



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|-----------|--|-------------------|--|----|--|----------------------------|--|----|--|
| NOMBRE: | | | | | | TRÁMITE: | | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| Asesoría y Canalización del programa para el Bienestar de las Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras, que realiza la Dirección de Impulso Social y Atención a Grupos Vulnerables. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | Código de la Cedula: | | DISACV/03 | | | | | | | | | | | | | |
| Brindar atención a las personas que requieran información sobre incorporación y/o entrega de apoyos del programa para el Bienestar de las Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | | | | | Reglas de Operación del Programa para el Bienestar Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2024. | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | | | | | No Aplica | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | No Aplica | | | | | | | | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | | | | | SI | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | DIRECCIÓN WEB | | No Aplica | | | | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | | | | | Cuando una persona solicita asesoría del programa para el Bienestar de las Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras, | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA: | | | | | | No Aplica | | | | | | | | | | | | | | | |
| REQUISITOS: | | | | | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO JURÍDICO ADMINISTRATIVO | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acudir de forma presencial y realizar el registro en bitácora | | | | | | SI | | 0 | | Reglas de Operación del Programa para el Bienestar Niñas y Niños Hijos de Madres Trabajadoras para el ejercicio fiscal 2024. | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Aplica | | | | | | No Aplica | | No Aplica | | No Aplica | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No Aplica | | | | | | No Aplica | | No Aplica | | No Aplica | | | | | | | | | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO: | | | | | | 1.- Acudir de manera presencial a la Dirección de Impulso Social y Atención a Grupos Vulnerables. 2.- Realizar el registro en bitácora 3.- Solicitar informes sobre el programa. 4.- Se canaliza a la dependencia correspondiente, o se proporciona apoyo de verificación del programa a través de las diferentes plataformas digitales que maneja Gobierno Federal. | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | | | | | 30 Minutos | | | | | | | | | | | | | | | |
| COSTO: | | | | | | Gratuito | | Fundamento Jurídico | | No Aplica | | | | | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | | | | | EFECTIVO | | NO | | TARJETA DE CRÉDITO | | NO | | TARJETA DE DÉBITO | | NO | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | | NO | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | | | | | No Aplica | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | | | | No Aplica | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE: | | | | | | De acuerdo a las reglas de operación del programa gubernamental, se canaliza al solicitante a la instancia correspondiente. | | | | | | | | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA: | | | | | | No Aplica, toda vez que se da respuesta en tiempo y forma. | | | | | | | | | | | | | | | |

aj



| | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|--|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | |
| Dirección de Impulso Social y Atención a Grupos Vulnerables | | | | Dirección Impulso Social y Atención a Grupos Vulnerables | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: Lic. Valezka Gutiérrez Solórzano | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Av. Saitama | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | B.o San Pedro la Cabecera | MUNICIPIO: | Ixtlahuaca | | |
| C.P.: | 50740 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horas. | | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 722 | 5295255 | No Aplica | No Aplica | impulso_social@ixtlahuaca.gob.mx | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
| OFICINA: | No Aplica | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | No Aplica | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | No Aplica | NO. INT. Y EXT.: | No Aplica | |
| COLONIA: | No Aplica | MUNICIPIO: | | | |
| C.P.: | No Aplica | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | No Aplica | | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No Aplica | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Qué tipo de apoyo otorga el programa? | | | | |
| RESPUESTA: | Apoyo económico bimestral. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿A quién va dirigido el programa? | | | | |
| RESPUESTA: | Va dirigido a las madres trabajadoras que tienen hijos menores de 4 años. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿A dónde tengo que acudir para inscribirme al programa? | | | | |
| RESPUESTA: | A las oficinas del bienestar, ubicadas en Bo. San Pedro, a un costado del Hospital, Valentín Gómez Farias. | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| No Aplica | | | | | |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| P.L.D. JENNIFER RAMIREZ ROCHA | LIC. VALEZKA GUTIERREZ SOLORZANO | 15 / 03 / 2024 |

