



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|------------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE: | SERVICIO | X |
| TRASLADOS A DIVERSOS HOSPITALES | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | |
| TIENE COMO PRINCIPAL OBJETIVO AYUDAR A LA POBLACION CON EL TRASLADO DE PACIENTES A DIVERSOS HOSPITALES E INSTITUCIONES MEDICAS AYUDANDOLES CON TRANSPORTE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | N/A | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | | | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | N/A | | |
| | | X | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO PACIENTES O FAMILIARES REQUIERAN EL APOYO DE TRASLADO A DIFERENTES HOSPITALES O INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS PARA SACAR CITAS, ESTUDIOS, CONSULTAS, TERAPIAS Y OPERACIONES. | | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | |
| 1.- ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO REALIZADO POR EL SISTEMA MUNICIPAL | SI | NO | N/A | | | |
| 2.- CARNET DE CITAS O CITAS IMPRESAS | SI | NO | | | | |
| 3.- CREDENCIAL DE ELECTOR | NO | I | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 10 MINUTOS | | TIEMPO DE RESPUESTA: | 20 MINUTOS | | |
| COSTO: | GRATUITO | | Fundamento Jurídico | N/A | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | NO | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | QUE LOS VEHÍCULOS QUE REALIZAN LOS TRASLADOS SE ENCUENTREN DISPONIBLES EN LAS FECHAS SOLICITADAS Y EN BUEN ESTADO. | | | | | |



| | | | | | | | |
|---|---|---|--------|---|-------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF EL ORO | | | | SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | L.I.A YAHAIRA JETZINELY VILLAGOMEZ MARTÍNEZ | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AVENIDA PROLONGACIÓN HIDALGO | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | CENTRO | | | MUNICIPIO: | EL ORO | | |
| C.P.: | 50600 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | LUNES A VIERNES HORARIO:9:00 A 17:00 HORAS | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(26) | | |
| (711) | 1250142 | | N/A | N/A | dif@elorumexico.gob.mx | | |
| 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: | ¿APOYAN CON EL SERVICIO DE TRASLADO A CUALQUIER HORA?? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI, A LA HORA QUE EL PACIENTE LO REQUIERA | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿DEBO DE AGENDAR LA SALIDA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI, POR LO MENOS UNA SEMANA ANTES | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿HAY TRASLADOS A CUALQUIER HOSPITAL O INSTITUCION MÉDICA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI, DEPENDE LO QUE SOLICITE EL PACIENTE | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>ELABORÓ: C. ADRIANA POSADAS ARRIAGA</p>  <p>ENLACE DE MEJORA REGULATORIA Y DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</p> | <p>VISTO BUENO: LIC. YAHAIRA JETZINELY VILLAGÓMEZ MARTÍNEZ</p>  <p>PRESIDENTA HONORARIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN: <u>04/02/2020.</u></p> |
|--|--|---|