



FICHA TECNICA

| FECHA DE ACTUALIZACIÓN | | | DEPENDENCIA MUNICIPAL |
|---|--|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF SANTIAGO) |
| 30 | MARZO | 2017 | |
| HOMOCLAVE DEL TRAMITE | NOMBRE DEL TRÁMITE | | VIGENCIA DEL TRAMITE |
| DIF-CAS-AP-01 | APOYO CON PAÑALES | | PERMANENTE |
| PLAZO MAXIMO PARA LA RESOLUCION DEL TRAMITE | DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE | | |
| INMEDIATO | BRINDAR APOYO CON PAÑALES A LAS PERSONAS QUE LO REQUIERAN | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE | | | |
| <ul style="list-style-type: none">- NIÑOS CON DISCAPACIDAD- ADULTOS MAYORES- PERSONAS POSTRADAS EN CAMA | | | |
| EL TRAMITE REQUIERE FIRMA, VALIDACION, CERTIFICACION O AUTORIZACION DE OTRA DEPENDENCIA? | | INDICAR DEPENDENCIA | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO APLICA | |
| TIPO DE TRAMITE | EL TRÁMITE SE REALIZA CON ESCRITO LIBRE | EL TRÁMITE SE REALIZA CON FORMATO TIPO: (INDICAR TIPO Y ANEXAR COPIA) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO <input type="checkbox"/> EMPRESARIAL | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ESTUDIO SOCIOECONOMICO | |
| DATOS QUE DEBEN ASENTARSE EN EL TRAMITE | | DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL TRAMITE | |
| NOMBRE, EDAD, SEXO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, DIRECCION, ESTADO CIVIL | | <ul style="list-style-type: none">- INE- CURP- COMPROBANTE DE DOMICILIO | |
| MONTO A PAGAR | | FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA O FORMA EN QUE SE DETERMINA EL MONTO A PAGAR | |
| NO APLICA | | NO APLICA | |
| LUGAR PARA REALIZAR EL PAGO | | FORMA DE PAGO | ALTERNATIVAS DE PAGO |
| NO APLICA | | EFFECTIVO | NO APLICA |
| | | TARJETA | |
| | | CHEQUE | |
| | | PAGO EN LÍNEA | |

FICHA TECNICA

| EL TRAMITE APLICA | | FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO DEL TRÁMITE | |
|---|-------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> AFIRMATIVA FICTA <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVA FICTA | | REGLAMENTO ORGANICO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DE SANTIAGO, NUEVO LEON ARTICULO 25 FRACCION III | |
| DEPENDENCIA ANTE LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE | | | |
| COORDINACION DE ASISTENCIA SOCIAL | | | |
| FORMAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO | | | |
| TRÁMITE PERSONAL (HORARIO DE ATENCIÓN) | | TRÁMITE VÍA TELEFÓNICA (HORARIO DE ATENCIÓN) | TRÁMITE POR INTERNET |
| DE 08:00 A 16:00 HORAS | | NO APLICA | NO APLICA |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA | | | |
| MARIA LUISA GAUNA GARCIA. | | | |
| DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA | | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
| CALLE JARDINES DE LA BOCA, No. 200, COLONIA JARDINES DE LA BOCA. | | 22-85-36-77 | dif@santiago.gob.mx |
| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | | | |
| EXISTENCIA DE PAÑALES | | | |
| EL TRAMITE REQUIERE INSPECCION | DEPENDENCIA RESPONSABLE | OBJETIVO DE LA INSPECCION O VERIFICACION | |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | NO APLICA | NO APLICA | |
| OBSERVACIONES | | | |
| NO APLICA | | | |
| ELABORÓ | | APROBÓ | |
| LIC. JESUS VALDES GALVAN. | | LIC. SARA MARCELA CABELLO CAVAZOS. | |
| NOMBRE, FIRMA Y CARGO | | NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA | |