



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> |
| PSICOLOGÍA URIS | | | |
| DESCRIPCIÓN: | Código de la Cédula | | |
| SE DA ATENCIÓN A NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS MAYORES PARA ATENDER PROBLEMAS DE CONDUCTA EMOCIONALES, FAMILIARES DE APRENDIZAJE, VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y APOYO PEDAGÓGICO GRUPAL MANEJO DE DUELO Y AFRONTACIÓN A PADRES DE FAMILIA | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ARTÍCULOS 3 Y 4 LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL ARTÍCULOS 3, 4, 7 Y 8 LEY GENERAL DE SALUD ARICULOS 167, 168 ,172 AL 180 LA LEY GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ARTICULOS 1 Y 3 LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL ARTICULOS 8 Y 10 LEY GENERAL PÁRA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | NINGUNO | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> DIRECCIÓN WEB | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | N/A | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPLCCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| CARNET DE TERAPIAS | NO | N/A | INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE PARA PODER ADQUIRIR EL SERVICIO DENTRO DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| TARJETON DE TERAPIAS | NO | | |
| HOJA DE INDICACIONES E HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE | NO | | |
| HOJA DE VALORACION O NOTAS DEL RESPONSABLE DEL AREA DE PSICOLOGIA | NO | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | AGENDAR UNA CITA CON SU CARNET | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | INMEDIATA SU CITA SE AGENDARA EN SU CARNET DE CITAS | | |
| COSTO: | \$ 50.00 | Fundamento Jurídico ARTICULO 4 DE LA LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL DENOMINADOS "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | EN LAS CAJAS DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | ESTA SUJETO A LA VALORACIÓN MÉDICA POR PARTE DEL MÉDICO EN REHABILITACIÓN | | |



| | |
|-----------------------------------|-----|
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A |
|-----------------------------------|-----|

| | | | | |
|--|--|---|--|-------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESRROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZUMPANGO | | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LIC. GABRIELA GAMBOA MONROY | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. FEDERICO GOMEZ | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | BARRIO SANTIAGO 2DA SECCION | MUNICIPIO: | ZUMPANGO | |
| C.P.: | 55600 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 Y SABADOS 9:00 A 13:00 | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 01 | 591 91 74627 | N/A | N/A | uris@difzumpango.gob.mx |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | |
| OFICINA: | UNIDAD BASICA DE REHABILITACION E INTEGRACIÓN SOCIAL | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | MACRINA LUNA DELGADO | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. BELISARIO DOMÍNGUEZ | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | BARRIO SAN LORENZO | MUNICIPIO: | ZUMPANGO | |
| C.P.: | 55600 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES 08:00 A 14:00 SABADOS DE 9:00 A 13:00 | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A | 5563214202 | N/A | N/A | uris@difzumpango.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿QUE TENGO QUE HACER PARA RECIBIR EL SERVICIO? | | | |
| RESPUESTA: | SOLICITAR LA VALORACION CON EL MÉDICO ESPECIALISTA PARA QUE TE INDIQUE EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿CON UNA SOLA SESIÓN BASTA? | | | |
| RESPUESTA: | NO ES NECESARIO COMPLETAR EL TRATAMIENTO UBICADO POR EL MÉDICO TRATANTE | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿QUE REQUIERO TRAER PARA MIS TERAPIAS | | | |
| RESPUESTA: | LOS MATERIALES QUE LE SOLICITEN EN TERAPIA DE LENGUAJE | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | |

| | | |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | 06 / FEBRERO / 2024 |
| ERIC URIEL CONTRERAS SANCHEZ | GABRIELA GAMBOA MONROY | |

