

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| ATENCIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA PARA HIJOS DE PADRES Y MADRES TRABAJADORAS | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | SMDIFMRSALI04 | |
| REALIZAR LAS ACTIVIDADES REFERENTES A LA OPERACIÓN DE ESTANCIAS Y GUARDERÍAS, CON SERVICIO DE COMEDOR PARA HIJOS DE PADRES Y MADRES TRABAJADORAS. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | GACETA DE GOBIERNO DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2017 REGLAMENTO INTERNO DE LA ESTANCIA INFANTIL BENITO JUAREZ SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SMDIF SAN ANTONIO LA ISLA, DE FECHA 01 DE FEBRERO DE 2022 ACUERDO NO. SMDIFPSALI/002/002/2022 LIBRE Y SOERANO DEL ESTADO DE MÉXICO 202/3/ NC/A001/02 | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | FICHA DE INSCRIPCIÓN | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | I CICLO ESCOLAR |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB |
| | | | | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE REALIZARSE: | | CONTAR CON EL CUPO REQUERIDO Y SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | SI, ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN POR PARTE DE LA CONTRALORÍA INTERNA DEL SMDIF | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| DE LOS MENORES: | | | | |
| -ACTA DE NACIMIENTO | SI | 2 | | -PUNTO 7.7 INCISO A) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -CURP | SI | 1 | | -PUNTO 7.7 INCISO M) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -CARTILLA DE VACUNACIÓN | SI | 1 | | -PUNTO 7.7 INCISO O) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -CERTIFICADO MÉDICO CON TIPO Y GRUPO SANGUÍNEO | SI | N/A | | -PUNTO 7.7 INCISO N) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -COMPROBANTE DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL | SI | N/A | | -REGLAMENTO INTERNO DE LA ESTANCIA INFANTIL BENITO JUAREZ |
| DE LOS PADRES: | | | | |
| -IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE | SI | 1 | | -PUNTO 7.7 INCISO K) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -COMPROBANTE DE DOMICILIO | SI | N/A | | -PUNTO 7.7 INCISO D) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -COMPROBANTE DE INGRESOS DEL PADRE O MADRE O CONSTANCIA LABORAL | SI | N/A | | -PUNTO 7.7 INCISO F) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -CONSTANCIA DE ESTUDIOS EN CASO DE SER ESTUDIANTE. | SI | N/A | | -PUNTO 7.7 INCISO H) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| -TRES FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL. | SI | N/A | | -PUNTO 7.7 INCISO L) DE LOS LINIAMIENTOS DE OPERACIÓN DE ESTANCIAS INFANTILES |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | 1. DIRIGIRSE A LAS INSTALACIONES DE LA ESTANCIA INFANTIL BENITO JUAREZ 2. SOLICITAR LA INFORMACIÓN NECESARIA CON LA DIRECTORA DE LA ESTANCIA INFANTIL 3. PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA PARA LA INSCRIPCIÓN 4. PAGAR LA CUOTA DE RECUPERACIÓN POR CONCEPTO DE INSCRIPCIÓN 5. PRESENTAR AL MENOR A LA SALA CORRESPONDIENTE EN LOS DÍAS Y HORARIOS ESTABLECIDOS | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | A DISPONIBILIDAD DE CUPO | | | |



| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---|---|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| COSTO: | \$500.00 INSCRIPCIÓN Y \$800.00 MENSUAIDAD | Fundamento Jurídico | ACUERDO NO. SMDIFSALI/01 I/004/2023 DE LA 11ª JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF SAN ANTONIO LA ISLA | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | X | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | TESORERÍA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF SAN ANTONIO LA ISLA | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | EL PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO IMPLICAN UN 4% DE COMISIÓN ADICIONAL. | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL SERVICIO | UNA VEZ CUBIERTOS LOS REQUISITOS Y REALIZADO EL PAGO SE PROCEDE AL INGRESO. LA INSCRIPCIÓN SE REALIZARÁ SIEMPRE Y CUANDO EXISTA CUPO DISPONIBLE EN LA SALA CORRESPONDIENTE. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------|---|--------------------------------------|---|--|-------------------------|-----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| DIF MUNICIPAL DE SAN ANTONIO LA ISLA | | | | DIRECCIÓN DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF SAN ANTONIO LA ISLA | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | SAMUEL CAMPOS ESCALONA | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | VICENTE VILLADA | | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | CENTRO | MUNICIPIO: | SAN ANTONIO LA ISLA | | | | |
| C.P.: | 52280 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS. | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| 717 | 104 18 96 | N/A | N/A | difsali2224@gmail.com | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | ESTANCIA INFANTIL LIC. BENITO JUAREZ GARCÍA | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | BETSAIDA COLINDRES LÓPEZ | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | JOSÉMARÍA MORELOS | | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | CENTRO | MUNICIPIO: | SAN ANTONIO LA ISLA | | | | |
| C.P.: | 52282 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 7:30 A 16:30 HRS. | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| 722 | 9767448 | N/A | N/A | difsali2224@gmail.com | | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿LA MADRE Y PADRE DEBE SER TRABAJADORES? | | | | | |
| RESPUESTA: | | SI, AMBOS. Y DEBEN PRESENTAR COMPROBANTE DE INGRESOS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿QUÉ EDADES SE ACEPTAN EN LA ESTANCIA? | | | | | |
| RESPUESTA: | | DE 3 MESES HASTA 3 AÑOS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿AL LLEVAR LOS DOCUMENTOS SE REALIZA LA INSCRIPCIÓN? | | | | | |
| RESPUESTA: | | SI EXITE CUPO EN LA SALA CORRESPONDIENTE, SI | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| N/A | | | | | | | |

| | | |
|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | JULIO / 2024 |
| ITZEL MARY L. PALACIOS ESTEVEZ | SAMUEL CAMPOS ESCALONA | |
| NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO | |