

		Registro de Trámites y Servicios Municipio de Dolores Hidalgo Cuna de la Independencia Nacional			
HOMOCLAVE	DOL-E-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30	6	2021
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>					
Recepción de solicitudes del Programa de ayuda para gastos funerarios					
<b>II. MODALIDAD.</b>					
Solicitud del Programa de ayuda para gastos funerarios					
<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 tuvieran la pérdida de un familiar con motivo del virus covid-19.					
<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.- Dos copias del acta de defunción del familiar.					
2.- Dos copias de identificación oficial vigente del beneficiario que contenga la CURP					
3.-Dos copias de comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 1 mes o, en su caso, constancia de residencia expedida por la autoridad correspondiente.					
4.- Original de factura por el monto total del apoyo, emitida a nombre del Municipio de Dolores Hidalgo C.I.N, Gto.					
<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>		
10 días			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.		no tiene					
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO					
\$5,000.00							
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.							
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
<p>Personas que tuvieran la pérdida de un familiar con motivo del 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.</p>							
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, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.							
DOMICILIO (S)	Avenida de los Heroes # 77, San Cristobál						
TELÉFONO (S)	418 182 80 88 ext 1044						
CORREO ELECTRÓNICO (S)	accioncivicadh@gmail.com						
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS 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			