

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO

**Servicios Médicos de Rehabilitación**

Objetivo del Trámite o Servicio: Brindar Servicios Médicos de Rehabilitación Física

clave estatal: 11  
clave municipal: 007  
clave: sm-cel-di-08  
Trámite:  
Servicio: X

Dependencia Responsable: **SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

Titular de la Dirección: **LIC. FELICITAS FABIOLA MATEOS CHAVOLLA**

Tipo de usuario: Niños, Adultos y Adultos mayores con discapacidad (física, neurológica, psicológica y lenguaje).

Beneficio o servicio que se obtiene: Terapias de rehabilitación física, neurológica, psicológica y de lenguaje

Modalidad: (Presencial): X (Línea):

Costo (\$): Ver observaciones.

Tiempo de respuesta: Cita programada

Figura jurídica (afirmativa ficta): (negativa ficta): X

Vigencia del trámite o servicio: Por evento

**LUGAR EN DONDE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO**

Oficina(s) receptora(s) y resolutor(a): Coordinación de Rehabilitación

Domicilio: Mina de San Bernabé no. 203, Col. San Juanico 3ra. Sección, C.P. 38020

Teléfono(s): 01(461) 159.32.54 01(461) 614.97.93

Correo electrónico: servicios.medicos@dif.celaya.gob.mx • mayra.lugo@difcelaya.gob.mx

Horario de atención: De lunes a viernes de 8:30 a 16:00 hrs.

**REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS**

	OR	CO
1. Solicitud verbal	NA	NA
2. CURP	NA	1
3. Acta de Nacimiento	NA	1
4. Identificación Oficial	NA	1
5. Comprobante de Domicilio	NA	1
6. Fotografías tamaño infantil en blanco y negro	NA	1
7. Valoración de médico especialista en rehabilitación física, con tratamiento de la terapia a seguir	NA	1

(✓) EL ORIGINAL SE ENTREGARÁ PARA EXPEDIENTE (●) EL ORIGINAL ES SÓLO PARA COTEJO, DESPUÉS SERÁ DEVUELTO AL SOLICITANTE (NA) NO APLICA OR: ORIGINAL CO: COPIA

**OBSERVACIONES Y NOTAS**

Presentar los siguientes documentos

Terapia Física : 1, 7, 2, 4 y 5  
Consultas médica o de rehabilitación: 1, 2, 3, 4 y 5  
Certificado médico: 1, 2 y 4  
Constancia de discapacidad: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7  
Estudio Audiológico: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7

Reporte evaluación psicológica	Por reporte	\$48.67
Consulta psicológica	Por consulta	\$36.50
Terapia psicológica para personas con discapacidad	Sesión por día	\$81.90
Sesión terapia familiar o de pareja	Por consulta	\$48.67
Consulta médica familiar	Por consulta	\$37.72
Consulta médica de rehabilitación	Por consulta	\$233.98
Certificado médico	Por certificado	\$59.47
Audiometría	Por consulta	\$88.58
Molde auditivo	Por molde	\$85.95

**FUNDAMENTOS DE LEY**

- Ley de Ingresos para el Municipio de Celaya, Gto., para el Ejercicio Fiscal del año 2019, Artículo 24 Fracción II Inciso a y Fracción III Incisos del a al i.

- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículo 4, Fracción VI.

**FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA**

- Reglamento del Instituto Municipal de Celaya para la Inclusión y Atención de Personas con Discapacidad, Artículo 30, fracción III.

**SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, artículos del 75 al 89.

**LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Dependencia: Contraloría Municipal

Teléfono(s): 01(461) 613.93.39/01(461) 616.22.00/01(461) 616.25.62

Correo electrónico: ruben.guerrero@celaya.gob.mx

