

HOMOCLAVE

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

24-feb-25

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

ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS

FORTALECER UN ESTADO DE NUTRICIÓN ADECUADO DE LOS GRUPOS DE ATENCIÓN PRIORITARIA, COMPLEMENTANDO SU DIETA EN CONTRIBUCIÓN AL EJERCICIO

II. MODALIDAD.

PRESENCIAL

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

ARTÍCULO 3 DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL

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

PERSONAS CON CARENCIA POR EXCESO A LA ALIMENTACIÓN NUTRITIVA Y DE CALIDAD Y NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON MANUTENCIÓN EN EL ESTADO DE GUANAJUATO ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN MUJERES EMBARAZADAS Y MUJERES EN PERÍODO DE LACTANCIA ASÍ COMO NIÑAS Y NIÑOS DE SEIS MESES A DOS AÑOS DE EDAD PREFERENTEMENTE DE MUNICIPIOS, LOCALIDADES AGEB RURALES O INDÍGENAS DE ALTO Y MUY ALTO GRADO DE MARGINACIÓN O DE REGAZO.

PASOS

1. ESTAR EMBARAZADA Y/O EN PERÍODO DE LACTANCIA
2. ESTAR REGISTRADO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN
3. TENER DOMICILIO EN UNA LOCALIDAD DONDE SE FORME UN GRUPO DE ATENCIÓN 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 ASÍ LO AUTORICE LA DIRECCIÓN  
COPIA SIMPLE DE CURP

MANIFESTACIÓN POR ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DE LAS PERSONAS INTERESADAS DE QUE SE ENCUENTRA EMBARAZADA O EN PERÍODO 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.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

N/A

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 PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
JOSE MANUEL CABALLERO CONTRERAS	466 105 93 59	josediftarimoro@outlook.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

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

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

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SM DIF TARIMORO	466-664-0535	diftarimoro@gmail.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*

DIRECCIÓN