




Registro de Trámites y Servicios Municipio de Uriangato, Guanajuato



HOMOCLAVE	UR-DF-S-12	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	20-ene-26
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO			
CANALIZACIÓN AL CENTRO ESTATAL DE REHABILITACION (CER)			
Se canaliza a las personas que requieren un servicio en su salud a la ciudad de Silao de la Victoria, Guanajuato. En las instituciones del CER.			
II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)		Presencial	
III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO			
Lineamientos del Programa PB0815 Administración y Operación del Centro de Rehabilitación (CER) para el ejercicio fiscal 2025. Capitulo I, Artículo 2, Inciso I, II, XII, XIX, XXVI, XXI.			
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 por accidente, nacimiento, enfermedad.			
PASOS			
1.- La persona asiste al DIF para solicitar el apoyo		4.- Agendar cita en el centro estatal de rehabilitación	
2.- Entrega de documentos requeridos		5.- Trasladarse al centro estatal de rehabilitación para la consulta medica	
3.- Realizar el estudio socioeconómico			
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 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 de SMDIF	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO			
Formato de Estudio Socioeconómico (Verbal presencial)			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
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.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

T.S. Imelda Bedolla Pizano.		4454575022 ext.160		difuriangatogto@gmail.com	
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.					
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 orientación y acompañamiento.					
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.160			
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			