







REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| NOMBRE: | | | | | | TRÁMITE: X SERVICIO: | | |
|--|---|--|---|-------------------------------------|--|----------------------------|--|--|
| Orientación Alimentari | a. | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | Código de la Cédula | | | DIF OA | | |
| Se brinda el servicio de población en general qu | asesorías nutricionale ue requiera y solicite c | es, valoraci ualquier ad | ón antropomé ctividad en el s | étrica, pláticas servicio de ate | y/o talleres de impler nción. | nentación alimentaria a la | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | 1: Norma Oficial Mexicana 043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria, Criterios para brindar orientación, Actualización 22/01/2013. 2: Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | No Aplica | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI NO DIRECCIÓN W | /EB | ¥ | | NO | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁ | MITE DEBE REALIZARSE: | Cuando la | a persona así l | o requiera y/o | solicite. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | NO | | | | | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | 1 | | 1 | T | To | | | |
| Que las personas que requieran los servicios de orientación alimentaria acudan a las instalaciones de la Coordinación de Alimentación y Nutrición Familiar, o así mismo al consultorio de nutrición. | | | No Anlica | No Aplica | Norma oficial mexicana 043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación | | | |
| PERSONAS JURÍDICO CO | LECTIVAS | | | | | | | |
| No aplica | | | No aplica | No aplica | No aplica | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLIC | AS | | | | | | | |
| No aplica | | | No aplica | No aplica | No aplica | | | |
| Pasos a seguir que debe de realizar el Ciudadano | Se realiza la solicitud del servicio de manera presencial. Se agenda el servicio que solicita. Se notifica vía telefónica o mediante oficio la fecha, hora y lugar del servicio. Se brinda el servicio. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | ı día hábil posterior al día solicitado. | | | | | | | |
| COSTO: | \$0.00 UMA Fundamento Jurídico: En apego al acuerdo 02/SO/01/2023 de la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno, de fecha 23 de enero de 2023. | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO; | EFECTIVO | T | ARJETA DE CRÉE | OTIO | TARJETA DE DÉBITO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | No Aplica | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No Aplica | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | Se atiende a toda la población que lo solicite, de acuerdo a la programación de actividades en agenda dentro y fuera de las instalaciones. | | | | | | | |









APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA

NO

| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|-------------------|--|---------------------|--|--|--|--|
| Ayuntamiento Z | inacantepec | | Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Zinacantepec. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA | DEPENDENCIA: | 1 | M.A.P. Juan Pab | lo Del Rio Pichar | rdo | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: Av. Adolfo López Mateos | NO. INT. Y EXT.: 300 | | | | | | | | |
| COLONIA: Barrio de la Veracruz | | | MUNICIPIO: Zinacantepec | | | | | | | |
| C.P.: 51356 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓ | De 9:00 a 18:00 h | oras de lunes a vier | nes | | | | | | |
| LADA: | ADA: TELÉFONOS: | | FAX: | | CORREO ELECTR | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| | 7222181777 | No aplica | No aplica | | smdifzdir22.24@gmail.com | | | | | |
| | OTRAS O | FICINAS QUI | E PRESTAN E | L SERVICI | 0 | | | | | |
| OFICINA: | Coordinación de Alimentación y Nutri | ción Familiar | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL 1 | TITULAR DE LA OFICINA: Ariadna Michelle | Palma Mejía | | | 11 | | | | | |
| OOMICILIO: | MICILIO: CALLE: Av. Adolfo López Mateos | | | | | 300 | | | | |
| COLONIA: | Barrio de la Veracruz | | MUNICIPIO: | Zinacantepec | | | | | | |
| C.P.: 51356 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN | De 9:00 a 18:00 h | oras de lunes a vier | nes | | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FA | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| | 7222181777 | No aplica | No a | plica | smdifzcanf22.24@gmail.com | | | | | |
| ORMATO(S) DESCARGABLE | 3 | | | | -1 - | | | | | |
| | | INFORMACIÓ | N ADICIONA | AL | | | | | | |
| REGUNTA FRE | CUENTE I: ¿Se brinda asesoría nutricional pa | ara niños menores? | | | LONGSCHOOL STATE OF THE STATE O | | | | | |
| RESPUESTA: | 82年 P. W. A. M. G. A. G. G. A. G. A | | | | | | | | | |
| REGUNTA FRE | CUENTE 2: ¿De qué se tratan los diagnóstico | TE 2: ¿De qué se tratan los diagnósticos nutricionales? | | | | | | | | |
| RESPUESTA: | Pequeño cuestionario relacionad | Pequeño cuestionario relacionado a una dieta habitual y datos básicos personales. | | | | | | | | |
| REGUNTA FRE | CUENTE 3: ¿La asesoría puede ser por llama | ¿La asesoría puede ser por llamada telefónica? | | | | | | | | |
| ESPUESTA: | Si, el servicio también puede esta | Si, el servicio también puede establecerse, mediante números telefónicos estipulados para la atención. | | | | | | | | |
| | TRÁMI | TES O SERVIC | IOS RELACIO | ONADOS | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

ELABORÓ:

DIF

AYUNTAMIENTO DE ZINAÇANTEPEC L. 2022 Ar 2024 Michelle Palma Mejía Coardipación de Alimentación y Nutrición Familiar

COORDINACIÓN DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN FAMILIAR

VISTO BUENO

M.A.P. Juan Parto Del Rio Pichardo AYUNTAMIENTO DE ZINACANTEPEC 2022 ^{ec}2024

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

13/02/2024.



DIRECCIÓN