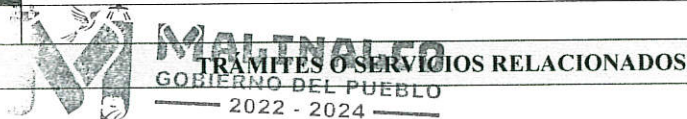


## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRAMITE:	SERVICIO: X
<b>APOYO A BAJO COSTO DE DESBROZADORA</b>			
DESCRIPCION:		Código de la Cédula	
LAS PERSONAS DEL MUNICIPIO PUEDEN ACUDIR A LAS OFICINAS DE BIENESTAR SOCIAL, A SOLICITAR APOYO A BAJO COSTO DE UNA DESBROZADORA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE APERTURADA LA CONVOCATORIA.			
FUNDAMENTO LEGAL:	BANDO MUNICIPAL 2024		
DOCUMENTO A OBTENER:	NA	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	NA
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI	NO X	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO ESTE APERTURADA LA CONVOCATORIA		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	NO ES SUJETO DE REVISIÓN, INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN		
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>			
COPIA DEL INE	NO	1	BANDO MUNICIPAL 2024
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>			
NA			
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>			
NA			
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	ACUDIR A LAS OFICINAS DE BIENESTAR SOCIAL, A SOLICITAR APOYO A BAJO COSTO DE UNA DESBROZADORA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE APERTURADA LA CONVOCATORIA.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	QUINCE DÍAS		
COSTO:	\$ 2,300.00	Fundamento Jurídico BANDO MUNICIPAL	
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	X	TARJETA DE DÉBITO
			TARJETA DE CRÉDITO
			EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	EN LAS OFICINAS DE LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL.		
OTRAS ALTERNATIVAS:	NA		
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	NA		
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	NA		

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
AYUNTAMIENTO DE MALINALCO				DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				MARIA ROSA MONROY HERNANDEZ			
DOMICILIO:	CALL E:	AVENIDA PROGRESO			NO. INT. Y EXT.:	2	
COLONIA:	BARRIO SAN JUAN			MUNICIPIO:	MALINALCO		
C.P.:	52440	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 8:30 A 17:00 HORAS				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
714	1472224						
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
OFICINA:	NA						
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	NA						
DOMICILIO:	CALL E:	NA			NO. INT. Y EXT.:	NA	
COLONIA:	NA			MUNICIPIO:	NA		
C.P.:	NA	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	NA				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
NA	NA		NA	NA	NA		
FORMATO(S) DESCARGABLES:	NA						
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
PREGUNTA FRECUENTE 1:							
RESPUESTA:							
PREGUNTA FRECUENTE 2:							
RESPUESTA:							
PREGUNTA FRECUENTE 3:							
RESPUESTA:							



**DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL**

ELABORADO:  <u>MARIA ROSA MONROY HERNANDEZ</u> NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO:  <u>MARIA ROSA MONROY HERNANDEZ</u> NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: <u>15 / 02 / 2024</u>
--	--	--