

NOMBRE (1)	TRAMITE (2)	SERVICIO	X
------------	-------------	----------	---

Información del programa canasta alimentaria del bienestar												
DESCRIPCIÓN: (3)												
Se proporciona información del programa referente a fechas de entrega de apoyos, prueba de vida, requisitos, documentación y fechas de afiliación para paquete alimentario para personas de 2 a 5 años 11 meses que no estén escolarizados y adultos mayores de 60 a 64 años de edad												
FUNDAMENTO LEGAL: (4)	1, 4, 64 y 66 de la ley orgánica de la administración pública del estado de México.											
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)	N/A									
¿SE REALIZA EN LINEA?: (7)	<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S	N		I	O	N/A	x			N/A	
S	N											
I	O	N/A										
x												
CASOS EN LOS QUE EL TRAMITE DEBE REALIZARSE: (8)	A petición del interesado											
ESPECIFICAR SI ESTE TRAMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA: (9)	SI											
(10) REQUISITOS	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con numero	(13) FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO									
PERSONAS FÍSICAS												
<ol style="list-style-type: none"> Habilitar en el estado de México Tener de 2 a 5 años 11 meses Tener de 60 a 64 años de edad Presentar carencia por alimentación nutritiva CURP del menor 	SI	1 DE C/U	Las reglas de operación del programa de desarrollo social "Canasta Alimentaria Del Bienestar"									



6. Acta de nacimiento del menor					
7. Identificación Oficial Vigente.					
8. Formato de registro					
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
		N/A			
INSTITUCIONES PÚBLICAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
14)PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO		<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar la información 2. Acudir a las oficinas de enlace para la entrega y seguimiento acorde a las reglas de operación 			
(15)PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		En un plazo máximo de 3 días.			
(16)COSTO:		Gratuito	N/A		
(17)FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
		no	no	no	no
(18)DÓNDE PODRA PAGARSE:		N/A			
(19)OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A			
20)CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		Todo depende de la respuesta que emite la secretaria del bienestar			
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.		SI			



(21)DEPENDENCIA U ORGANISMO:			(22)UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
DIF municipal de Villa de Allende			Camex		
(23)TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		Susana García Martínez			
(24)DOMICILIO:	CA LL E:	Lerdo sin numero		NO. INT. Y EXT.:	101
				N/A	
COLONIA:		Centro	MUNICIPIO	Villa de Allende	
			:		
C.P.	51000	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	De lunes a viernes de 8 am a 4 pm		
:		(25)			
LADA:	TELÉFONOS: (26)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: (27)	
01 722	7262690217			difvilladeallende2527@gmail.com	
01 722					
01 722					
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (28)					
OFICINA:	N/A				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A				
DOMICILIO:	CA LL E:	N/A		NO. INT. Y EXT.:	
COLONIA:		N/A	MUNICIPIO	N/A	
			:		
C.P.	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/N		
:					
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
FORMATO(S) DESCARGABLES		N/A			
INFORMACIÓN ADICIONAL (29)					
PREGUNTA FRECUENTE 1:	Que requisitos se necesita para entrar al programa				
(30)					



RESPUESTA:	Los que indique las reglas de operación del programa
PREGUNTA FRECUENTE 2: (31)	¿Cuánto tiempo tarda en ser beneficiario?
RESPUESTA:	Los que indique las reglas de operación del programa
PREGUNTA FRECUENTE 3: (32)	N/A
RESPUESTA:	N/A
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (33)	

(34) ELABORÓ:  Enedina Reyes Martinez <hr/>	(35) VISTO BUENO:  Susana Garcia Martinez <hr/>	(36) FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30/01/2025
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

