

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|  |  |   |   |     |   |               |           |
|--|--|---|---|-----|---|---------------|-----------|
| NOMBRE:  |  | TRÁMITE:  | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> |     |   |               |           |
| Expedición de certificado de discapacidad.   |  |   |   |     |   |               |           |
| DESCRIPCIÓN:   |  | Código de la Cédula                               | IXTA/MR/SMDIF/38/DIS/2024                     |     |   |               |           |
| Es el documento expedido por el Médico en Rehabilitación, que hace constar la discapacidad y /o alteración funcional, permanente, transitoria o prolongada, física, sensorial o mental de una persona. |  |   |   |     |   |               |           |
| 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:   | Certificado de Discapacidad  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                 | 1 a 5 años.                                   |     |   |               |           |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">SI</td> <td style="padding: 2px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">N/A</td> <td style="padding: 2px;">X</td> </tr> </table>  | SI  | NO  | N/A | X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA |
| SI   | NO   |   |   |     |   |               |           |
| N/A  | X  |   |   |     |   |               |           |
| 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<br>anotar la palabra SI o NO  | COPIAS<br>anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,           |     |   |               |           |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |  |   |   |     |   |               |           |
| Acta de nacimiento   | No   | 1 copia   | No aplica                                     |     |   |               |           |
| Curp   | No   | 1 copia   |   |     |   |               |           |
| Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de expedido.  | No   | 1 copia   |   |     |   |               |           |
| INE del tutor.   | No   | 1 copia   |   |     |   |               |           |
| INE del paciente   | No   | 1 copia   |   |     |   |               |           |
| Resumen clínico del especialista   | No   | 1 copia   |   |     |   |               |           |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |  |   |   |     |   |               |           |
| No aplica.   | No aplica  | No aplica.  | No aplica.                                    |     |   |               |           |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |  |   |   |     |   |               |           |
| No aplica.   | No aplica  | No aplica.  | No aplica.                                    |     |   |               |           |



|  |                                       |   |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
|--|---------------------------------------|---|------------------------------------|--|-------------|--|-------------------------|----------------------------|-----|
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>      |                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acude paciente a solicitar la expedición del documento</li> <li>2. Archivo agenda cita e indica documentos necesarios</li> <li>3. Paciente acude a cita. Es valorado por médico especialista en rehabilitación</li> <li>4. Se elabora expediente y revisión médica</li> <li>5. Si procede se realiza elaboración de documento</li> <li>6. En caso de cumplir con los requisitos o no contar con evaluaciones. Suficiente se envía o áreas o unidades que se requieran para completar la evaluación médica.</li> </ol> |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                             |                                       | De acuerdo a la Agenda del especialista.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>COSTO:</b>  |                                       | \$70.00   |                                    | Fundamento Jurídico: Primer Acta de junta del Gobierno del SMDIF Ixtapaluca. |             |  |                         |                            |     |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>  |                                       | EFFECTIVO   | X                                  | TARJETA DE CRÉDITO   | N/A         | TARJETA DE DÉBITO  | N/A                     | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                                  |                                       | En las cajas de URIS Y CRIS del SMDIF Ixtapaluca.   |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                                   |                                       | No aplica.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE</b>                   |                                       | No aplica.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>                     |                                       | No aplica.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                              |                                       |   |                                    |  |             | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                                |                         |                            |     |
| Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral De La Familia. |                                       |   |                                    |  |             | Coordinación de Discapacidad.  |                         |                            |     |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                            |                                       | Lic. Gabriela Huaracha Mendoza.   |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>CALLE:</b>                         | No aplica   |                                    |  |             |  | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> | No aplica                  |     |
| <b>COLONIA:</b>  | No aplica                             |   |                                    | <b>MUNICIPIO:</b>  | No aplica   |  |                         |                            |     |
| <b>C.P.:</b>   | No aplica                             |   | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> | No aplica  |             |  |                         |                            |     |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b>                     |   |                                    | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |                         |                            |     |
| No aplica  | No aplica                             |   |                                    | No aplica  | No aplica   | No aplica  |                         |                            |     |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                |                                       |   |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>OFICINA:</b>  |                                       | Centro De Rehabilitación e Integración Social.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                     |                                       | Andrea Acosta Bárcenas  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>CALLE:</b>                         | Avenida Hacienda la Escondida   |                                    |  |             |  | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> | 21                         |     |
| <b>COLONIA:</b>  | Unidad Habitacional Geo Santa Bárbara |   |                                    | <b>MUNICIPIO:</b>  | Ixtapaluca. |  |                         |                            |     |
| <b>C.P.:</b>   | 56585                                 |   | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h  |             |  |                         |                            |     |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b>                     |   |                                    | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |                         |                            |     |
| 55   | 2638 3055                             |   |                                    | No aplica  | No aplica   | <a href="mailto:Coordisixt22.24@gmail.com">Coordisixt22.24@gmail.com</a> |                         |                            |     |
| <b>OFICINA:</b>  |                                       | Centro De Rehabilitación e Integración Social.  |                                    |  |             |  |                         |                            |     |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                     |                                       | María Dolores Álvarez Rosas   |                                    |  |             |  |                         |                            |     |





|   |                                |  |                                       |             |  |     |
|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|-------------|--|-----|
| <b>DOMICILIO:</b>   | <b>CALLE:</b>                  | Independencia  |                                       |             | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>  | S/N |
| <b>COLONIA:</b>   | Unidad Habitacional Los Héroes |  | <b>MUNICIPIO:</b>                     | Ixtapaluca. |  |     |
| <b>C.P.:</b>  | 56585                          | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>   | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h |             |  |     |
| <b>LADA:</b>  | <b>TELÉFONOS:</b>              |  | <b>EXTS.:</b>                         | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |     |
| 55  | 2638 3055                      |  | No aplica                             | No aplica   | <a href="mailto:Coordisixt22.24@gmail.com">Coordisixt22.24@gmail.com</a> |     |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>  |                                | <a href="https://drive.google.com/file/d/1LPfnu7Ik-juSzSKhSv6Yh8uqnvtdor/view?usp=drivesdk">https://drive.google.com/file/d/1LPfnu7Ik-juSzSKhSv6Yh8uqnvtdor/view?usp=drivesdk</a><br><a href="https://drive.google.com/file/d/1FzuObfvaKgTo-75VWlFRqD-ggZDQkM9B/view?usp=drivesdk">https://drive.google.com/file/d/1FzuObfvaKgTo-75VWlFRqD-ggZDQkM9B/view?usp=drivesdk</a> |                                       |             |  |     |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>  |                                |  |                                       |             |  |     |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>  |                                | ¿Qué costo tiene?  |                                       |             |  |     |
| <b>RESPUESTA:</b>   |                                | \$70.00  |                                       |             |  |     |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>  |                                | ¿Puedo traer mi valoración?  |                                       |             |  |     |
| <b>RESPUESTA:</b>   |                                | Sí, pero se realizara una valoración con la especialista.  |                                       |             |  |     |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>  |                                | ¿Cuánto tiempo dura mi documento?  |                                       |             |  |     |
| <b>RESPUESTA:</b>   |                                | 1 años en resguardo en la Unidad.  |                                       |             |  |     |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                                  |                                |  |                                       |             |  |     |
| Trabajo social, Archivo, Psicología, Terapia ocupacional, Terapia física. |                                |  |                                       |             |  |     |

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

