





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



<b>HOMOCLAVE</b>	UR-DF-S-14	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	22-ene-26
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO</b>			
<b>POR EL SERVICIO DE TAXI ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ENFERMOS A CONSULTA DE HOSPITALES PÚBLICOS.</b>			
Personas que requieren trasladarse a los hospitales de alta especialidad, centros de rehabilitación, hospitales particulares, se realiza el servicio con previa cita del vehículo.			
<b>II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)</b>		Presencial	
<b>III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO</b>			
Disposiciones administrativas 2025 sección sexta; artículo 13; fracción 1 incisos a) al h).			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO</b>			
El ciudadano solicita el apoyo acudiendo el SMDIF, cuando adquieren una discapacidad por accidente, nacimiento o enfermedad y requiere trasladarse algún hospital ya sea de gobierno o particular.			
<b>PASOS</b>			
1.- La persona asiste al DIF para solicitar el traslado	4.- Trasladarse al lugar indicado por la persona		
2.- Confirmar por teléfono su asistencia al lugar indicado			
3.- Realizar la entrega de recibo de pago			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE	
Carnet de Citas			
Pago de pasaje			
Confirmar su asistencia un día antes de la salida de destino			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO</b>			
(Verbal presencial)			
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>		<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
No aplica		No aplica	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>			
No requiere			
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
C. Anahí Vázquez Gaytán	4454575022 ext.160	<a href="mailto:difuriangatogto@gmail.com">difuriangatogto@gmail.com</a>	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>	
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
a)Traslado dentro del cabecera municipal \$36 b) traslado a comunidades dentro de cabecera municipal \$ 49 pesos c)Traslado a la Ciudad de Irapuato compartido \$183 pesos d) traslado a la ciudad de León compartido \$305 pesos e)Traslado a la ciudad de Irapuato \$366 pesos f)Traslado particular León \$732 pesos g) Traslado particular a Celaya \$525 pesos h)Traslado particular a Morelia \$350pesos		Efectivo en caja con Secretaria General
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
Día del traslado		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Si la persona tiene discapacidad o movilidad reducida, enfermedad.		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF	
ÁREA O DEPARTAMENTO	Secretaria	
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)	<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		 <b>SMDIF</b> SISTEMA MUNICIPAL DIF "CON AMOR Y FE" 2024-2027