

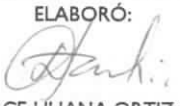




**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
<b>SOLICITUD DE APOYOS A LA COMUNIDAD</b>				
DESCRIPCIÓN:				
SOLICITUD DE APOYOS COMO LENTES, APARATOS AUDITIVOS, MEDICAMENTOS, SILLAS DE RUEDAS, ENTRE OTROS APARATOS DISFUNCIONALES, ASÍ MISMO TRASLADOS A HOSPITALES U OPERACIONES.				
FUNDAMENTO LEGAL:	ARTÍCULO 116 DEL BANDO MUNICIPAL DE XALATLACO 2023			
DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI	NO	X	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO LA CIUDADANÍA LO REQUIERE.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETO DE LA MISMA	N/A			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>				
SOLICITUD DIRIGIDA A LA DIRECCIÓN DE SALUD Y EXPEDIENTE MEDICO	SI	I	CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVO	
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>				
N/A	N/A	N/A	N/A	
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>				
N/A	N/A	N/A	N/A	
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	3 DÍAS HÁBILES			
COSTO:	N/A	Fundamento Jurídico	N/A	
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	N/A	TARJETA DE CRÉDITO	N/A
			TARJETA DE DÉBITO	N/A
			EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	N/A
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE	LA REVISIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO PARA VERIFICAR QUE REALMENTE SE NECESITE EL APOYO SOLICITADO.			
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A			



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:	
AYUNTAMIENTO				DIRECCION DE SALUD	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		Q.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ			
DOMICILIO:	CALLE:	AVENIDA 16 DE SEPTIEMBRE		NO. INT. Y EXT.:	01
COLONIA:	CENTRO		MUNICIPIO:	XALATLACO	
C.P.:	52680	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		9:00 A 18:00 HORAS	
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>					
OFICINA:	N/A				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A				
DOMICILIO:	CALLE:	N/A		NO. INT. Y EXT.:	N/A
COLONIA:	N/A		MUNICIPIO:	N/A	
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		N/A	
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A				
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>					
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿EL APOYO ES PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL?				
RESPUESTA:	SI, PARA TODO AQUEL QUE LO NECESITE.				
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿LOS APARATOS DISFUNCIONALES TIENEN ALGÚN COSTO?				
RESPUESTA:	NO, SON GRATUITOS.				
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿AL SOLICITAR MEDICAMENTO DEBO PRESENTAR RECETA MÉDICA?				
RESPUESTA:	SI, PARA RECIBIR EL MEDICAMENTO CORRECTAMENTE.				
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>					

ELABORÓ:  <u>Q.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ</u> NOMBRE COMPLETO		VISTO BUENO:  <u>Q.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ</u> NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  23/FEBRERO/2023
--	---	--	--

**DIRECCIÓN DE  
SALUD**

