
		<b>REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO</b>			
HOMOCLAVE		FECHA DE ACTUALIZACIÓN		24 DE FEB DEL 2025	
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES</b>					
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.					
<b>II. MODALIDAD.</b>					
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.					
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>					
Ley de Asistencia Social artículo 27, fracción III, X, XI, y 31 frac. I Y XII, Del Estado de Guanajuato. Página 2, 31 de diciembre 2019 del periodico Oficial					
<b>IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>					
Cuando se lleve a cabo resolución de petición del algún tipo de apoyo.					
<b>PASOS</b>					
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 recarbar documentos y llenado de formatos					
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>			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)					
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>					
Se presenta mediante un formato en físico de solicitud correspondiente a la gestión del tipo de apoyo oficial de SMDIF Tarimoro Gto.					
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>		
			Ejercicio Fiscal 2025..		
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>					
A) Visita domiciliaria para inspección o sondeo B) Visita domiciliaria para entrega para detectar vulnerabilidad y adecuada canalización. C) Visita domiciliaria por razón varias. D) Visita domiciliaria para Verificación.					
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
BERENICE ROCHA TREJO Y ANDREA ARTEAGA TIRADO		466-2120180, 466-6645860 Y 466-6640535		difitarimoroapoyossociales@gmail.com	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
DE INMEDIATO HASTA 1 MES			Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta
					SI
<b>XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>			NO TIENE		
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>			CUANDO SE INDIQUE		
<b>XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>			<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
NO TIENE					
<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>					
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 AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	DIF ESTATAL GUANAJUATO COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES PASEO DE LA PRESA 89-A. COL. CENTRO. GUANAJUATO GTO. C.P. 3600
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	CASA CIUDADANA RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO GUANAJUATO CAPITAL
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	DESARROLLO SOCIAL RECEPCIÓN O ATENCIÓN AL PÚBLICO GUANAJUATO CAPITAL
DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO DOMICILIO (S)	SMDIF TARIMORO GTO. COORDINACIÓN DE APOYOS SOCIALES 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.**

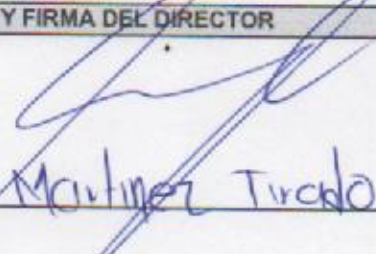
DOMICILIO (S)	MADERO S/N, COLONIA FRANCISCO VILLA, TARIMORO GTO. ,
TELÉFONO (S)	466-6640535      466-6645860
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:dif@tarimoro.gob.mx">dif@tarimoro.gob.mx</a>

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF TARIMORO GTO.	466-6640535    466-6645860	<a href="mailto:dif@tarimoro.gob.mx">dif@tarimoro.gob.mx</a>

**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.
 Erick David Martínez Tirado	