de casa o móvil.
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, sin abreviaturas.
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.



ANEXO 16
Calendario individual de actividades
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
15	Servicio	El nombre del servicio que atiende a la persona usuaria en su proceso de capacitación.
16	Observaciones	Aspectos relevantes que sean necesarios para apoyar a la persona usuaria.
17	Elaboró	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno firma y nombre y firma de la persona que elaboró el documento.
18	Revisó	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de quien revisó.
19	Recibió	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma de quien recibió.
20	Gestoría Ocupacional	Nombre(s), apellido paterno, apellido materno del Gestor Ocupacional o Analista de Enseñanza Técnica.
21	Sello de la unidad	Sello de la unidad donde se realiza la actividad.

Clave 3B13-009-024



ANEXO 17

**Consentimiento del programa individualizado
3B13-009-025**



GOBIERNO DE
MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO

Nombre de la persona usuaria _____ Ciudad de México, a _____ de _____ 1 _____ de 20 _____
Número de Seguridad Social: _____ 3 _____

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(a) 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(a) 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 DE
LA PERSONA USUARIA

4

DOMICILIO

6

IDENTIFICACION

7

NOMBRE Y FIRMA DE
UNA PERSONA
TESTIGO(A)

5

DOMICILIO

6

IDENTIFICACION

7

Clave 3B13-009-025



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 de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona usuaria.
3	Numero de Seguridad Social	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social de la persona con discapacidad.
4	Nombre y firma de la persona usuaria	Firma de la persona usuaria.
5	Nombre y firma de una persona testigo(a)	Nombre(s), apellido paterno, materno y firma autógrafa de la persona que figura como testigo(a).
6	Domicilio	El nombre de la calle y número, colonia, alcaldía de la persona usuaria y de la persona que funge como testigo(a).
7	Identificación	Los datos de la identificación oficial que proporcione la persona usuaria y la persona que funge como testigo(a).

Clave 3B13-009-025



ANEXO 18

Propiedad intelectual, derechos de autoría y divulgación
3B13-009-026



GOBIERNO DE
MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

1

Propiedad intelectual, derechos de autoría y divulgación

Yo _____, 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

México D. F. 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

Clave 3B13-009-026



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

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s)
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, apellido paterno y apellido materno 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, apellido paterno y apellido materno de la persona usuaria.
7	Domicilio	El nombre de la calle y número, colonia, alcaldía de la persona usuaria.
8	Identificación	Los datos de la identificación oficial que proporcione la persona usuaria.

Clave 3B13-009-026



ANEXO 19

Evaluación del desempeño de la persona usuaria 3B13-009-027



Centro de capacitación y rehabilitación para el trabajo
CECART

Evaluación del desempeño de la persona usuaria

[illegible]



ANEXO 19
Evaluación del desempeño de la persona usuaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s).
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 la persona usuaria.
6	Persona instructora	Nombre de la persona instructora 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 la persona usuaria, 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 de la persona encargada del CECART, de quien elabora y supervisa, así como de la persona usuaria.

Clave 3B13-009-027



ANEXO 20

**Control de avance
3B13-009-028**

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

CONTROL DE AVANCE

[illegible]



ANEXO 20
Control de avance
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Personal instructor	Nombre de la persona instructora empezando por apellido paterno, materno y nombre(s).
2	Matricula	Número de registro de la persona instructora.
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 de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s).
6	Tipo de discapacidad	El nombre de la discapacidad de forma general.
7	Curso	Nombre del curso en que está inscrito la persona usuaria.
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 las personas usuarias.
12	Firmas	Nombre, apellido paterno y apellido materno y firmas de la persona Instructora y de la persona encargada del área de capacitación del CECART.

Clave 3B13-009-028



ANEXO 21

Inventario de habilidades de la persona usuaria 3B13-009-029



GOBIERNO DE
MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

Inventario de habilidades de la persona usuaria

FECHA:	1	ESTATURA:	2
NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA:	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					
Posición					
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					

Clave 3B13-009-029



GOBIERNO DE
MÉXICO



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

Inventario de habilidades de la persona usuaria

Escala	7	1	2	3	4	5
Prensiones 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						

Clave 3B13-009-029



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

Inventario de habilidades de la persona usuaria

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 3B13-009-029



ANEXO 21
Inventario de habilidades de la persona usuaria
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 de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s).
4	NSS	El número de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social de la persona usuaria.
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.

Clave 3B13-009-029



ANEXO 22

Encuesta de satisfacción de los servicios del CECART 3B13-009-031



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**
Si₁ () No₂ ()
- 2.- Cuando llegó por primera vez al CECART, ¿Cómo fue el trato de la gente de "Atención al público"? **6**
Muy bueno₁ () Bueno₂ () Regular₃ () Malo₄ () Muy malo₅ ()
- 3.- La apariencia de la gente de "Atención al público" le pareció: **7**
Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 4.- ¿Cómo califica la atención y amabilidad que le brindó la gente de "Atención al público"? **8**
Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 5.- ¿El personal de "Atención al público" siempre aclaró todas sus dudas? **9**
Si₁ () 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**
Si₁ () No₂ ()
Si su respuesta fue **No**, mencione los **motivos**: **12** _____

Clave 3B13-009-031



GOBIERNO DE
MÉXICO



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 personas de Trabajo Social. **13**
Muy buena₁ (_) Buena₂ (_) Regular₃ (_) Mala₄ (_) Muy mala₅ (_)
- 8.- La forma en la que la persona de Trabajo Social le explicó el funcionamiento y las actividades del CECART fue: **14**
Muy completa₁ (_) Completa₂ (_) Suficiente₃ (_) Deficiente₄ (_) Muy deficiente₅ (_)
- 9.- La orientación y ayuda de la persona de Trabajo Social para el llenado de sus formatos fue: **15**
Muy completa₁ (_) Completa₂ (_) Suficiente₃ (_) Deficiente₄ (_) Muy deficiente₅ (_)
- 10.- La persona de Trabajo Social le explico y atendio 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 la persona de Trabajo Social para la elección de su taller fue: **18**
Muy completa₁ (_) Completa₂ (_) Suficiente₃ (_) Deficiente₄ (_) Muy deficiente₅ (_)
- 12.- En general cómo califica el servicio que le brindó el departamento de Trabajo Social. **19**
Muy bueno₁ (_) Bueno₂ (_) Regular₃ (_) Malo₄ (_) Muy malo₅ (_)

Clave 3B13-009-031



GOBIERNO DE
MÉXICO



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 persona de Psicología? **20**
Muy buena₁ () Buena₂ () Regular₃ () Mala₄ () Muy mala₅ ()
- 14.- ¿A Cuántas sesiones acudió con la persona de Psicología? **21** _____
- 15.- ¿Considera que en esas sesiones se le dió un seguimiento adecuado a su situación? **22**
Sí₁ () No₂ ()
Por que? **23** _____
- 16.- El trato y la atención de la persona de Psicología 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 persona de psicología 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 persona de psicología para su entrevista de trabajo fueron: **26**
Muy completas₁ () Completas₂ () Suficientes₃ () Deficientes₄ () Muy deficientes₅ ()
- 19.- La persona del área de psicología siempre aclaró sus dudas y necesidades de forma oportuna y clara:
Sí₁ () No₂ () **27**
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 3B13-009-031



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CECART

GESTORÍA OCUPACIONAL

21.- Cómo considera la atención y amabilidad del personal de Gestión Ocupacional que le asignaron. **30**
Muy buena₁ (_) Buena₂ (_) Regular₃ (_) Mala₄ (_) Muy mala₅ (_)

22.- El trato y la atención de la persona de Gestión Ocupacional en el momento de su entrevista inicial fue: **31**
Muy buena₁ (_) Buena₂ (_) Regular₃ (_) Mala₄ (_) Muy mala₅ (_)

23.- ¿A cuántas sesiones acudió con la persona de Gestión? **32** _____

24.- La persona de Gestión 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 persona de Gestión 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 Gestión Ocupacional. **37**
Muy bueno₁ (_) Bueno₂ (_) Regular₃ (_) Malo₄ (_) Muy malo₅ (_)

Clave 3B13-009-031



ANEXO 22
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 a la persona usuaria, 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 fueron 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 3B13-009-031



ANEXO 23

**Encuesta de satisfacción del curso
3B13-009-032**



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS CAPACITADAS EN EL CECART

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

Sexo: **1** (H)₁ (M)₂

Edad: **2** _____

Fecha: **3** ____/____/____
Día Mes Año

Incrito 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 mas 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 la persona instructora es: **5**

- a) Excelente y cordial
- b) Buena y agradable
- c) Mala y desagradable

2.- La persona instructora del Taller suele ser: **6**

- a) Puntual casi siempre
- b) Impuntual en ocasiones
- c) Casi siempre es impuntual

3.- Considero que la persona instructora que imparte el curso es: **7**

- a) Preparada y organizada
- b) Organizada pero con regular preparación
- c) Desorganizada, poco preparada

4.- La voz de la persona instructora la mayor parte del tiempo es: **8**

- a) Clara y audible
- b) Apenas audible
- c) Baja y torpe

5.- La persona instructora 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

Clave 3B13-009-032



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS CAPACITADAS EN EL CECART**

- 6.- La persona instructora 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 a la persona instructora
 - b) Considero que fue siempre el mismo interés
 - c) Decayó al ver la poca responsabilidad de la persona instructora
- 8.- La persona instructora 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 las personas instructoras
 - 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, la persona instructora: **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 la persona instructora 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

Clave 3B13-009-032



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS CAPACITADAS EN EL 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 día
- 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

Clave 3B13-009-032



ANEXO 23
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Sexo	Sexo de la persona usuaria 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	Inscripción en el curso de	El nombre del curso, en este caso sin incluir clave SIPSI.
5	La relación que mantengo con la persona instructora es	La opción sobre la percepción que tiene la persona usuaria con relación al trato que recibe de la persona instructora.
6	La persona instructora del Taller suele ser	La opción sobre la percepción que tiene de la puntualidad de la persona instructora, así como la hora de inicio de la clase.
7	Considero que la persona instructora que imparte el curso es	La opción sobre la percepción que tiene de la preparación de la persona instructora, así como de la organización que tiene en clase.
8	La voz de la persona instructora la mayor parte del tiempo es	La opción sobre el volumen de voz que utiliza la persona instructora y si es audible en todo el espacio físico del taller o aula y escuchado claramente.
9	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 su relación enseñanza-aprendizaje y que es tomada en cuenta con este último propósito.

Clave 3B13-009-032



ANEXO 23
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
10	La persona instructora definió las metas y objetivos desde un inicio	La opción sobre si 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 de la persona usuaria, así como, el crecimiento del interés que provocó la persona instructora.
12	La persona instructora supo explicar los temas	La opción sobre las técnicas psicopedagógicas que empleó en su clase y prácticas.
13	Si tuviera la oportunidad de inscribirme en otro curso	La opción sobre si el usuario estuviera interesado(a) 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 de la persona usuaria debería aplicar el CECART.
15	Si pudiera invitar a alguien conocido a capacitarse al CECART	La opción sobre si estuviera 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 mías personales.	La opción sobre las dudas resueltas y que desde el punto de vista de la persona usuaria fueron valiosas para el proceso enseñanza-aprendizaje.

Clave 3B13-009-032



ANEXO 23
Encuesta de satisfacción del curso
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
17	Las prácticas que utilizó la persona instructora 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 la persona usuaria 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 temas 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 3B13-009-032



ANEXO 24

**Informe final de capacitación de la persona usuaria
3B13-009-033**



Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CECART

INFORME FINAL DE CAPACITACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

No.	NOMBRE DE LA PERSONA INSTRUCTORA	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	TIPO DE DISCAPACIDAD	CURSO	MÓDULOS	% AVANCE	EVALUACIÓN		FECHA		PROBLEMÁTICAS
							INICIAL	FINAL	INICIO	TERMINO	
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 24
Informe final de capacitación de la persona usuaria
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de la persona instructora	Nombre de la persona instructora empezando por apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Nombre de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre(s).
3	Tipo de discapacidad	El nombre de la discapacidad de forma general.
4	Curso	Nombre del curso en que está inscrito la persona usuaria.
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 3B13-009-033



ANEXO 25
Intermediación laboral
3B13-009-034



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO
CECART

INTERMEDIACIÓN LABORAL

Datos personales

No. Expediente:	1	Ingresos:	2	Pensión:	3	Régimen:	4	Talleres propuestos:	5
Diagnóstico médico	6								
Nombre de la persona:	7	Afiliación	8	UMF	9				
Edad:	10	Sexo:	11	Escolaridad:	12	Estado civil:	13		
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)

	+		+		=	21
Pensión		Ingresos familiares		Otros ingresos		Ingresos iniciales (medición basal)
Totales por mes						

Colocación en el sector laboral (Medición basal)

Actividad laboral actual

22

Clave 3B13-009-034



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

Clave 3B13-009-034



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

Diagnóstico laboral

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 o 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.

*NOTA

Pronóstico Laboral

33

Persona responsable de
Gestoría Ocupacional:

34

Matrícula:

35

Fecha:

36

Clave 3B13-009-034



ANEXO 25
Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	No. Expediente	El número de folio asignado por Trabajo Social a la persona usuaria cuando fue inscrita.
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 de la persona usuaria (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 la persona usuaria.
6	Diagnóstico médico	El tipo de discapacidad y factores asociados.
7	Nombre de la persona	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona usuaria.
8	Afiliación	El número de afiliación al IMSS de la persona usuaria.
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.
11	Sexo	Masculino o Femenino, según corresponda.
12	Escolaridad	El nivel académico comprobable.
13	Estado civil	Estado civil de la persona usuaria.

Clave 3B13-009-034



ANEXO 25
Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

Clave 3B13-009-034



ANEXO 25
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.
30	Expectativas	De manera descriptiva lo que desea lograr con la capacitación y que es lo que espera respecto a su situación laboral.
31	Diagnóstico laboral	Resumen de su situación laboral 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 para realizar por la persona responsable de Gestoría Ocupacional, de acuerdo con los requerimientos o necesidades del caso.

Clave 3B13-009-034



ANEXO 25
Intermediación laboral
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
33	Pronóstico laboral	La conclusión que emite la persona responsable de Gestoría Ocupacional, de acuerdo con el 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 persona candidata en el caso de empleo formal y/o autoempleo, así como el no ser persona candidata a la reincorporación laboral.
34	Gestoría Ocupacional	Apellido paterno, materno y nombre(s) del Analista de Enseñanza Técnica o la persona responsable de Gestoría Ocupacional que sea asignado al caso.
35	Matrícula	El número de matrícula de la persona responsable de la Gestoría Ocupacional, asignado al caso del usuario.
36	Fecha	El día (XX), mes (XX) y año (XXXX), en que fue realizada la entrevista.

Clave 3B13-009-034



ANEXO 26

Tarjeta de seguimiento de autoempleo
3B13-009-035



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMPLEO FORMAL

Folio 1

2

Nombre de la persona usuaria _____ 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		

Persona responsable de Gestoría ocupacional 18

Matrícula 19 Firma 20

Clave 3B13-009-035



ANEXO 26
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) de la persona usuaria.
3	UMF	Número de Unidad de Medicina Familiar que le corresponde a la persona usuaria.
4	Afiliación	El número de afiliación al IMSS.
5	Domicilio	Calle, número, colonia, código postal, alcaldía o municipio, y ciudad.
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 3B13-009-035



ANEXO 26
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	Persona responsable de Gestoría Ocupacional	Apellido paterno, apellido materno y el nombre del Analista de Enseñanza Técnica que acude a realizar el seguimiento.
18	Matrícula	Número de matrícula IMSS de la persona responsable de Gestoría Ocupacional.
19	Firma	Firma o rúbrica.

Clave 3B13-009-035



ANEXO 27

**Carta de presentación
3B13-009-036**



GOBIERNO DE
MÉXICO



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
P R E S E N T E.

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 de la persona aspirante en cuestión: 8

Por lo anterior y de no existir inconveniente, mucho le agradeceré considerar a la persona candidata 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
DIRECCIÓN DEL CECART

9

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Clave 3B13-009-036



ANEXO 27
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 con la fecha en que se elabora el documento. Por ejemplo: 04 de enero de 2021.
2	Oficio	El número progresivo de acuerdo con el 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(s), apellido paterno y apellido materno de la persona usuaria.
7	Curso denominado	El nombre del curso que le fue impartido a la persona usuaria en el CECART.
8	Formación académica del aspirante en cuestión:	Los aspectos más significativos en relación con la experiencia laboral y formación académica de la persona usuaria.
9	Nombre y firma	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno y firma de la persona responsable de la Dirección del CECART.

Clave 3B13-009-036



ANEXO 28

Tarjeta de seguimiento de empleo formal
3B13-009-037



GOBIERNO DE
MÉXICO



CENTRO DE CAPACITACIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL TRABAJO

CECART

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE EMPLEO FORMAL

Folio 1

2

Nombre de la persona usuaria _____ 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 _____

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

persona responsable de gestoría ocupacional 18

Matrícula 19 Firma 20

Clave 3B13-009-037



ANEXO 28
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 de la persona usuaria	Apellido paterno, materno y nombre (s).
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 a la persona usuaria.
7	Taller y curso	El nombre del taller o aula y el curso en el cual fue inscrita y del cual egresó la persona usuaria.
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 3B13-009-037



ANEXO 28
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 de la persona usuaria.
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(s), apellido paterno y apellido materno de la persona responsable de Gestoría Ocupacional que acude a realizar el seguimiento.
18	Matrícula	Número de matrícula IMSS de la persona responsable de Gestoría Ocupacional.
19	Firma	Firma o rúbrica de la persona responsable de Gestoría Ocupacional.

Clave 3B13-009-037



ANEXO 29

**Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
3B13-009-038**



GOBIERNO DE
MÉXICO



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 _____

Clave 3B13-009-038



GOBIERNO DE
MÉXICO



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:		
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 3B13-009-038



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

Clave 3B13-009-038



ANEXO 29
Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	Nombre de los visitantes	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la persona de Gestoría Ocupacional.
2	Visita inicial	Con una "X" (Se hace 15 días después de haber ingresado a trabajar la persona usuaria).
3	Visita Final	Con una "X" (Se hace a los 6 meses de estar laborando la persona usuaria).
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 la persona usuaria.
6	Giro empresarial	Ramo empresarial en que labora, ejemplo: servicios, manufactura, etc.
7	Nombre de la persona egresada	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
8	Puesto/Cargo de la persona egresada	Nombre completo del puesto o cargo que desempeña.
9	Antigüedad en la empresa	Tiempo que lleva empleada la persona 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.
11	Nombre del responsable de recursos o talento humano	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno de quien contrata.
12	Diagnóstico, tipo de discapacidad	Tipo de discapacidad dictaminada por un médico.

Clave 3B13-009-038



ANEXO 29
Informe de visita de supervisión al lugar de trabajo
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
13	Curso de la persona egresada	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	Persona Gestora Ocupacional a cargo de la persona trabajadora	El nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
18	Realizó	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno de la persona que realizó la revisión.
19	Firma	Firma de quien realizó la revisión.