



**Registro de Trámites y Servicios  
Municipio de Uriangato, Guanajuato**



<b>HOMOCLAVE</b>	UR-DF-S-11	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	20-ene-26
------------------	------------	-------------------------------	-----------

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

**CANALIZACIÓN AL CENTRO DE REHABILITACION VISUAL (CEREVI) PROGRAMA YA VEO BIEN**

Se canaliza a las personas que requieren un servicio en su salud visual en la ciudad de Silao de la Victoria, Guanajuato. En las instituciones del CEREVI.

<b>II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)</b>	Presencial
--	------------

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

Lineamientos del Programa PB0814 E007.C03. Administración y Operación del Centro de Rehabilitación Visual (CEREVI) Capítulo I, artículo 2, Inciso I, IV, V, X.

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

El ciudadano solicita el apoyo acudiendo el SMDIF, cuando adquieren una discapacidad visual por accidente, nacimiento, enfermedad, cirugía de cataratas, disminución de la agudeza visual o graduación de lentes.

**PASOS**

1.- La persona asiste al DIF para solicitar el apoyo	
2.- Entrega de documentos requeridos	
3.- Realizar el estudio socioeconómico	

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

Original de Acta de Nacimiento (Para digitalizar)	
Clave Única de Registro de Población (CURP) ( Para digitalizar)	
Comprobante de domicilio original el mas reciente (para digitalizar)	
Credencial INE (para digitalizar)	
Diagnostico Medico emitido por el especialista (para digitalizar)	
Estudio socioeconómico	Trabajo Social des SMDIF

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

Formato de Estudio Socioeconómico (Verbal)


<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>
No aplica	No aplica

**VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.**

Visita Realizada por Trabajo Social para verificar la información.

**IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

T.S. Imelda Bedolla Pizano.		4454575022 ext.162		<a href="mailto:difuriangatogto@gmail.com">difuriangatogto@gmail.com</a>	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
Inmediata		Afirmativa Ficta		Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				Inmediata	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				2 a 3 días	
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.					
1 Año					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Dar acompañamiento y seguimiento del tratamiento.					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		SMDIF			
ÁREA O DEPARTAMENTO		Trabajo Social			
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)		<a href="mailto:difuriangatogto@gmail.com">difuriangatogto@gmail.com</a>			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		(445) 457 5022 ext. 114		<a href="mailto:contralor@uriangato.gob.mx">contralor@uriangato.gob.mx</a>	
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				