**MANUAL DE TRAMITES Y SERVICIOS**

**SISTEMA DIF MUNICIPAL DE CABO CORRIENTES**

**2021-2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 01 | DESAYUNOS ESCOLARES | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| Atender a niñas y niños escolarizados que presenten mal nutrición o que se encuentren en riesgo de padecerla, que asisten a planteles de educación básica de 3 a 15 años en modalidad caliente, que por su situación socioeconómica se encuentren en estado de riesgo y de áreas preferentemente rurales y urbanas de alta y muy alta marginación. | A la brevedad |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| $.50 (CINCUENTA CENTAVOS) PORRACION DIARIA | Administración DIF | RECIBO DE PAGO | Indefinido |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| POBLACION ESCOLAR  | Lunes a Viernes de 9:00 am a 4:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| DIF MUNICIPAL | DESAYUNOS ESCOLARES |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | NO DISPONIBLE |
| **Requisitos** |
| SOLICITUD CON FIRMA DE DIRECTOR O PADRES DE FAMILIA Y SELLO DEL PLANTEL ESCOLAR |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
|  | Sin formatos |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| ESPECIFICAR NUMERO DE ALUMNOS QUE REQUIEREN EL APOYO Y TIPO DE MODALIDAD QUE REQUIEREN, YA SEA FRIA O CALIENTE. |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| C. ALEJANDRA GARCIA RESENDIZCOORDINADORA DESAYUNOS ESCOLARESS | C. Celeste Lorenzo LorenzoDirectora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 02 | Programa Alimentario de Atención Prioritaria (PAAP) | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| Promover una alimentación correcta en los beneficiarios. | Inmediata |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| $ 15 pesos pordespensa | Coordinador PAAP | Firma de entrega |  |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| Beneficiarios empadronados y en Lista de Espera | Lunes a Viernes de 9:00 am a 4:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | Coordinador PAAP |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No Disponible |
| **Requisitos** |
| Encuesta EFIA con inseguridad definida, Copia de acta de nacimiento,copia de identificación oficial, copia de CURP,constancia emitida por secretaria de salud (embarazadas, discapacitados y malnutridos)Constancia de domicilioCartilla de Vacunación. |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Reglas de Operación 2021 PAAP, DIF Jalisco | Electrónico |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Se realiza La encuesta EFIA, se define tipo de inseguridad, con base en resultados se piden los requisitos |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
|  L.N. Yisela Rodríguez Solis Coordinador PAAD | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 03 | PROGRAMA 1000 DÍAS DE VIDA | Trámite X Servicio |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| Apoyo alimentario para menores no escolarizados desde el nacimiento hasta los 2 años 11 meses. | CADA INICIO DE PADRON |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| $7.00 (Ciento sesentapesos 00/100Mn) | Administración DIF 2015 2018 |  | BENEFICIADO 1 AÑO |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| BENEFICIARIOS DE EL PROGRAMA | Lunes a Viernes de 9:00 am a 4:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | 1000 días de vida |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No disponible |
| **Requisitos** |
| Copia de acta de nacimiento CURP (Del padre o tutor y del menor)COMPROBANTE DE DOMICILIO INECartilla de vacunación del menor |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Reglas de operación programa 1000 días de Vida, Sistema DIF Jalisco | Encuesta EFIA |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
|  |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| Dra. María Luisa Cortéz Gómez | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 04 | Psicología | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| Brindar atención psicológica con calidad y calidez a nivel preventivo y psicoterapéutico los habitantes del municipio de Cabo Corrientes, a través de acciones que contribuyan a la salud mental de los individuos, siempre con una práctica profesional y ética que se adapte a las necesidades de los usuarios. | Se brinda la atención de manera inmediata cuando es un caso extraordinario, o en su caso seprograma una cita para su atención |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| $30.00 ( 00/100Mn) | Recepción | Recibo | No aplica |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| Público en general | Lunes a Viernes de 9:00 am a 2:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | Psicología |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No disponible |
| **Requisitos** |
| Ninguno |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Decreto de creación 12849 | Sin formatos |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Sin comentarios |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| Lic. Pisc. Kevin Uriel Gómez GordiánPsicólogo  | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 05 | Asistencia social | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| Brindar apoyos asistenciales a población vulnerable en situación de pobreza o marginación. | 1 semana |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| SEGÚN SEA EL APOYOSOLICITADO | Administración DIF | Orden de pago | Según sea el apoyootorgado |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| Público en general | Lunes a Viernes de 9:00 am a 1:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | Trabajo social |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No disponible |
| **Requisitos** |
|  Copia de acta de nacimiento CURP comprobante de domicilio credencial de elector Receta médica, solicitud de estudios, tarjetón de citas medicas, Boletos, facturasEstudio Sociofamiliar |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Código de asistencia social DIF Jalisco | Formatos área de trabajo social |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| EL APOYO SE OTORGA SEGÚN LA FAMILIA SEA IDONEA PARA OTORGARLE EL APOYO |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| L.T.S. Martha Gabriela Sandoval González Trabajadora Social | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 06 | Atención de Casos y servicios de canalización. | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| BRINDAR UN SERVICIO ASISTENCIAL DE ORIENTACIÓN FAMILIAR, CANALIZACIÓN,INTEGRACIÓN ENTRE OTROS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN CONJUNTA E INTEGRAL. | 1 SEMANA |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| NINGUNO | NINGUNO | NINGUNO | OFICIO CUANDO SEREQUIERA |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| Público en general | Lunes a Viernes de 8:00 am a 1:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | Trabajo social |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No Disponible |
| **Requisitos** |
|  NINGUNO |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Código de asistencia social DIF Jalisco | ENTREVISTA Y/O ORIENTACION |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Sin comentarios |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| L.T.S. Martha Gabriela Sandoval GonzálezTrabajadora Social | C. Celeste Lorenzo LorenzoDirectora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 07 | Apoyos asistenciales, atención de casos | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| ATENDER A LA BREVEDAD POSIBLE LOS REPORTES REALIZADOS Y DARLESSEGUIMIENTO OPORTUNO O CANALIZACION SEGÚN SE REQUIERA, ASÍ COMO TAMBIEN ATENDER LAS SOLICITUDES DE APOYOS ASISTENCIALES QUE SE REQUIERAN. | 1 SEMANA |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| NINGUNO | NINGUNO | NINGUNO | NINGUNO |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| Público en general | Lunes a Viernes de 9:00 am a 1:00 pm |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Dirección General | Trabajo social |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  Primero de Abril #10 | No disponible |
| **Requisitos** |
|  REALIZAR REPORTE Y PROPORCINAR DOMICILIOAtender entrevista y proporcionar información |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Código de asistencia social DIF Jalisco | Estudio sociofamiliar |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| En cuanto a la solicitud de apoyos asistenciales, se hará un análisis minucioso del mismo. |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| L.T.S. Martha Gabriela Sandoval González Trabajadora Social | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 08 | CREDENCIAL PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| REALIZAR EL TRÁMITE PARA LA CREDENCIAL, RECOPILANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, DAR SEGUIMIENTO EN CRI GUADALAJARA PARA LA ENTREGAOPORTUNA DEL LAS CREDENCIALES | 1 mes aprox. |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| gratuito | No aplica | CREDENCIAL PARA PERSONASCON CAPACIDADES DIFERENTES | INDEFINIDO |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 1:00 PM |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| DIRECCIÓN GENERAL | TRABAJO SOCIAL |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  PRIMERO DE ABRIL #10 | NO DISPONIBLE |
| **Requisitos** |
|  COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO CURP COMPROBANTE DE DOMICILIO CREDENCIAL DE ELECTOR CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD EMITIDA POR CLINICA ESPECIALIZADA EN REHABILITACION(QUE SE ESPECIFIQUE DISCAPACIDAD, GRADO EN QUE LO LIMITA, QUE LO ORIGINO Y SECUELAS, CON EL SELLO Y FIRMA Y NO. DE CEDULA PROFESIONAL O DGP DEL DOCTOR) 1 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Código de asistencia social DIF Jalisco | Credencial para personas con capacidades diferentes |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Quien autoriza la credencial es CRI Guadalajara dependiendo del diagnóstico que el usuario presente. Puede tardarse hasta un mes |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| L.T.S. Martha Gabriela Sandoval GonzálezTrabajadora Social | C. Celeste Lorenzo LorenzoDirectora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
|  09 | GAFETE PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | Trámite ServicioX |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| REALIZAR EL TRÁMITE PARA EL GAFETE DE DISCAPACIDAD, RECOPILANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA. | 15 días aprox. |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| Sin costo | ADMINISTRACION DIF | CALCOMANIA PARA PERSONASCON CAPACIDADES DIFERENTES | INDEFINIDO |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 1:00PM |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| DIRECCIÓN GENERAL | TRABAJO SOCIAL |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
|  PRIMERO DE ABRIL #10 | NO DISPONIBLE |
| **Requisitos** |
|  Credencial de discapacitadoConstancia Médica de la discapacidad motora moderada o severa que limite la marcha.Tarjeta de circulación o factura del vehículo (a nombre del usuario o un familiar directo)INE del FamiliarLicencia de Conducir actualizada2 Fotografías tamaño infantil a blanco y negro. |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Código de asistencia social DIF Jalisco | Calcomanía para personas con capacidades diferentes |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Tramite solo en el municipio |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| L.T.S. Martha Gabriela Sandoval GonzálezTrabajadora Social | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 10 | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN UBR | Trámite Serviciox |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| BRINDAR EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN FÍSICA A PERSONAS DEL MUNICIPIO Y MUNICIPIOS ALEDAÑOS QUE CURSEN CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA, TEMPORAL O PERMANENTE. | INMEDIATO |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| $ 50.00 | RECEPCIÓN | RECIBO DE PAGO | UNA SESIÓN |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| TODA PERSONA, SEXO Y EDAD INDISTINTO QUE CURSEN CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, YA SEA TEMPORAL O PERMANENTE. | MARTES Y JUEVES DE 9:00 AM A 2:00 PM |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| U.B.R. | RECEPCIÓN |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
| PRIMERO DE ABRIL #10 | NO DISPONIBLE |
| **Requisitos** |
| PREVIA VALORACIÓN MÉDICA POR MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
|  | EXPEDIENTE MÉDICO |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| ACUDIR CON PUNTUALIDAD E HIGIENE A SU SERVICIO DE REHABILITACIÓN |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| C. ANABEL PLACITO GORDIANAuxiliar en terapia física | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | **Clasificación** |
| 11 | CREDENCIALIZACIÓN INAPAM  | Trámite Servicio X |
| **Descripción y Objetivo** | **Tiempo de Respuesta** |
| OFRECER EL SERVICIO DE CREDENCIALIZACION DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, A TODOS AQUEYOS CIUDADANOS MAYORES DE 60 AÑOS, CON LA FINALIDAD DE QUE OBTENGAN ESOS BENEFICIOS. | INMEDIATO |
| **Costo** | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | **Vigencia del comprobante** |
| No aplica | No Aplica | No Aplica | Vitalicia |
| **Usuarios** | **Horario de Atención** |
| TODA PERSONA MAYOR DE 60 AÑOS | LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 4:00 PM |
| **Dirección responsable** | **Área en la que se presta el trámite o servicio** |
| Adulto Mayor | Credencialización INAPAM |
| **Dirección** | **Números telefónicos** |
| PRIMERO DE ABRIL #10 | NO DISPONIBLE |
| **Requisitos** |
| Identificación Oficial (INE, Pasaporte)Comprobante de domicilioCURPActa de Nacimiento2 fotografias de estudio tamaño infantil (color o bco y negro) |
| **Fundamento Jurídico** | **Formato a utilizar** |
| Ley de la persona Adulta Mayor | Solicitud INAPAM |
| **Comentarios o sugerencias al usuario** |
| Ninguno |
| **Nombre y Cargo del Responsable de la Información** | **Vo. Bo.** |
| C. JOSE GUADALUPE SEVILLA RAMIREZENCARGADO INAPAM | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal |