



**Programa de asistencia social alimentaria a personas de atención prioritaria**

CODIGO	HUI-SER-221	FECHA DE ELABORACION	04/06/2020
VERSION	2	FECHA DE MODIFICACION	01/10/2021

TIPO DE SOLICITUD	Servicio
-------------------	----------

AUTORIDAD QUE LLEVA A CABO EL TRAMITE O SERVICIO	SMDIF
--------------------------------------------------	-------

DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO
Favorecer el acceso y consumo de alimentos nutritivos e inocuos de las personas de atención prioritaria, asistiéndolos preferentemente en espacios alimentarios, a través de la entrega de alimentos con criterios de calidad nutricia, acompañados de acciones de orientación y educación alimentaria.

¿QUÉ OBTIENE EL CIUDADANO?	Entrega de un paquete alimentario.
----------------------------	------------------------------------

MODALIDAD	Presencial
-----------	------------

DESCRIPCION DE LOS CASOS EN LOS QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO
Niños mayores de 6 años con algún grado de desnutrición, personas con discapacidad o adultos mayores con desnutrición o carencia alimentaria.

TIPO DE USUARIO O POBLACION A QUIEN VA DIRIGIDO	Niños mayores de 6 años.
-------------------------------------------------	--------------------------

¿QUIÉN PUEDE SOLICITARLO?	Interesado o terceras personas.
---------------------------	---------------------------------

¿QUE COSTO TIENE?	
Concepto	Costo
Cuota de recuperación mensual por el paquete alimentario	\$3.00

PASOS QUE DEBE LLEVAR A CABO EL PARTICULAR PARA SU REALIZACION
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse en el área correspondiente.</li> <li>2. Presentar los requisitos en tiempo y forma.</li> <li>3. Presentarse solo en caso de requerirlo</li> </ol>

DATOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRAMITE		
Requisito	Original	Copia
Comprobante de domicilio		Sí
CURP		Sí
INE		Sí

INFORMACION RELEVANTE

MEDIO DE PRESENTACION	Presencial	TIPO DE FICTA	No aplica
-----------------------	------------	---------------	-----------

REQUIERE VERIFICACION	No
-----------------------	----

EN CASO DE REQUERIR INSPECCION O VERIFICACION, SEÑALAR EL OBJETIVO DE LA MISMA
(Introducir texto)

CONSIDERACIONES
El ingreso al programa dependerá de las dotaciones asignadas por el Sistema Estatal DIF.

PLAZO MAXIMO DE RESPUESTA	Inmediato	VIGENCIA	10 meses
---------------------------	-----------	----------	----------

FUNDAMENTO JURIDICO	
<p>1. Ley General de Salud, Artículos 2° fracción V, 3° fracción XVIII, 6° fracciones X, y XI, 7° fracción XIII Bis, 27 fracción</p> <p>2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 1°, 2° apartado B, 4° Y 27 fracción XX</p>	

QUEJAS Y DENUNCIAS	
Dependencia	Órgano Interno de Control
Titular	Lic. Catalina Calva Corona
Telefono	Teléfono: 4482785047 ext. 2029
Correo	organointernodecontrol2124
Direccion	Reforma Ote N° 158, Col. Centro, 76950, Huimilpan
Horario	9:00 a 4:00 hrs.

DEPENDENCIA, ENTIDAD U ORGANISMO DESCONCENTRADO QUE LLEVA A CABO EL TRAMITE	
Dependencia	SMDIF
Titular	Lic. Vania Camacho Galván
Telefono	4482785047 ext.(102)
Correo	<a href="mailto:sistemadif@huimilpan.gob.mx">sistemadif@huimilpan.gob.mx</a>
Direccion	Reforma Ote, N° 0, Centro, 76950, Huimilpan, Querétaro
Horario	Lunes- Viernes 9:00 am-14:00 pm

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Juana Ibarra Silva	Lic. Vania Camacho Galván	Lic. Vania Camacho Guzmán

(Aviso de privacidad)