



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de San Felipe, Guanajuato



| HOMOCLAVE | SF-DS-10 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | | | |
|--|---|------------------------|--|--|--|
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | | | |
| INCLUSIÓN FINANCIERA | | | | | |
| Otorgamiento de financiamiento de 5 mil pesos a un grupo de tres personas en grupo solidario, mujeres emprendedoras para fomentar el fortalecimiento de proyectos productivos y de servicio e incrementar su participación en el mercado laboral que les permita generar o incrementar sus ingresos ya sea que tengan un negocio establecido o | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | |
| Presencial | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Artículo 80 de la Constitución Política de los Estados de Guanajuato IV Fracción I-VII y IV, Fracción II, XXX del Decreto Gubernativo del numero 85. | | | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | |
| Toda mujer física o moral que No se encuentre en buro de crédito , conformarse un grupo de tres mujeres en obligación solidaria No mas de dos familiares | | | | | |
| PASOS | | | | | |
| 1.- Acudir a ventanilla de Desarrollo Social, depto. de la Coordinación de Asuntos de Mujeres Sanfelipenses para brindar información del programa | 4.- Conformar un grupo en obligación solidaria (Nomas de dos Familiares) | | | | |
| 2.- Evaluar tu situación para corroborar si eres candidata | 5-Llenar formatos proporcionados por el Depto. Coordinación 4 Copias comprobante de domicilio ya sea, Luz o agua 4 4 " Identificación Oficial 4 4 " Actas de Nacimiento 4 Fotografías Panorámicas esta documentación es por cada solicitante . | | | | |
| 3.-Ser Mujer ,tener mas de 18 años y ser del Estado de Guanajuato. | 6- Entregar el Apoyo 7.- Realizar pagos de manera semanal | | | | |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | | | | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. |
| 1.Grupo solidario de 3 Mujeres a no mas de dos Familiares | | | | | |
| 2-. Entregar documentación solicita | | | | | |
| 3-. Se revisa y evalúa la documentación | | | | | |
| 4.- Entrega de Apoyo | | | | | |
| 5.- Realizar pagos de Manera semanal | | | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | | | |
| Formatos Proporcionados por el IMUG Indicando nombre, dirección, teléfono , tipo de apoyo etc. | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | |
| No se tiene | | No se cuenta | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | |
| No aplica | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Ing. Juan Felipe Rocha Ramos | 01(428)68 50013 Ext. 208, 122 | desarrollosocial@sanfelipegto.gob.mx | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | |
| 2-8 meses | Afirmativa Ficta | Negativa Ficta | X |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | 1 día | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | 3 días | |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | | |
| sin costo | No aplica | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | |
| Sin vigencia | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Que cumpla con lo establecido en las reglas de operación | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | Dirección de Desarrollo Social | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | Coordinación de Asuntos de Mujeres Sanfelipenses | | |
| DOMICILIO (S) | Ayuntamiento #105 Planta Alta | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | |
| Lunes a viernes de 8:30 am a 16:00 hrs | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | |
| DOMICILIO (S) | Desarrollo Social | | |
| TELEFONO (S) | (428)6850013 Ext. 208, 122 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | desarrollosocial@sanfelipegto.gob.mx | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | |
| DEPENDENCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Contraloría Municipal | 428 685 0013 Ext.226, 227 | contraloria@sanfelipe.gob.mx | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Diagnostico de Evaluación documentación del interesado | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | |
| Ing. Juan Felipe Rocha Ramos Director | | | |

