

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: TANATOLOGIA Y PSICOLOGIA COLIMA, IAP

TELEFONO: 312 177 08 31

DIRECCIÓN: ARBOL BNEJAMIN No. 513, RINCONADA DEL PEREYRA

POBLACIÓN: **COLIMA**

C.P.: **28077**

PERSONA QUE INFORMA: CLAUDIA LIZZET MEJIA CARRASCO

CARGO QUE OCUPA: SECRETARIA DEL PATRONATO

PERIODO QUE SE INFORMA: ENERO – JUNIO 2016

NOTA: **ES IMPORTANTE QUE ANEXE UN DIRECTORIO DE INTEGRANTES DEL PATRONATO EN CASO DE HABERSE PRESENTADO ALGUN CAMBIO DURANTE EL SEMESTRE.**

PRIMER INFORME SEMESTRAL 2016

MES	CONCEPTO	NÚMERO DE BENEFICIARIOS	NIÑOS (0-12)		JÓVENES (13-17)		ADULTOS (18-59)		ANCIANOS (+ 60)		ATENDIDOS INTERNOS/ PERMANENTES		ATENDIDOS NO INTERNOS/ ESPORÁDICOS		ATENDIDOS EN CAMPO	
			M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
ENERO	ATENDIDOS															
	BAJAS															
FEBRERO	NUEVOS															
	BAJAS															
MARZO	NUEVOS															
	BAJAS															
ABRIL	NUEVOS															
	BAJAS															
MAYO	NUEVOS															
	BAJAS															
JUNIO	NUEVOS															
	BAJAS															
TOTAL DE ATENDIDOS	SUMAR SOLO ATENDIDOS MAS NUEVOS															

OBSERVACIONES:

ESPECIFICAR TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS BENEFICIARIOS NO INTERNOS/ ESPORÁDICOS:

ESPECIFICAR TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS BENEFICIARIOS ATENDIDOS EN CAMPO:

CRITERIOS PARA EL REGISTRO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA.

NOTA: TODOS LOS BENEFICIARIOS SE REGISTRAN SOLO UNA VEZ, SIN IMPORTAR LA CANTIDAD DE SERVICIOS OTORGADOS.

ATENDIDOS INTERNOS/ PERMANENTES: ALBERGUE PERMANENTE PARA PERSONAS ENFERMAS.

ATENDIDOS NO INTERNOS/ PERMANENTES/ ESPORÁDICOS: ALOJAMIENTO ESPORÁDICO O TEMPORAL, PERSONAS QUE SON CANALIZADAS, PERSONAS QUE ACUDEN A LA INSTITUCIÓN A RECIBIR CUALQUIER APOYO DE ATENCIÓN MÉDICA, ESTUDIO MÉDICOS, MEDICAMENTO, APOYO ECONÓMICO, APOYO CON CURSOS, TALLERES, CONFERENCIAS, APOYO PSICOLÓGICO, APOYO ESPIRITUAL, APOYO CON SERVICIOS FUNERARIOS, APOYO CON TRANSPORTE Y TRASLADOS, ETC.

ATENDIDOS EN CAMPO/ PERMANENTES/ ESPORÁDICOS: PERSONAS QUE RECIBEN CUALQUIER TIPO DE APOYO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN PERO FUERA DE SUS INSTALACIONES, PERSONAS QUE RECIBEN INFORMACIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN EN CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN A TRAVÉS DEL VOLANTEO, BOLETINES O FOLLETOS.

SERVICIOS

SERVICIOS QUE OTORGA LA INSTITUCIÓN DEL RUBRO DE SALUD	MARCA CON UNA "X"	NÚMERO DE VECES QUE DIERON EL SERVICIO EN EL SEMESTRE
ALOJAMIENTO PERMANENTE		
ALOJAMIENTO TEMPORAL		
ASESORAMIENTO Y CANALIZACIÓN		
CONSULTA MÉDICA		
ESTUDIOS MÉDICOS O ANÁLISIS CLÍNICOS		
TALLERES Y CONFERENCIAS INFORMATIVAS, FORMATIVAS O PREVENTIVAS PARA LOS BENEFICIARIOS Y/O FAMILIARES		
PROGRAMAS/CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN, DIFUSIÓN O FOMENTO		
CONSULTA PSICOLÓGICA		
CONSULTAS NUTRICIONALES		
TERAPIA OCUPACIONAL		
APOYO CON GASTOS FUNERARIOS		
APOYO ESPIRITUAL		
APOYO ECONÓMICO		
APOYO DE ALIMENTACIÓN		
APOYOS CON MEDICAMENTO		
APOYO EN TRANSPORTE O VIÁTICOS		
OTRO (MENCIÓNALO):		
OTRO (MENCIÓNALO):		
OTRO (MENCIÓNALO):		
SUMA SERVICIOS		

MENCIONA: ¿CUÁL ES LA CUOTA DE RECUPERACIÓN MENSUAL POR BENEFICIARIO? _____

NOTA: EN CASO DE QUE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN MENSUAL POR BENEFICIARIO SEA DIFERENTE EN CADA BENEFICIARIO MENCIONA EL PROMEDIO DE LA CUOTA.

¿EXISTE DEMANDA QUE NO PUEDA SER ATENDIDA? SÍ NO

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA HAYA SIDO POSITIVA, SELECCIONE A CAUSA DE QUÉ:

INSUFICIENCIA DE RECURSOS INSUFICIENCIA DE ESPACIO OTRO: _____

¿CUÁL ES LA CAPACIDAD INSTALADA DE SU INSTITUCIÓN? _____

RECURSOS HUMANOS

PUESTO	ACTIVIDADES GENERALES QUE DESEMPEÑA	ESCOLARIDAD	¿HA CONTADO CON CAPACITACIÓN?		REMUNERADO colocar el número de personas			VOLUNTARIO	PRACTICANTE O PRESTADOR DE SERVICIO
			SI	NO	NÓMINA	HONORARIOS	ASIMILABLES		

¿REQUIERE DE MÁS PERSONAL EN SU INSTITUCIÓN? SI NO

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA, ¿DE QUÉ ÁREAS? _____

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE SU CARENCIA DE PERSONAL? _____

¿SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA U DE C.? SI NO

DESARROLLO INSTITUCIONAL

¿REQUIERE APOYO DE LA JUNTA DE ASISTENCIA? SI NO

¿DE QUE DEPARTAMENTO? Contable Asistencial Comunicación Jurídico Procuración Fondos

Por medio de

ASESORIAS

¿DE QUÉ TIPO?

TALLERES

¿SOBRE QUÉ?

NUMERO DE REUNIONES DE PATRONATO CELEBRADAS EN EL SEMESTRE: _____

¿SE LEVANTO ACTA DE LAS REUNIONES? SI FECHAS:

NO

¿SU INSTITUCIÓN CUENTA CON PLANES DE CRECIMIENTO? SI NO

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA POSITIVA, DESCRIBE BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTEN.

SERVICIOS: _____

INFRAESTRUCTURA: _____

OTRO: _____

LUGAR Y FECHA. _____

FIRMA Y NOMBRE INFORMANTE. _____