



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



HOMOCLAVE	SALDIF-02	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	28	1	2020
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
TRAMITE DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD					
REQUISITO PARA TRAMITE DE CRDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y OTROS RELACIONADOS					
II. MODALIDAD.					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURIDICO 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 * CONVECCIÓN 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.					
TRAMITE DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD					
PASOS					
1.- SE INICIA CON EL RECIBIMIENTO DEL USUARIO Y PREGUNTAD EL TIPO DE TRÁMITE O SOLICITUD QUE DESEA REALIZAR		4.- POR ÚLTIMO SE LLEVARA UN SEGUIMIENTO A TODOS Y CADA UNO DELOS TRAMITES YA SEA PARA SU RENOVACIÓN O TERMINO 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.					SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.
CEDULA DE REGISTRO DE DATOS: (LLENAR COMPLETA Y CORRECTAMENTE)					INSTITUTO GUANAJUATENSE PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CURP					
ACTA DE NACIMIENTO.					
COMPROBANTE DE DOMICILIO: (LUZ, AGUA, TELÉFONO) NO MAYOR A DOS MESES.					
CREDENCIAL DE ELECTOR. VIGENTE (SI CUENTA CON ELLA O DE LOS PADRES O TUTOR).					

<p>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 INTELECTUAL, 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 OFTALMOLÓGICA 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.</p>		<p>EL DIAGNÓSTICO MÉDICO EXPEDIDO POR ALGUNA INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL DEL SECTOR SALUD O DE ALGÚN MÉDICO GENERAL O ESPECIALISTA QUE CUENTE CON CEDULA PROFESIONAL VIGENTE.</p>	
<p>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO</p>			
<p>EL TRÁMITE O SERVICIO SE TRAMITA MEDIANTE FORMATO DIGITAL.</p>			
<p>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</p>		<p>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</p>	
<p>https://sites.google.com/a/guanajuato.gob.mx/crenaped_guanajuato/home ingudis.guanajuato.gob.mx/</p>		<p>JUEVES 17 DE ENERO 2017.</p>	
<p>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA, OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</p>			
<p>NO APLICA.</p>			
<p>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</p>			
<p>NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO</p>		<p>TELÉFONO</p>	<p>CORREO ELECTRÓNICO</p>
<p>REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CARDOSO VARGAS</p>		<p>OFICINA: 4666631555</p>	<p>reylopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com</p>
<p>SERVICIO</p>		<p>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</p>	
<p>6 MESES</p>		<p>Afirmativa Ficta</p>	<p>NO</p>
		<p>Negativa Ficta</p>	<p>SI</p>
<p>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL</p>		<p>6 MESES</p>	
<p>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</p>		<p>6 MESES</p>	
<p>XII. MONTO DE LOS PAGOS O APROVECHAMIENTOS, SU FORMA DE CÁLCULO O</p>		<p>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</p>	
<p>SIN COSTO \$</p>		<p>NO APLICA</p>	
<p>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE</p>			
<p>1 AÑO</p>			
<p>XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO</p>			
<p>EL TRÁMITE SOLO PUEDE SER REALIZADO POR EL SOLICITANTE PADRE, MADRE O TUTOR</p>			
<p>XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS</p>			
<p>DEPENDENCIA O ENTIDAD</p>		<p>SISTEMA MUNICIPAL SMDIF.</p>	
<p>ÁREA O DEPARTAMENTO</p>		<p>INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p>	
<p>DOMICILIO (S)</p>		<p>ZARAGOZA NO. 903. ZONA CENTRO.</p>	
<p>XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</p>			
<p>Lunes a Viernes de 8:00 a 15:30 horas.</p>			
<p>XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.</p>			
<p>DOMICILIO (S)</p>		<p>ZARAGOZA NO. 903. ZONA CENTRO.</p>	
<p>TELÉFONO (S)</p>		<p>46631555</p>	
<p>CORREO ELECTRÓNICO (S)</p>		<p>difsalvatierra@prodigy.net.mx</p>	
<p>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</p>			
<p>DEPENDENCIA.</p>		<p>TELÉFONO</p>	<p>CORREO ELECTRÓNICO</p>
<p>CONTRALORÍA MUNICIPAL.</p>		<p>01 466 66 30937 ext. 113</p>	<p>contraloria2016@gmail.com</p>
<p>TRÁMITE O SERVICIO.</p>			
<p>EXPE-DIENTE DEL USUARIO REFERENTE AL TRÁMITE SOLICITADO</p>			

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL AREA

SELLO DE LA DIRECCION

Ma Trinidad Monroy
MTRA. MA TRINIDAD MONROY GONZALEZ

