



## FICHA TÉCNICA DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPALES DE ZIHUATANEJO DE AZUETA

### TIPO DE TRÁMITE

### CONSULTA MÉDICA

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.a.</b><br><b>FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA QUE DA ORIGEN AL TRÁMITE Y/O</b> | No aplica |
|--|-----------|

|   |   |
|---|---|
| <b>1.b.</b><br><b>FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA QUE FACULTA LA AUTORIDAD PARA</b> | BANDO DE POLICÍA Y BUEN GOBIERNO MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO DE AZUETA. TÍTULO DÉCIMO CUARTO DE LA SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CAPÍTULO I DE LAS ATRIBUCIONES DEL AYUNTAMIENTO EN MATERIA DE SALUD ARTÍCULO 359. FRACCIÓN III. ARTÍCULO 360. |
|---|---|

|                            |        |          |         |            |                                     |            |
|----------------------------|--------|----------|---------|------------|-------------------------------------|------------|
| <b>IPO DE ORDENAMIENTO</b> | Aviso  | Circular | Decreto | Manual     | Reglas                              |            |
|                            | Código | Convenio | Ley     | Reglamento | <input checked="" type="checkbox"/> | Resolución |
|                            | Otro   |          |         |            |                                     |            |

| <b>4. DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE</b>   |  |
|---|--|
| ES UN SERVICIO PERMANENTE DE CONSULTA DE EN MEDICINA GENERAL IMPLEMENTADO POR EL DIF MUNICIPAL QUE SE REALIZA EN LAS OFICINAS CENTRALES DEL DIF MUNICIPAL DE LUNES A VIERNES (HORARIO DE ATENCIÓN DE 8:00 A 16:00 HORAS). ESTÁ DIRIGIDA A TODA LA POBLACIÓN EN GENERAL QUE REQUIERA EL SERVICIO PRIORIZANDO GRUPOS VULNERABLES. |  |

| <b>3. TIPO DE TRÁMITE O SERVICIO</b> |  |
|--------------------------------------|--|
| Beneficio                            |  |

| <b>5. CASOS EN QUE SE DEBE/PUEDE PRESENTARSE EL TRÁMITE</b>   |  |
|---|--|
| LA POBLACIÓN EN GENERAL PUEDE ACUDIR AL DIF MUNICIPAL CUANDO REQUIERA DE CONSULTA EN LOS DÍAS Y HORARIOS INDICADOS, EL SERVICIO ESTÁ SUJETO A AGENDA. |  |

| <b>6. MEDIOS(S) DE PRESENTACIÓN DEL TRÁMITE</b> |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Escrito libre                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Medios Electrónicos                             |                                     |
| Formato   |                                     |
| Verbal  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Otro  |                                     |

| <b>7. DATOS QUE DEBE CONTENER EL TRÁMITE</b> |  |
|--|--|
| 1. NOMBRE DEL PACIENTE Y PADRE O TUTOR       |  |
| 2. DOMICILIO                                 |  |
| 3. DATOS DE CONTACTO                         |  |

| <b>8. DOCUMENTOS ESPECÍFICOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR AL TRÁMITE</b> |          |                                     |
|---|----------|-------------------------------------|
|   | Original | Copia                               |
| 1   | INE      | <input checked="" type="checkbox"/> |
|   |          |                                     |
|   |          |                                     |
|   |          |                                     |
|   |          |                                     |
|   |          |                                     |

| <b>9. PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA POR LA DEPENDENCIA</b> |  |
|--|--|
| INMEDIATA  |  |
| <b>10. FICTA</b>                                       |  |
| No aplica  |  |

|  |  |  |            |  |  |  |
|--|--|--|------------|--|--|--|
| <b>11. MONTO DE LOS DERECHOS</b>   | SIN COSTO  | <b>12. VIGENCIA</b>  | PERMANENTE |  |  |  |
| <b>11.a. FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA DEL COBRO DEL TRÁMITE O SERVICIO (Artículo, Cláusula, fracción,</b> |  |  |            |  |  |  |
| No aplica  |  |  |            |  |  |  |
| <b>13. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DE TRÁMITE</b>  | <b>14. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE REALIZAR EL TRÁMITE</b>                |  |            |  |  |  |
| QUE EL PACIENTE HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS REQUERIDOS, QUE SEA PERSONA DE ESCASOS RECURSOS.    | ASISTENCIA MÉDICA<br>DIF MUNICIPAL   |  |            |  |  |  |
| <b>15. HORARIO DE ATENCIÓN</b>   | De lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas  | <b>16. CANTIDAD DE VECES QUE EL TRÁMITE SE REALIZA DURANTE EL TRIMESTRE ANTERIOR</b> | 28         |  |  |  |
| TELÉFONO 1   | (755) 554 43 67  |  |            |  |  |  |
| TELÉFONO 2   | (755) 554 91 24  |  |            |  |  |  |
| FAX  | LIC. LUIS GERARDO JIMENEZ MEREL  |  |            |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO   | <a href="mailto:dif@zihuatanejodeazueta.gob.mx">dif@zihuatanejodeazueta.gob.mx</a>           |  |            |  |  |  |
| DIRECCIÓN  | Calle Aguacate número 15, colonia Centro, C.P. 40880, Zihuatanejo de Azueta, Guerrero. (DIF) |  |            |  |  |  |
| <b>17. PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SUJETO</b>   | <b>18. PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SOLICITANTE</b>  |  |            |  |  |  |
| NO APLICA  | NO APLICA  |  |            |  |  |  |
| <b>19. VIGENCIA DE LOS AVISOS, PERMISOS,</b>   | <b>20. OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN, EN</b>                                      |  |            |  |  |  |
| NO APLICA  | NO APLICA  |  |            |  |  |  |
| <b>21. DERECHOS DEL USUARIO ANTE LA</b>  | <b>22. INFORMACIÓN QUE DEBERÁ CONSERVAR PARA</b>   |  |            |  |  |  |
| SOLICITAR NUEVAMENTE EL SERVICIO   | NO APLICA  |  |            |  |  |  |
| <b>23. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SERVICIO.</b>   |  |  |            |  |  |  |
|  |  |  |            |  |  |  |