

MUNICIPIO DE SAN MINATITLÁN

NOMBRE DEL SERVICIO	APOYO DE PRÓTESIS		
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	PROPORCIONAR AUXILIARES FUNCIONALES A PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE TENGAN SU RESIDENCIA DENTRO DEL MUNICIPIO DE MINATITLÁN		
QUIEN PUEDE SOLICITAR EL SERVICIO	PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
CASOS EN QUE DEBE PRESENTARSE EL SERVICIO	CUANDO LAS PERSONAS PRESENTEN DISCAPACIDAD Y NO CUENTEN CON RECURSOS PARA LA COMPRA DE PRÓTESIS	BENEFICIO DEL SERVICIO (EN SU CASO)	PROTESIS
MODALIDAD	PRESENCIAL	TIPO DE SERVICIO	DIRECTO
REQUIERE CITA	NO	TELÉFONO PARA REALIZAR CITA	NO APLICA
PLAZO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE	1 DIA HABIL	PLAZO PARA CUMPLIR LA PREVENCIÓN	3 DIAS HABILES
REQUIERE INSPECCIÓN	SI	ÁREA QUE REALIZA LA INSPECCIÓN	AREA MEDICA DIF
OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN	VERIFICAR LOS DATOS PROPORCIONADOS PARA SER BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA		
INFORMACIÓN QUE DEBE CONSERVAR EL SOLICITANTE PARA ACREDITACIÓN	NO APLICA		
PLAZO PARA LA CONCLUSIÓN DEL SERVICIO	3-6 MESES	APLICA AFIRMATIVA FICTA	NO

REQUISITOS PARA OBTENER EL SERVICIO

- 1 PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL DIF MINATITLÁN
- 2 SOLICITAR EL APOYO DE PROTESIS.
- 3 CUMPLIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS, LEGIBLES, SIN TACHADURAS O ENMENDURAS Y COMPLETOS

DOCUMENTOS

- 1 NOTA DE REFERENCIA MEDICA EXPEDIDA POR ALGUNA INSTITUCION MEDICA OFICIAL
- 2 INFORMACION MEDICA DEL SOLICITANTE
- 3 ORIGINAL Y COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE

4 COPIA DE LA CLAVE UNICA DE REGISTRO POBLACIONAL (CURP)	
5 DOCUMENTACIÓN MÉDICA CON LA QUE ACREDITA SU DISCAPACIDAD	
6 COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO CON UNA VIGENCIA NO MAYOR A TRES MESES	
7 COMPROBANTE DE INGRESOS O EN SU CASO CONSTANCIA DE BAJOS RECURSOS EXPEDIDA POR LA SECRETARÍA GENERAL DEL AYUNTAMIENTO DE MINATITLÁN	
8 DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL A COLOR O BLANCO Y NEGRO	
9 EN CASO DE TOMAR MEDICAMENTOS TRAER LISTADO DONDE SE ESPECIFIQUE DOSIS Y FRECUENCIA	
PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA OBTENER EL SERVICIO	
1 PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL DIF MUNICIPAL	
2 SOLICITAR INFORMES PARA EL PROGRAMA DE APOYOS FUNCIONALES	
3 INGRESAR A VALORACION MEDICA PARA DETERMINAR SI SON CANDIDATOS PARA RECIBIR APOYOS	
4 VALORACION MEDICA POR PARTE DEL MEDICO DE TURNO	
5 SE INTEGRA EXPEDIENTE CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA	
6 SE REALIZA INSPECCION EN DOMICILIO DEL SOLICITANTE	
7 SOLICITA CITA EN EL CRISVER	
8 UNA VEZ VALIDADO EL EXPEDIENTE POR PARTE DE CRISVER SE INICIA PROTOCOLO	
9 REALIZAR TERAPIA FISICA PARA OBTENCION DE PROTESIS	
10 ENTREGA DE PRÓTESIS UNA VEZ QUE SE LLEVEN A CABO LAS TERAPIAS INDICADAS	
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN	
1 LA DOCUMENTACIÓN Y TERAPIAS DEBEN COMPLETARSE PARA LA RECEPCIÓN DE LA PRÓTESIS	
2 LOS PLAZOS COMIENZAN A CORRER A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN	
3 EL APOYO SE ENTREGARA SIEMPRE Y CUANDO EL ESTADO CALIFIQUE DE MANERA POSITIVA LA SOLICITUD.	
4 LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DEBEN RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE MINATITLÁN	
FUNDAMENTO JURÍDICO DEL SERVICIO	REGLAS DE OPERACIÓN , REGLAMENTO INTERNO DEL SMDIF, LEY GENERAL DE SALUD, LEY GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL Y LEY ORGANICA MUNICIPAL.
FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA INSPECCIÓN	REGLAS DE OPERACIÓN
FUNDAMENTO JURÍDICO DEL COBRO	NO APLICA
UNIDAD RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	

UNIDAD ADMINISTRATIVA	COORDINACION DEL AREA MEDICA		
DOMICILIO	AV. MIGUEL HIDALGO #4. COL. CENTRO	HORARIO DE ATENCIÓN	08:00-3:00
CORREO ELECTRÓNICO	medicinadif.coordinacion@gmail.com	TELÉFONO	9222250370 EXT.1052
COSTO	NO APLICA	VIGENCIA DEL DOCUMENTO	NO APLICA
LUGAR DE PAGO	CAJA DEL DIF MUNICIPAL		
FORMA DE PAGO	EFECTIVO		
HIPERVÍNCULO A LOS FORMATOS QUE APLICAN			
NO APLICA			
QUEJAS Y DENUNCIAS			
Si el servidor público que atendió la solicitud del servicio niega la gestión sin causa justificada, altera o incumple con la información requerida en el registro de trámites y servicios, presenta tu protesta ciudadana en el Órgano de Control Interno del H. Ayuntamiento de Minatitlán.			
DOMICILIO	Hidalgo N° 107, Colonia Centro, Minatitlán		
CORREO ELECTRÓNICO	organo.control@minatitlan.gob.mx	TELÉFONO	922 223 6090
TITULAR DE LA DEPENDENCIA	C. Graciela González Martínez		
ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			
UNIDAD ADMINISTRATIVA	COORDINACIÓN DE MEDICINA		
DOMICILIO	AV. MIGUEL HIDALGO #4. COL. CENTRO		
CORREO ELECTRÓNICO	medicinadif.coordinacion@gmail.com	TELÉFONO	9222250370 EXT.1052
TITULAR DE LA DEPENDENCIA	GERALDINE GUTIERREZ ESPINOSA		
EJERCICIO	2024		