



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



HOMOCLAVE	SALDIF-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	28	1	2020
-----------	-----------	------------------------	----	---	------

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

BK DISCAPACIDAD EDUCAFIN

OTORGAMIENTO DE APOYO ECONOMICO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD ESTUDIANDO ACTUALMENTE

**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.**

BK DISCAPACIDAD EDUCAFIN

**PASOS**

1 - SE INICIA CON EL RECIBIMIENTO DEL USUARIO Y PREGUNTADO 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**

SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SENALAR 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 MEDICO 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 PSICOLOGO.</p> <p>SI LA DISCAPACIDAD ES VISUAL, PRESENTAR RESULTADOS DE LA VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA EN DONDE ESPECIFIQUE EL (GRAX) DE AGUDEZA VISUAL CORREGIDA, ASI COMO EL CAMPO VISUAL</p> <p>SI LA DISCAPACIDAD ES AUDITIVA, PRESENTAR LA ALUDIMETRÍA Y/O POTENCIAL 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 VICENTE.</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><a href="http://www.educafin.com/">www.educafin.com/</a></p>	<p>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</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> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</th> <th>TELÉFONO</th> <th>CORREO ELECTRÓNICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CÁRDOSO VARGAS</td> <td>OFICINA: 466631555</td> <td>reylopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com</td> </tr> </tbody> </table>		NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CÁRDOSO VARGAS	OFICINA: 466631555	reylopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com		
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO							
REYES LÓPEZ DE LA CRUZ RICARDO CARDO CÁRDOSO VARGAS	OFICINA: 466631555	reylopez050@gmail.com ricardoso-v@hotmail.com							
<p>SERVICIO:</p> <p>6 MESES</p>	<p>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Alternativa Ficta</th> <th>NO</th> <th>Negativa Ficta</th> <th>SI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Alternativa Ficta	NO	Negativa Ficta	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativa Ficta	NO	Negativa Ficta	SI						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL</p> <p>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</p>		<p>6 MESES</p> <p>6 MESES</p>							
<p>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO</p> <p>SIN COSTOS</p>	<p>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</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> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>DEPENDENCIA O ENTIDAD</td> <td>SISTEMA MUNICIPAL SMDIF</td> </tr> <tr> <td>AREA O DEPARTAMENTO</td> <td>INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</td> </tr> <tr> <td>DOMICILIO (S)</td> <td>ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO.</td> </tr> </tbody> </table>		DEPENDENCIA O ENTIDAD	SISTEMA MUNICIPAL SMDIF	AREA O DEPARTAMENTO	INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO.		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SISTEMA MUNICIPAL SMDIF								
AREA O DEPARTAMENTO	INCLUSIÓN A LA VIDA EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO.								
<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> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>DOMICILIO (S)</td> <td>ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO</td> </tr> <tr> <td>TELÉFONO (S)</td> <td>46631555</td> </tr> <tr> <td>CORREO ELECTRÓNICO (S)</td> <td>difsalvatierra@prodigy.net.mx</td> </tr> </tbody> </table>		DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO	TELÉFONO (S)	46631555	CORREO ELECTRÓNICO (S)	difsalvatierra@prodigy.net.mx		
DOMICILIO (S)	ZARAGOZA NO. 903 ZONA CENTRO								
TELÉFONO (S)	46631555								
CORREO ELECTRÓNICO (S)	difsalvatierra@prodigy.net.mx								
<p>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DEPENDENCIA.</th> <th>TELÉFONO</th> <th>CORREO ELECTRÓNICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONTRALORIA MUNICIPAL</td> <td>01 466 66 30937 ext. 113</td> <td>mcontraloria2018@gmail.com</td> </tr> </tbody> </table>		DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CONTRALORIA MUNICIPAL	01 466 66 30937 ext. 113	mcontraloria2018@gmail.com		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO							
CONTRALORIA MUNICIPAL	01 466 66 30937 ext. 113	mcontraloria2018@gmail.com							

D. SERVICIO

EXPEDIENTE DEL USUARIO REFERENTE AL TRÁMITE SOLICITADO.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA

SELLO DE LA DIRECCIÓN

*Ma Trinidad Monroy*  
MA. TRINIDAD MONROY GONZALEZ.

