

Municipio: OCTOLAN	Localidad y/o colonia: COL. NUEVO FUERTE	Nombre del Centro CAIC " MANUEL GÓMEZ MORIN "	Programa CAIC	Mes: NOVIEMBRE	Año 2018
-----------------------	---	--	------------------	-------------------	-------------

1. POBLACION ATENDIDA	Lactantes B		Lactantes C		Maternal A		Maternal B		Maternal C		Preesc 1		Preesc 2		Preesc 3		Subtotal		Total Bec.
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
1. Mes anterior	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	11	9	12	8	29	23	52
2. Altas del mes																			
2.1 Más Cambios de sala																			
3. Subtotal																			
4. Bajas del mes											6	6	11	9	12	8	29	23	52
4.1 Menos Cambios de Sala													1		1		2	-	2
5. Subtotal																			
<b>Totales por nivel</b>											6	6	10	9	11	8	27	23	50
6. Capacidad por nivel												12		19		19			60
7. Espacios disponibles por nivel										5		17		18		20			60
8. Pendientes de ingreso										5		5		1		1			10
9. En Lista de espera																			
10. Asistentes educativas por salas																			
11. No. de Salas por nivel												1		1		1			3
												1		1		1			3

2. FAMILIAS BENEFICIADAS	TOTAL
12. Familias beneficiadas en el mes	46
12.1 Madres beneficiarias de NUEVO INGRESO en el mes	
12.2 Padres solteros beneficiarios de NUEVO INGRESO del mes	
12.3 Total de familias	46

3. SERVICIOS OTORGADOS	TOTAL
13. Alimentación (raciones)	3,390
13.1 Desayunos	953
13.2 Refrigerios	1,482
13.3 Comidas	955

4. EVENTOS	TOTAL
14.1 Intercambio de experiencias	
14.2 Festival	1
<b>Total</b>	<b>1</b>

6. ATENCIÓN MÉDICA	H	M	TOTAL
25. Filtros	28	21	49
26. Detecciones en filtro	3	3	6
27. Peso y talla	28	21	49
28. Urgencias por accidentes			-
29. Urgencias por enfermedad			-
30. Hist. clínica (val/para/ingreso)			-
31. Curaciones			-
32. Medicamentos aplicados		1	1
33. Consulta a menores			-
34. Consulta de IRAS			-
35. Consulta de Salud Bucal			-
36. Consulta de EDAS			-
37. Consulta general			-
38. Canalizaciones			-
39. Accidentes atendidos			-
40. Seguimiento de cartilla de vacunación			-
41. Detección de agudeza Visual			-
42. Detección de agudeza auditiva			-
43. Detección de alteración del Lenguaje			-
44. Det. de alteración Musculo esquelética			-

7. SERVICIOS DE PSICOLOGIA	H	M	TOTAL
45. Valoración			-
52.1. Por ingreso			-
52.2. Evaluación psicológica			-
52.3. Valoración de Desarrollo			-
46. Asesorías y orientaciones			-
47. Consulta psicológica a becarios			-
54.1. Atención individual			-
54.2. Atención grupal			-
48. Canalizaciones			-

8. ACTIVIDADES PEDAGOGICAS	TOTAL
49. Culturales	7
50. Recreativa	126
51. Formativa	172
52. Derechos de los niños	
53. Valores	1
54. Práctica prealimentaria	6
<b>Total</b>	<b>312</b>

10. TRABAJO SOCIAL	TOTAL
56. Entrevista inicial	
57. Estudio socioeconómico p/ingreso	
58. Estudio socioeconómico p/val cuota	
59. Actualización de cuota	
60. Visitas domiciliarias	
61. Orientaciones y asesorías	
62. Canalizaciones	
63. Junta de inducción	

11. JUNTAS CON PADRES	TOTAL
64. Juntas realizadas	
65. Padres que asisten	

12. COMITÉ COMUNITARIO	TOTAL
66. Reuniones del comité	
67. Padres que asisten	

5. SUPERVISIONES	TOTAL
15. DiF Municipal	
16. Director (a) del centro	
17. Programa de Psicología	
18. Pedagogía	
18.1 Salas	
18.2 Comedor	
18.3 Recreo	
18.4 Programas	
19. DiF Jalisco	
20. SSJ	
21. SEJ	
22. Otros	
23. Área médica	
23.1 Salas	
23.2 Comedor	
23.3 Cocina	
23.4 Centro	
24. Nutrición	
24.1 Aceptación de menús	
24.2 Prep. de alimentos	
24.3 Área de cocina	
24.4 Área de lactario	
24.5 Almacenamiento de alimentos	
24.6 Conservación de alimentos	

9. ASESORÍA Y ORIENTACIÓN NUTRICIONAL			
Concepto	Niños@	Personal	Asistentes
55. Orientación nutricional			

13. ESCUELA PARA PADRES	TOTAL Sesiones	TOTAL Asistentes
68. Sesiones Realizadas	1	37

14. CAPACITACIÓN	Dirigido	TOTAL Asistentes
69. Formativa-educativa		
70. Derechos de los niños y las niñas		
72. Otros:		

**Políticas para el Sistema de Información:**

- El corte de la información será el día 20 del mes al que se refiere el informe.
- La información deberá ser enviada entre los días 20 y 21 del mes que informa.
- Dejar en blanco los espacios que no tengan información.
- El envío de la información deberá ser por correo electrónico.

correo electrónico: cadisdifjalisco@yahoo.com.mx  
 \* Dudas al: Tel. (01 33) 30 30 38 38

**Notas:**

SANDRA PATRICIA HERNANDEZ HERNANDEZ  
 Nombre y firma del Director (a)