**MANUAL DE TRAMITES Y SERVICIOS**

**SISTEMA DIF MUNICIPAL DE CABO CORRIENTES**

**2021-2024**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 01 | DESAYUNOS ESCOLARES | | | | | | Trámite Servicio  X | |
| **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) POR  RACION 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 RESENDIZ  COORDINADORA DESAYUNOS ESCOLARESS | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo  Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 02 | Programa Alimentario de Atención Prioritaria (PAAP) | | | | | | Trámite Servicio  X | |
| **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 por  despensa | | 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 domicilio  Cartilla 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 sesenta  pesos 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 INE  Cartilla 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 Servicio  X | |
| **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 se  programa 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 Gordián  Psicólogo | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 05 | Asistencia social | | | | | | Trámite Servicio  X | |
| **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 APOYO  SOLICITADO | | Administración DIF | Orden de pago | | | | | Según sea el apoyo  otorgado |
| **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, facturas  Estudio 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 Servicio  X | |
| **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 SE  REQUIERA |
| **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 González  Trabajadora Social | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo  Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 07 | Apoyos asistenciales, atención de casos | | | | | | Trámite Servicio  X | |
| **Descripción y Objetivo** | | | | | | | **Tiempo de Respuesta** | |
| ATENDER A LA BREVEDAD POSIBLE LOS REPORTES REALIZADOS Y DARLES  SEGUIMIENTO 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 DOMICILIO  Atender 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 Servicio  X | |
| **Descripción y Objetivo** | | | | | | | **Tiempo de Respuesta** | |
| REALIZAR EL TRÁMITE PARA LA CREDENCIAL, RECOPILANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, DAR SEGUIMIENTO EN CRI GUADALAJARA PARA LA ENTREGA  OPORTUNA DEL LAS CREDENCIALES | | | | | | | 1 mes aprox. | |
| **Costo** | | **Área de Pago** | **Comprobante a obtener** | | | | | **Vigencia del comprobante** |
| gratuito | | No aplica | CREDENCIAL PARA PERSONAS  CON 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 González  Trabajadora Social | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo  Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 09 | GAFETE PARA PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | | | | | | Trámite Servicio  X | |
| **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 PERSONAS  CON CAPACIDADES DIFERENTES | | | | | INDEFINIDO |
| **Usuarios** | | | | | | **Horario de Atención** | | |
| PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES | | | | | | 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** | | | | | | | | |
|  Credencial de discapacitado  Constancia 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 Familiar  Licencia de Conducir actualizada  2 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 González  Trabajadora Social | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite** | | | | | | **Clasificación** | |
| 10 | TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN UBR | | | | | | Trámite Servicio  x | |
| **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 GORDIAN  Auxiliar 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 domicilio  CURP  Acta de Nacimiento  2 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 RAMIREZ  ENCARGADO INAPAM | | | | | C. Celeste Lorenzo Lorenzo Directora General del Sistema DIF Municipal | | | |