



Registro de Trámites y Servicios Municipio de Uriangato, Guanajuato



HOMOCLAVE	UR-DF-S-16	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	22-ene-26
------------------	------------	-------------------------------	-----------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

Constancia de discapacidad para tramite externo

Se expide a la persona con discapacidad que la solicita para algún tramite ajeno al SMDIF

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA) Presencial

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

Ley de ingresos para el municipio de Uriangato 2026, articulo 32, Capitulo 1, concepto II, inciso a)

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	

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
2 fotografías tamaño infantil	

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

No aplica


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

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

Visita domiciliaria por Trabajo social

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
2 días hábiles	Afirmativa Ficta	Negativa Ficta X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		2 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
\$39.96 Pesos		Efectivo en caja con Secretaria General
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
3 meses		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Acreditar la discapacidad mediante diagnostico medico 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		