



**Registro de Trámites y Servicios 2020  
Municipio de Salvatierra, Gto.**



**SALVATIERRA**  
Municipio de Guanajuato 2009-2012

<b>CÓDIGO CLAVE</b>	SALDIF-06	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	28	1	2020
---------------------	-----------	-------------------------------	----	---	------

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

**INCLUSIÓN LABORAL**

**REALIZACIÓN DE PRUEBA VALPAR PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LO LABORAL**

**II. MODALIDAD**

PRESENCIAL

**III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO**

- \* LEY PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE GUANAJUATO.
- \* REGLAMENTO DEL INSTITUTO GUANAJUATENSE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- \* CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

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


**PROYECTOS PRODUCTIVOS**

**PASOS**

1.- SE INICIA CON EL RECIBIMIENTO DEL USUARIO Y PREGUNTAO EL TIPO DE TRÁMITE O SOLICITUD QUE DESEA REALIZAR.	4.- POR ÚLTIMO SE LLEVARA UN SEGUIMIENTO A TODOS Y CADA UNO DE LOS TRÁMITES YA SEA PARA SU RENOVACIÓN O TÉRMINO YA SEA POR VENCIMIENTO O INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL USUARIO.
2.- POSTERIORMENTE SE RECIBEN LA DOCUMENTACIÓN DE DICHO TRÁMITE Y SE PROCEDE AL LLENADO DE LOS FORMULARIOS ADECUADOS PARA CADA PROCEDIMIENTO	5-
3.- UNA VEZ HECHO LO ANTERIOR SE CANALIZA AL ÁREA RESPECTIVA EN DONDE SE INGRESARAN LA DOCUMENTACIÓN Y SOLICITUD DEL USUARIO PARA QUE DE ESTA MANERA LA INSTANCIA CORRECTA LA RECIBA Y DE CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD.	6-

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS**

CEDULA DE REGISTRO DE DATOS. (LLENAR COMPLETA Y CORRECTAMENTE).	SI EL REQUISITO NECESITA FORMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR INSTITUTO GUANAJUATENSE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CURP.	
ACTA DE NACIMIENTO.	
COMPROBANTE DE DOMICILIO. (LUZ, AGUA, TELÉFONO) NO MAYOR A DOS MESES	
CREDENCIAL DE EL FACTOR VIGENTE (SI CUENTA CON ELLA O DE LOS PADRES O TUTOR).	
CERTIFICADO MÉDICO: SI LA DISCAPACIDAD ES FÍSICA, YA SEA MUSCULOESQUELÉTICA O NEUROMOTORA QUE SEA EXPEDIDO PREFERENTEMENTE POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN. SI LA DISCAPACIDAD ES INTELLECTUAL, PRESENTAR UN PSICODIAGNOSTICO COMPLETO CON TEST DE INTELIGENCIA NORMALIZADO, PREFERENTEMENTE EN LA ESCALA DE INTELIGENCIA WECHSLER FIRMADO Y CON CEDULA PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO. SI LA DISCAPACIDAD ES VISUAL, PRESENTAR RESULTADOS DE LA VALORACIÓN OFTALMOLOGICA EN DONDE ESPECIFIQUE EL GRADO DE AGUDEZA VISUAL CORREGIDA, ASÍ COMO EL CAMPO VISUAL. SI LA DISCAPACIDAD ES AUDITIVA, PRESENTAR LA AUDIOMETRÍA Y/O POTENCIALES EVOCADOS CON LOS RESULTADOS	EL DIAGNÓSTICO MÉDICO EXPEDIDO POR ALGUNA INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL DEL SECTOR SALUD O DE ALGÚN MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA QUE CUENTE CON CEDULA PROFESIONAL VIGENTE

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. EL TRÁMITE O SERVICIO SE TRAMITA MEDIANTE FORMATO DIGITAL.		
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO <a href="https://www.gob.mx/difnacional/.../credencializacion-de-las-personas-con-discapacida...">https://www.gob.mx/difnacional/.../credencializacion-de-las-personas-con-discapacida...</a>		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO JUEVES 17 DE ENERO 2017.
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA, OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN NO APLICA		
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CARDOSO VARGAS	TELÉFONO OFICINA. 4666631555	CORREO ELECTRÓNICO reylopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com
SERVICIO 6 MESES	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
	Afirmativa Ficta	NO
	Negativa Ficta	SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN		6 MESES
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS "NO FORMA DE CALIFICACIÓN"		6 MESES
ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
SIN COSTO \$		NO APLICA
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE 1 AÑO		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO EL TRÁMITE SOLO PUEDE SER REALIZADO POR EL SOLICITANTE PADRE, MADRE O TUTOR.		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD:	SISTEMA MUNICIPAL SMDIF	
ÁREA O DEPARTAMENTO	INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903, ZONA CENTRO.	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. Lunes a Viernes de 8:00 a 15:30 horas.		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903, ZONA CENTRO.	
TELÉFONO (S)	46631555	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	difsalvaterra@prodigy.net.mx	
XVIII. LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTA ANOMALÍA EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORÍA MUNICIPAL	01 466 66 30037 ext. 113	mcontraloria2018@gmail.com
XIX. SERVICIO EXPEDIENTE DEL USUARIO REFERENTE AL TRÁMITE SOLICITADO.		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 MTRA. MA. TRINIDAD MONROY GONZÁLEZ		