



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Xichú, Gto.

| | | | | | |
|------------------|-----------|-------------------------------|----|---|------|
| HOMOCLAVE | XI-DIF-07 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 14 | 7 | 2020 |
|------------------|-----------|-------------------------------|----|---|------|

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.

Desarrollo de competencias y Habilidades Parentales

Objetivo: Promover el desarrollo de competencias y habilidades parentales óptimas, que permitan mejorar las interacciones entre padres e hijos, estimulando la comunicación asertiva, el apego seguro, la efectividad y la empatía, a través de experiencias de aprendizaje temprano, para mejorar los estilos de crianza positiva.

II. MODALIDAD.

Servicio

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Reglas de Operación del Programa «Desarrollo de Competencias y Habilidades Parentales» para el Ejercicio Fiscal 2020.

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

Escuelas que requieran de capacitación y platicas para su alumnado y padres de familia, en temas de Desarrollo de Competencias y habilidades parentales, así como también en su desarrollo personal y familiar, reforzando sus conocimientos de estilos de crianza positiva y reforzamientos de sus valores humanos.

PASOS

| | |
|--|--|
| 1.- Identificación de las personas interesadas para la apertura de grupos, al presentarse en instituciones como escuelas, empresas o asociaciones civiles, comunidades, colonias, entre otras. | 4.- Brindar el servicio |
| 2.- Mediante solicitud por escrito de persona interesada, o por oficio de una institución pública o privada. | 5.- tomar evidencia (Fotografica y listas de asistencia) |
| 3.-Agendar el lugar, fecha y hora de la capacitación oh platica. | |

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.

Presentar solicitud

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.

Ninguno

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

N/A

N/A

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| El Dif Estatal Guanajuato | | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO |
| Florina Camacho Calixtro | | 419 2941100 | | preverp.xichu@outlook.com |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |
| Inmediata | | | Afirmativa Ficta | No |
| | | | Negativa Ficta | Si |
| XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | | NA |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | | NA |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| NA | | | NA | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | | |
| 1 Año | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | |
| La Gestión de los tramites | | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS | | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | | DIF Municipal | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | | Prevención de Riesgos Psicosociales PREVERP | | |
| DOMICILIO (S) | | Av. Del Minero S/N | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | | |
| De 9:00 am a 17:00 hrs de lunes a viernes | | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | | |
| DOMICILIO (S) | | Av.Del Minero S/N | | |
| TELEFONO (S) | | 419 2941100 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | | preverp.xichu@outlook.com | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | | |
| DEPENDENCIA. | | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO |
| Contraloria Municipal | | 01 419 690 4023 Ext. 40 | | contraloriaxichu1518@gmail.com |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | |
| | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA | | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | |
| Prof. Victor Hernández Hernández | | | | |