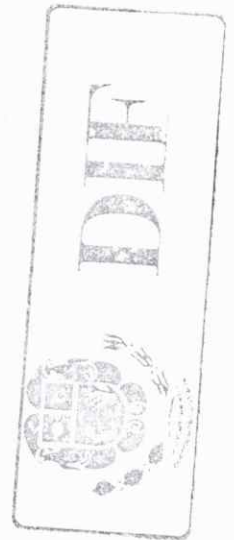


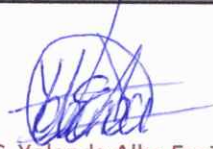



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Doctor Mora, Guanajuato



| | | | | | |
|---|--------------|---------------------------------------|----------------------------------|--|------|
| HOMOCLAVE | DM-DIF-T 26 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 18 | 1 | 2022 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | | | |
| CITA PARA AGENCIA LABORAL REGIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD | | | | | |
| OBJETIVO | | | | | |
| Evaluar las habilidades, capacidades y aptitudes de personas con discapacidad, mediante el sistema VALPAR para valorar su ingreso a proyectos productivos | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | |
| Presencial | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Artículo 4, Inciso X de la Ley de Inclusion para Personas con Discapacidad en el Estado de Guanajuato. | | | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | |
| Se canaliza a las personas con discapacidad para proyectos productivos con empresas | | | | | |
| PASOS | | | | | |
| 1.- Solicitar informes | | 2.- Entregar documentación solicitada | | | |
| 3.- Esperar fecha disponible para cita | | 4.- Asistir a evaluación | | | |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | | | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. | |
| Credencial Nacional de Discapacidad | | | | N/A | |
| Credencial INE. Copia | | | | N/A | |
| Certificado Médico. | | | | Especialista en Rehabilitación | |
| Certificado de estudios. Copia | | | | N/A | |
| Acta de Nacimiento. | | | | N/A | |
| Comprobante de domicilio. Copia | | | | N/A | |
| CURP. Copia | | | | N/A | |
| Currículum vitae o solicitud de empleo. | | | | N/A | |
| 2 fotografías tamaño infantil. | | | | N/A | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | | | |
| Libre | | | | | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | | |
| N/A | | | N/A | | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | | | |
| N/A | | | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| C. Yolanda Alba Espino | 419 19 30247 | | drmoradif@guanajuato.gob.mx | | |



| | | | | | |
|--|--|--|--|----------------|----|
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | | |
| 2 a 3 semanas | | Afirmativa Ficta | No | Negativa Ficta | Si |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | Ejercicio fiscal 2022 | | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | Ejercicio fiscal 2022 | | |
| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | | | |
| N/A | | N/A | | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | | | |
| Permanente | | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Cumplir con los requisitos. | | | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS | | | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | Presidencia Municipal Doctor Mora | | | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | DIF Municipal | | | | |
| DOMICILIO (S) | Calle Jerécuaro no. 37, Centro, Dr. Mora, Gto | | | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | | | |
| Lunes a Viernes de 08:00 a 20:00 horas (a partir de mayo, 2022) | | | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | | | |
| DOMICILIO (S) | Calle Palacio Municipal s/n, Centro, Dr. Mora, Guanajuato | | | | |
| TELÉFONO (S) | 419 1930482 | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | contraloria@doctormora.gob.mx | | | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | | | |
| DEPENDENCIA. | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| Contraloría Municipal | 419 19 30482 | contraloria.doctormora@gmail.com | | | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Copia de expediente. | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA | | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | | |
|  C. Yolanda Alba Espino Directora General del Sistema Municipal DIF | | |  | | |