



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| NOMBRE: | | TRAMITE | X | SERVICIO |
| CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD EN URIS Y UBRIS | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | | |
| PROPORCIONAR EL CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD A LAS PERSONAS PARA LA REALIZACIÓN TRÁMITES DE CREDENCIALIZACIÓN, ASÍ COMO PARA APOYOS DEL GOBIERNO FEDERAL Y OTROS APOYOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <p>LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ARTÍCULOS 3 Y 4</p> <p>LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL ARTÍCULOS 3, 4, 7 Y 8</p> <p>LEY GENERAL DE SALUD ARICULOS 167, 168 ,172 AL 180</p> <p>LA LEY GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ARTICULOS 1 Y 3</p> <p>LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL ARTICULOS 8 Y 10</p> <p>LEY GENERAL PÁRA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD LEY GENERAL PÁRA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: 1 AÑO |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO | DIRECCIÓN WEB |
| | | X | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | PARA TRÁMITE DE CREDENCIALIZACIÓN OESPECIE | | |
| 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 número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| IDENTIFICACION OFICIAL | | NO | 1 | N/A |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A 3 MESES | | NO | 1 | |
| HOJAS MEDICAS Y ESTUDIOS DE GABINETE Y DE LABORATORIO, | | NO | 1 | |
| VALORACIÓN PSICOLÓGICA PREVIA | | SI | 1 | |
| 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 SU CITA CON EL MEDICO REHABILITADOR | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 3 DIAS HABILIS | | |
| COSTO: | | \$ 150.00 | 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: | | EFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO |
| | | | | TARJETA DE DÉBITO |
| | | | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DONDE PODRÁ PAGARSE: | | EN LAS CAJAS DE COBRO DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN | | |



| | |
|-------------------------------------|---|
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | ESTA SUJETO A LA VALORACION MEDICA POR PARTE DEL MEDICO EN REHABILITACION |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A |

| | | | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|---|--|-------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZUMPANGO | | | | UNIDAD DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | LIC. GABRIELA GAMBOA MONROY | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV FEDERICO GOMEZ | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | SANTIAGO 2DA SECCION | | | MUNICIPIO: | ZUMPANGO | | |
| C.P.: | 55600 | HORARIO Y DIAS DE ATENCION: | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 5:00 PM Y SABADO DE 9:00 AM A 1:00 PM | | | | |
| 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 INTEGRACION SOCIAL | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | | | MACRINA LUNA DELGADO | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. AMATITLÁN | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | PASEOS DEL LAGO II | | | MUNICIPIO: | ZUMPANGO | | |
| C.P.: | 55600 | HORARIO Y DIAS DE ATENCION: | LUNES Y MIERCOLES DE 4:30 PM A 7:00 PM | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| N/A | 5563214202 | | N/A | N/A | uris@difzumpango.gob.mx | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | | | N/A | | | |
| INFORMACION ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | | | ¿REQUIERO AGENDAR LA CONSULTA? | | | |
| RESPUESTA: | | | | SI YA QUE EL MEDICO TRABAJA A TRAVES DE UNA AGENDA | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | | | ¿REQUIERE VENIR MI TESTIGO CONMIGO? | | | |
| RESPUESTA: | | | | SI ES MENOR TIENE QUE ACOMPAÑAR UN FAMILIAR | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | | | ¿LA DOCUMENTACION EN ORIGINAL Y COPIA? | | | |
| RESPUESTA: | | | | SOLAMENTE COPIA DE LA DOCUMENTACION MENCIONADA | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

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