GTO
Grandeza de México

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Comonfort
¡Orgullo y Tradición!

COMONFORT GUANAJUATO.
HONORABLE AYUNTAMIENTO 2021-2024

| Registro de Trámites y Servicios | | | |
|---|---|---|---|
| Municipio de Comonfort, Guanajuato | | | |
| HOMOCLAVE | MS-COM-SDIF-02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 21/03/2023 |

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Sesiones de terapia física y estimulación temprana

Es la aplicación de las indicaciones terapéuticas prescritas al paciente en la consulta especializada, haciendo uso de instalaciones y/o equipo de la Unidad Municipal de Rehabilitación por medio de personal calificado.

**II. MODALIDAD**

Presencial

**III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO**

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Artículo 4º, párrafo cuarto.
LEY DE INCLUSIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE GUANAJUATO. Artículos 4º, fracción VI y 27, fracción II.
LEY SOBRE EL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL DEL ESTADO DE GUANAJUATO. Artículos 13, fracción IX; 17, fracción VIII y 20, párrafos segundo y cuarto.
LEY DE INGRESOS PARA EL MUNICIPIO DE COMONFORT, GUANAJUATO. Artículos 22, fracciones II, III y IV; 45, párrafo segundo y 55, párrafo primero.
REGLAMENTO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE COMONFORT, GTO. Artículo 9, fracción V.

**IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO**

En caso de requerir servicios de terapia física o estimulación temprana.

| PASOS | |
|---|---|
| 1. Solicitud de requisitos documentales. (Solicitados para ingresar a la consulta especializada) | 4. Cubrir cuota de recuperación antes de cada sesión de terapia. |
| 2. Con entrega de documentación completa aplicación de estudio socioeconómico. | 5. Seguir indicaciones y plan terapéutico. |
| 3. Recibir programación de sesiones de terapia y e indicación de materiales necesarios. | 6. Solicitar revaloración por especialista al cumplir el número indicado de sesiones de terapia física y asistir puntualmente cubriendo la cuota de recuperación de consulta de especialidad que ello genera. |

| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO, SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE |
|---|---|
| 1. Fotografía tamaño infantil, de frente, a color, papel mate. | No aplica |
| 2. Acta de nacimiento. Fotocopia tamaño carta. Formato vigente. | No aplica |
| 3. CURP del paciente. Fotocopia en hoja tamaño carta. Formato vigente. | No aplica |
| 4. CURP de proveedor económico. Fotocopia en hoja tamaño carta. Formato vigente. (Para estudio socioeconómico) | No aplica |
| 5. Credencial para votar del paciente y/o persona responsable en su caso. Fotocopia en hoja tamaño carta. Actualizada y vigente. | No aplica |
| 6. Comprobante de domicilio. Fotocopia en hoja tamaño carta. Actual y reciente (expedición menor a 3 meses). | No aplica |
| 7. Comprobante de ingresos y en su caso formato autorizado. Fotocopia en hoja tamaño carta. | No aplica |

**VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO**

El personal captura en los formatos oficiales la información generada, solicitando firma o huella digital del beneficiario en los formatos que así lo requieran.

| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO |
|---|---|
| No aplica. | No aplica. |

**VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN**

De ser indicada, se asiste al domicilio correspondiente para inspección y constatación de la información asentada en el estudio socioeconómico.

**IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

| NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|
| LTFR. BERENICE BALDERAS GALVAN | 412 157 0937 | umr.difcomon@gmail.com |

| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA SU RESOLUCIÓN | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dentro de los 30 días naturales siguientes. | AFIRMATIVA FICTA | | NEGATIVA FICTA | X |

| | |
|---|---|
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL | 5 días. |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN | 5 días. |

| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CALCULO | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO |
|---|---|
| Acorde a las tarifas registradas en la Ley de Ingresos de Comonfort del ejercicio fiscal en curso. $60.00 | En caja de la Unidad Municipal de Rehabilitación Comonfort. Efectivo. Ubicada en Mariano Arista SN, Barrio de San Agustín, Comonfort, Gto. |

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

La vigencia es igual al número de sesiones prescritas con la periodicidad indicada, una vez completadas o terminado el plazo programado, la persona beneficiaria deberá solicitar consulta de revaloración por especialista y cubrir las cuotas que de ello deriven.

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Cumplir con normatividad indicada.

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

| | |
|---|---|
| DEPENDENCIA O ENTIDAD: | SDIF Comonfort |
| ÁREA O DEPARTAMENTO: | Unidad Municipal de Rehabilitación del SDIF Comonfort |
| DOMICILIO(S): | Mariano Arista SN, Barrio de San Agustín, Comonfort, Gto. |