

 Registro de Trámites y Servicios Municipio de Ocampo			
HOMOCLAVE	OC-DSA-03	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	29 1 2021
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
TRASLADO DE PACIENTES			
APOYO A LA CUIDADANIA EN TRASLADOS A LAS DIFERENTES CENTROS DE SALUD DE LA ENTIDAD			
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	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	
ÁREA 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, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Plaza Principal #208	
TELÉFONO (S)	4286830065 ext. 109	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	saludocampo@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS 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.		
CREDENCIAL Y VALES DE APOYOS		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 Omar Emmanuel Gonzalez Araiza		