



# Registro Municipal de Trámites y Servicios

## Cédula de Información



NOMBRE:		CÓDIGO:	TRAMITE/SERVICIO:
CONSULTA MEDICA DE ESPECIALIDAD		DIF/11	SERVICIO
DESCRIPCIÓN			
SE BRINDA CONSULTA MEDICA DE REHABILITACIÓN A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE .			
FUNDAMENTO LEGAL:		LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS	
DOCUMENTOS A OBTENER:	NO APLICA	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	NO APLICA
¿SE REALIZA EN LINEA?	NO	DIRECCION WEB:	NO APLICA
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		CUANDO LA POBLACIÓN LO SOLICITE	
COSTO:	DE \$70.00 A \$ 120.00 SEGUN ESTUDIO SOCIOECONOMICO	FUNDAMENTO LEGAL PARA SU COBRO:	ACTA DE VIGESIMA TERCERA SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA 2022-2024
FORMA DE PAGO:	EFECTIVO		
DONDE PODRÁ PAGARSE:	EN LA CAJA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN		
OTRAS ALTERNATIVAS:	NO APLICA		
REQUISITOS:	PRESENTACIÓN DEL REQUISITO:	FUNDAMENTO LEGAL PARA LA SOLICITUD:	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>			
RECIBO DE PAGO REFERENCIA MEDICA	ORIGINAL ORIGINAL	LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PUBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS, ARTÍCULO 24	
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVA</b>			
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>			
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
FORMATO(S) PARA LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO			
NOMBRES(S) DEL FORMATO(S) PARA LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO	FECHA DE PUBLICACIÓN	LINK DE DESCARGA	
NO APLICA	2022-06-15	NO APLICA	
¿EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE ESCRITO?	INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL ESCRITO LIBRE		
NO	NO APLICA		
PLAZOS PARA LA CONCLUSIÓN DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	PLAZO CON EL QUE CUENTA EL ÁREA RESPONSABLE PARA PREVENIR AL SOLICITANTE EN EL CASO DE QUE SE REQUIERA	PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SOLICITANTE PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN	
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	
¿APLICA AFIRMATIVA FICTA?	¿APLICA NEGATIVA FICTA?		
NO	NO		
PASOS A SEGUIR SEGUN LA MODALIDAD			
PRESENCIAL	EN LINEA	TELEFONICA	

1- ACUDIR 20 MINUTOS ANTES DE SU CITA	
2-PAGAR EL SERVICIO EN EL ÁREA DE CAJA	
3-PASAR A TOMA DE SIGNOS VITALES	
4-PASA A CONSULTA CON MEDICO ESPECIALISTA	NO APLICA
5-RECIBE INDICACIONES PARA AGENDAR CITA DE ACUERDO A SU TRATAMIENTO	

**CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

PROCEDENTE CUANDO: <b>CUMPLE CON LOS REQUISITOS</b>	IMPROCEDENTE CUANDO: <b>CUANDO NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS</b>
¿EL TRAMITE REQUIERE INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA? <b>NO APLICA</b>	¿CUAL ES EL OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA? <b>NO APLICA</b>
¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN CONSERVAR PARA FINES DE LA ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN DEL TRÁMITE? <b>NO APLICA</b>	HIPERVÍNCULO DEL REGISTRO MUNICIPAL DE VISTAS DOMICILIARIAS <b>NO APLICA</b>

**AREA RESPONSABLE DEL TRAMITE**

DEPENDENCIA U ORGANISMO: <b>SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHALCO</b>		UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: <b>SUBDIRECCIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL</b>	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA: <b>JOSÉ LUIS CAMACHO GRANADOS</b>	CARGO: <b>DIRECTOR DEL SMDIF</b>		
SERVIDOR PÚBLICO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN: <b>JOANA KARINA MIRELES SOTO</b>	CARGO: <b>SUBDIRECTORA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL</b>		
DOMICILIO: CALLE: <b>NEZAHUALCOYOTL</b>	NO. INT. Y EXT.:	<b>S/N</b>	
COLONIA: <b>CASCO DE SAN JUAN</b>	MUNICIPIO: <b>CHALCO</b>		
CP: <b>56600</b>	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: <b>LUNES, MIERCOLES Y VIERNES DE 7:00 A 11:30</b>		
LADA: <b>55</b>	TELÉFONOS: <b>5559756931</b>	EXT.:	CORREO ELECTRÓNICO: <b>NO APLICA difchalco.centroderehabilitacion@gmail.com</b>

**OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

OFICINA:	<b>NO APLICA</b>			
DOMICILIO: CALLE:	<b>NO APLICA</b>		NO. INT. Y EXT.:	<b>NO APLICA</b>
COLONIA:	<b>NO APLICA</b>		MUNICIPIO:	<b>NO APLICA</b>
CP:	<b>NO APLICA</b>		<b>NO APLICA</b>	
LADA:	TELÉFONOS:	EXT.:	CORREO ELECTRÓNICO:	
<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>	

**OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

PREGUNTA FRECUENTE 1:	<b>¿ME PUEDEN ATENDER SI LLEGO TARDE A LA CITA?</b>
RESPUESTA:	<b>NO</b>
PREGUNTA FRECUENTE 2:	<b>¿DESPUÉS DE CUANTO TIEMPO ME DAN DE ALTA?</b>
RESPUESTA:	<b>LA NOM 015 DICE QUE EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN ES DE DURACIÓN LIMITADA, CON UN OBJETIVO DEFINIDO SEGÚN SU PATOLOGÍA</b>
PREGUNTA FRECUENTE 3:	<b>CON MI TRATAMIENTO PODRE MEJORAR MI ESTADO DE SALUD FÍSICO</b>
RESPUESTA:	<b>DEPENDIENDO DE COMO REACCIONE SU ORGANISMO AL TRATAMIENTO</b>

**TRAMITES O SERVICIOS RELACIONADAS**

<b>NO APLICA</b>
------------------

**MEDIOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES, QUEJAS O DENUNCIAS CON MOTIVO DEL TRAMITE Y/O SERVICIO**

<b>PROTESTA CIUDADANA</b>	<b>QUEJAS O DENUNCIAS</b>
---------------------------	---------------------------

¿Te negaron injustificadamente tu trámite o servicio? ¿Te solicitaron requisitos adicionales a los que están establecidos en esta ficha de trámites o servicio? ¿Tienes alguna queja del servidor Público que te atendió?

Presenta una **PROTESTA CIUDADANA**

**Presencial:** En la Coordinación General Municipal de Mejora Regulatoria, Planta Alta del Palacio Municipal, Reforma 4, Col. Centro, Chalco, Estado de México, C.P. 56600

**Telefónica:** 55 597 28280 ext. 2133

**Electrónica:** En el microsítio de Mejora regulatoria  
<https://gobiernodechalco.gob.mx/protesta-ciudadana>

**Ante la Contraloría Municipal**

**Cerro el Coletto Mz 79 Lt 1, Zona 6**

**Conj. Urbano Los Héroes Chalco**

**C.P. 56644**

**Tel. 55 597 3 0422**

**[contraloriamunicipal@gobiernodechalco.gob.mx](mailto:contraloriamunicipal@gobiernodechalco.gob.mx)**

ELABORÓ:

  
C. MARÍA DE LOURDES GARCÍA  
TORIZ

VISTO BUENO:

  
DR. JOSÉ LUIS CAMACHO GRANADOS

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

**2024-09-05**