



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Ocampo

HOMOCLAVE	OC-DSA-05	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	29	1	2021
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
CITAS MEDICAS A HOSPITALES EN OTROS MUNICIPIOS					
APOYO A LA CUIDADANIA PARA HACER CITA EN DIFERENTES CENTROS DE SALUD UBICADOS EN OTROS MUNICIPIOS.					
II. MODALIDAD.					
Presencial					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
PRESUPUESTO DE EGRESOS PARA EL MUNICIPIO DE OCAMPO EJERCICIO FISCAL 2021					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
CUANDO EL CIUDADANO SOLICITE EL APOYO					
PASOS					
LLEGA EL CIUDADANO	SE REALIZA EL TRAMITE PARA EL TRASLADO				
EL CIUDADANO EXPLICA EL MOTIVO DEL TRASLADO	POSTERIORMENTE SE REALIZA EL TRASLADO				
SE SOLICITA DOCUMENTACION					
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.	
CREDENCIAL, CURP, COMPROBANTE DE DOMICILIO				SE ENVIAN LOS DOCUMENTOS DE SOLICITUD A LA ALCALDESA PARA SU APROBACION	
RECETA MEDICA, DIAGNOSTICO MEDICO					
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
OFICIO DE APOYO Formato libre					
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.					
N/A					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO		
Omar Emmanuel Gonzalez Araiza	4286830065 ext. 109		saludocampo@gmail.com		
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
5 DIAS HABILES			Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				1 día	

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		3 días
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS. Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
GRATUITO		N/A
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
N/A		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Realizamos un estudio rapido socioeconómico para evaluar la situación y entregar los apoyos		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	Presidencia Municipal	
AREA O DEPARTAMENTO	Dirección de salud	
DOMICILIO (S)	Plaza Principal #208	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Plaza Principal #208	
TELEFONO (S)	4286830065 ext. 109	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	saludocampo@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	4286830065 ext. 120	ocampo.contraloria@gmail.com
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
HOJA IMPRESA CON LOS DATOS PRECISOS DEL MEDICO, LUGAR, FECHA Y HORA EN QUE SE TENDRA LA CITA.		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL AREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 Omar Emmanuel Gonzalez Araiza		