



FICHA TÉCNICA DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPALES DE ZIHUATANEJO DE AZUETA

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ÁREA RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                 | UNIDAD MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO                                                                                                                                                                                                    | SERVICIO DE ULTRASONIDO DE ABDOMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ESPECIFICAR SÍ ES TRÁMITE A SERVICIO                                                                                                                                                                                             | SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE TRÁMITE O SERVICIO (BENEFICIO, CONSERVACIÓN, CONSULTA, OBLIGACIÓN, PROCEDIMIENTO)                                                                                                                                        | BENEFICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO (REDACTADO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO)                                                                                                                                            | AYUDA A DIAGNOSTICAR EL DOLOR O LA DISTENCIÓN (DILATACIÓN) Y PARA EVALUAR LOS RIÑONES, EL HÍGADO, LA VESÍCULA BILIAR, LOS CONDUCTOS BILIARES, EL PÁNCREAS, EL BAZO Y LA AORTA ABDOMINAL, ES UN EXAMEN SEGURO INDOLORO EN EL CUAL SE UTILIZAN ONDAS SONORAS PARA OBTENER IMÁGENES DEL ABDOMEN                                    |
| MODALIDAD DEL TRÁMITE O SERVICIO (ESCRITO LIBRE, MEDIOS ELECTRÓNICOS, FORMATO, VERBAL, OTRO)                                                                                                                                     | FORMATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ENUMERAR Y DETALLAR LOS REQUISITOS (EJEMPLO: MAYOR DE 18 AÑOS, SI SON CIUDADANOS DE ZIHUATANEJO, SI SOLO VA DIRIGIDO A MUJERES, ETC.)                                                                                            | 1.- AGENDAR CITA, DE MANERA PRESENCIAL O VÍA TELEFÓNICA.<br>2.- DEPENDIENDO DE LA PACIENTE SE SOLICITA, EVITAR COMER Y BEBER ENTRE 8 Y 12 HORAS ANTES O TOMAR 2 LITROS DE AGUA PARA TENER LA VEJIGA LLENA.<br>3.- LLEVAR DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, ROPA CÓMODA.<br>4.- ACUDIR CON SOLICITUD DE ULTRASONIDO POR MÉDICO TRATANTE. |
| DOCUMENTOS REQUERIDOS, EN SU CASO (REDACTADOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO)                                                                                                                                                         | CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE DEL SOLICITANTE AL 200%, CURP ACTUALIZADA DEL SOLICITANTE AL 135%                                                                                                                                                                                                                                 |
| TIEMPO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                              | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SUJETO OBLIGADO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE (DENTRO DEL PLAZO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE CON CUÁNTOS DÍAS SE LE AVISA AL SOLICITANTE, SI EXISTEN ALGUNA IRREGULARIDAD CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS) | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SOLICITANTE PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN (UNA VEZ RECIBIDO EL EXHORTO, CUÁNTOS DÍAS TIENE EL CIUDADANO PARA CUMPLIR CON LAS OBSERVACIONES MARCADAS)                                                 | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| GARANTÍA O PLAZO DEL TRÁMITE O SERVICIO                                                                                                                                                                                          | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| VIGENCIA DE LOS AVISOS, PERMISOS, LICENCIAS, AUTORIZACIONES, REGISTROS Y DEMÁS RESOLUCIONES QUE SE EMITAN                                                                                                                        | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN, EN CASO DE QUE SE REQUIERA PARA LLEVAR A CABO EL TRÁMITE O SERVICIO                                                                                                                    | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS APLICABLES, EN SU CASO, O LA FORMA DE DETERMINAR DICHO MONTO, ASÍ COMO LAS ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO. EN SU CASO, ESPECIFICAR QUE ES GRATUITO (COSTOS)</p> | \$330.00                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO</p>                                                                                                                                                                             | GASTO DE RECUPERACIÓN                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO (CAJAS GENERALES, BANCO, ETC.)</p>                                                                                                                                          | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO</p>                                                                                                                                                | BANDO DE POLICÍA Y GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO DE AZUETA. TITULO 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. |
| <p>DERECHOS DE LA POBLACIÓN USUARIA ANTE LA NEGATIVA O LA FALTA ANTE LA PRESTACIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO (SI HAY OTRA ALTERNATIVA PARA EL USUARIO EN CASO DE SER NEGADO EL TRÁMITE O SERVICIO)</p>             | SOLICITAR NUEVAMENTE EL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>INFORMACIÓN QUE DEBERÁ CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO</p>                                                                                 | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>INFORMACIÓN ADICIONAL DEL TRÁMITE O SERVICIO (NOTAS)</p>                                                                                                                                                     | CITA SOBRE AGENDA                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>NO. DE SOLICITUDES DURANTE EL TRIMESTRE</p>                                                                                                                                                                  | 18                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>NO. DE ATENCIONES EN BASE A LAS SOLICITUDES</p>                                                                                                                                                              | 18                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>NO. DE BENEFICIARIOS</p>                                                                                                                                                                                     | 18                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>ESPECIFICAR CUANTAS MUJERES FUERON BENEFICIADAS EN ESTE PERÍODO, SEGÚN SEA EL CASO DEL PROGRAMA, PROYECTO O SERVICIO.</p>                                                                                    | 12                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>NO. DE VECES QUE LOS BENEFICIARIOS SOLICITARON EL BENEFICIO</p>                                                                                                                                              | UN ESTUDIO POR PERSONA                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>DATOS DE CONTACTO OFICIAL DEL RESPONSABLE DEL ÁREA</p>                                                                                                                                                       | DRA. CINTHYA ANAID BELTRÁN RÍOS                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SOLICITAR EL SERVICIO, INCLUYENDO SU DOMICILIO (EJEMPLO: ANTE MAC, SECRETARÍA GENERAL)</p>                                             | UNIDAD MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (COL CENTRO, CALLE DEL ESTUDIANTE)                                                                                                                                                                    |
| <p>HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO<br/>NÚMERO DE TELÉFONO<br/>CORREO ELECTRÓNICO<br/>DOMICILIO</p>                                                                                                              | LUNES A VIERNES 9:00 AM A 16:00 HRS. 7555544553, CALLE DEL ESTUDIANTE, COLONIA CENTRO<br>unidadespecialidades@zihuatanejodeazueta.gob.mx                                                                                                         |

