

## REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

<b>DEPENDENCIA:</b>	DIF ASISTENCIA ALIMENTARIA	30	
<b>NOMBRE:</b>	<b>CLASIFICACIÓN:</b>	<b>CLAVE</b>	<b>FECHA DE REGISTRO</b>
COMEDORES COMUNITARIOS	SERVICIO	SIL-DIF-ASA-01	13   6   2017
<b>OBJETIVO DEL TRAMITE O SERVICIO</b>			
CONTRIBUIR CON LA ALIMENTACION A LAS PERSONAS EN CONDICION VULNERABLE.			
<b>USUARIOS</b>			
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS MAYORES EN ALTO GRADO DE MARGINACION.			
<b>DOCUMENTO QUE SE OBTIENE</b>	<b>COSTO</b>	<b>TIEMPO DE RESPUESTA</b>	<b>VIGENCIA</b>
RECIBO DE INSUMO	GRATUITO	MENSUAL	CICLO ESCOLAR
<b>LUGAR DONDE SE REALIZA</b>			
<b>OFICINA RECEPTORA</b>	ASISTENCIA ALIMENTARIA		
<b>HORARIO DE ATENCIÓN</b>	DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:30 HRS.	<b>TELÉFONO</b>	(472)7233884
<b>DOMICILIO</b>	AV. OBREGON SN, FRACC. JARDINES DE LA VICTORIA	<b>E-MAIL</b>	asist_alimentaria@di fsilao.org
<b>OFICINA RESOLUTORA</b>	ASISTENCIA ALIMENTARIA		
<b>HORARIO DE ATENCIÓN</b>	DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:30 HRS.	<b>TELÉFONO</b>	(472)7233884
<b>DOMICILIO</b>	AV. OBREGON SN, FRACC. JARDINES DE LA VICTORIA	<b>E-MAIL</b>	asist_alimentaria@di fsilao.org
<b>REQUISITOS</b>	<b>DOCUMENTO REQUERIDO</b>		
	<b>ORIGINAL</b>	<b>COPIA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1. CURP.	1		
2. COMPROBANTE DE DOMICILIO		1	
EL ORIGINAL SE ENTREGA PARA EXPEDIENTE	*EL ORIGINAL ES SOLO PARA COTEJO DESPUES SERA DEVUELTO AL SOLICITANTE		
<b>OBSERVACIONES</b>			
SE LES ENTREGA INSUMOS COMO: SOYA, PASTA, FRIJOL ETC Y ELLOS PREPARAN EL ALIMENTO.			
EN ESTE ESPACIO MENCIONAR SI APLICAN ALGUNAS DE LAS FIGURAS JURÍDICAS DE "AFIRMATIVA FICTA O NEGATIVA FICTA"			
N/A			
<b>FUNDAMENTOS DE LEY</b>			
LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO ARTICULO 13.			
<b>FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA</b>			
REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTARIO 2017. REGLAMENTO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE SILAO DE LA VICTORIA ARTICULO 39.			
<b>SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISION DEL TRAMITE</b>			

## REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

SANCIONES ADMINISTRATIVAS				
DESCRIPCIÓN				

		FECHA DE IMPRESIÓN	FECHA DE REVISIÓN.	NÚM. DE REVISIÓN.
CESAR MARMOLEJO AVILA.	AIDA ANGELICA SILVA CASTILLO.			
<b>REVISÓ</b> <b>NOMBRE Y FIRMA</b>	<b>AUTORIZÓ</b> <b>NOMBRE Y FIRMA</b>	<b>02/03/2018</b>	<b>02/03/2018</b>	<b>(1) (2) (3)</b> <b>(4)</b>