



**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS**

 Registro de Trámites y Servicios Municipio de San José Iturbide, Guanajuato.			
<b>DIF MUNICIPAL</b>		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
		18-ene-22	
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Servicio de Audiología y Lenguaje			
Consulta de especialidad en audiología a personas con discapacidad auditiva, terapia de lenguaje y campañas de tamiz auditivo			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
Presencial			
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Cuenta pública, Ley para la atención de las personas con discapacidad, Lineamientos del INGDIS y Ley del sistema estatal de asistencia social			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. <small>Cambiar</small></b>			
Población que necesite o solicite el servicio			
<b>PASOS</b>			
1-. Solicitar cita en el Centro de Rehabilitación		4.-Pago de cuota de recuperación	
2-. Atender a la cita solicitada			
3.-Proceso administrativo y realización del estudio			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>			
Solicitud previa en el Centro de Rehabilitación del DIF		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACION O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
Atención a la cita y darle seguimiento a las citas posteriores		Valoración por parte del especialista	
Historia Clínica			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>			
No aplica			
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>		<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
No se tiene		No se tiene	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>			
No aplica			
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Clarivel D'Xavier Zarazúa Vargas		4192342958	<a href="mailto:audiologia.dif@sjj.gob.mx">audiologia.dif@sjj.gob.mx</a>
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>	
Al momento de la valoración		Afirmativa Ficta	No
		Negativa Ficta	Si
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>			
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>	
De acuerdo al tabulador		Efectivo	
<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>			
Indefinido			
<b>XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Que la persona solicitante acuda a su cita para que se le pueda prestar dicho servicio			
<b>XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS.</b>			
DEPENDENCIA O ENTIDAD:		Centro de Rehabilitación DIF	
ÁREA O DEPARTAMENTO:		Audiología	
DOMICILIO (S):		Av. El Carrizal s/n Col. Carrizal	
<b>XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.</b>			
8:30 am a 16:30 hrs. De lunes a viernes y sábados según disponibilidad			
<b>XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.</b>			
DOMICILIO (S):		Av. El Carrizal s/n Col. Carrizal	
TELÉFONO (S):		4192342958	
CORREO ELECTRÓNICO (S):		<a href="mailto:audiologia.dif@sjj.gob.mx">audiologia.dif@sjj.gob.mx</a>	
<b>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</b>			
DEPENDENCIA		TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIF municipal		(419)1989770	<a href="mailto:direccion.dif@sjj.gob.mx">direccion.dif@sjj.gob.mx</a>
<b>XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Expediente clínico de los beneficiarios			
<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.</b>		<b>SELLO DE LA DIRECCIÓN.</b>	
Lic. Marta Maria Segura Rodríguez			