



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | |
|--|--|---|--|-------------------|----------------------------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X | |
| REHABILITACION | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | |
| OTORGAR TRATAMIENTO DE REHABILITACION DE MEDIOS FISICOS, PARA CONDICIONAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTE QUE SOLICITEN ELO SERVICIO | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | REGLAMENTO INTERNO DEL DIF MUNICIPAL Y REGLAS DE OPERACIÓN DE LA DIRECCION DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE MEXICO | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | TRATAMIENTO DE REHABILITACION | VIGENCIA: | 40 MINUTOS | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Cuando el paciente requiera la consulta medica | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO: | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| NO APLICA | | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | |
| APLICA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | |
| CERTIFICADO MEDICO | | | | | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | VARIABLE | | TIEMPO DE RESPUESTA: | 3 A 5 MINUTOS | |
| COSTO: | \$ 40.00 PESOS | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | TARJETA DE DÉBITO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE VRINDA LA ATENCION AL PACIENTE DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO, EN CASO DE NO CONTAR CON LAS NECESIDADES DEL MISMO SE LE CANALIZARA A UN SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCION | | | | |

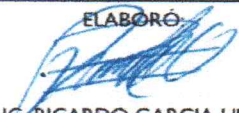


GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

EDOMÉX

DECISIONES FIRMES. RESULTADOS FUERTES.

| | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|------------------|-----------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF | | | | DIF | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LIC. SUAREZ JUAREZ ROSALBA | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | EMILIANO ZAPATA | | | | NO. INT. Y EXT.: | 38 |
| COLONIA: | AYOTEPEC | | | MUNICIPIO: | CÓCOTITLAN | | |
| C.P.: | 56680 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HRAS | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 598 | 20493 | | | | difcocotitan1921@outlook.es | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | NO APLICA | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | NO APLICA | | | | | | |
| 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 | | N/A | N/A | N/A | | |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE: | NO APLICA. | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | COSTO DE LA CONSULTA DE REHABILITACION | | | | | | |
| RESPUESTA: | \$ 40.00 PESOS | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | QUE DIAS DE ATENCION | | | | | | |
| RESPUESTA: | DE LUNES AVIERNES DE 8:00 A 15:00 HORAS | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | | | | | | |
| RESPUESTA: | | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>_____ LIC. RICARDO GARCIA URIBE</p> <p>NOMBRE COMPLETO</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>_____ LIC. ROSALBA SUAREZ JUAREZ</p> <p>NOMBRE COMPLETO</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>12 / FEBRERO / 2020.</p> |
|---|--|--|

