



CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DE LOS MUNICIPIOS

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:
SUBSIDIO DE CALENTADOR SOLAR, ADULTOS MAYORES Y			
DESCRIPCIÓN:			
APOYO A LA CUIDADANIA CON CALENTADORES SOLARES A PRECIOS BAJOS Y ACCESIBLES PARA EL MUNICIPIO Y LA DELEGACION.			
FUNDAMENTO LEGAL:	N/A		
DOCUMENTO A OBTENER:	N/A		VIGENCIA: TEMPORAL
SE REALIZA EN LÍNEA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE			
REQUISITOS:		FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:	
PERSONAS FÍSICAS			
<input type="checkbox"/>	COPIA DE IFE	ORIGINAL	COPIA(S)
<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE DE DOMICILIO		X
PERSONAS MORALES			
		ORIGINAL	COPIA(S)
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
		ORIGINAL	COPIA(S)
OTROS			
		ORIGINAL	COPIA(S)
DURACIÓN DEL TRÁMITE:	INMEDIATA Y FECHA CORRESPONDIENTE	TIEMPO DE RESPUESTA:	INMEDIATA Y CORRESPONDIENTE
VIGENCIA:	N/A		
COSTO:	VARIABLE		
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	BIENESTAR SOCIAL		
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	N/A		



DEPENDENCIA U ORGANISMO:		UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
BIENESTAR SOCIAL				
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		ABIGAIL TRUJILLO NAVA		
DOMICILIO:	CALLE:			NO. INT. Y EXT.:
COLONIA:			MUNICIPIO:	SANTA MARIA RAYON
C.P.:	52360	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES-VIERNES DE 9:00 AM A 17:00 PM	
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO				
ORCINA:	N/A			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA ORCINA:				
DOMICILIO:	CALLE:			NO. INT. Y EXT.:
COLONIA:			MUNICIPIO:	
C.P.:		HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
MUNICIPIOS QUE ATIENDE:				
OTROS				
PREGUNTA FRECUENTE 1:				
RESPUESTA:				
PREGUNTA FRECUENTE 2:				
RESPUESTA:				
PREGUNTA FRECUENTE 3:				
RESPUESTA:				
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS				

ELABORÓ:	VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
ABIGAIL TRUJILLO NAVA	ABIGAIL TRUJILLO NAVA	____/____/____
_____	_____	
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	