

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO

**BECAS GRUPOS VULNERABLES DISCAPACIDAD**

Objetivo del Trámite o Servicio: Obtener un apoyo económico para cursar estudios de nivel básico hasta posgrado

clave estatal: 11  
clave municipal: 007  
clave: sm-cel-id-05  
Trámite:  
Servicio: X

Dependencia Responsable: **INSTITUTO MUNICIPAL DE CELAYA PARA LA INCLUSIÓN Y ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Titular de la Dirección: **C. MAYRA MARCELA LUGO MONTES**

Tipo de usuario: Personas con Discapacidad que se encuentren estudiando

Beneficio o servicio que se obtiene: Beca

Modalidad: (Presencial): X (Línea):

Costo (\$): Gratuito

Tiempo de respuesta: 10 días

Figura jurídica (afirmativa ficta): (negativa ficta): X

Vigencia del trámite o servicio: Por evento

Inspección o Verificación: Si: Fundamento Jurídico: No: X

**LUGAR EN DONDE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO**

Oficina(s) receptora(s) y resolutora(s): Instituto Municipal de Celaya para la Inclusión y Atención de Personas con Discapacidad

Domicilio: Mina de San Bernabé no. 203, Col. San Juanico 3ra. Sección, C.P. 38020

Teléfono(s): 01(461) 159.32.54 • 01(461) 614.97.93

Correo electrónico: dir.general@includiscelaya.gob.mx, coord.administrativa@includiscelaya.gob.mx  
coord.inclusion@includiscelaya.gob.mx

Horario de atención: De lunes a viernes de 8:30 a 16:00 hrs.

**REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS**

**OR CO**

1. Credencial o Constancia de Discapacidad	NA	1
2. Constancia de Estudios con Clave de Centro de Trabajo	NA	1
3. CURP* ( <b>Ver observaciones</b> ) del alumno, de padre madre o tutor	NA	NA
4. Comprobante de Domicilio Actual	NA	1
5. Comprobante de Ingresos	NA	1

(✓) EL ORIGINAL SE ENTREGARÁ PARA EXPEDIENTE (●) EL ORIGINAL ES SÓL PARA COTEJO, DESPUÉS SERÁ DEVUELTO AL SOLICITANTE (NA) NO APLICA **OR: ORIGINAL CO: COPIA**

**OBSERVACIONES Y NOTAS**

El Servicio de Becas SUBE está sujeto al tiempo de respuesta que marque EDUCAFIN.

\*Datos necesarios (Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, estado de nacimiento) para que la propia dependencia obtenga la CURP.

**FORMATOS NECESARIOS** No Aplica

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL TRÁMITE O SERVICIO** [Ver Aquí](#)

**FUNDAMENTOS DE LEY**

- Ley de Inclusión para las Personas con Discapacidad en el Estado de Guanajuato, toda la Ley.

**FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA**

- Reglamento del Instituto Municipal de Celaya para la Inclusión y Atención de Personas con Discapacidad, Artículo 31, fracción II.
- Lineamientos Operativos de la Red Estatal de Promotores de Inclusión a la Vida 2019.

**SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, artículos del 75 al 89.



**LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Dependencia: Contraloría Municipal

Teléfono(s): 01(461) 613.93.39/01(461) 616.22.00/01(461) 616.25.62

Correo electrónico: [ruben.guerrero@celaya.gob.mx](mailto:ruben.guerrero@celaya.gob.mx)

