



GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO			
<b>Dependencia o Entidad</b>	H. Ayuntamiento Palmar De Bravo, Puebla.		
<b>Unidad Administrativa</b>	Coordinación de Alimentos DIF Municipal		
<b>Señale si es trámite o servicio</b>	Servicio		
<b>Nombre del trámite o servicio</b>	Integración al Programa Atención Alimentaria en los Primeros 1,000 días de vida Mujeres Embarazadas (PAMEL)		
<b>Descripción del trámite o servicio</b>	Apoyo alimentario a mujeres embarazadas para una correcta nutrición		
<b>Modalidad (si existe)</b>	No aplica	<b>Tipo de trámite</b>	No aplica
<b>¿Quién puede solicitar el trámite?</b>	Mujeres embarazadas a partir del primer mes de gestación		
<b>Fundamento Jurídico</b>	Reglas de Operación del Programa de Atención Alimentaria en los Primeros 1,000 días (ROP PAAP1000)		
<b>Describe con lenguaje claro, sencillo y conciso el caso en que debe o puede realizarse el trámite</b>	Personas que cumplan con los requisitos especificados en las reglas de operación		
DATOS DEL CONTACTO			

*- escribiendo un nuevo porvenir -*



<b>Nombre</b>	Faviola Flores Martínez	<b>Teléfono</b>	249 137 22 73
---------------	-------------------------	-----------------	---------------

<b>Cargo</b>	Auxiliar de Coordinación de Alimentos	<b>Correo</b>	cordinciondealimentos@gmail.com difalimentos@palmardebravo.gob.mx
--------------	---------------------------------------	---------------	--

**OFICINAS DE ATENCIÓN**

<b>Nombre de la unidad responsable</b>	DIF Municipal	<b>Horario de atención</b>	Lunes a Viernes 09:00 - 17:00 horas Sábado 09:00 - 14:00 horas
--	---------------	----------------------------	---

<b>Dirección</b>	Calle José Joaquín Pesado, No. 202, Colonia Centro, Palmar de Bravo, Puebla.	<b>Correo</b>	cordinciondealimentos@gmail.com difalimentos@palmardebravo.gob.mx
------------------	--	---------------	--

**MEDIO DE PRESENTACIÓN**

<b>Pasos a seguir</b>	1. Acudir a la oficina para realizar la solicitud con los documentos correspondientes. 2. Contestar un estudio socioeconómico. 3. Firmar carta de consentimiento para el tratamiento de datos personas.
-----------------------	---

<b>¿Es posible agendar una cita para la realización del trámite o servicio?</b>	El servicio se ofrece conforme acuden a las oficinas	<b>¿Es posible agendar la cita en línea?</b>	No aplica
---	--	--	-----------

**FORMATO**

<b>¿Se presenta algún formato? SI/NO</b>	El formato es proporcionado en las oficinas de DIF Municipal	<b>Formato</b>	Formato de registro del Programa Atención Alimentaria en los primeros 1000 días de vida, datos socioeconómicos consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles
--	--	----------------	---

<b>Nombre del formato</b>	Formato de registro PAMEL	<b>¿Es posible descargar el(los) formato(s) en línea desde algún sitio web del sujeto obligado?</b>	No aplica
---------------------------	---------------------------	---	-----------

**REQUISITOS**

*- escribiendo un nuevo porvenir -*



<b>Nombre del requisito</b>	Documentación solicitada en copias 1. Acta de Nacimiento 2. CURP Actualizado 3. INE vigente 4. Comprobante domiciliario (no mayor a 3 meses) 5. Certificado Médico de embarazo del sector salud (no mayor a 3 meses) 6. Croquis de ubicación de su casa con las calles alternas		
<b>Fundamento jurídico</b>	Reglas de Operación del Programa de Atención Alimentaria en los Primeros 1,000 días (ROP PAAP1000)		
<b>CONSERVAR LA INFORMACIÓN</b>			
<b>¿Este trámite requiere conservar información para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?</b>	No aplica		
<b>MONTO DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS APLICABLES</b>			
<b>Indicar monto</b>	No aplica	<b>Medios disponibles de pago</b>	No aplica
<b>Fundamento jurídico</b>			
<b>CRITERIO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b>			
<b>¿Es suficiente cumplir con la totalidad de los requisitos en tiempo y forma para obtener una resolución favorable de este trámite o servicio? SI/NO</b>	Si		
<b>Señale la metodología para llevar a cabo la resolución del trámite o servicio</b>	No aplica		
<b>INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN</b>			
<b>¿Este trámite requiere inspección o verificación?</b>	No	<b>Nombre de la inspección o verificación</b>	No aplica
<b>Fundamento jurídico</b>			
<b>PLAZO DE PREVENCIÓN</b>			
<b>El plazo con el que cuenta el sujeto obligado para prevenir al solicitante</b>	No aplica	<b>Plazo para que el interesado cumpla con la prevención</b>	No aplica

*- escribiendo un nuevo porvenir -*



PLAZO MÁXIMO			
Señale el plazo que tiene el sujeto obligado para resolver	No aplica		
FICTA			
Señale el tipo de ficta, si aplica	No aplica		
VIGENCIA			
Señale la vigencia	3 veces al año		
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			
Indique el sector al que va dirigido el trámite	Mujeres Embarazadas a partir del primer mes de gestación	¿La resolución de este trámite está vinculada con la presentación de otros trámites, los cuales en conjunto se encuentran orientados al cumplimiento de una misma actividad?	No
¿La resolución es requisito de otro trámite o servicio?	No		
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA			
Número de solicitudes aceptadas	183	Número de solicitudes rechazadas	0
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Información Adicional	Sin observaciones.		