

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO

**Mi Almuerzo, Primer Alimento en Escuela**

Objetivo del Trámite o Servicio: Brindar Servicio alimentario (desayuno frío)

clave estatal: 11  
clave municipal: 007  
clave: sm-cel-di-05  
Trámite:  
Servicio: X

Dependencia Responsable: **SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CELAYA, GTO.**

Titular de la Dirección: **LIC. FELICITAS FABIOLA MATEOS CHAVOLLA**

Tipo de usuario: Niñas, niños de primaria, preescolar, Adolescentes de secundaria de escuelas públicas y escuelas CAM (Centro de Atención Múltiple).

Beneficio o servicio que se obtiene: Servicio alimentario (desayuno frío)

Modalidad: (Presencial): X (Línea):

Costo (\$): Ver observaciones.

Tiempo de respuesta: 60 días

Figura jurídica (afirmativa ficta): (negativa ficta): X

Vigencia del trámite o servicio: Anual

Inspección o Verificación: Si: Fundamento Jurídico: No: X

**LUGAR EN DONDE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO**

Oficina(s) receptora(s) y resolutora(s): Unidad de Desarrollo Alimentario

Domicilio: Boulevard Adolfo López Mateos 904 Oriente Zona Centro C.P. 38000

Teléfono(s): 01(461) 612.16.36 Ext. 108 • 01 (461) 6124776

Correo electrónico: fabiola.mateos@difcelaya.gob.mx; gloria.santillan@difceleya.gob.mx

Horario de atención: De lunes a viernes de 8:30 a 16:00 hrs.

**REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS**

	OR	CO
1. Solicitud en escrito libre por parte de la escuela o comité de padres de familia	✓	NA
2. Comprobante de domicilio del beneficiario.	NA	1
3. Acta de Nacimiento Legible del beneficiario.	NA	1
4. Credencial de elector del padre, madre o tutor.	NA	1
5. Peso y talla (otorgado por el Centro de Salud)	NA	1

(✓) EL ORIGINAL SE ENTREGARÁ PARA EXPEDIENTE (●) EL ORIGINAL ES SÓLO PARA COTEJO, DESPUÉS SERÁ DEVUELTO AL SOLICITANTE (NA) NO APLICA OR: ORIGINAL CO: COPIA

**OBSERVACIONES Y NOTAS**

Tiene cuota de recuperación de \$1.50 de conformidad con los lineamientos marcados por DIF Estatal. Se debe acreditar asistencia al plantel escolar que acude.

\* Datos necesarios (Nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, estado de nacimiento) para que la propia dependencia obtenga la CURP.

**FORMATOS NECESARIOS** No aplica

**DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL TRÁMITE O SERVICIO** Ver Aquí

**FUNDAMENTOS DE LEY**

- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículo 3 Fracción X.

**FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA**

- Reglamento del Sistema Integral para la Familia del Municipio de Celaya, Guanajuato, Artículo 53.
- Reglas de Operación del Programa Mi Almuerzo, Primer Alimento en Escuela, ejercicio Fiscal 2020

---

**SANCIONES QUE EN SU CASO PROCEDAN POR OMISIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, artículos del 75 al 89.

**LUGAR PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Dependencia: Contraloría Municipal

Teléfono(s): 01(461) 613.93.39/01(461) 616.22.00/01(461) 616.25.62

Correo electrónico: ruben.guerrero@celaya.gob.mx