





Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Doctor Mora, Guanajuato



| | | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|---|------|
| HOMOCLAVE | DM-DIF-S-02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 18 | 1 | 2022 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Desayunos en su modalidad de asistencia alimentaria en los primeros mil días de vida. | | | | | |
| OBJETIVO | | | | | |
| El objetivo del programa es contribuir el acceso a alimentos inocuos y nutritivos de la población sujeta de asistencia social alimentaria, proporcionados preferentemente en espacios alimetarios y acompañados de acciones de orientacion alimentaria, aseguramiento de la calidad y producción de alimentos. | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | |
| Asistencia alimentaria en los primeros mil días de vida. | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Reglas de Operación del Programa Asistencia Alimentaria GTO para el ejercicio Fiscal 2022. | | | | | |
| IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | |
| Todas las personas que se encuentren en alguna condición de vulnerabilidad o que presenten inseguridad alimentaria, preferentemente ubicadas en zonas de alto y muy alto grado de marginación o rezago social en sus primeros 1000 días de vida. | | | | | |
| PASOS | | | | | |
| 1.-Petición por escrito por parte de la institución o espacio alimentario solicitando el programa dirigido al Presidente del Sistema DIF, con atención a la Directora General del Sistema DIF Municipal. | | 4.- Realizar instrumentos de evaluación al 10% de beneficiarios solicitantes. | | | |
| 2.- Enviar documentacion para expediente de cada beneficiario. | | 5.- Contar con el espacio destinado para el funcinamiento del comedor. | | | |
| 3.- Crear un comité. | | 6.- Realizar diagnóstico de protección civil al espacio reservado para el comedor. | | | |
| 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. | | | |
| Oficio de solicitud (con copia para acuse). | | | | | |
| Curp del beneficiario (copia). | | | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | | | |
| Se presenta mediante formato libre de solicitud. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| Se lleva a cabo inspección del espacio destinado para el comedor, para verificar que las condiciones sean adecuadas. | | | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | | |



[Handwritten signature]

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|----|
| 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 | | | |
| Variable de acuerdo a los tiempos del DIF Estatal | | Afirmativa Ficta | No | Negativa Ficta | Si |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | Enero - Diciembre 2022 | | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | Enero - Diciembre 2022 | | |
| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | | | |
| Trámite gratuito | | N/A | | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | | | |
| De acuerdo a los tiempos de DIF ESTATAL | | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Cumplir con las disposiciones previstas, que el Estado cuente con las razones solicitadas. | | | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS | | | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | Sistema DIF Municipal | | | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | Programas Alimentarios | | | | |
| DOMICILIO (S) | Calle Jerécuaro No. 37, Col. Centro, Doctor Mora, Gto. | | | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | | | |
| Lunes a Viernes de 08:30 a 16:30 horas | | | | | |
| 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 1930166 | | | | |
| 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 30166 | contraloria@doctormora.gob.mx | | | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Copia del oficio de solicitud (con acuse de recibido) | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA | | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | | |
|  Yolanda Alba Espino Directora General del Sistema Municipal DIF | | |  | | |