

HOMOCLAVE

MS-CTZ-DSA-01

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

10-feb-25

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.

ATENCIÓN Y CANALIZACION PERSONALIZADA

II. MODALIDAD.

PRESENCIAL

III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.

Articulo 17 de la Ley para el Gobierno y Administración de los Municipios del Estado de Guanajuato

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

CUANDO NECESITE ATENCIÓN MEDICA Y/O MEDICAMENTOS

PASOS

PRESENCIAL

2. LLENAR FORMATO DE ATENCION PERSONALIZADA

1. SOLICITAR EL SERVICIO EN EL AREA DE LA SALUD

3. SE DA RESPUESTA A LA SOLICITUD

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.

SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.

SE LLENA EL FORMATO DE ATENCION, EL CUAL CONTIENE DATOS PERSONALES CON MOTIVO DE LA ATENCIÓN, RESPUESTA

VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.

SOLICITUD VERBAL

VII. ENLACE DEL FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

NO APLICA

NO APLICA

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

NO APLICA

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

SONIA IRAIS ARIAS ANAYA

4111603800

COORDINACION_SALUD@CORTAZAR.GOB.MX

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

VARIABLE

Afirmativa Ficta

Negativa Ficta

X

XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.

NO APLICA

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

NO APLICA

XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

NO APLICA

NO APLICA

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

NO APLICA

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

ENTREGA DE DOCUMENTO REQUERIDOS COMPLETA, ASISTENCIA PUNTUAL A CITAS MEDICAS, DISPONIBILIDAD DE ATENCION MEDICA O MEDIC

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO

DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL
AREA O DEPARTAMENTO	DIRECCION DE SALUD
DOMICILIO (S)	MANUEL DOBLADO 110 ALTOS, ZONA CENTRO

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

LUNES A VIERNES DE 8:00AM A 3:00PM

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.

DOMICILIO (S)	MANUEL DOBLADO 110 ALTOS, ZONA CENTRO
TELEFONO (S)	4111603800
CORREO ELECTRÓNICO (S)	COORDINACION_SALUD@CORTAZAR.GOB.MX

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4111191835	contraloria_cortazar@hotmail.com

XVIII. INFORMACION QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NO APLICA

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR


SONIA IRAIS ARIAS ANAYA

SELLO DE LA DIRECCIÓN.