

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | |
|---|--|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> |
| Terapia de lenguaje en niños de 3 a 8 años. | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | IXTA/MR/SMDIF/32/DIS/2024 |
| Está dirigida a personas de cualquier edad que presentan problemas con el habla por razones diversas. | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | <p>LEY GENERAL DE SALUD TITULO SEGUNDO SISTEMA NACIONAL DE SALUD CAPITULO I DISPOSICIONES COMUNES</p> <p>ARTICULO 5.- El sistema nacional de salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | No aplica | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: No aplica ya que no se emite ningún documento |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI N/ A | NO X | DIRECCIÓN WEB: NO APLICA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Por indicación del médico especialista. | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | No aplica. | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| Valoración del médico especialista. | SI | NO | No aplica |
| Pago de servicio. | SI | NO | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | |
| No aplica. | No aplica | No aplica. | No aplica. |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | |
| No aplica. | No aplica | No aplica. | No aplica. |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | Agendar una cita con el médico especialista para una valoración, pasar a trabajo social para generar su carnet y pasar con el terapeuta de lenguaje a agendar su cita. | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | De acuerdo a la Agenda del especialista. | | |
| COSTO: | \$ 40.00 por sesión. | Fundamento Jurídico: Primer Acta de junta del Gobierno del SMDIF Ixtapaluca. | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--|------------------|----------------------------|-----|--|
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | Caja concentradora de la unidad. (CRIS Y URIS). | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No aplica. | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | No aplica. | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No aplica. | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral De La Familia. | | | | | Coordinación de Discapacidad. | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Lic. Gabriela Huaracha Mendoza. | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | No aplica | | | | NO. INT. Y EXT.: | No aplica | | |
| COLONIA: | No aplica | | MUNICIPIO: | No aplica | | | | | |
| C.P.: | No aplica | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | No aplica | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| No aplica | No aplica | | No aplica | No aplica | No aplica | | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | | | |
| OFICINA: | Centro De Rehabilitación e Integración Social. | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | Andrea Acosta Bárcenas | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Avenida Hacienda la Escondida | | | | NO. INT. Y EXT.: | 21 | | |
| COLONIA: | Unidad Habitacional Geo Santa Bárbara | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca. | | | | | |
| C.P.: | 56585 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| 55 | 2638 3055 | | No aplica | No aplica | Coordisixt22.24@gmail.com | | | | |
| OFICINA: | Centro De Rehabilitación e Integración Social. | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | María Dolores Álvarez Rosas | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Independencia | | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | | |
| COLONIA: | Unidad Habitacional Los Héroes | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca. | | | | | |
| C.P.: | 56585 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| 55 | 2638 3055 | | No aplica | No aplica | Coordisixt22.24@gmail.com | | | | |

| | |
|------------------------------|------------|
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No aplica. |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | |

| | |
|---|---|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | Que costo tiene? |
| RESPUESTA: | \$40.00 |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | Puedo traer mi valoración? |
| RESPUESTA: | Sí, pero se realizara una valorización con la especialista. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | Cuanto tiempo dura mi terapia? |
| RESPUESTA: | De acuerdo a la indicación del Médico Especialista. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | |
| Trabajo social, Archivo, Psicología, Terapia ocupacional, Terapia física. | |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|  <hr/> C. Andrea Acosta Bárcenas Coordinadora de Discapacidad |  <hr/> Lic. Gabriela Huaracha Mendoza. Directora SMDIF Ixtapaluca. | 01/02/2024 |

