



Registro de Trámites y Servicios Municipio de Uriangato, Guanajuato



HOMOCLAVE	UR-DF-S-09	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	20-ene-26
------------------	------------	-------------------------------	-----------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

CREDENCIAL NACIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIAD

Se registra a las personas en la cedula de identidad para personas con discapacidad de 0 años en adelante

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)	Presencial
--	------------

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad, comisión de los derechos humanos, ley general para las personas con discapacidad del estado de Guanajuato.

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

Personas que tienen o adquieren una discapacidad Neuromotora, Intelectual, Auditiva, Visual y Psicosocial.

PASOS

1.- Se recibe la persona para iniciar el servicio	4.- Se canaliza al área medica correspondiente dependiendo del diagnostico
2.- se describen la documentación requerida al usuario	5.- Se agenda al candidato con el medico especialista en rehabilitación
3.- La persona acude con sus documentos	6.- Cita con el modulo de credencialización

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO	SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE
--	---

Original Acta de nacimiento (para digitalizar)	
CURP	
Credencial INE (padre o madre en caso de ser menor de edad)	
Comprobante de domicilio (Reciente)	
Diagnostico Medico por especialista según el caso	Validado por Medico en Rehabilitación

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

Formato de Cedula de Registro

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
--	---

No aplica

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 PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

Héctor Manuel Cerritos Díaz, Noé Zavala Díaz		4454575022 ext.162		difuriangatogto@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
6 meses a 1 año		Afirmativa Ficta		Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				5 días hábiles	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				1 mes	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
Gratuito			N/A		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
5 Años					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Acreditar la Discapacidad mediante diagnostico médico de especialidad					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		SMDIF			
ÁREA O DEPARTAMENTO		Inclusión a la Vida			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).					
DOMICILIO (S)		Salvador Urrutia 139 Fraccionamiento Revolución Uriangato Guanajuato			
TELÉFONO (S)		4454575022 ext.162			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		difuriangatogto@gmail.com			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		(445) 457 5022 ext. 114		contralor@uriangato.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO					
No requiere					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA				SELLO DE LA DIRECCIÓN	
 C. Rosa María Rodríguez Martínez Directora General de Sistema Municipal DIF				 SMDIF SISTEMA MUNICIPAL DIF "CON AMOR Y FE" 2024-2027	