

**Convenio de Colaboración para la Prestación de Servicios en medicina física y de Rehabilitación y de Contrato de Comodato** que celebran, por una parte el **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Zapopan, Jalisco**, a quien en lo sucesivo se le denominará **"DIF ZAPOPAN"**, representado por su **Directora General, la Maestra Karla Guillermina Segura Juárez** y por otra parte, el **Organismo Público Descentralizado, "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan"**, a quien en lo sucesivo se le denominará: **"O.P.D. SSMZ"**, representado en este acto por el **Doctor Miguel Ricardo Ochoa Plascencia**, en su carácter de **Director General**; los cuales se sujetan al tenor de siguientes;

**DECLARACIONES:**

**Declara "DIF ZAPOPAN" que:**

I.- Es un **Organismo Público Descentralizado** de la **Administración Pública Municipal**, debidamente constituido según **Decreto 12036 doce mil treinta y seis**, publicado en el **Periódico Oficial "El Estado de Jalisco"** de fecha **13 trece de Abril del año 1985 un mil novecientos ochenta y cinco**, mismo que ambas partes conocen y reconocen; con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene entre otros objetivos el de asegurar la atención permanente a la población marginada, brindando servicios integrales de asistencia social, enmarcados dentro de los programas básicos, conforme a las normas establecidas a nivel Nacional y Estatal.

II.- Su domicilio convencional para todo lo relacionado con la interpretación y cumplimiento del presente convenio, se ubica en el número **1151 un mil ciento cincuenta y uno** de la calle **Avenida Laureles** esquina **Lázaro Cárdenas**, colonia **FOVISSTE** en el municipio de **Zapopan**, Estado de **Jalisco**.

III.- Su **Directora General**, cuenta con la personalidad jurídica y las facultades necesarias para obligarse en los términos del presente acuerdo de voluntades; tal y como se desprende del nombramiento otorgado a su favor por el Patronato de **"DIF ZAPOPAN"** de fecha **11 de octubre del año 2021 dos mil veintiuno**, mismo que expidió la **C. Michelle Greicha Frangie**, en su calidad de **Presidenta del Patronato**, de igual manera según las disposiciones contenidas en la fracción VIII del artículo 09 nueve del Decreto 12036 doce mil treinta y seis; facultades que no le han sido revocadas o restringidas de forma alguna.

IV.- Sus objetivos son los de asegurar la atención permanente de la población vulnerable del Municipio de Zapopan, Jalisco; mediante Programas Institucionales de Asistencia Social normados a nivel Estatal y Nacional.

**Declara el "O.P.D. SSMZ" que:**

I.- Con fecha **30 treinta de agosto del año 2001 dos mil uno**, se aprobó el Reglamento del Organismo Público Descentralizado denominado **Servicios de Salud del Municipio de Zapopan**, por parte del **H. Ayuntamiento de Zapopan, Jalisco**; el cual en su artículo 1° primero dispone la creación de este Organismo como una persona moral del derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

II.- El **Director General**, de acuerdo a sus facultades y obligaciones cuenta con atribuciones para suscribir el presente convenio, así como para representar al Organismo con plenas facultades inherentes al mandatario designado con poder para actos de administración y poder judicial, según lo dispone el Reglamento del Organismo Público Descentralizado **Servicios de Salud del Municipio de Zapopan** en el numeral **15 quince**, fracción I primera. Lo cual el **Doctor Miguel Ricardo Ochoa Plascencia**, acredita con el nombramiento otorgado a su favor en la **Sesión Ordinaria del Pleno del Ayuntamiento de Zapopan** el **01 de octubre de 2021**, en el desahogo del quinto punto del orden del día, fue nombrado y protestado como **Director General del Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan"**, facultades que a la fecha no han sido limitadas o restringidas en forma alguna.

III.- Que el "O.P.D. SSMZ" tiene su domicilio en Ramón Corona número 500 quinientos, en la Colonia Centro Cabecera Municipal de Zapopan, Jalisco.

IV.- Compete al Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan" los servicios médicos municipales, por la delegación de funciones que el Gobierno Municipal le hace y tiene como ámbito de su actividad el conjunto de servicios que se ministran a la población abierta en el Municipio de Zapopan, así como en las Unidades de Salud; de igual forma se le encomienda organizar, administrar y operar servicios de salud a la población abierta en el municipio de Zapopan, así como suscribir convenios de apoyo e intercambio con instituciones de salud, según lo disponen los artículos 3º, 4º, 6º, 7º fracción X del Reglamento referido en la declaración que antecede.

**Declaraciones comunes de "LAS PARTES":**

**UNICA.** - Declaran "LAS PARTES" que, para dar cumplimiento a los objetivos propios de ambos Organismos, en beneficio de la población vulnerable de Municipio de Zapopan, Jalisco; tienen a bien suscribir el presente convenio de colaboración interinstitucional; mediante el cual prevén ampliar la cobertura de sus servicios, mediante la conjunción de recursos materiales y humanos, durante la vigencia del presente instrumento jurídico; para efecto de lo cual establecen los siguientes acuerdos y

**CLAUSÚLAS:**

**PRIMERA. - (CONSENTIMIENTO).** Las partes manifiestan que comparecen a este acto en plenitud de facultades legales, de manera libre y voluntaria con el propósito de fortalecer los lazos interinstitucionales y beneficiar con ello a la población vulnerable del Municipio de Zapopan, Jalisco.

**SEGUNDA. - (OBJETO).** El presente Convenio de Colaboración Interinstitucional para la Prestación de Servicios Médicos; tiene por objeto el desarrollo y aplicación de un Proyecto Conjunto de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación; dirigido a población vulnerable sujetos de los Servicios de Asistencia Social que presente discapacidad motora o riesgo de padecerla; los cuales serán canalizados por "DIF ZAPOPAN".

La conjunción de recursos y esfuerzos propios de ambas instituciones se basarán en un enfoque integral de atención y rehabilitación, que permita la recuperación hasta el máximo de funcionalidad de la persona o compense la pérdida de alguna función; mediante acciones terapéuticas y médicas, de conformidad a las diversas disposiciones de la Ley para la Inclusión y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad en el Estado de Jalisco.

**Obligaciones de ambas partes**

**TERCERA.** - Para la debida ejecución del objeto del presente convenio, ambas partes acuerdan, que "DIF ZAPOPAN" canalizará al "O.P.D. SSMZ" a las personas sujetos de asistencia social que presenten alguna discapacidad motora o que presenten riesgo de padecerla y proporcione la atención en medicina física y rehabilitación correspondiente, exclusivamente en la "Unidad de Rehabilitación" de las instalaciones del Hospital General de Zapopan ubicadas en calle Ramón Corona #500, Colonia Centro, en el Municipio de Zapopan, Jalisco.

**CUARTA.** - "LAS PARTES" designan en este acto en carácter de enlaces institucionales, que en este acto se designa por parte de "O.P.D. SSMZ" a la Jefatura de Trabajo Social la Mtra. Elvira Rodríguez Torres, y por parte de "DIF ZAPOPAN" se designa a la Dra. Socorro María Guadalupe Pastrana Pérez, en su carácter de Coordinadora de Salud y Bienestar.

Así mismo "LAS PARTES" se obligan a documentar por escrito las coordinaciones derivadas de la implementación del presente convenio por conducto de sus enlaces institucionales, de la siguiente manera:

DJ/DG-COL/181/2021.

a).- El Área de Trabajo Social, dependiente del Departamento de Trabajo Social de "DIF ZAPOPAN" será la instancia responsable de la derivación de usuarios beneficiarios de los servicios; lo cual realizará mediante el formulario de derivación denominado SICATS – Sistema de Canalización de Trabajo Social- debidamente requisitado; mismo que se le denominara para efectos del presente instrumento como "ANEXO 1", y protocolo expedido por el médico en medicina física y rehabilitación que se encuentre en convenio con "DIF ZAPOPAN", mismo que se le denominara para efectos del presente instrumento como "ANEXO 2", y la entrevista – orientación; mismo que se le denominara para efectos del presente instrumento como "ANEXO 3", que al ser firmado por las partes comparecientes forma parte integral del presente convenio, el cual deberá contener los documentos necesarios y la entrevista- orientación estudio socio económico y familiar del beneficiario del servicio de valoración médica, atención en medicina física y rehabilitación, del cual se contendrá la cuota de recuperación que deba aportar el beneficiario o la condición del porcentaje de descuento en los servicios a recibir, misma que será hasta por el 50% cincuenta por ciento de descuento conforme al servicio requerido conforme al tabulador de costos del "O.P.D. SSMZ" y vinculado única y exclusivamente al objeto del presente convenio. En caso de situación vulnerable extrema del beneficiario y con base a la entrevista orientación, el trabajador social del "DIF Zapopan", podrá sugerir al "O.P.D. SSMZ" un descuento adicional o exentar de pago, sujeto a la valoración y autorización del "O.P.D. SSMZ" de la cuota de recuperación.

b). - El Área de Trabajo Social de "O.P.D. SSMZ" será la instancia receptora de la solicitud de servicio, quien de igual manera proporcionará por escrito a "DIF ZAPOPAN" cuenta de la atención y seguimiento que se proporcione a los usuarios canalizados al amparo del presente convenio, mediante el formato de contra-canalización SICATS, relacionado en el presente instrumento como "ANEXO 1", documento indispensable para la prestación del servicio materia del presente al beneficiario, mismo que deberá de estar previamente llenado con los datos del expediente ingresado en "DIF ZAPOPAN" por su Área de Trabajo Social.

c). - El recurso económico de las cuotas de recuperación generadas del servicio prestado por el "O.P.D. SSMZ", será recaudado en el área de cajas del Hospital General de Zapopan, y del remanente económico neto será utilizado por "O.P.D. SSMZ".

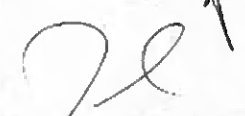
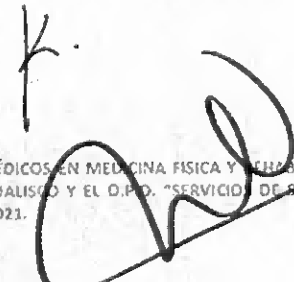
d).- "O.P.D. SSMZ" nombrara una persona de enlace, que será agregado a un drive (base de datos) creado por "DIF ZAPOPAN", dicho enlace apoyara en capturar información en tiempo real del usuario que el "O.P.D. SSMZ" está atendiendo, esto con el fin de ver el inicio, avance, seguimiento y conclusión de la rehabilitación del usuario.

Así mismo, "DIF ZAPOPAN" también nombrara una persona de enlace que alimentara la base de datos y el monitoreo respectivo del drive, ambos enlaces estarán en comunicación asertiva a beneficio del seguimiento del usuario que es atendido en "O.P.D. SSMZ".

QUINTA. - "DIF ZAPOPAN" con la finalidad de compensar los servicios proporcionados a las personas sujetas de asistencia social que sean canalizadas al amparo del presente instrumento jurídico, facilitará el uso de bienes materiales propios en instalaciones del "O.P.D. SSMZ" que podrán ser utilizados en la prestación de los servicios de rehabilitación física de los usuarios de "O.P.D. SSMZ".

Lo anterior en el común acuerdo de que se encuentra condicionada la recepción de los beneficiarios de "EL ORGANISMO" bajo las condiciones aquí pactadas, a que se encuentren los bienes formalmente entregados e instalados en el Hospital General de Zapopan, en virtud de ser parte inherente a la prestación de los servicios de rehabilitación materia del presente.

Agg



DJ/DG-COL/181/2021.

**SEXTA.-** Para el efecto precisado en la cláusula anterior, "DIF ZAPOPAN" a través de este instrumento, otorga en comodato a favor de "O.P.D. SSMZ" el equipo de rehabilitación relacionado en el presente instrumento como "ANEXO 4", para destinarlos en la atención las personas sujetos de asistencia social que presenten alguna discapacidad motora o que presenten riesgo de padecerla.

**SÉPTIMA.-** Las partes manifiestan que el equipo de rehabilitación se encuentra en buenas condiciones de uso, por lo cual "O.P.D. SSMZ", los recibe de conformidad y a plena satisfacción, y renuncia al derecho de reclamar el pago de daños y perjuicios o cualquier otra prestación que le pudiera generar con motivo de la suscripción del presente contrato. Asimismo, las partes admiten que el presente contrato no constituye o genera derechos reales para el "O.P.D. SSMZ", respecto de los bienes que se le otorgan en comodato, y solamente otorga el derecho de uso temporal y gratuito de los mismos, según los términos y condiciones del presente contrato.

**OCTAVA. -** El "O.P.D. SSMZ", se obliga y compromete a utilizar el equipo de rehabilitación, para el objeto y fines del presente contrato, en el entendido de que, si "DIF ZAPOPAN" advierta que el equipo de rehabilitación, sea utilizado para fines distintos a los pactados, será requerido de manera inmediata a el "O.P.D. SSMZ", por la devolución de los bienes y se dará por rescindido este instrumento. Por ello, se prohíbe al "O.P.D. SSMZ", conceder la posesión o goce de los mismos a un tercero, así como a cambiar el destino de uso concedido, sin la autorización por escrito de "DIF ZAPOPAN".

**NOVENA. -** Las partes acuerdan que el "O.P.D. SSMZ", será responsable de cubrir los gastos ordinarios o extraordinarios que sean necesarios para la conservación del equipo de rehabilitación, a fin de mantenerlos en óptimas condiciones de servicio, uso e imagen.

**DÉCIMA. -** Al concluir la vigencia del presente contrato, el "O.P.D. SSMZ", se obliga a devolver el equipo de rehabilitación, a "DIF ZAPOPAN" en las mismas condiciones en que los recibe, salvo el deterioro generado por el uso cotidiano y normal que se les haya dado.

**DÉCIMA PRIMERA. -** El "O.P.D. SSMZ" se responsabiliza por la mala utilización o pérdida o robo del equipo de rehabilitación, comprometiéndose además a no arrendarlos, y a no subcomodarlos, pues de llegarse a advertir alguna de estas circunstancias, deberá entregarlos de manera inmediata a "DIF ZAPOPAN", el cual tendrá la potestad de supervisar que el equipo de rehabilitación sea utilizado en los términos del presente contrato.

**DÉCIMA SEGUNDA. - (Vigencia)** las partes acuerdan que el presente convenio tendrá vigencia a partir del día 01 primero de Octubre del año 2021 y fenecerá el día 30 de Septiembre de 2022 dos mil veintidós, sin que se entienda por renovado, esto solo con la firma de diverso instrumento, toda vez que el presente deja de surtir sus efectos de pleno derecho al término de su vigencia, sin necesidad de agotar instancia o trámite previo alguno.

Es voluntad de las partes que en el supuesto de que pierda la vigencia o se dé un vencimiento anticipado del presente convenio, alguno o varios de los usuarios de "DIF ZAPOPAN" tenga la necesidad de continuar con terapia de rehabilitación por parte del "O.P.D. SSMZ", deberá de realizar diverso trámite ante trabajo social del "O.P.D. SSMZ" para el ajuste administrativo respectivo a las cuotas de recuperación aquí establecidas, y siempre y cuando el "O.P.D. SSMZ" tenga el equipo y/o el personal especializado para la atención especializada según la necesidad del beneficiario.

**DÉCIMA TERCERA.- (De la Responsabilidad Civil)** queda expresamente pactado que "LAS PARTES" no tendrán responsabilidad civil por daños y perjuicios que pudieran causarse, como consecuencia del incumplimiento del presente convenio por causas atribuibles al caso fortuito o fuerza mayor, pero la parte afectada por ello deberá avisar a la otra parte al término para establecer los acuerdos correspondientes.

DJ/DG-COL/181/2021.

**DÉCIMA CUARTA.- (Modificaciones) "LAS PARTES"** manifiestan que el objeto del presente convenio es benéfico para el interés público, que se suscribe bajo el Principio de la Buena Fe y que se encuentra exento de vicios del consentimiento entre los suscribientes; que el contenido del mismo únicamente podrá ser modificado o adicionado, por el común acuerdo de las partes, siempre y cuando no contravenga el objeto por el cual fue celebrado; pero ello, deberá constar por escrito y ser suscrito por quien cuente con las facultades legales para ello.

**DÉCIMA QUINTA - (De la Rescisión).** Ambas partes podrán rescindir el presente convenio en caso de incumplimiento a los compromisos contraídos, siendo suficiente la notificación escrita de dicha determinación con una anticipación de un mes natural a la fecha de término; sin que para ello medie procedimiento judicial alguno, en todo caso podrán previamente acceder a medio amigable de composición.

**DÉCIMA SEXTA. - (Terminación Anticipada).** Ambas partes podrán dar por terminado anticipadamente el presente convenio cuando así convenga a las necesidades propias; sin necesidad de justificar esta determinación, y sin responsabilidad y sin que medie resolución o interpelación judicial, previa notificación por escrito a la otra parte, dentro de un término no mayor de 15 quince días naturales a la fecha que se determine.

**DÉCIMA SÉPTIMA. - (Notificaciones)** todas las comunicaciones deberán de realizarse de manera oficial por escrito mediante oficio en donde conste la firma autógrafa y sello oficial y entregarse de forma fehaciente, con acuse de recibo, en los domicilios que señalaron Las Partes en sus respectivas Declaraciones.

**DÉCIMA OCTAVA. - (Legislación Aplicable).** Resultan aplicables a la celebración del presente convenio de colaboración interinstitucional las diversas normativas civiles y las especiales correspondientes a la Ley para la Inclusión y Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad en el Estado de Jalisco, en sus numerales 23, 24, 35, 36, 37, 38 y demás relativos del ordenamiento jurídico en comento, así como lo establecido en los artículos 2147 al 2166 del Código Civil del Estado de Jalisco.

**DÉCIMA NOVENA. - (De la Jurisdicción).** - Acuerdan las partes que cualquier controversia la someterán a los procedimientos conciliatorios y de amigable composición, en caso de que prevaleciera alguna por resolver, se sujetan a la jurisdicción de los Tribunales competentes del Primer Partido Judicial en el Estado de Jalisco, renunciando a cualquier otro que pudiera corresponderles en razón de domicilio futuro.

Leído que fue el presente convenio y enteradas las partes del contenido y alcances, lo firman por duplicado en el Municipio de Zapopan, Jalisco, al día **01 primer día del mes de Octubre del año 2021 dos mil veintiuno.**

POR "DIF ZAPOPAN"

MTRA. KARLA GUILLERMINA SEGURA JUAREZ  
DIRECTORA GENERAL.

POR "O.P.D. SSMZ"

DR. MIGUEL RICARDO OCHOA PLASCENCIA  
DIRECTOR GENERAL.

TESTIGOS:

Página 5 de 6

LA PRESENTE HOJA FORMA PARTE DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN CELEBRADO POR EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, JALISCO Y EL O.P.D. "SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN" DE FECHA 01 DE OCTUBRE DEL 2021 IDENTIFICADO CON EL NUMERO DJ/DG-COL/181/2021

SACC/VVF/MGCD\*

LIC. MA. GUADALUPE TRINIDAD  
CASTELLANOS GUTIERREZ  
DIRECTOR JURIDICO DEL SISTEMA "DIF  
ZAPOPAN"

MTRA. MARGARITA ZEPEDA TAPIA  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
ZAPOPAN

DJ/DG-COL/181/2021.

C.P.A. ARMANDO VILLALOBOS GONZALEZ  
CONTRALOR DEL SISTEMA "DIF ZAPOPAN"

LIC. MARIA FERNANDA FUENTES FLORES.  
DIRECTOR JURIDICO DEL  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
ZAPOPAN

LIC. GUILLERMO LOZA GARCILITA  
DIRECTOR DE SERVICIOS DEL SISTEMA "DIF  
ZAPOPAN"

DR. JUAN ALFONSO CARDENAS RAMOS.  
DIRECTOR MEDICO DEL  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
ZAPOPAN

L.C.P. GERARDO DE ANDA ARRIETA.  
TITULAR DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL  
DEL  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
ZAPOPAN









Entrevista - Orientación  
Departamento de Trabajo Social



FECHA		
Día (dd)	Mes (mm)	Año (aaaa)

Servicio y/o Programa		Procedencia	
CURP / Id. DIF		Registro	

DATOS GENERALES							
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nac			
Sexo		Edad		Estado Civil		Grupo etario	
Ocupación			Escolaridad				
Domicilio	Calle y número exterior e interior			C.P.			
	Cruza con:			Colonia o comunidad			
Estado y Mpio. de Nac.			Estado y Mpio. de residencia				
País		Teléfono Particular		Teléfono Recados		Nombre	
Nombre		Edad		Parentesco			

APOYO Y/O SERVICIO SOLICITADO							

DIAGNÓSTICO SOCIAL INICIAL							
Composición familiar y economía		Vivienda - Condición		Pago x mes		Población Atendida	
Cantidad de integrantes de la familia							
Miembros económicamente activos		Otra (especifique)					
Miembros que aportan al gasto familiar		Personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad		Número			
Ingreso mensual familiar aproximado		Tipo					
Deudas (pago mensual)		¿Dónde atiende necesidades de salud?					

--	--	--	--	--	--	--	--

Conclusiones							
Problemática y/o Vulnerabilidad							
Código:				Código:			
Diagnóstico	Código:						
Clasificación de programa (1. C. U. - 2. F.S.F.)							
Apoyo y/o servicio otorgado	1			2			
	3			4			

Area o institución a la que fue canalizado		No.	
--	--	-----	--

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

Usuario:

Manifiesto bajo protesta decir la verdad que autorizo el uso y manejo de mis datos personales, así como los considerados como datos personales sensibles, en los términos del aviso de privacidad, en donde señalo que serán resguardados conforme a la Ley en la materia, el cual se puede consultar en <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>



**Sistema Interinstitucional de  
Canalización a Trabajo Social (SICATS)  
Departamento de Trabajo Social**



De: \_\_\_\_\_  
Nombre de la institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre de la institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Nº de canalización	No. de caso o registro	Fecha (dd/mm/aaaa)	Día (dd)	Mes (mm)	Año (aaaa)
--------------------	------------------------	--------------------	----------	----------	------------

Nombre	Apellido paterno			Apellido materno	Nombres	Sexo	Estado Civil
	Calle y número exterior e interior			Cruza con:		Edad	
Domicilio	Estado:			Municipio:	Colonia o comunidad	País:	
	Teléfono Particular	Teléfono Recados		Nombre			
Datos del padre o tutor (Solo en casos de menores de edad o personas con discapacidad intelectual)							
Nombre	Edad			Parentesco			

**2. DIAGNÓSTICO SOCIAL PRELIMINAR**

**3. SOLICITUD**

**4. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO**

Requiere de: \_\_\_\_\_

Durante: \_\_\_\_\_

El costo total es de: \_\_\_\_\_

Solicitamos su apoyo de: \_\_\_\_\_

El resto se cubrirá: a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

El pago se realizará en: Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**5. EVOLUCIÓN DEL CASO:**

**6. SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

**7.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS**

Favor de valorar caso de acuerdo a lineamientos.

En caso de ser autorizado el apoyo o de requerir más información, favor de comunicarse con:

Responsable del caso: \_\_\_\_\_ Al Programa de: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

NOTA: Este documento oficial tiene una vigencia de 10 días hábiles a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido ante otras dependencias en fechas posteriores. La petición del apoyo solicitado será valorada por el área receptora de acuerdo a sus lineamientos institucionales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Responsable de Trabajo Social

Usuario:

Manifiesto bajo protesta decir la verdad que autorizo el uso y manejo de mis datos personales, así como los considerados como datos personales sensibles, en los términos del aviso de privacidad, en donde se indica que serán resguardados conforme a la Ley en la materia, el cual se puede consultar en <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>



**Sistema Interinstitucional de  
Canalización a Trabajo Social (SICATS)  
Departamento de Trabajo Social**



De: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Nº de canalización	No. de caso o registro	Fecha (dd/mm/aaaa)	Día (dd)	Mes (mm)	Año (aaaa)
--------------------	------------------------	--------------------	----------	----------	------------

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	Sexo	Estado Civil
	Calle y número exterior e interior			Edad	
Domicilio	Cruza con:	Colonia o comunidad			
	Estado:	Municipio:	País:		
	Teléfono Particular	Teléfono Recados	Nombre		
Datos del padre o tutor (Solo en casos de menores de edad o personas con discapacidad intelectual)					
Nombre	Edad		Parentesco		

**2. DIAGNÓSTICO SOCIAL PRELIMINAR**

**3. SOLICITUD**

**4. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO**

Requiere de: \_\_\_\_\_

Durante: \_\_\_\_\_

El costo total es de: \_\_\_\_\_

Solicitamos su apoyo de: \_\_\_\_\_

El resto se cubrirá:	a)	b)
	c)	d)

El pago se realizará en: Razón Social \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**5. EVOLUCIÓN DEL CASO:**

**6. SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

**7.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS**

Favor de valorar caso de acuerdo a lineamientos.

En caso de ser autorizado el apoyo o de requerir más información, favor de comunicarse con:

Responsable del caso:	Al Programa de:	
Teléfono	Extensión	Horario

NOTA: Este documento oficial tiene una vigencia de 10 días hábiles a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido ante otras dependencias en fechas posteriores. La petición del apoyo solicitado será valorada por el área receptora de acuerdo a sus lineamientos institucionales.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Responsable de Trabajo Social

Usuario:

Manifiesto bajo protesta decir la verdad que autorizo el uso y manejo de mis datos personales, así como los considerados como datos personales sensibles, en los términos del aviso de privacidad, en donde señala que serán reagrupados conforme a la Ley en la materia, el cual se puede consultar en <http://sistemadif.jalisco.gob.mx>

	Número de objetos	Código / Clave producto/ Servicio	Descripción	Estado del bien
18	1	85361500	PARTIDA NO. 17 LASER TERAPÉUTICO PARA TRATAMIENTO DE LAS AFECIONES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR CON ACCIÓN ANTI EDEMATOSA, ANALGÉSICA, ESTIMULACIÓN DE LA REGENERACIÓN TISULAR Y EL SISTEMA INMUNOLÓGICO AUMENTA LA MICROCIRCULACIÓN SANGUÍNEA, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA ENERGÍA LASER CON PANELES DE CONTROL CON PANTALLA DESPUÉSGUE DIGITAL LUMINICO QUE MUESTRE DOSIS POR APLICAR, CÁLCULO AUTOMÁTICO DE LA DOSIS Y TIEMPO DE TRATAMIENTO, DOSIS DE TRATAMIENTO POR APLICACIÓN, DOSIS DE TRATAMIENTO TOTAL POR PATOLOGÍA, FRECUENCIA EN HZ Y CON FRECUENCIA DE TRABAJO DE AL MENOS 20.000 HERTZ, QUE ESTE CONTROLADO POR MICROPROCESADOR CON BOTONES DE ENCENDIDO Y APAGADO, TIEMPO DE TRATAMIENTO, PULSATIL Y CONTINUA, POTENCIA DE 75mw +/- 10%, LASER DE ONDA PULSADA, CODIGO NUMÉRICO DE SEGURIDAD PARA EL ACCESO DE FUNCIONES, SEÑAL LUMINICA VISUAL DE ADVERTENCIA DE LA EMISIÓN DE LA ENERGÍA LASER, SEÑAL AUDIBLE DE ADVERTENCIA DE EMISIÓN LASER EN SONIDOS DISTINTOS PARA EMISIÓN DIBO DE ARSENURO DE GAILO (LONGITUD DE ONDA DE 905+ 10% N/A), SOPORTE INTEGRADO AL EQUIPO PARA SUJETAR Y PROTEGER EL EQUIPO, CON LENTES PROTECTORES, ESTUQUE RIGIDO PARA GUARDAR LENTES, PROGRAMAS PREDEFINIDOS PARA LAS PATOLOGÍAS MÁS COMUNES, PARAMETROS PROGRAMABLES EN FUNCIÓN MANUAL, QUE CUMPLA CON LAS NORMAS Y ESTANDARES CON DOCUMENTACIÓN VIGENTE, REGISTRO SANITARIO, ISO 9002, 2000 O ISO 23845 O TUV CERTIFICADO DE CE Y FDA, MODELO: C/2779/840 MARCA CHATTANOOGA GARANTIA 12 MESES, CONTRA VICIOS OCULTOS Y/O DEFECTOS DE FABRICACIÓN, NO APLICA POR MAL MANEJO POR PARTE DEL ÁREA USUARIA, ESTA COMPRA SE DEPIVA DE LA LICITACION PUBLICA NACIONAL AD/CC/021/2019	BUEN ESTADO
19	1	8516150	PARTIDA NO. 13 KIT DE TRES BALANONES TERAPÉUTICOS CON DIFERENTES NIVELES DE DIFICULTAD (PRINCIPANTE, INTERMEDIO Y AVANZADO) FABRICADO CON ESPUMA DE CÉLULAS CERRADAS CON SUPERFICIE RUGOSA (VERDE Y AZUL) 3). ENTRENADOR NEGRO DE PVC SE INFLA CON AIRE. UN LADO OFI ENTRENADOR NEGRO CUENTA CON UNA CON TEXTURA DE PILES ACHAFADOS PARA ESTIMULAR LA PRODUCCIÓN, EL OTRO CON TEXTURA ANTI DEPRAPANTE SU SUPERFICIE ANTI DESLIZANTE REDUCE EL RIESGO DE UNA LESIÓN DURANTE SU USO MEDIDAS APROXIMADAS DE CADA BALANON: VERDE 37 CM X 23 CM X 8.5 CM, AZUL: 41 CM X 23 CM X 5 CM, NEGRO 44 CM X 26 CM X 8 CM. MODELO: HY 23305 / HY 23304 / HY 23323 MARCA THE HYGENIC CORPORATION LICITACION PUBLICA NACIONAL AD/CC/021/2019	BUEN ESTADO
20	3	MARCO61, 42192001 - Mesas de examen o procedimientos médicos para uso general	MESA PASTEUR CON BARANDAL DE ALAMBRO ACERO INOX. ORDEN DE COMPRA No. 19071A No. DE REQUISICION : 191200	BUEN ESTADO
21	2	MARCO62, 42191907 - Gabinetes o muebles de almacenamiento de instrumentos para uso médico	GABINETE UNIVERSAL MEDIDAS ESTANDAR C/CHAPA SEGURIDAD ORDEN DE COMPRA No. 19071A No. DE REQUISICION : 191200	BUEN ESTADO
22	1	GINID, 5610151B - Estantes de pared	ANAQUEL MEDIDAS 40X220X90CM/4 ENTRE PAÑOS USO RUIDO COLOR GRIS ORDEN DE COMPRA No. 19071A No. DE REQUISICION : 191200	BUEN ESTADO
23	1	42141800	PART 2 OFERTERMA BTL 6000, ONDA CORTA 400 PARA APLICACIONES CAPACITIVAS LA ONDA CORTA 400 ES UN DISPOSITIVO DE ULTIMA GENERACION PARA LA TERAPIA DE CALOR DE ALTA FRECUENCIA. El uso de la energía de alta frecuencia para terapia de calor tiene la ventaja de una mayor profundidad de penetración en contraste con métodos convencionales tales como: compresas calientes, baños, luz infrarroja. ESPECIFICACIONES: Potencia hasta 400W de posibilidades de aplicación: óptima (200W) con un canal de campo capacitivo (uno o dos canales de campo inductivo) o interfaz de usuario con pantalla táctil color ACCESORIOS INCLUIDOS: Unidad BTL 6000 con pantalla táctil a color de 5.7" en el carro, cable de alimentación, tapa puntera, manual del usuario, Set de accesorios básicos para aplica con capacitiva Set de accesorios básicos para aplicación capacitiva Incluye: 2x 6 brazos articulados, 2x aplicadores capacitivos de 130mm, 2x cables para aplicador capacitivo Marston	BUEN ESTADO
24	1	42141800	PART 3 MESA DE TRACCIÓN CERVICAL LUMBAR TERAPIA DE TRACCIÓN CON CAMILLAS ELÉCTRICAMENTE AJUSTABLES. Características Terapi para tracción cervical y lumbar Unidad de tracción controlada por un micro procesador, recomendable para terapias cervicales y lumbares Especificaciones: Tratamiento continuo, intermitente y amortizado. Accesorios incluidos: Unidad de tracción cable de tracción con cable gale cromado botón de seguridad para el paciente amés cervical con barra de esparador, Cable de alimentación, Tabureta con altura ajustable Tracción peluca y torácica Camilla eléctrica. Marca: BTL. Garantía de proveedor y fabricante: 1 año contra defectos de fabricación y vicios ocultos. LICITACION PUBLICA NACIONAL AD/CC/D 23/2019 ORDEN DE	BUEN ESTADO
25	1	42251600	PART 1 COLCHÓN TERAPÉUTICO COLOR NEGRO, MEDIDAS 2MTS X 2M75 X 10 CM (ANCHURA X LARGO X ESPESOR) RELLENO DE AGLUTINADO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD. MARCA REHABI MEDIC. ORDEN DE COMPRA No. 190713	BUEN ESTADO

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature that appears to be 'J. B.' and other smaller initials.



CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN Y DE CONTRATO DE COMODATO



Número de objetos	Código / Clave producto/ Servicio	Descripción	Estado del bien
1	7501981839976 - 42142100	Fludoterapia UV	BUEN ESTADO
2	7501981835017 - 42142100	LAMPARA ULTRAVIOLETA DE TUBO	BUEN ESTADO
3	7501981821021 - 42191800	BIELA INCLINABLE 60 INCHES ELECTROMECANICA	BUEN ESTADO
4	7501981842711 - 42142112	PARALELINO "NACIONAL" 6 LIBRAS C/REGULADOR DE TEMPERATURA	BUEN ESTADO
5	7501981810811 - 42251500	PÓLTERAS DOBLES 0.770" C/BIAS DE PARED	BUEN ESTADO
6	7501981813687 - 42192000	ESCALERILLA 0.34 005 PELDAÑOS CROMADA "NACIONAL"	BUEN ESTADO
7	7501981825024 - 47142200	SELLA PARA FOTOTERAPIA SI SYD	BUEN ESTADO
8	7501981857002 - 42142112	MESA P/ PARALELINO	BUEN ESTADO
9	42251600	LAMINADORA PARA REHABILITACIÓN CON BANDA DE 50 CM DE ANCHO X 147 CM DE LARGO (O MÁS), VELOCIDAD DE AVANCE DE 0 A 12 MILLAS POR HORA, TORQUE ULTRAPOTENCIO, MARCA SPINZ, MOD. XE65, 33% EL VACUUM	BUEN ESTADO
10	42251600	Compresor fro cinco pers. cubicos (11.34 m3) de conservación por el frío el mando termostático ajustable y desdégé mantiene una temperatura de frío terapéutico: -12° a 6° c incluye 12 compresores Termafrío las dimensiones aproximadas son de: 17" x 40"	BUEN ESTADO
11	42251600	BARRA SUETA ALTO 240 CM Y ANCHO 90 CM TAOR CADO EN MADERA DE PINO DE 1" CON 13 BARRAS REDONDAS Y UNA DE SOPORTE PARA EMPUJAR A LA PARED MARCA GVM	BUEN ESTADO
12	42251600	ESPEJO POSTURAL CON RODAMAS, ESPEJO PARA ADULTO DE UNA SECCIÓN CON 2 BASES PARA EL PISO Y 4 RODAS, EL MARCO DE MADERA DE PINO DE PRIMERA CALIDAD BARNIZADA COLOR NATURAL, LUNA PLATA DE 4 MM DE GROSOR, DIMENSIONES DE 1.85 MTS DE ALTO X 61 CMS DE ANCHO MAR	BUEN ESTADO
13	42251600	KIT DE 3 CILINDROS DE FIF.F ESPUMA DE 10 CM X 60 CM, 50 CM X 70 CM Y 30 CM X 90 CM; RELLENOS DE ESPUMA DE POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD Y CUBIERTA DE VINIL COLORES LLAMATIVOS (AZUL, ROJO, AMARILLO, VERDE O COMBINADOS) MARCA GVM	BUEN ESTADO
14	42251600	MESA DE EXPLORACIÓN PARA TRATAMIENTO DE MADERA DE PINO DE PRIMERA CALIDAD BARNIZADA COLOR NATURAL, QUE INCLUYA COLCHÓN (ADHERIDO A LA MESA) MARCA GVM FORADO EN VINIL ANTIBACTERIAL, COLOR NEGRO Ó AZUL Y EL RELLENO EN POLIURETANO DE ALTA DENSIDAD DE T A 10	BUEN ESTADO
15	85261500	PARTIDA NO. 3 BICICLETA FUA HORIZONTAL MAGNETICA DE USO PUDO, BICICLETA RECURRENTE QUE PROPORCIONE COMODIDAD Y FACIL ACCESIBILIDAD AL USUARIO, DISEÑADA PARA EJERCICIOS DE MIEMBROS INFERIORES CON RETROALIMENTACIÓN DE VELOCIDAD, DISTANCIA, CALORIAS, CAL/MO RAR, PALAS, RESISTENCIA, WATTS, TIEMPO METS, RITMO CARDIACO, RITMO CARDIACO META, TIEMPO EN LA ZONA DEL RITMO CARDIACO CARACTERISTICAS: ASIENTO FABRICADO CON UNA MALLA VENTILADA DE ALTA CALIDAD QUE OFRECE 15 POSICIONES DE LONGITUD PARA DAR CABIDA A USUARIOS DE DIFERENTES TAMAÑOS PROPORCIONE UN EXCELENTE SOPORTE EN LA ESPALDA Y TAMBIEN PERMITE QUE CIRCULE MAS EL FLUIDO DE AIRE ENTRE USTED Y EL ASIENTO PERMITIENDO AL PACIENTE ESTAR MAS COMODO Y PASAR MAS TIEMPO EJERCITANDOSE, PANTALLA DE FACIL LECTURA, SOPORTE PARA BOTELLAS DE AGUA, BOLSILLOS PARA ACCESORIOS CERCA DEL ASIENTO, VENTILADOR CON MULTIPLES POSICIONES, FUENTE DE ALIMENTACION PROPIA, PEDALES Y CORRIAS AJUSTABLES ALTO BALANCEABLES DISEÑO DEL MANUJERO AL ALCANCE DE LA MANO QUE PERMITE AJUSTES RAPIDOS Y PROPORCIONA SEGURIDAD EN EL AGARRE, MONITOREA LA FRECUENCIA CARDIACA Y LA RESISTENCIA, PANTALLA LED CON MULTIPLES SECCIONES DE RETROALIMENTACION VENTILADOR DE 3 VELOCIDADES, RUEDAS DE TRANSPORTE NIVELADORES DELANTEROS Y TRASEROS, RUEDAS DELANTERAS PARA TRANSPORTAR EL EQUIPO (ESPECIFICACIONES TECNICAS PESO APROX. 93KG, DIMENSIONES 262 CM X 64 CM X 132 CM, PESO MAXIMO DEL USUARIO APROX 158 KG PESO DEL FLY WHEEL 15 LBS, SISTEMA DE FRENADO MAGNETICO, RANGO DE RESISTENCIA 1-20, 8 PROGRAMAS FIJOS, TIEMPO, DISTANCIA, CALORIAS, CUENTA PROGRAMAS DE RITMO CARDIACO 5 PROGRAMAS PARA EL USUARIO RITMO CARDIACO POR CONTACTO, LAÑO MINIMO DE GARANTIA MODELO: LD-19, TD SERIE. MARCA: LANDICE	BUEN ESTADO
16	85161500	PARTIDA 6 COMPRESERO CALIENTE PARA CALENTAR COMPRESAS QUIMICAS CON CAPACIDAD PARA 12 COMPRESAS INCLUIDAS EN EL EQUIPO 6 COMPRESAS LUMBARES Y 6 COMPRESAS CERVICALES CONTROL DE TEMPERATURA, FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE TIPO 304 CON ACABADO TIPO SANITARIO, REJILLA INFERIOR PARA EL ACOMODO DE LAS COMPRESAS, TERMOSTATO PARA REGULAR LA TEMPERATURA DE ALTA PRECISION DE +/- 5% LO QUE PERMITE COMFORTABILIDAD, INDICACION FRONTAL LUMINOSO CON SWITCH DE ENCENDIDO Y APAGADO, CON AISLAMIENTO TERMICO, ASAS LATERALES PARA SU MANEJO Y BISAGRAS METALICAS CON DISEÑO ERGONOMICO, 4 RUEDAS DE HULE DE ALTA RESISTENCIA Y 2 DE ELLAS CON FRENO, MEDIDAS DE 81 CM ALTO X 59 CM LARGO X 40 CMS DE ANCHO ALIMENTACION 220V/60HZ A 1000W, GARANTIA MINIMA DE UN AÑO MODELO: C-2402 MARCA: CHATTANOOGA PARTIDA NO. 9 COMBO	BUEN ESTADO
17	85161500	ELECTROESTIMULADOR Y ULTRASONIDO QUE CUMPLA CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: SALIDA PARA DOS ELECTRODOS Y UN CABLEZAL DE 1.7 A 3 MMS MODELO: C-2778 MARCA: CHATTANOOGA	BUEN ESTADO

*JG*  
*92*  
*K*  
*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*