



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

NOMBRE:		TRÁMITE:	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO:	<input type="checkbox"/>
SOLICITUD DE APOYOS A LA COMUNIDAD					
DESCRIPCIÓN:					
LA COMUNIDAD SOLICITA APOYOS DE LENTES, APARATOS AUDITIVOS, MEDICAMENTOS, SILLAS DE RUEDAS ENTRE OTROS APARATOS DISFUNCIONALES, ASÍ COMO TRASLADOS A HOSPITALES U OPERACIONES.					
FUNDAMENTO LEGAL:	ARTICULO 127 DEL BANDO MUNICIPAL DE XALATLACO 2022				
DOCUMENTO A OBTENER:	SE OBTIENE EL SERVICIO DE APARATOS	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A		
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIRECCIÓN WEB	N/A	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO LA CIUDADANÍA REQUIERE APOYO DE APARATOS DISFUNCIONALES				
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A				
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.		
PERSONAS FÍSICAS					
SOLICITUD DE APOYO DIRIGIDO AL DIRECTOR DE SALUD EXPEDIENTE MÉDICO	SI NO	N/A SI	CONTROL INTERNO DEL ÁREA		
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS					
N/A	N/A	N/A	N/A		
INSTITUCIONES PÚBLICAS					
N/A	N/A	N/A	N/A		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	3 DÍAS HÁBILES				
COSTO:	§ GRATUITO		Fundamento Jurídico N/A		
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A				
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A				
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	SE REVISARÁ EL EXPEDIENTE MÉDICO YA QUE SIRVE PARA VERIFICAR QUE EL CIUDADANO SÍ REQUIERE EL APOYO SOLICITADO				
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A				



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:	
DIRECCIÓN DE SALUD				DIRECCIÓN DE SALUD	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA: Q.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ					
DOMICILIO:	CALLE:	AV. 16 DE SEPTIEMBRE	NO. INT. Y EXT.:	01	
COLONIA:	CENTRO	MUNICIPIO:	XALATLACO		
C.P.:	52680	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 18:00 PM		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:	N/A				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A				
DOMICILIO:	CALLE:	N/A	NO. INT. Y EXT.:		
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				
INFORMACIÓN ADICIONAL					
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿El apoyo es para la población en general?				
RESPUESTA:	Sí, para todo aquel que lo solicite				
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Los aparatos disfuncionales tienen algún costo?				
RESPUESTA:	No, son gratuitos				
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿Al solicitar medicamento debo presentar receta médica?				
RESPUESTA:	Sí, para recibir el medicamento correctamente				
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS					

ELABORÓ: O.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ DIRECCIÓN DE SALUD NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: O.F.B. DULCE LILIANA ORTIZ QUIROZ DIRECCIÓN DE SALUD NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 01/04/2022
--	--	---

**DIRECCIÓN DE
SALUD**

