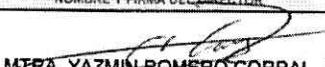


 <b>Registro de Trámites y Servicios</b> <b>Municipio de Acámbaro, Guanajuato</b>							
HOMOCLAVE	AC-DIF-20	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	04/02/2020				
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
<b>TERAPIA FISICA</b>							
<b>Mejorar la calidad de vida de las personas que tienen alguna discapacidad motriz.</b>							
II. MODALIDAD.							
Presencial							
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
n/a							
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.							
<b>Puede solicitarse cuando las personas tengan tipo de discapacidad motriz.</b>							
PASOS							
1.- Acudir a DIF a solicitar el servicio.		4.- Agendar cita.					
2.- Llevar requisitos.		5.- Pago de cuota.					
3.- Acudir con trabajo social para ver estudio socioeconómico.							
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. Dos Copias de la identificación oficial.							
2. Dos copias de comprobante de domicilio							
3. Dos copias de la CURP							
4. Diagnóstico emitido por la Dr. Especializada en rehabilitación.		La Dr. Acude a DIF Municipal cada 15 días para dar consulta.					
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.							
No requiere formato							
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO					
no se cuenta		n/a					
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA: OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.							
No requiere de visita o inspección.							
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO				
MAYRA GUIJÓN HERNÁNDEZ		471 172 51 51 ext 1	dif_direccion@hotmail.com				
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN					
10 días hábiles		<table border="1"> <tr> <td>Afirmativa Ficta</td> <td>si</td> <td>Negativa Ficta</td> <td>no</td> </tr> </table>		Afirmativa Ficta	si	Negativa Ficta	no
Afirmativa Ficta	si	Negativa Ficta	no				
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		3 días					
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		2 días					
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO					
\$57.00 por cada terapia		Solamente en caja.					
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.							
Por el tiempo que se establezca a través del diagnóstico emitido por el especialista.							
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
Ninguno. Solo cumplir con los requisitos.							
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS							
DEPENDENCIA O ENTIDAD		Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto					
ÁREA O DEPARTAMENTO		Coordinación de Salud Familiar					
DOMICILIO (S)		Av. 1ro. De Mayo No. 1598 colonia centro					
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.							
De lunes a viernes de 08:30 a 15:00 horas.							
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.							
DOMICILIO (S)		1o. De mayo No. 1598					
TELÉFONO (S)		417 172 51 51					
CORREO ELECTRÓNICO (S)		dif_direccion@hotmail.com					
XVIII. LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO							
DEPENDENCIA		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO				
Contraloría Municipal		4171180300 ext 137	acccontraloria@gmail.com				
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
Ninguno ya que no realiza visita o inspección.							
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN					
 <b>MTRA. YAZMIN ROMERO CORRAL</b> Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Acámbaro, Gto.		 					