

| | | | |
|--|---|--|------------|
| HOMOCLAVE | MS-CTZ-DSYH-03 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 12/02/2025 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | |
| CALENTADOR SOLAR | | | |
| MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD MEDIANTE LA ENTREGA DE UN DISPOSITIVO PARA CALENTAR AGUA (CALENTADOR SOLAR), PROMOVRIENDO UNA MEJOR HIGIENE PERSONAL HACIENDO UN HOGAR SEGURO, DIGNO Y ADECUADO. | | | |
| II. MODALIDAD. | | | |
| PRESENCIAL. | | | |
| III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | |
| REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA NUEVO COMIENZO EN MI HOGAR PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2025 LEY GENERAL DEL DESARROLLO SOCIAL | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | |
| ESTE TRÁMITE O SERVICIO DEBE REALIZARSE CUANDO UNA PERSONA CIUDADANA NECESITE ACCEDER A UN BENEFICIO SOCIAL, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS | | | |
| PASOS | | | |
| 1.- RECOPIRAR DOCUMENTACIÓN. | 4.- ELABORAR EXPEDIENTE TECNICO. | | |
| 2.- SUPERVISIÓN EN EL DOMICILIO PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. | 5.- GESTIONAR RECURSO PARA LA CONTRATACIÓN. | | |
| 3.- INCORPORAR AL PADRÓN CON DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA. | 6.- EJECUCION DEL PROGRAMA. | | |
| 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. | |
| COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE. | | | |
| CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) | | | |
| COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO CON ANTIGÜEDAD NO MAYOR A TRES MESES | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | |
| SOLICITUD VERBAL | | | |
| VII. ENLACE DEL FORMATO. | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | |
| N/A | | N/A | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | |
| PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOCIECÓNOMICA QUE LES SEA REQUERIDA POR LAS AUTORIDADES EN LOS TÉRMINOS QUE ESTABLESCA LA NORMATIVIDAD CORRESPONDIENTE, Y CUMPLIR LA NORMATIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL. | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| CLAUDIA ALMAZA PATIÑO | 4111603800 | desarrollo.social@cortazar.gob.mx | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |
| 5 MESES | | Afirmativa Ficta | NO |
| | | Negativa Ficta | SI |
| XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | 5 DÍAS. | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | 5 DIAS. | |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| GRATUITO | | N/A | |

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

5 MESES

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROGRAMA

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

| | |
|-----------------------|---|
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | PRESIDENCIA MUNICIPAL |
| AREA O DEPARTAMENTO | DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO |
| DOMICILIO (S) | PORTAL CONSTITUCION, No 116, ZONA CENTRO, C.P. 38300, CORTAZAR GTO. |

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

LUNES A VIERNES DE 8:00 AM - 3:00 PM.

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

| | |
|------------------------|--|
| DOMICILIO (S) | PORTAL CONSTITUCION, No 116, ZONA CENTRO, C.P. 38300, CORTAZAR GTO. |
| TELEFONO (S) | 4111603800 |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | desarrollo.social@cortazar.gob.mx |

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

| DEPENDENCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|-----------------------|------------|--|
| CONTRALORIA MUNICIPAL | 4111191835 | contaloria_cortazar@hotmail.com |

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

ACTA DE ENTREGA - RECEPCIÓN POR BENEFICIARIO

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


C. CLAUDIA ALMANZA PATIÑO

