

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



<b>HOMOCLAVE</b>	MO-DS-01	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	22	03	2022
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>					
PROGRAMA DE BECAS CON ALMA 2022					
OTORGAR APOYO ECONOMICO A ESTUDIANTES RESIDENTES EN EL MUNICIPIO CON DESEOS DE SUPERACION ACADEMICA Y PREVENIR LA DESERCIÓN ESCOLAR.					
<b>II. MODALIDAD.</b>					
PRESENCIAL					
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA BECAS CON ALMA 2022					
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>					
SE REALIZA LA SOLICITUD DE BECA CUANDO SE REQUIERA MEJORAR LA ECONOMÍA DE LAS FAMILIAS CON CARENCIAS SOCIALES.					
<b>PASOS</b>					
1.-ACUDIR A LA OFICINA DE DESARROLLO SOCIAL.		4.-ESPERAR LISTA DE RESULTADOS.			
2.-LLENAR FORMATO DE BECA.		5-FIRMA DE RECIBOS			
3.-PRESENTAR LOS REQUISITOS.					
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		<b>SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE</b>			
NO RECIBIR NINGUN APOYO O BECA DEL GOBIERNO MUNICIPAL, ESTATAL O FEDERAL		INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN SEA EL CASO			
BOLETA DE CALIFICACIONES DEL CICLO ANTERIOR INMEDIATO		NO SE REQUIERE.			
CONSTANCIA DE ESTUDIOS RECIENTE		INSTITUCIÓN EDUCATIVA SEGÚN SEA EL CASO			
COPIA DE CURP DEL SOLICITANTE		NO SE REQUIERE.			
COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO		NO SE REQUIERE.			
COPIA DE CREDENCIAL DE LOS PADRES		NO SE REQUIERE.			
CARTA DE INGRESOS O RECIBO DE NOMINA DE LOS FAMILIARES QUE TRABAJAN		NO SE REQUIERE.			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>					
SE PRESENTA LA SOLICITUD MEDIANTE EL LLENADO DEL FORMATO DE BECA Y LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.					
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE 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>					
VERIFICAR QUE RESIDA EN EL DOMICILIO, ASI COMO LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA.					
<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>	
DR. ARTURO ZAMUDIO GAYTÁN		01 (445) 45 89211      01 (445) 45 89212		<a href="mailto:socialmoroleon@gmail.com">socialmoroleon@gmail.com</a>	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
1 MESES			Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta
					NO
<b>XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>					
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			N/A		
			N/A		
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>			<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
\$0.00			N/A		
<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>					
1 año					
<b>XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER DEL DOMICILIO DONDE SE OTORQUE LA BECA. LA ENTREGA DE DOCUMENTOS NO GARANTIZA LA ENTREGA DEL APOYO, PUES EXISTE UNA VALIDACIÓN PREVIA. EL APOYO SE ENTREGA DE ACUERDO AL CALENDARIO DE DESARROLLO SOCIAL. SE REQUIERE QUE ESTE ABIERTO EL PROGRAMA.					
<b>XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS</b>					
<b>DEPENDENCIA O ENTIDAD</b>		DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL			
<b>AREA O DEPARTAMENTO</b>		DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL			
<b>DOMICILIO (S)</b>		HIDALGO NO. 30 CENTRO			
<b>XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.</b>					
HORARIO DE OFICINA DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HORAS.					
<b>XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.</b>					
<b>DOMICILIO (S)</b>		HIDALGO NO. 30 CENTRO			
<b>TELEFONO (S)</b>		01 (445) 45 89211 y 01 (445) 45 89212			
<b>CORREO ELECTRÓNICO (S)</b>		<a href="mailto:socialmoroleon@gmail.com">socialmoroleon@gmail.com</a>			
<b>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</b>					
<b>DEPENDENCIA.</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
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>	
<b>XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO CON DOCUMENTACIÓN Y FOTOGRAFÍAS.					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA</b>			<b>SELLO DE LA DIRECCIÓN.</b>		
 DR. ARTURO ZAMUDIO GAYTÁN					