



| | | | |
|---|--|--|----------------|
| HOMOCLAVE | MHU-DIF-01 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 13-feb-23 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| SERVICIOS DENTALES | | | |
| Este servicio fue autorizado por el H.Ayuntamiento en las disposiciones administrativas el cual permite continuar con el proceso acceso a los servicios del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Huanímaro. | | | |
| II. MODALIDAD. | | | |
| Presencial | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Periodico Oficial del SMDIF ART.14.- Servicios Médicos a enfermos para terapias y traslados en vehículos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Municipio de Huanímaro, Gto. | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | |
| Cuando el usuario lo requiera | | | |
| PASOS | | | |
| 1.- Acudir a ventanilla de recepción del SMDIF Huanímaro. | 4.- Acudir el día otorgado para el servicio. | | |
| 2.- Se solicita un lugar en la agenda del servicio deseado. | | | |
| 3.- Se realiza estudio socioeconómico para otorgarle un nivel de cobro. | | | |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. | |
| 1.- Solicitud verbal con trabajadora social para que realice el estudio económico del servicio deseado y según los resultados que otorgue el mismo se otorga un nivel de cobro para el servicio. | | Trabajo Social | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | |
| No aplica | | | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | |
| No aplica | | No aplica | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | |
| No aplica | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Caremm Santacruz Rivera | 4296910442 | dif_huanimaro@hotmail.com | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |
| Inmediato | Afirmativa Ficta | NO | Negativa Ficta |
| | | | SI |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | No aplica | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | No aplica | |
| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| Consulta \$40.00 | | Efectivo en cajas de recepción | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | |
| No aplica | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Presentar estudio socioeconómico expedido por la Trabajadora Social del SMDIF Huanímaro. | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS. | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD: | Presidencia Municipal | | |
| ÁREA O DEPARTAMENTO: | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Huanímaro (DIF) | | |

| | | |
|--|--|---|
| DOMICILIO (S): | Prol. Ojo de Agua Sin numero Colonia Melchor Ocampo Huanimaro Guanajuato | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | |
| 8:30 a.m. a 4:00 p.m. | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | |
| DOMICILIO (S): | Prol. Ojo de Agua Sin numero Colonia Melchor Ocampo Huanimaro Guanajuato | |
| TELÉFONO (S): | 4296910442 | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S): | dif_huanimaro@hotmail.com | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | |
| DEPENDENCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
| Contraloría Municipal | 4291228363 | contraloriahuanimaro@gmail.com |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | |
| Recibo de cobro expedido por caja en recepción al momento del pago. | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN. | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. |
|  Carem Santacruz Rivera Directora del SMDIF Huanimaro | |  |