



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| Ingresar a personas con discapacidad a terapias de rehabilitación | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cedula | CP/80/2024 | |
| Ingresar a los pacientes con discapacidad permanente o temporal en la unidad de rehabilitación e integración social "uris" | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | Constitución política de los estados unidos mexicanos (título primero, capítulo i, artículos 1 y 4). Constitución política del estado libre y soberano de México (título segundo, artículos 5, 17 y 139) Ley general de salud artículo 1, artículo 3 Ley de asistencia social del Estado de México y municipios 3,5,10 | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | N/A | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |
| | | N/A | | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA?: | | SI | NO | DIRECCIÓN WEB |
| | | X | | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | En el momento que requiera la atención de rehabilitación | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. | | Cada persona que requiere el servicio debe ser revisado por un médico especialista en rehabilitación. | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| Ine. | | NO | 1 | Manual de procedimientos interno de la unidad de rehabilitación e integración social "URIS" página 18 |
| Curp. | | | 1 | |
| Comprobante domiciliario. | | | 1 | |
| Pago del servicio. | | | 1 | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| Ine. | | NO | 1 | Manual de procedimientos interno de la unidad de rehabilitación e integración social "URIS" página 18 |
| Curp. | | | 1 | |
| Comprobante domiciliario. | | | 1 | |
| Pago del servicio. | | | 1 | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| Ine. | | NO | 1 | Manual de procedimientos interno de la unidad de rehabilitación e integración social "URIS" página 18 |
| Curp. | | | 1 | |
| Comprobante domiciliario. | | | 1 | |
| Pago del servicio | | | 1 | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO: | | 1.-Registro en bitácora de recepción 2.-Se le marca al paciente para programar el día y la hora en que va a ser su cita y darle la información. 3.-El paciente asiste a su consulta para su valoración | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | 30 Minutos | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| COSTO: | \$S70 M/N | Fundamento Jurídico: Acta Vigésima Novena de la junta de gobierno del sistema municipal DIF cobro de servicios básicos | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> |
| DÓNDE SE VA A PAGAR: | En caja en la recepción de la unidad | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | Ninguna | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE: | No se otorgará la consulta por no presentarse en la fecha y en el horario indicado se cancela la cita y se reprograma para la fecha más próxima de atención. | | | |
| APLICACIÓN DE LA ALTERNATIVA PAGA: | N/A | | | |

| | | | | |
|---|--|--|-------------------------------|----------------------------|
| DEPENDENCIA O ORGANISMO: | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | |
| Sistema Municipal Para El Desarrollo Integral De La Familia De Jiquipilco | | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL "URIS" | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | L.FT David Gabriel Garcia Hernández | | |
| DOMICILIO: | CALLE: Av. el libramiento | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | MANZANA PRIMERA PARTE BAJA | MUNICIPIO: | JIQUIPILCO | |
| C.P.: | 50800 | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | Lunes a Viernes De 8 A 16 Hrs | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXT.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 712 | 1114091 | N/A | N/A | N/A |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | |
| OFICINA: | N/A | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: N/A | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | N/A | MUNICIPIO: | N/A | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | N/A | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXT.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| FORMATOS DESCARGABLES: | N/A | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Solo se atienden a personas con discapacidad? | | | |
| RESPUESTA: | Público en general | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Hay médico especialista en rehabilitación en uris ? | | | |
| RESPUESTA: | Si | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Tengo que sacar cita para ser atendido ? | | | |
| RESPUESTA: | Si | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | |
| N/A | | | | |

| | | | |
|--|---|------------------|--|
| ELABORÓ: C. MARIBEL NAVARRETE CABALLERO | DIF Jiquipilco | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07/FEBRERO/2024 |
| ENLACE DE MEJORA REGULARIA DIF JIQUIPILCO | PRESIDENTA HONORARIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF JIQUIPILCO | | |