

**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS 2022**  
**MUNICIPIO DE MOROLEÓN, GTO.**



HOMOCLAVE	MO-DS-06	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	22	03	2022
-----------	----------	------------------------	----	----	------

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

PROGRAMA TECHO DIGNO 2022

IMPLEMENTACIÓN DE MATERIALES DE CALIDAD PARA LA MEJORA DE VIVIENDA.

**II. MODALIDAD.**

LA SOLICITUD SE REALIZA DE MANERA PRESENCIAL, MEDIANTE LA ENTREGA DE DOCUMENTOS.

**III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA OPERACIÓN DEL FONDO DE APORTACIONES PARA LA INFRAESTRUCTURA SOCIAL. FAIS 2022

**IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.**

SE REALIZA LA SOLICITUD DE TECHO DIGNO, CUANDO SE REQUIERA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS ESPACIOS EN LA VIVIENDA.

**PASOS**

1.-ACUDIR A OFICINA DE DESARROLLO SOCIAL.	4.-ESPERAR LISTA DE RESULTADOS.
2.-PRESENTAR LOS REQUISITOS.	
3.-REALIZAR CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO.	

**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. CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE CON DOMICILIO DE MOROLEÓN	NO SE REQUIERE.
3. CURP DEL SOLICITANTE Y DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	NO SE REQUIERE.
4. COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE	NO SE REQUIERE.
5. FOTOGRAFÍA IMPRESA A COLOR DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA	NO SE REQUIERE.
6. FOTOGRAFÍA IMPRESA A COLOR DEL ESPACIO QUE SE PRETENDE TECHAR	NO SE REQUIERE.
7. MEDIDAS DEL ESPACIO QUE SE PRETENDE TECHAR (ANCHO Y LARGO)	NO SE REQUIERE.
8. NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR (HOMBRES Y MUJERES)	NO SE REQUIERE.

**VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.**

SE PRESENTA LA SOLICITUD MEDIANTE LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN.

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
N/A	N/A

**VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.**

SE VISITA EL DOMICILIO PARA VERIFICAR EL ESPACIO A TECHAR.

**IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
DR. ARTURO ZAMUDIO GAYTÁN	01 (445) 45 89211 01 (445) 45 89212	<a href="mailto:socialmoroleon@gmail.com">socialmoroleon@gmail.com</a>

**X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

**FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN**

DE 6 A 9 MESES	Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta	NO
----------------	------------------	----	----------------	----

**XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.**

N/A

**PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.**

N/A

**XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.**

**ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO**

NO TIENE COSTO	N/A
----------------	-----

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

1 año

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER DEL DOMICILIO DONDE SE INSTALARA EL TECHO. LA ENTREGA DE DOCUMENTOS NO GARANTIZA LA ENTREGA DEL APOYO, PUES EXISTE UNA VALIDACIÓN PREVIA EN EL SISTEMA SIIPSO DE ACUERDO AL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO. EL APOYO SE ENTREGA DE ACUERDO AL CALENDARIO DE EJECUCIÓN Y SE REQUIERE QUE ESTE ABIERTO EL PROGRAMA

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
AREA O DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
DOMICILIO (S)	HIDALGO NO. 30 CENTRO

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

HORARIO DE OFICINA DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HORAS.

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

DOMICILIO (S)	HIDALGO NO. 30 CENTRO
TELÉFONO (S)	01 (445) 45 89211 y 01 (445) 45 89212
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:socialmoroleon@gmail.com">socialmoroleon@gmail.com</a>

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

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
ORGANO DEL CONTROL INTERNO (CONTRALORIA MUNICIPAL)	01 445 45 89222, 01 445 45 70001 ext. 115	<a href="mailto:contraloriamoroleon15@hotmail.com">contraloriamoroleon15@hotmail.com</a>

**XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO CON DOCUMENTACIÓN Y FOTOGRAFÍAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 DR. ARTURO ZAMUDIO GAYTÁN	