

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

 Registro de Trámites y Servicios Municipio de San José Iturbide, Guanajuato.			
DIF MUNICIPAL		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
		18-ene-22	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Terapia Física			
Consulta de especialidad en medicina de rehabilitación, tratamientos de fisioterapia a personas con lesiones físicas, discapacidad temporal y permanente, así como			
II. MODALIDAD.			
Presencial			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Cuenta pública, Ley para la atención de las personas con discapacidad, Lineamientos INGDUDIS y Ley del sistema estatal de asistencia social			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Tratamientos de rehabilitación y fisioterapia.			
PASOS			
1.- Solicitar cita en el centro de rehabilitación del DIF			
2.- Realizar el pago			
3.-Inicia ciclo de terapias			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.			
		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACION O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
Copia de INE, en caso del usuario sea menor de edad, copia del INE del tutor			
Copia de Acta de nacimiento			
Copia de Curp			
Copia de comprobante de domicilio			
Referencia médica de una institución médica pública o privada			
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
No aplica			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
No se tiene		No se tiene	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
No aplica			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Martina Resendiz Rivera	4192342958	rehabilitacion.dif@sjj.gob.mx	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
No aplica		Afirmativa Ficta	No
		Negativa Ficta	Si
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
De acuerdo a tabulador		Efectivo	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
De acuerdo a la evaluación médica del paciente			
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Alta médica			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS.			
DEPENDENCIA O ENTIDAD:	Centro de rehabilitación DIF		
ÁREA O DEPARTAMENTO:	Terapia física		
DOMICILIO (S):	Av. El Carrizal s/n Col. Carrizal		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
8:30 am a 20:00 hrs de Lunes a viernes			
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			
DOMICILIO (S):	Av. El Carrizal s/n Col. Carrizal		
TELÉFONO (S):	4192342958		
CORREO ELECTRÓNICO (S):	rehabilitacion.dif@sjj.gob.mx		
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO			
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DIF municipal	(419)1989770	direccion.dif@sjj.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Expediente clínico			
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.		SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
Lic. Marta María Segura Rodríguez			