

## SERVICIO

### ESTIMULACIÓN TEMPRANA

*“En congruencia con lo establecido en la Ley Nacional para Eliminar Trámites Burocráticos, se expide el siguiente formato”*

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b> | Servicio mediante el cual el Ayuntamiento proporciona atención especializada en estimulación temprana, dirigida a niñas y niños en la primera infancia, con el propósito de favorecer su desarrollo físico, cognitivo, emocional, social y del lenguaje, mediante actividades terapéuticas y de intervención oportuna. |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| <b>HOMOCLAVE O CLAVE</b> | ACA-UBR-EST-087 |
|--------------------------|-----------------|

| FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (derecho a la protección de la salud).</li> <li>Artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</li> <li>Ley General de Salud.</li> <li>Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.</li> <li>Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo.</li> </ul> |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE REALIZARSE</b> | Cuando niñas y niños del municipio presenten riesgo o retraso en su desarrollo, o cuando los padres, madres o tutores soliciten la atención preventiva o correctiva, conforme a la valoración inicial y capacidad operativa del área responsable. |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------|
| <b>TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL</b> | Ciudadano |
|-------------------------------------------------|-----------|

| TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO |                                                     |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                | ESCRITO LIBRE (        )<br>FORMATO TIPO (        ) |

| INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN               |                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVO</b>                         | Realizar una valoración integral del desarrollo infantil para identificar áreas de oportunidad y definir el plan de estimulación correspondiente. |
| <b>CONTACTO INSPECTOR / VERIFICADOR</b> | Personal adscrito a la Dirección de la Unidad Básica de Rehabilitación del Ayuntamiento, debidamente acreditado.                                  |
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN</b>             | Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.<br>Sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.                                                                          |

| DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                         | ORIGINAL | COPIA |
|-----------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ACUERDO AL SERVICIO, EJEMPLO:</b> |          |       |
| Tarjetón o Valoración Medica                                    | x        |       |

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| <b>NÚMERO DE COPIAS</b> | 1 Copia por documento |
|-------------------------|-----------------------|

|                                                                   |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL SERVICIO</b> | Atención el mismo día, conforme a la programación y disponibilidad de agenda de la Unidad Básica de Rehabilitación. |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA                  |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO</b> | <p>\$ 38.90</p> <p>El pago se realiza en área de recepción.</p> <p>Fundamento legal del cobro: Ley de ingresos municipal.</p> |

|                                        |              |
|----------------------------------------|--------------|
| <b>VIGENCIA DEL SERVICIO A OBTENER</b> | Por consulta |
|----------------------------------------|--------------|

| DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS |                                              |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>DIRECCIÓN RESPONSABLE</b>         | Dirección de Unidad Básica de Rehabilitación |

|                                        |                                                                                                                    |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</b> | <p>Horarios de atención</p> <p>Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.</p> <p>Sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.</p> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>DESCRIPCIÓN BREVE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado de la valoración inicial del desarrollo infantil.</li> <li>• Edad y condiciones del menor.</li> <li>• Disponibilidad de personal especializado.</li> <li>• Capacidad operativa del área de rehabilitación.</li> </ul> |  |

| LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO       |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO</b>       | L.T.F. Teresa Guzmán Soto                                               |
| <b>DIRECCIÓN</b>                         | Unidad Básica de Rehabilitación                                         |
| <b>DOMICILIO</b>                         | Calle: Hidalgo s/n, Col: Centro, C.P. 43540, Acatlán, Estado de Hidalgo |
| <b>NUMERO TELEFONICO</b>                 | 7757422239                                                              |
| <b>CORREO ELECTRONICO</b>                | <a href="mailto:acatlanubr@gmail.com">acatlanubr@gmail.com</a>          |
| <b>CONTACTO PARA DUDAS Y SUGERENCIAS</b> | <a href="mailto:acatlanubr@gmail.com">acatlanubr@gmail.com</a>          |

