

## SERVICIO

### TERAPIA FISICA

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

#### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Servicio mediante el cual el Ayuntamiento proporciona atención terapéutica en terapia física, orientada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de alteraciones musculoesqueléticas, neurológicas y funcionales, con el objetivo de mejorar la movilidad, reducir el dolor y favorecer la recuperación física de las personas usuarias.

#### HOMOCLAVE O CLAVE

ACA-UBR-TRF-088

#### FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

- Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (derecho a la protección de la salud).
- Artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.
- Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo.

#### CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE REALIZARSE

Cuando la población del municipio presente lesiones, secuelas físicas, discapacidad temporal o permanente, o requiera rehabilitación física, previa valoración del área responsable y conforme a la capacidad operativa.

#### TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL

Ciudadano

#### TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

ESCRITO LIBRE ( )

FORMATO TIPO ( )

#### INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

##### OBJETIVO

Realizar una valoración física y funcional del usuario para identificar su condición, establecer el diagnóstico funcional y definir el plan de tratamiento terapéutico correspondiente.

##### CONTACTO INSPECTOR / VERIFICADOR

Personal adscrito a la Dirección de la Unidad Básica de Rehabilitación del Ayuntamiento, debidamente acreditado.

##### HORARIOS DE ATENCIÓN

N/A

| 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. |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO | MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     | \$38.90<br>El pago se realiza en área de recepción<br>Fundamento legal del cobro: La Ley de Ingresos del Municipio de Acatlán, Hidalgo, para el ejercicio fiscal 2026. |

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

| DIRECCIÓN RESPONSABLE | DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS         |
|-----------------------|----------------------------------------------|
|                       | Dirección de Unidad Básica de Rehabilitación |

|                                        |                                                                                                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</b> | <b>Horarios de atención</b><br>Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm<br>Sábado de 8:00 am a 1:00 pm |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESCRIPCIÓN BREVE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado de la valoración física inicial.</li> <li>• Grado de afectación.</li> <li>• Disponibilidad de personal y equipo terapéutico.</li> <li>• Capacidad instalada del área responsable.</li> </ul> |

| LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO       |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO</b>       | L.T.F ALEJANDRO TREJO FRANCO Y L.T.F MARIA GUADALUPE CASTRO SAENZ       |
| <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>                 | 7757422240                                                              |
| <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>          |

