

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO

Servicios Médicos de Rehabilitación

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

clave estatal: 11
clave municipal: 007
clave: sm-cel-id-01
Trámite:
Servicio: X

Dependencia Responsable: **INSTITUTO MUNICIPAL DE CELAYA PARA LA INCLUSIÓN Y ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Titular de la Dirección: **C. MAYRA MARCELA LUGO MONTES**

Tipo de usuario: Ciudadanía en general con alguna discapacidad

Beneficio o servicio que se obtiene: Terapia física, ocupacional, estimulación temprana, cámara de estimulación multisensorial.

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 resolutora(s): Instituto Municipal de Celaya para la Inclusión y Atención de Personas con Discapacidad

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* (Ver observaciones) | NA | NA |
| 3. Acta de Nacimiento Legible | NA | 1 |
| 4. Identificación Oficial | NA | 1 |
| 5. Comprobante de Domicilio | NA | 1 |
| 6. Diagnóstico médico | 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 : 1,2, 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 y 6

Estudio Audiológico: 1, 2, 3, 4, 5 y 6

*Datos necesarios (Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, estado de nacimiento) para que la propia dependencia obtenga la CURP.

| | | |
|--|-----------------|----------|
| 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



H. Ayuntamiento
2018 · 2021