



<b>HOMOCLAVE</b>	MS-CTZ-CPD-01	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	22-ene-26
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			
CONFERENCIAS			
CONFERENCIAS A LA SOCIEDAD EN TEMAS DE DISCAPACIDAD			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
PRESENCIAL			
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			
ARTÍCULO 17, FRACCIÓN I, FRACCIÓN II, DE LA LEY PARA EL GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE GUANAJUATO. ARTÍCULOS 4, FRACCIÓN VII, DE LA LEY DE INCLUSIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE GUANAJUATO.			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>			
CONMEMORACIÓN DE FECHAS NACIONALES E INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN INSTITUCIONAL. PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA INCLUSIÓN			
<b>PASOS</b>			
1.- REALIZAR BAJO OFICIO LA PETICIÓN DEL SERVICIO	2.- REMITIR EL OFICIO EN LA OFICINA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CON UNA SEMANA DE ANTICIPACIÓN PARA PERMITIR LA ORGANIZACIÓN DE LA CONFERENCIA.		
3.- CONFIRMACIÓN DE LA CONFERENCIA; LA COORDINACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SE PONE EN CONTACTO CON LA FINALIDAD DE COORDINAR EL ESPACIO, EQUIPO AUDIOVISUAL, ECT.	4.- SE REALIZARA LA CONFERENCIA CONFORME A LO PLANEADO Y LLEVADO A CABO.		
5.- SE EVALUA SU IMPACTO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PARA FUTURAS ACTIVIDADES			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1., INCLUIR LA PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE, ASI COMO EL TEMA PROPUESTO PARA LA CONFERENCIA.	EN CASO DE SER UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, EL OFICIO DEBERA ESTAR SELLADO Y FIRMADO POR EL DIRECTO		
2.- FECHA, HORA Y LUGAR DEL EVENTO			
3.- PÚBLICO OBJETIVO Y EL NÚMERO APROXIMADO DE ASISTENTES			
4.- DATOS DE CONTACTO.			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>			
ESCRITO LIBRE			
<b>VII. ENLACE DEL 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 APLICA			
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			

NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
C. JOSÉ FRANCISCO FLORES VÁZQUEZ		411-160-38-00		<a href="mailto:coordinacion_discapacidad@cortazar.gob.mx">coordinacion_discapacidad@cortazar.gob.mx</a>	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
1 A 4 DÍAS HÁBILES			Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				NO APLICA	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				NO APLICA	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
GRATUITO			NO APLICA		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
POR EVENTO					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
CUMPLIR CON LOS REQUISITOS, ANTERIORMENTE MENCIONADOS					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		PRESIDENCIA MUNICIPAL CORTAZAR GUANAJUATO			
ÁREA O DEPARTAMENTO		COORDINACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
DOMICILIO (S)		IGNACIO LÓPEZ RAYÓN NO. 100 B, ZONA CENTRO, C.P. 38300, CORTAZAR GUANAJUATO.			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
LUNES A VIERNES EN UN HORARIO DE 8:00 A.M A 3:00 P.M					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.					
DOMICILIO (S)		IGNACIO LÓPEZ RAYÓN NO. 100 B, ZONA CENTRO, C.P. 38300, CORTAZAR GUANAJUATO.			
TELÉFONO (S)		411-160-38-00			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		<a href="mailto:coordinacion_discapacidad@cortazar.gob.mx">coordinacion_discapacidad@cortazar.gob.mx</a>			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
CONTRALORIA		411-160-38-00		<a href="mailto:contraloria.mpa@cortazar.gob.mx">contraloria.mpa@cortazar.gob.mx</a>	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
ACUSE DE RECIBIDO					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR				SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 C. JOSÉ FRANCISCO FLORES VÁZQUEZ COORDINADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD				 <b>DIRECCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>	