



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMIT E:	SERVICIO	X
<b>TRABAJO SOCIAL</b>				
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula		
<p><b>SE REALIZA LA APERTURA DE EXPEDIENTES DE PACIENTES, ASESORÍA ACERCA DE DUDAS QUE TENGA EL PACIENTE O SUS FAMILIARES EN RELACIÓN A LAS INDICACIONES DEL MÉDICO REHABILITADOR. REALIZAR ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CON LA FINALIDAD DE ASIGNAR UNA CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA PARA EL PAGO DE TERAPIAS SEGÚN LA INDICACIÓN DEL MEDICO REHABILITADOR. GESTIÓN DE APARATOS AUXILIARES SEGÚN LA NECESIDAD DE LOS PACIENTES.CANALIZACIÓN DE LOS PACIENTES AL ÁREA SEGÚN LA INDICACIÓN DEL MÓDULO. ELABORACIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD Y ELABORACIÓN DE CONSTANCIAS DE PERMANENCIA.</b></p>				
FUNDAMENTO LEGAL:	<p><b>LEY GENERAL DE SALUD, TÍTULO NOVENO, ASISTENCIA SOCIAL, PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ART. 67 ARTICULO 168, FRACCIÓN I Y II; ARTÍCULOS DEL 172 AL 180 DOF 14-04-22</b></p> <p><b>LEY DE ASISTENCIA SOCIAL. CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES; ARTÍCULO 3, CAPÍTULO II. SUJETOS DE LA ASISTENCIA SOCIAL; ARTÍCULO 4 DOF 11-05-2022.</b></p> <p><b>LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL. DE LOS DERECHOS Y LAS OBLIGACIONES DE LOS SUJETOS DEL DESARROLLO SOCIAL ARTÍCULO 8, ARTÍCULO 10. DOF 11-05-2022.</b></p> <p><b>LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ARTÍCULO 2, ARTÍCULO 4, PÁRRAFO I Y ARTÍCULO 5</b></p>			
DOCUMENTO A OBTENER:	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD CONSTANCIA DE PERMANENCIA		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	1 AÑO
¿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 INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con numero la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>				
TARJETÓN MEDICO CON INDICACIONES POR PARTE DEL MÉDICO REHABILITADOR	SI	SI	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.	
PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:	NO	I		
INE DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR	NO	I		
COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO	NO	I		
COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO COPIA DEL CURP DEL PACIENTE	NO	I		
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>				
DIFEM	SI	I	N/A	
ENVIÓ DE OFICIOS PARA LAS CAPACITACIONES DE LOS AUXILIARES O TITULARES DE ÁREA				
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>				
PRESENTAR SOLICITUD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA POR ESCRITO, EN FORMA PERSONAL.	SI	I	DEBERÁ SER ACORDE A LA REGLAMENTACIÓN QUE RIGE SU ACTUACIÓN PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXPEDICIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO QUE PRESTA LA DEPENDENCIA DE GOBIERNO	
OFICIO CON PAPELERÍA OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA	SI	I		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE	SI	I		
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	PASAR AL AREA DE TRABAJO SOCIAL			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	INMEDIATA			



<b>COSTO:</b>	<b>GRATUITO</b>	Fundamento Jurídico		
<b>FORMA DE PAGO:</b>	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
<b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>	<b>ÚNICAMENTE EN LAS INSTALACIONES DE LA UBRIS II</b>			
<b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>	N/A			
<b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE</b>	N/A			
<b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>	N/A			

<b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>				<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>			
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESRROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZUMPANGO				UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL II			
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>		LIC. GABRIELA GAMBOA MONROY					
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	AV FEDERICO GOMEZ			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	S/N	
<b>COLONIA:</b>	BARRIO SANTIAGO 2DA SECCION		<b>MUNICIPIO:</b>	ZUMPANGO			
<b>C.P.:</b>	55600	<b>HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN:</b>	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 Y SÁBADO DE 9:00 A 13:00				
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>		<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		
591	91 71912		N/A	N/A	direccion@difzumpango.gob.mx		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
<b>OFICINA:</b>		UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL					
<b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>		LIC. MACRINA DELGADO LUNA					
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	BELISARIO DOMÍNGUEZ			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	S/N	
<b>COLONIA:</b>	SAN LORENZO		<b>MUNICIPIO:</b>				
<b>C.P.:</b>	55600	<b>HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN:</b>	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 Y SÁBADO DE 9:00 A 13:00				
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>		<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		
591	9174627		N/A	N/A	direccion@difzumpango.gob.mx		
<b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>							
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
<b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>	N/A						
<b>RESPUESTA:</b>	N/A						
<b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>	N/A						
<b>RESPUESTA:</b>	N/A						
<b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>	N/A						
<b>RESPUESTA:</b>	N/A						
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							

<b>ELABORÓ:</b>		<b>VISTO BUENO:</b>		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	06 / FEBRERO / 2024
ERIC URIEL CONTRERAS SANCHEZ		GABRIELA GAMBOA MONROY			