



**Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Uriangato, Guanajuato**



HOMOCLAVE	UR-DF-S-08	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	20-ene-26
------------------	------------	-------------------------------	-----------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

TERAPIA FISICA Y REHABILITACION PRIORITARIA)

Atención Terapéutica y rehabilitación a población abierta

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)	Presencial
--	------------

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

Ley de ingresos 2026 para el municipio de Uriangato, Gto. Artículo 20 Fracción II. Disposiciones administrativas 2026 Artículo 13 Fracción 4 inciso a)

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO

Población abierta con alguna incapacidad o discapacidad

PASOS

1.- Agendar cita con especialista en medicina física y rehabilitación	4.- Pagar su terapia en caja
2.- Acudir a la consulta de especialista en medicina física	5.- Recibir su tratamiento rehabilita torio
3.- Acudir a Trabajo social para estudio socioeconómico	6.- Al finalizar el tratamiento re agendar cita para revaloración

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO	SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE
--	--

Copia Acta de Nacimiento	
Copia de CURP	
Copia de Credencial INE	
Copia de Comprobante de domicilio (Reciente)	
Estudios relacionados al padecimiento (si los tiene)	
Ser valorado por Especialista en medicina física y rehabilitación	Especilista en rehabilitación

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
--	---

No aplica


No aplica

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

N/A

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

Lic. Mario Antonio Rosales Morales		4454575022 ext.160		difuriangatogto@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
Inmediata		Afirmativa Ficta		Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.					
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.					
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
1.- \$83.75 Pesos 2.- Reposición de carnet \$25.00			Efectivo en caja con Secretaria General		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
31/12/2026					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
El medico en medicina física y rehabilitación decide si la persona necesita rehabilitación o no.					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		SMDIF			
ÁREA O DEPARTAMENTO		Terapia física y rehabilitación			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
de 8:00. AM. A 2:00. PM y de 4:00PM a 7:00 PM. De lunes a viernes					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).					
DOMICILIO (S)		Salvador Urrutia 139 Fraccionamiento Revolución Uriangato Guanajuato			
TELÉFONO (S)		4454575022 ext.160			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		difuriangatogto@gmail.com			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		(445) 457 5022 ext. 114		contralor@uriangato.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO					
Carnet de Citas, Recibo de pago					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA			SELLO DE LA DIRECCIÓN		
 C. Rosa María Rodríguez Martínez Directora General de Sistema Municipal DIF			