

<b>HOMOCLAVE</b>		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>		24 DE FEB DEL 2025
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE FISIOTERAPIA</b>				
<b>PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE FISIOTERAPIA</b>				
La consulta de fisioterapia tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población en general del municipio de Tarimoro del Estado de Guanajuato, a través de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de diversas enfermedades y lesiones para contribuir al mejoramiento de las circunstancias y condiciones de vida de las familias.				
<b>II. MODALIDAD.</b>				
GESTION POR CONSULTA MEDICA.				
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>				
<b>IV. DESCRIPCION DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>				
Cuando se lleve a cabo resolución de petición de atención fisioterapéutica.				
<b>PASOS</b>				
Presencial.- 1) Requisar formato de solicitud		4) Consulta de agenda para inicio de tratamiento		
2) Acudir a cita medica solicitada		5) Tiempo de respuesta el mismo día solicitado		
3) Recabar documentos y llenado de formatos				
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>				<b>SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.</b>
Valoración médica + Receta médica + Indicaciones fisioterapéuticas		Clínica o médico rehabilitador particular o Secretaria de Salud		
Copia de acta de nacimiento, copia de curp, copia de credencial (en su caso)		Clínica de fisioterapia		
Copia de comprobante de domicilio (en su caso)		Consultorios médicos con médicos rehabilitadores.		
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>				
Se presenta mediante un formato en físico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF Tarimoro Gto.				
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>				
N/A				
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
LFT. LIZETH YARELI ACEVEDO LARA		461-262-2765 y 466-664-0535		<a href="mailto:difrehabilitaciontarimoro@outlook.com">difrehabilitaciontarimoro@outlock.com</a>
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>	
DE INMEDIATA A 15 DIAS			Afirmativa Ficta	Negativa Ficta
<b>XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>				N/A
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>				N/A
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>			<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>	
N/A			N/A	
<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>				

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

SMDIF Tarimoro Gto., Fecha de consulta por especialidad o canalización.

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

DEPENDENCIA O ENTIDAD  
AREA O DEPARTAMENTO  
DOMICILIO (S)

SMDIF TARIMORO GTO.  
COORDINACIÓN DE FISIOTERAPIA DE SMDIF TARIMORO GTO.  
MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD  
AREA O DEPARTAMENTO  
DOMICILIO (S)

CONSULTORIOS MÉDICOS.  
INSTITUCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

**XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.**

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.	
TELEFONO (S)	466-6640535	466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:dif@tarimoro.gob.mx">dif@tarimoro.gob.mx</a>	

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 466-6645860	<a href="mailto:dif@tarimoro.gob.mx">dif@tarimoro.gob.mx</a>

**XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

EXPEDIENTE DE COORDINACIÓN DE FISIOTERAPIA / CARPETA DE ARCHIVO / CARPETA DE HISTORIAL ANUAL DE CONSULTAS MEDICAS

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

*Frick David Martinez Tirado*

SELLO DE LA DIRECCIÓN.

