



FICHA TÉCNICA DE TRÁMITES Y SERVICIOS MUNICIPALES DE ZIHUATANEJO DE AZUETA

ÁREA RESPONSABLE	DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO	TRANSPORTE TARJETA ROSA
ESPECIFICAR SI ES TRÁMITE A SERVICIO	TRÁMITE
TIPO DE TRÁMITE O SERVICIO (BENEFICIO, CONSERVACIÓN, CONSULTA, OBLIGACIÓN, PROCEDIMIENTO)	BENEFICIO / TRÁMITE
DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO (REDACTADO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO)	CONTRIBUIR AL BIENESTAR DE MUJERES Y HOMBRES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER, MEDIANTE EL OTORGAMIENTO DE LA TARJETA ROSA, LA CUAL TIENE COMO PRINCIPAL OBJETIVO FACILITAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS, A TRAVÉS DEL APOYO DE TRANSPORTE GRATUITO O SUBSIDIADO PARA ASISTIR A SUS CITAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS, ESTUDIOS CLÍNICOS Y VALORACIONES ONCOLÓGICAS.
MODALIDAD DEL TRÁMITE O SERVICIO (ESCRITO LIBRE, MEDIOS ELECTRÓNICOS, FORMATO, VERBAL, OTRO)	VERBAL / FORMATO
ENUMERAR Y DETALLAR LOS REQUISITOS (EJEMPLO: MAYOR DE 18 AÑOS, SI SON CIUDADANOS DE ZIHUATANEJO, SI SOLO VA DIRIGIDO A MUJERES, ETC.)	SER DEL MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO DE AZUETA Y ESTAR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.
DOCUMENTOS REQUERIDOS, EN SU CASO (REDACTADOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO)	TRÁMITE DE LA TARJETA ROSA: SER MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD. SER PACIENTE ONCOLÓGICO EN TRATAMIENTO. COPIA DE LA INE CON DIRECCIÓN DEL MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO DE AZUETA. COPIA DE LA CURP EN FORMATO NUEVO. COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A TRES MESES). CARNET ORIGINAL DE CITAS MÉDICAS. TRÁMITE DE APOYO DE TRANSPORTE DE LA TARJETA ROSA: COPIA DE LA CREDENCIAL DE ZIHUATANEJO (INE) AMPLIFICADA AL 200% (SOLICITANTE). COPIA DE LA CURP AMPLIFICADA AL 135% (SOLICITANTE). COPIA DE LA CREDENCIAL DE ZIHUATANEJO (INE) AMPLIFICADA AL 200% (PACIENTE). COPIA DE LA CURP AMPLIFICADA AL 135% (PACIENTE). COPIA DEL CARNET DE CITAS MÉDICAS (AMBOS LADOS). COPIA DE LA TARJETA ROSA AMPLIFICADA AL 200% (AMBOS LADOS).
TIEMPO DE RESPUESTA	INMEDIATO (DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES)
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)	DE FORMA INMEDIATA
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)	DOS DIAS
GARANTÍA O PLAZO DEL TRÁMITE O SERVICIO	PROGRAMA ABIERTO DURANTE TODO EL EJERCICIO FISCAL

VIGENCIA DE LOS AVISOS, PERMISOS, LICENCIAS, AUTORIZACIONES, REGISTROS Y DEMÁS RESOLUCIONES QUE SE EMITAN	365 DÍAS NATURALES
OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN, EN CASO DE QUE SE REQUIERA PARA LLEVAR A CABO EL TRÁMITE O SERVICIO	ESTAR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.
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)	ES TOTALMENTE GRATIS
SUSTENTO LEGAL PARA SU COBRO	LEY DE ASISTENCIA SOCIAL
LUGARES DONDE SE EFECTÚA EL PAGO (CAJAS GENERALES, BANCO, ETC.)	DIF CENTRAL AREA DE MAC MÓDULO DE ATENCIÓN CIUDADANA
FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO	ART. 12 Y 5 FRACCIÓN I, III Y V.
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)	EL USUARIO TIENE DERECHO A ACCESAR AL APOYO SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON LOS REQUISITOS.
INFORMACIÓN QUE DEBERÁ CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO	TRAMITE DE LA TARJETA ROSA: SER MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD. SER PACIENTE ONCOLÓGICO EN TRATAMIENTO. COPIA DE LA INE CON DIRECCIÓN DEL MUNICIPIO DE ZIHUATANEJO DE AZUETA. COPIA DE LA CURP EN FORMATO NUEVO. COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A TRES MESES). CARNET ORIGINAL DE CITAS MÉDICAS. TRÁMITE DE APOYO DE TRANSPORTE DE LA TARJETA ROSA: COPIA DE LA CREDENCIAL DE ZIHUATANEJO (INE) AMPLIFICADA AL 200% (SOLICITANTE). COPIA DE LA CURP AMPLIFICADA AL 135% (SOLICITANTE). COPIA DE LA CREDENCIAL DE ZIHUATANEJO (INE) AMPLIFICADA AL 200% (PACIENTE). COPIA DE LA CURP AMPLIFICADA AL 135% (PACIENTE). COPIA DEL CARNET DE CITAS MÉDICAS (AMBOS LADOS). COPIA DE LA TARJETA "ESTOY A TIEMPO" AMPLIFICADA AL 200% (AMBOS LADOS).
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL TRÁMITE O SERVICIO (NOTAS)	NINGUNA
NO. DE SOLICITUDES DURANTE EL TRIMESTRE	552
NO. DE ATENCIONES EN BASE A LAS SOLICITUDES	552
NO. DE BENEFICIARIOS	46
ESPECIFICAR CUANTAS MUJERES FUERON BENEFICIADAS EN ESTE PERÍODO, SEGÚN SEA EL CASO DEL PROGRAMA, PROYECTO O SERVICIO.	42

NO. DE VECES QUE LOS BENEFICIARIOS SOLICITARON EL BENEFICIO	4 POR MES
DATOS DE CONTACTO OFICIAL DEL RESPONSABLE DEL ÁREA	LIC. ANA KAREN REBOLLEDO HERNÁNDEZ
UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SOLICITAR EL SERVICIO, INCLUYENDO SU DOMICILIO (EJEMPLO: ANTE MAC, SECRETARÍA GENERAL)	MAC, SECRETARÍA GENERAL, OTRAS DEPENDENCIAS
HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO NÚMERO DE TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO DOMICILIO	DE LUNES A VIERNES DE 08:00 A 16:00 HORAS (HORARIOS DE OFICINA) (755) 554 43 67 (755) 554 91 24 DIF@ZIHUATANEJODEAZUETA.GOB.MX OFICINAS CENTRALES: CALLE AGUACATE NO 15, COLONIA CENTRO, C.P. 40880, ZIHUATANEJO DE AZUETA, GRO.