

 <b>Registro de Trámites y Servicios</b> <b>Municipio de Dolores Hidalgo Cuna de la Independencia</b> <b>Nacional</b>				
HOMOCLAVE	DOL-E-05	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30	6 2021
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>				
Recepción del solicitudes del Programa Kit Sanitario y Despensa				
<b>II. MODALIDAD.</b>				
Solicitud de ayuda de kit sanitario y despensa				
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
Artículo 77, fracción V, de la Ley Orgánica Municipal para el Estado de Guanajuato; y en observancia a lo dispuesto por los artículos 93, 94 y 101 de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato				
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>				
Cuando una persona que enfrenta condiciones de sospecha y/o contagio, afectados directamente por el virus covid 19 y que presentan algún grado de pobreza.				
<b>PASOS</b>				
En línea				
1.-Ingresar a la Pagina <a href="http://www.dh.gob.mx/programa">www.dh.gob.mx/programa</a> y registrarse como usuario				
2.-Llenar campos con informacion solicitada				
3.- Escanear y subir a la plataforma los documentos requeridos				
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.		
1.- Identificación oficial con fotografía				
2.-Curp				
3.-Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses o, en su caso, constancia de residencia expedida por la autoridad correspondiente.				
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>				
Formato				
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>		<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>		
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>				
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
Lic. Gabriela Terán Salazar	418 18 2 08 08 88 ext 1044	<a href="mailto:accioncivicadh@gmail.com">accioncivicadh@gmail.com</a>		
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
15 días		Afirmativa Ficta	no	Negativa Ficta si
<b>XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>		no tiene		
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		no tiene		
<b>XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		

Despensa y Kit sanitario		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Personas sospechosas o confirmadas por la contingencia provocada por el virus Covid-19, que por sus condiciones de vulnerabilidad requieren apoyo institucional y que habitan dentro del Municipio de Dolores Hidalgo C.I.N, Gto.		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	Presidencia Municipal	
AREA O DEPARTAMENTO	Dirección de Educación	
DOMICILIO (S)	Avenida de los Heroes # 77, San Cristobál	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Avenida de los Heroes # 77, San Cristobál	
TELEFONO (S)	418 182 80 88 ext 1044	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	accioncivicadh@gmial.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	418 18 2 80 88 ext 1019	<a href="mailto:contraloria_dh@hotmail.com">contraloria_dh@hotmail.com</a>
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN