

HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24-feb-25

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.

COORDINACIÓN DE ADULTOS MAYORES

PROGRAMA DIF ESTATAL GUANAJUATO; EDPAM (ESPACIO DE DESARROLLO PARA PERSONAS ADULTOS MAYORES)

II. MODALIDAD.

En este programa gerontológico se atienden a personas de la tercera edad, de todo el municipio de Tarimoro Gto., donde realizan activación física, manualidades, talleres, pláticas, orientación de los servicios, comedor etc.

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO; LEY DE LOS DERECHOS DE PERSONAS MAYORES, CON SU ÚLTIMA MODIFICACIÓN 08-072021 FRACCIÓN X Y SE ADICIONA UNA FRACCIÓN 12 AL ARTICULO 32.

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

Se realiza registro de cada adulto mayor, en un padrón que se encuentra en Centro Gerontológico

PASOS

Presencial entregar documentación. Asistir 1 vez a la semana a las actividades correspondientes a su grupo.

Persona a partir de los 60 años

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.

Copia de acta de nacimiento.	Ninguno
Copia de credencial de elector	
Copia de curo (nuevo formato)	
Copia de comprobante de domicilio	
Formato de sondeo por cada persona	

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

Formato de centro gerontológico, Lista de asistencia

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

2024,2025,2026 y 2027

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

Ninguno

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
MA. GACSIOLA GARCÍA PATIÑO	466-1192862	edpamtarimoro@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

INMEDIATO	Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta	SI
-----------	------------------	----	----------------	----

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NO TIENE

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

NO TIENE

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

NO

NO

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

EJERCICIO FISCAL 2024,2025,2026 Y 2027





**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



HOMOCLAVE	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	24 de febrero 2025
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD		
PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE SERVICIO DE DISCAPACIDAD		
Contribuir a recibir los apoyos y beneficios de la tarjeta de los establecimientos brindados para poder generar una inclusion de las personas mas independientes.		
II. MODALIDAD.		
GESTIONAR ATRAVEZ DE LA TARJETA; descuentos brindados en diferentes establecimientos como los son; transporte de primera clase, pasaporte, laboratorios, farmacia isseg, etc.		
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.		
Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad.		
IV. DECRIPCION DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.		
Tener una discapacidad permanente valorada ante un medico especialista en rehabilitacion.		
PASOS		
Recopilacion de documentos personales.	Entrega de tarjeta al usuario con vigencia de 5 años.	
Consulta medica.		
Envio de documentos para la realizacion de la tarjeta.		
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.
Valoración médica.	Medico especialista en rehabilitacion.	
Copia de acta de nacimiento, copia de curp, copia de credencial (en caso de ser menor de edad padre, madre o tutor).		
Copia de comprobante de domicilio.		
Diagnostico.		
Consulta medica de especialista de 300 pesos.		
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.		
Se solicita mediante un formato expedido por crenaped.		
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
Pagina crenaped.		Ejercicio Fiscal 2024-2027.
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.		
Verificacion.		
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Martha Elena Cerda Moncada Coordinadora de Discapacidad	4661191935	martisstarimoro@hotmail.com
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN
2 meses		Afirmativa Ficta NO Negativa Ficta SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		NO TIENE
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		CUANDO SE INDIQUE
XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
NO TIENE		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
EJERCICIO FISCAL 2024-2025-2026-2027.		

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Dif municipal, ingudis y consulta medica.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	COORDINACION DE DISCAPACIDAD E INGUDIS RECEPCION O ATENCION AL PUBLICO. MADERO S/N O HACIENDA #900 SILAO GUANAJUATO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	INGUDIS RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO HACIENDA #900 SILAO GUANAJUATO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO SILAO GUANAJUATO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	SMDIF TARIMORO GTO. COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD DE SMDIF TARIMORO GTO. MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELEFONO (S)	466-6640535
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx



LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACION QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

EXPEDIENTES Y ACUSES.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
	

		REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO			
HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACION		24 DE FEB DEL 2025	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACION DE APOYOS SOCIALES					
PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE APOYOS SOCIALES					
Contribuir al mejoramiento de las circunstancias y condiciones de vida de las familias , población en general del municipio de Tarimoro del Estado de Guanajuato. Posibilitar al desarrollo integral de la familia y de los individuos en condiciones de desventaja social, pobreza o enfermedad.					
II. MODALIDAD.					
GESTION POR TRÁMITE .- Préstamos silla de ruedas, Credencial de Descuento de Pasaje por Enfermedad, Oficio de Descuento para pasaje por Enfermedad, Leche y pañales para niño sano, Medicamentos (referencias, donación o compra), Donación de ropa y zapatos, Consultas Auditivo, Referencias a consultas médicas y/o especialidad, Donación bastón, muletas, andador, Donación de pañal adulto, Diagnóstico socioeconómico para referencia a Institución Médica o Colegiatura.					
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.					
Ley de Asistencia Social articulo 27, fracción III, X, XI, y 31 frac. I Y XII, Del Estado de Guanajuato. Página 2, 31 de diciembre 2019 del periodico Oficial					
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
Cuando se lleve a cabo resolución de petición del algún tipo de apoyo.					
PASOS					
Presencial.- 1) Requisar formato de solicitud			4) Entrega de documentación variada		
2) Visita domiciliaria en caso de que se requiera			5) Tiempo de respuesta definido por Institución de gestión.		
3) Cita para recabar documentos y llenado de formatos					
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
Valoración médica + Receta médica				Clínica o médico particular o Secretaria de Salud	
Copia de acta de nacimiento, copia de curp, copia de credencial (en su caso)				Clínica donde se realiza sesión de hemodiálisis.	
Copia de comprobante de domicilio (en su caso)				Consultorios médicos.	
Copia de recibos de adeudos por Institución Médica. (en su caso)					
Copia de credencial de elector de dos familiares (en su caso)					
Constancia de NO derechohabencia de IMSS e ISSTE. (en su caso)					
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
Se presenta mediante un formato en físico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF Tarimoro Gto.					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.				FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
				Ejercicio Fiscal 2025..	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.					
A) Visita domiciliaria para inspección o sondeo B) Visita domiciliaria para entrega para detectar vulnerabilidad y adecuada canalización. C) Visista domiciliaria por razón varias. D) Visita domiciliaria para Verificación.					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
BERENICE ROCHA TREJO Y ANDREA ARTEAGA TIRADO		466-2120180, 466-6645860 Y 466-6640535		diftarimoroapovossociales@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
DE INMEDIATO HASTA 1 MES			Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				NO TIENE	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				CUANDO SE INDIQUE	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
NO TIENE					
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
EJERCICIO FISCAL 2024-2025-2026-2027.					

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Reglas de operación del programa DIF Estatal Guanajuato "Estamos Contigo", Casa Ciudadana, Desarrollo Social, SMDIF Tarimoro Gto., Fecha de consulta por especialidad o canalización.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIF ESTATAL GUANAJUATO
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES
DOMICILIO (S)	PASEO DE LA PRESA 89-A. COL. CENTRO. GUANAJUATO GTO. C.P. 3600
DEPENDENCIA O ENTIDAD	CASA CIUDADANA
AREA O DEPARTAMENTO	RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO
DOMICILIO (S)	GUANAJUATO CAPITAL
DEPENDENCIA O ENTIDAD	DESARROLLO SOCIAL
AREA O DEPARTAMENTO	RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO
DOMICILIO (S)	GUANAJUATO CAPITAL.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF TARIMORO GTO.
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES DE SMDIF TARIMORO GTO.
DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	CONSULTORIOS MÉDICOS.
AREA O DEPARTAMENTO	INSTITUCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.
DOMICILIO (S)	

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELEFONO (S)	466-6640535 466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 466-6645860	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

OFICIO ACUSE DIF ESTATAL / REFERENCIA / EXPEDIENTE DE COORDINACIÓN APOYO SOCIALES. / CARPETA DE ARCHIVO /CARPETA DE HISTORIAL ANUAL DE APOYOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
	



DIRECCION



**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACION	24 DE FEB DEL 2025
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACION DE APOYOS SOCIALES			
PROGRAMA "ESTAMOS CONTIGO" DIF ESTATAL GUANAJUATO Y TRASLADO A CASA CIUDADANA			
Contribuir al mejoramiento de las circunstancias y condiciones de vida de las familias , población en general del municipio de Tarimoro del Estado de Guanajuato. Posibilitar al desarrollo integral de la familia y de los individuos en condiciones de desventaja social, pobreza o enfermedad.			
II. MODALIDAD.			
GESTION POR TRÁMITE .- Gestión ante DIF Estatal u otras Instituciones (tensiometro digital, Jeringas para insulina, Glucómetro, Tiras reactivas y lancetas, Material de curación, Bolsas de diálisis, Bolsas de Colostomía, Pañal adulto, Pañal Infantil, Leche, Toallas Húmedas, Glucerna o Ensure, Sillas de ruedas o de PCI, Pago sesión de hemodialisis, Apoyo pago de ortesis u ortesis, Pago apoyo de cirugía, Apoyos Funerarios, Medicamento de Especialidad, Varios.			
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.			
Ley de Asistencia Social articulo 27, fracción III, X, XI, y 31 frac. I Y XII, Del Estado de Guanajuato. Página 2, 31 de diciembre 2019 del periodico Oficial			
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Cuando se lleve a cabo resolución de petición del algún tipo de apoyo.			
PASOS			
Presencial.- 1) Requisar formato de solicitud	4) Entrega de documentación variada		
2) Visita domiciliaria con petición de documentación necesaria	5) Tiempo de respuesta definido por Institución de gestión.		
3) Cita para recabar documentos y llenado de formatos			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.	SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.		
Valoración médica	Clínica o médico particular o Secretaria de Salud		
Copia de acta de nacimiento, copia de curp, copia de credencial	Clínica donde se realiza sesión de hemodiálisis.		
Copia de comprobante de domicilio	Clínica donde se gestiona adueños médicos.		
Copia de recibos de adeudos por Institución Médica.	Funerarias correspondientes.		
Copia de credencial de elector de dos familiares			
Constancia de NO derechohabencia de IMSS e ISSTE.			
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
Se presenta mediante un formato en físico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF , DIF ESTATAL GUANAJUATO E INSTITUCIÓN DE CANALIZACIÓN.			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
		Ejercicio Fiscal 2025..	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
A) Visita domiciliaria para inspección o sondeo B) Visita domiciliaria para entrega para detectar vulnerabilidad y adecuada canalización. C) Visista domiciliaria por razón varias. D) Visita domiciliaria para Verificación.			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
BERENICE ROCHA TREJO Y ANDREA ARTEAGA TIRADO	466-2120180, 466-6645860 Y 466-6640535	diftarimoroapovossociales@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
DE 10 DIAS A 2 MESES	Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta SI
XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			NO TIENE
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			CUANDO SE INDIQUE
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
NO TIENE			
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
EJERCICIO FISCAL 2024-2025-2026-2027.			

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Reglas de operación del programa DIF Estatal Guanajuato "Estamos Contigo", Casa Ciudadana, Desarrollo Social, SMDIF Tarimoro Gto., Fecha de consulta por especialidad o canalización.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIF ESTATAL GUANAJUATO
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES
DOMICILIO (S)	PASEO DE LA PRESA 89-A. COL. CENTRO, GUANAJUATO GTO. C.P. 3600
DEPENDENCIA O ENTIDAD	CASA CIUDADANA
AREA O DEPARTAMENTO	RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO
DOMICILIO (S)	GUANAJUATO CAPITAL
DEPENDENCIA O ENTIDAD	DESARROLLO SOCIAL
AREA O DEPARTAMENTO	RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO
DOMICILIO (S)	GUANAJUATO CAPITAL.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF TARIMORO GTO.
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES DE SMDIF TARIMORO GTO.
DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	CONSULTORIOS MÉDICOS.
AREA O DEPARTAMENTO	INSTITUCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.
DOMICILIO (S)	

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.


DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELÉFONO (S)	466-6640535 466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 466-6645860	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

OFICIO ACUSE DIF ESTATAL / REFERENCIA / EXPEDIENTE DE COORDINACIÓN APOYO SOCIALES. / CARPETA DE ARCHIVO / CARPETA DE HISTORIAL ANUAL DE APOYOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
<i>Erick David Martínez Tirado</i>	

IV. ANEXOS DE LA DIRECCION DEL TARIFFO MUNICIPAL

ANEXO 1: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 2: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS LÍQUIDOS
ANEXO 3: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS	ANEXO 4: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE CONSTRUCCIÓN
ANEXO 5: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE INDUSTRIA	ANEXO 6: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 7: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 8: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 9: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 10: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 11: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 12: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 13: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 14: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 15: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 16: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 17: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 18: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO
ANEXO 19: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO	ANEXO 20: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS DE LABORATORIO

V. ANEXOS DE LA DIRECCION DEL TARIFFO MUNICIPAL

ANEXO 21: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 22: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 23: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 24: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 25: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 26: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 27: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 28: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 29: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 30: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 31: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 32: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 33: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 34: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 35: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 36: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 37: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 38: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS
ANEXO 39: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS	ANEXO 40: PLAN DE MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS



HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24-feb-25

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS.

FAVORECER UN ESTADO DE ADECUADO DE LOS GRUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, COMPLEMENTANDO SU DIETA EN CONTRIBUCIÓN AL EJERCICIO DEL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN, MEDIANTE LA ESTREGA DE ALIMENTOS NUTRITIVOS E INOCUOS, EN ACOMPAÑAMIENTO DE ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA, ASÍ COMO ACCIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

II. MODALIDAD.

PRESENCIAL

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

ARTÍCULO 3, LEY DE ASISTENCIA SOCIAL.

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

I. PERSONAS EN MUNICIPIOS LOCALIDADES O AGEB RURALES, URBANAS O INDÍGENAS PREDEREMENTE DEL ALTO Y MUY ALTO GRADO DE MARGINACIÓN (CONAPO 2020) O DE REZAGO SOCIAL (CONEVAL 2020), PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTOS MAYORES, ASÍ COMO NIÑAS Y NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS 11 MESES NO ESCOLARIZADOS. II. PERSONAS DE ZONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA DEFINIDAS POR LA SECRETARÍA DEL NUEVO COMIENZO. III. PERSONAS QUE SEAN ENCONTRADAS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA, DE ACUERDO CON LA ESCUELA DE MEDICIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA.

PASOS

TENER SU DOMICILIO EN MUNICIPIOS, LOCALIDADES O AGEB RURALES, URBANAS O INDÍGENAS, DE ALTO Y MUY ALTO GRADO DE MARGINACIÓN.

PRESENTAR INSEGURIDAD ALIMENTARIA, INDEPENDIENTE DEL GRADO DE MARGINACIÓN

TENER ALGUNA DISCAPACIDAD

SER PERSONA ADULTA MAYOR

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.

SOLICITUD GUANAJUATO GOBIERNO DE LA GENTE O SOLICITUD EN FORMATO LIBRE

AUTORIZACIÓN

COPIA SIMPLE DE CURP

VALIDACIÓN

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

N/A

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

N/A

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

N/A

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

VERIFICAR QUE EL BENEFICIARIO ESTÉ CONSUMIENDO LOS INSUMOS QUE SE LE HACEN LLEGAR.

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

JOSE MANUEL CABALLERO CONTRERAS

466-105-9359

josediftarimoro@outlook.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

N/A

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

Afirmativa Ficta

Negativa Ficta

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.

N/A

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

N/A

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.

N/A

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

N/A

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

N/A

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

N/A

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD

SMDIF TARIMORO

ÁREA O DEPARTAMENTO

ASISTENCIA ALIMENTARIA

DOMICILIO (S)

MADERO S/N COL. FRANCISCO I. MADERO

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

10:00 - 16:00

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)

MADERO S/N COL. FRANCISCO I. MADERO

TELÉFONO (S)

466-105-9359

CORREO ELECTRÓNICO (S)

josediftarimoro@outlook.com

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

SM DIF TARIMORO

466-664-0535

josediftarimoro@outlook.com

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

BITÁCORAS DE MUESTREO, RECIBOS Y LISTAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

Erick David Martínez Tirado



HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	24-feb-25
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA			
ALIMENTACION ESCOLAR			
FAVORECER UN ESTADO DE NUTRICION ADECUADO DE LOS GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA COMPLEMENTANDO SU DIETA EN CONTRIBUCION AL EJERCICIO DEL			
II. MODALIDAD.			
PRESENCIAL			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
ARTICULO TRES, DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL			
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Niñas, niños y adolescentes que asisten a planteles educativos oficiales, ubicados preferentemente en municipios, localidades o AGEB rurales, urbanas o indígenas de alto y muy alto grado de marginación (Centro Nacional de Población (CONAPO) 2020) o de rezago social (CONEVAL 2020); y Niñas, niños y adolescentes que asisten a planteles educativos oficiales con una prevalencia mayor o igual al 15% de estudiantes con desnutrición, independientemente del grado de marginación			
PASOS			
estar inscrito en un plantel educativo oficial, preferentemente, en municipios, localidades o AGEB rurales urbanas o indígenas de alto y muy alto grado de marginación.			
tener menos de 18 años de edad o tener mas de 18 años de edad y estar inscrito en un plantel educativo que brinde atención escolarizada a personas con discapacidad			
no ser persona beneficiada de otro tipo de apoyo del programa asistencia alimentaria guanajuato dentro de un mismo periodo de entrega a excepcion d los apoyos de la modalidad atención alimentaria a personas en situación de emergencia o desastre.			
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.	
CURP o clave provisional		VALIDACIÓN	
COMPROBANTE DE DOMICILIO		VALIDACIÓN	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
N/A			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
APLICA		N/A	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
VERIFICAR QUE EL BENEFICIARIO ESTE CONSUMIENDO LOS INSUMOS QUE SE LE HACEN LLEGAR			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
JOSE MANUEL CABALLERO CONTRERAS	4661059359	josediftarimoro@outlook.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		●	
N/A	Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		N/A	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		N/A	
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.			
N/A			
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
N/A			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS			
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF TARIMORO		
AREA O DEPARTAMENTO	ASISTENCIA ALIMENTARIA		
DOMICILIO (S)	MADERO S/N COL FRANCISCO I MADERO		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
10:00 - 16:00			
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			
DOMICILIO (S)	MADERO S/N COL FRANCISCO I MADERO		
TELEFONO (S)	466-105-9359		
CORREO ELECTRÓNICO (S)	josediftarimoro@outlook.com		
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO			
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
SM DIF TARIMORO	466-664-0535	josediftarimoro@outlook.com	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
BITÁCORAS DE MUESTREO, RECIBOS Y LISTAS			
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
Erick David Martinez Truato			



DIP
DIRECCION
DE INVESTICIONES
PROMOCIONADAS

DIRECCION

HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24-feb-25

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS

FORTALECER UN ESTADO DE NUTRICION ADECUADO DE LOS GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA, COMPLEMENTANDO SU DIETA EN CONTRUBUCION AL EJERCICIO

II. MODALIDAD.
PRESENCIAL

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.
ARTICULO 3 DE LA LEY DE ASSITENCIA SOCIAL

IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.
PERSONAS CON CARENCIA POR ECCESSO A LA ALIMENTACION NUTRITIVA Y DE CAUIDAD Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON MANUTENCION EN EL ESTADO DE GUANAJUATO ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN MUJERES EMBARAZADAS Y MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA ASI COMO NIÑAS Y NIÑOS DE SEIS MESES A DOS AÑOS DE EDAD PREFERENTEMENTE DE MUNICIPIOS, LOCALIDADES AGEB RURALES O INDIGENAS DE ALTO Y MUY ALTO GRADO DE MARGINACION O DE REGAZO.

PASOS

1. ESTAR EMBARAZADA Y/O EN PERIODO DE LACTANCIA
2. ESTAR REGISTRADO EN UN CENTRO DE ATENCION
3. TENER DOMICILIO EN UNA LOCALIDAD DONDE SE FORME UN GRUPO DE ATENCION ALIMENTARIA.

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.

SOLICITUD GUANAJUATO GOBIERNO DE LA GENTE O SOLICITUD EN FORMATO LIBRE EN LOS CASOS EN QUE ASI LO AUTORICE LA DIRECCION
COPIA SIMPLE DE CURP

MANIFESTACION POR ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DE LAS PERSONAS INTERESADAS DE QUE SE ENCUENTRA EMBARAZADA O EN PERIODO DE LACTANCIA.

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

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. N/A
FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO N/A

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.
VERIFICAR QUE EL BENEFICIARIO ESTE CONSUMIENDO LOS INSUMOS QUE SE LE HACEN LLEGAR

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO JOSE MANUEL CABALLERO CONTRERAS	TELÉFONO 466 105 93 59	CORREO ELECTRÓNICO josediftarimoro@outlook.com
---	---------------------------	---

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. N/A
FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN
Afirmativa Ficta Negativa Ficta

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. N/A
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. N/A

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. N/A
ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO N/A

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.
N/A

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.
N/A

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF TARIMORO
ÁREA O DEPARTAMENTO	ASISTENCIA ALIMENTARIA
DOMICILIO (S)	MADERO S/N COL. FRANCISCO I. MADERO

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.
10:00 - 16:00

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N COL. FRANCISCO I. MADERO
TELÉFONO (S)	466-105-9359
CORREO ELECTRÓNICO (S)	josediftarimoro@outlook.com

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SM DIF TARIMORO	466-664-0535	diftarimoro@outlook.com

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

BITÁCORAS DE MUESTREO, RECIBOS Y LISTAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

SELLO DE LA DIRECCIÓN

Erick David Martínez Tirado

DIRECCION



**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	21-feb-25
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR SMDIF TARIMORO GTO.			
COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR SMDIF TARIMORO GTO.			
ÁREAS INVOLUCRADAS PARA REALIZAR TRAMITES O SERVICIOS: JURÍDICO, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL.			
II. MODALIDAD.			
PRESENCIAL; ÁREA JURÍDICA: SE ENCARGA DE REALIZAR ASESORÍAS, ORIENTACIONES, CANALIZACIÓN DE DENUNCIAS, ASISTENCIAS LEGALES. ÁREA PSICOLÓGICA: SE ENCARGA DE CONSULTAS, ORIENTACIONES, CANALIZACIONES A OTROS SERVICIOS. ÁREA DE TRABAJO SOCIAL: SE ENCARGA DE REALIZAR ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS DE LOS DIFERENTES CASOS.			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
LEY DE ASISTENCIA SOCIAL Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR DEL ESTADO DE GUANAJUATO. ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN 04 DE ENERO DEL 2024			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
CASOS DE PERSONAS QUE REQUIERAN ASISTENCIAL SOCIAL, QUE SE ENCUENTREN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD , ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE ABANDONO O SITUACIONES FAMILIARES CON DIFERENTES PROBLÉMICAS.			
PASOS			
1.- PRESENCIAL	4.- CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO.		
2.- DIFERENTES ASESORÍAS U ORIENTACIONES DE ACUERDO AL ÁREA	5.- ATENCIÓN PSICOLÓGICA (OBLIGATORIO PRESENCIAL)		
3.- VISITA DOMICILIARIA			
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.
1.- COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR.	VALORACIÓN MÉDICA DE HOSPITAL COMUNITARIO		
2.- COPIA ACTA DE NACIMIENTO, COMPROBANTE DE DOMICILIO	VALORACIÓN MÉDICA DE UMAPS		
3.- COPIA DE CURP.	VALORACIÓN MÉDICA DE OTRAS INSTITUCIONES.		
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
FORMATOS DE ACORDE A LA COORDINACIÓN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR.			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.			FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
			17/07/1905
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA, OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
1.- VISITA DOMICILIARIA ORDINARIA, 2.- VISITA DOMICILIARIA DE SEGUIMIENTO, 3.- VISITA DOMICILIARIA DE INSPECCIÓN, 4.- VISITA DOMICILIARIA PARA CONCLUSIÓN DE CASOS.			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
PSIC. RICARDO QUEZADA MARTÍNEZ	466-1189375		
LIC. ALEJANDRA ALMANZA PALACIOS	417-1331008	NO CUENTA	
PSIC. AGUSTÍN ROSILLO RAMÍREZ	4661084145		
PSIC. ESTEFFANNY GPE. GUILLÉN MONTOYA	4661074291	guillenfan4578Qgmail.com	
TS. MARIA DE JESÚS MENDOZA TIRADO	466-1273926		
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
A EVOLUCIÓN DE CADA CASO		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			NO CUENTA
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			NO CUENTA
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
NO CUENTA		NO CUENTA	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
DE ACUERDO A RESOLUCIÓN DE CADA CASO.			
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
1.- Cuando se realiza la canalización adecuada. 2.- Cuando el caso pertenezca a otra área 3.- En el caso de Psicología por desistir de manera voluntaria 4.- Por mejoramiento en sesión psicología			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS			
DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIF ESTATAL GUANAJUATO		
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR		
DOMICILIO (S)	PASEO DE LA PRESA 89 A, BARRIO DE LA PRESA, GUANAJUATO, GTO.		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	HOSPITAL MAC, CELAYA GTO.		
AREA O DEPARTAMENTO	CONSULTA NEUROPEDIATRIA		
DOMICILIO (S)	AVE, FERROCARRIL CENTRAL 706, COL. LAS LAURELES , CELAYA GTO.		

DEPENDENCIA O ENTIDAD	CENTRO ESTATAL DE JUSTICIA ALTERNATIVA
AREA O DEPARTAMENTO	JUZGADOS SALVATIERRA
DOMICILIO (S)	BICENTENARIO NÚM. 701, COM. JANICHO, SALVATIERRA GTO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD	HOSPITAL COMUNITARIO TARIMORO GTO.
AREA O DEPARTAMENTO	URGENCIAS O CONSULTA EXTERNA
DOMICILIO (S)	CALLE REFORMA S/N, COL. EMILIANO ZAPATA, TARIMORO GTO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD	UMAPS TARIMORO GTO.
AREA O DEPARTAMENTO	CONSULTA EXTERNA
DOMICILIO (S)	REVOLUCIÓN ORIENTE 2925, COL. CENTRO, TARIMORO GTO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD	FUNDACION CHATAN, QUERETARO.
AREA O DEPARTAMENTO	ALBERGUE
DOMICILIO (S)	PRIVADA GIRASOLES NUM. 213, COL. JARDINES DEL CIMATARIO, QUERETARO QRO.

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

LUNES A VIERNES DE 9 AM A 4 PM

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.
TELEFONO (S)	466-6640535 Y 466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 Y 466-6645860	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

EXPEDIENTES, LIBRO DE VISITAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 <p>Erick David Martínez Tirado</p>	



REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO



HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACION		24 de febrero 2025
I. NOMBRE Y DESCRIPCION DEL TRAMITE O SERVICIO. COORNACION DE CRIANZA POSITIVA.				
PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE CRIANZA POSITIVA.				
En este programa se contribuye a gestionar e inpartir platicas en las escuelas de las comunidades del munipio para brindar herramientas de crianza a los padres de familia, ademas de brindar tambien platicas para crianza con personas referidas de procuraduria para poder generar conocimientos nuevos dentro de la crianza de niñas, niñosy adolescentes.				
II. MODALIDAD.				
Gestionar y promover el conocimiento y aprovechamiento de las platicas ; para contribuir con herramientas nuevas dentro de la crianza de las niñas, niños y adolescentes y de esta manera aportar al no almaltrato o violencia infantil.				
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.				
Convencion sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes.				
IV. DECRIPCION DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.				
Tener una problemática familiar, domestica o de crianz, donde se encuentren inmersos las niñas, niños y adolescentes.				
PASOS				
Recopilacion de informacion personal.		Aplicación de la escala parental inicial.		
Asistencia a las sesiones que se inparten		Aplicación de la escala parental final.		
Entrega de un reconocimiento por cursar el taller				
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.		
solicitar el servio por oficio al departamento de "Crianza Positiva"		El certificado debe estar firmado por la promotora encargada del departamento de Crianza Positiva.		
Compartir información personal como: curp, edad, domicilio, número telefonico y como es su estructura familiar, en la aplicación de las escalas parentales inicial y				
Copia de comprobante de domicilio.				
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.				
Se solicita mediante un formato				
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.			FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
Pagina SISTEMAS DIF. GUANAJUATO.			Ejercicio Fiscal 2024-2027.	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.				
Verificacion.				
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.				
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO
Eva Andrea Lara Rico, Promotora de Crianza positiva		4661089074		lararicoandrea@gmail.com
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
2 meses		Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta
				SI
XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				NO TIENE
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				CUANDO SE INDIQUE
XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
NO TIENE				
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.				
EJERCICIO FISCAL 2024-2025-2026-2027.				

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Dif municipal.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD
 AREA O DEPARTAMENTO
 DOMICILIO (S)

COORDINACION DE SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
 DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR. COORDINACIÓN DE PSICOEDUCACIÓN SOCIAL.
 P. DE LA PRESA 89 a, barrio de la presa, 36000 GUANAJUATO, GTO..

DEPENDENCIA O ENTIDAD
 AREA O DEPARTAMENTO
 DOMICILIO (S)

SMDIF TARIMORO GTO.
 COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD DE SMDIF TARIMORO GTO.
 MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELEFONO (S)	466-6640535
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

EXPEDIENTES Y ACUSES.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

SELLO DE LA DIRECCIÓN.

Erick David Martínez Tirado



HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACION	24 DE FEB DEL 2025
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACION DE FISIOTERAPIA			
PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE FISIOTERAPIA			
La consulta de fisioterapia tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población en general del municipio de Tarimoro del Estado de Guanajuato, a través de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de diversas enfermedades y lesiones para contribuir al mejoramiento de las circunstancias y condiciones de vida de las familias.			
II. MODALIDAD.			
GESTION POR CONSULTA MEDICA.			
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Cuando se lleve a cabo resolución de petición de atención fisioterapéutica.			
PASOS			
Presencial.- 1) Requisar formato de solicitud	4) Consulta de agenda para inicio de tratamiento		
2) Acudir a cita medica solicitada	5) Tiempo de respuesta el mismo día solicitado		
3) Recabar documentos y llenado de formatos			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
Valoración médica + Receta médica + Indicaciones fisioterapéuticas		Clínica o médico rehabilitador particular o Secretaria de Salud	
Copia de acta de nacimiento, copia de curp, copia de credencial (en su caso)		Clínica de fisioterapia	
Copia de comprobante de domicilio (en su caso)		Consultorios médicos con médicos rehabilitadores.	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
Se presenta mediante un formato en físico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF Tarimoro Gto.			
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.			
N/A			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
LFT. LIZETH YARELI ACEVEDO LARA	461-262-2765 y 466-664-0535	difrehabilitaciontarimoro@outlook.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
DE INMEDIATA A 15 DIAS		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta
XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		N/A	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		N/A	
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.			

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

SMDIF Tarimoro Gto. , Fecha de consulta por especialidad o canalización.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD
AREA O DEPARTAMENTO
DOMICILIO (S)

SMDIF TARIMORO GTO.
COORDINACIÓN DE FISIOTERAPIA DE SMDIF TARIMORO GTO.
MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD
AREA O DEPARTAMENTO
DOMICILIO (S)

CONSULTORIOS MÉDICOS.
INSTITUCIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELÉFONO (S)	466-6640535 466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 466-6645860	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

EXPEDIENTE DE COORDINACIÓN DE FISIOTERAPIA / CARPETA DE ARCHIVO /CARPETA DE HISTORIAL ANUAL DE CONSULTAS MEDICAS

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR**SELLO DE LA DIRECCIÓN.**

Erick David Martínez Tirado



El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...

El presente documento tiene como objetivo...





**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24 DE FEB DEL 2025

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE RED MOVIL

PROGRAMAS MUNICIPALES DE SMDIF TARIMORO GTO. , DE RED MOVIL

El programa de RED MOVIL busca desarrollar estilos de vida saludables en las comunidades participantes, busca fortalecer las familias para generar comunidades sustentables y autosuficientes ,darle impacto a cada actividad que se esta elaborando en que se esta elaborando en que se le esta apoyando o beneficiando. Atraves de los nueve componentes que son los siguientes :Autocuidado,Recreacion y manejo del tiempo libre,Gestion integral de riesgos,Espacios habitables sustentables,Alimentacion correcta y local,Economia solidaria,Sustentabilidad,Paz,Organizacion para la autogestion.

II. MODALIDAD.

Atraves del programa pueden otorgarse los siguientes apoyos :Talleres,capacitaciones y/o asesorias tecnicas permite que la poblacion adquiera conocimientos con base en los componentes de Salud y Bienestar Comunitario. Apoyos individuales y en especie : Estos apoyos seran destinados ala instalacion de proyectos sustentables como son ; semillas para huertos familiares,plantas aromaticas,plantas medicinales,aves de doble proposito de traspatio ,despensas y estufas prefabricadas.

III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

El programa de RED MOVIL , salud y bienestar comunitario, busca garantizar el derecho al desarrollo comunitario en localidades y zonas social y economicamente marginadas ,en los terminos de los articulos 2,4,13 fraccion I, XI ,XII y 18, fracciones I,II de la ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social.

IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

Quando se lleve a cabo resolución de petición del algún tipo de apoyo.

PASOS

1) Asistir frecuentemenye al grupo para ser beneficiadas.	4) Recaudacion de una minima cuota de recuoeracion (Aplica solo en algunos casos)
2) copia de la curp.	5)Entrega del apoyo a la persona beneficiada.
3) Cita para recarbar documentos y llenado de formatos	

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.

SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.

Asistir a 3 reuniones para darse de alta en el programa.	No aplica.
Copia de la curp.	
Copia de comprobante de domicilio (en su caso)	
Copia de credencial de elector.	

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

Se presenta mediante un formato en fisico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF Tarimoro Gto.

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

Ejercicio Fiscal 2025..

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
Monica Salazar Romero ,Lucia Balbino Arteaga, Arturo Contreras	4613155074 - 4661157864 - 4661076408.	redmoviltarimoro@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta	NO
------------------	----	----------------	----

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.

NO TIENE

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

CUANDO SE INDIQUE

XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

NO TIENE

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

EJERCICIO FISCAL 2024-2025-2026-2027.

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Reglas de operación del programa DIF Estatal Guanajuato "Estamos Contigo", Casa Ciudadana, Desarrollo Social, SMDIF Tarimoro Gto., Fecha de consulta por especialidad o canalización.

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS

DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIF ESTATAL GUANAJUATO
AREA O DEPARTAMENTO	RED MOVIL DIF GUANAJUATO
DOMICILIO (S)	Pueblito de Rocha S/n. Pueblito de Rocha36040 guanajuato Gto.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	DESARROLLO SOCIAL
AREA O DEPARTAMENTO	RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO
DEPENDENCIA O ENTIDAD	SMDIF TARIMORO GTO.
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES DE SMDIF TARIMORO GTO.
DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COL. FCO. VILLA, TARIMORO GTO.
DEPENDENCIA O ENTIDAD	
AREA O DEPARTAMENTO	
DOMICILIO (S)	

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

DE 9AM A 4:00 PM DE LUNES A VIERNES.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.



DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO.
TELEFONO (S)	466-6640535 466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	dif@tarimoro.gob.mx

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535 466-6645860	dif@tarimoro.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

OFICIO ACUSE DIF ESTATAL / REFERENCIA / EXPEDIENTE DE COORDINACIÓN APOYO SOCIALES. / CARPETA DE ARCHIVO /CARPETA DE HISTORIAL ANUAL DE APOYOS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
	



REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO



HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24 de Febrero 2025

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.

POCESO PARA ENTRAR AL PROGRAMA DE RED MOVIL

LAS PERSONAS QUE QUIERAN ESTAR EN EL PROGRAMA DEBERAN ASISTIR A 3 REUNIONES Y AL 4TA YA ESTARAN INSCRITAS PARA SER BENEFICIADAS CON TALLERES ,PLATICAS Y APOYOS.

II. MODALIDAD.

PRESENCIAL

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

EL PROGRAMA DE RED MOVIL , SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO, BUSCA GARANTIZAR EL DERECHO AL DESARROLLO COMUNITARIO EN LOCALIDADES Y ZONAS SOCIAL Y ECONOMICAMENTE MARGINADAS ,EN LOS TERMINOS DE LOS ARTICULOS 2,4,13 FRACCION I, XI ,XII Y 18, FRACCIONES I,II DE LA LEY SOBRE EL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL.

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CUANDO UN CIUDADANO DESEE INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA.

PASOS

PRESENTARSE AL LUGAR DE LAS REUNIONES EN LA COMUNIDAD. SUBIR AL SISTEMA.

ASISTIR A 3 REUNIONES SEGUIDAS.

ENTREGAR DOCUMENTACION.

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.

ASISTIR A 3 REUNIONES SEGUIDAS.

COPIA DE CURP.

COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR.

COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO.

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

EL TRAMITE SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO.

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

<https://dif.guanajuato.gob.mx> o a través de microcitio

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

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Monica Salazar Renteria ,Lucia Balbino Arteaga, Arturo Contreras	4613155074 - 4661157864 - 4661076408	redmoviltarimoro@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

3 secciones

Afirmativa Ficta

Negativa Ficta

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

DURACION DEL PERIODO DE 4 AÑOS

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA RED MOVIL DIF ESTATAL GUANAJUATO EN COORDINACION CON SMDIF TARIMORO GUANAJUATO

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS

DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIF TARIMORO
AREA O DEPARTAMENTO	RED MOVIL
DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO
TELEFONO (S)	4613155074 - 4661157864 - 4661076408.
CORREO ELECTRÓNICO (S)	redmoviltarimoro@gmail.com

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DIF TARIMORO	4666640535	dif@tarimoro.gov.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Este programa es publico , queda ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
-----------------------------	------------------------

1
Frick David Martinez Tirado



