



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Ocampo

HOMOCLAVE	OC-DSA-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	29	1	2021
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
VERIFICACION SANITARIA					
APOYO A LA CUIDADANIA QUE DESEA ABRIR NEGOCIOS QUE VENDAN COMIDA, PARA QUE TENGAN LOS PERMISOS CORRESPONDIENTES POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD.					
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. DECRIPCIÓN 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, O CUANDO EL CALENDARIO DE TRABAJO OBLIGUE LA VISITA DE VERIFICACION.					
PASOS					
LLEGA EL CIUDADANO			SE AGENDA LA VISITA		
EL CIUDADANO SOLICITA LA VISITA DE VERIFICACION			SE REALIZA LA VISITA		
SE SOLICITA DOCUMENTACION			SE EXPIDE CERTIFICADO		
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					
INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE CONTRIBUYENTES					
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
OFICIO DE petición Formato libre o petición verbal para ser anotada en el calendario.					
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 PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			1 día	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCION.			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.				
DOCUMENTO OFICIAL DE VISITA CON SELLO Y FIRMA CON LAS OBSERVACIONES PERTINENTES.				
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA			SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 Omar Emmanuel Gonzalez Araiza				