

<b>HOMOCLAVE</b>	MS-CTZ-DSYH-06	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	12/02/2025
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			
<b>MI COLONIA A COLOR (PINTURA)</b>			
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A TRAVÉS DEL PROGRAMA "MI COLONIA A COLOR", ENBELLECIENDO LOS HOGARES CON PINTURA PARA CREAR ENTORNOS MÁS DIGNOS, SEGUROS Y ARMONIOSOS, FORTALECIENDO EL SENTIDO DE LA COMUNIDAD Y BIENESTAR.			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
PRESENCIAL.			
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			
REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA NUEVO COMIENZO EN MI HOGAR PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2025 LEY GENERAL DEL DESARROLLO SOCIAL			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>			
ESTE TRÁMITE O SERVICIO DEBE REALIZARSE CUANDO UNA PERSONA CIUDADANA NECESITE ACCEDER A UN BENEFICIO SOCIAL, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS			
<b>PASOS</b>			
1.- RECOPIAR 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.		
<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.	
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			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>			
SOLICITUD VERBAL			
<b>VII. ENLACE DEL FORMATO.</b>		<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
N/A		N/A	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>			
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.			
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
CLAUDIA ALMAZA PATIÑO	4111603800	<a href="mailto:desarrollo.social@cortazar.gob.mx">desarrollo.social@cortazar.gob.mx</a>	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>	<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
5 MESES	<b>Afirmativa Ficta</b>	<b>NO</b>	<b>Negativa Ficta</b> <b>SI</b>
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>		5 DÍAS.	
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>		5 DIAS.	
<b>XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>	
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)	<a href="mailto:desarrollo.social@cortazar.gob.mx">desarrollo.social@cortazar.gob.mx</a>

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

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4111191835	<a href="mailto:contaloria_cortazar@hotmail.com">contaloria_cortazar@hotmail.com</a>

**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

