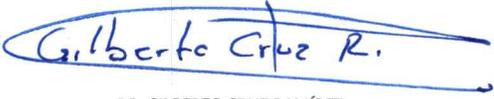


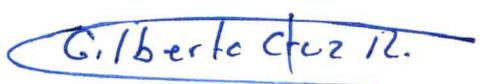
GUANAJUATO <small>Gobierno del Estado - Secretaría de Desarrollo Económico Sustentable</small>		Registro de Trámites y Servicios Municipio de Valle de Santiago, Guanajuato			
HOMOCLAVE	VS-DS-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25-ene-22		
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.					
DE CORAZON POR LA SALUD					
SESIONES PRÁCTICAS A JOVENES DE EDUCACION BÁSICA SOBRE INFORMACIÓN NUTRICIONAL COMO "EL PLATO DEL BUEN COMER", "LA JARRA DEL BUEN BEBER", TEMAS GENERALES DE SALUD COMO PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y RIESGOS PSICOSOCIALES.					
II. MODALIDAD.					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.					
CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTICULO 4					
LEY ORGANICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, ARTICULO 4 Y ARTICULO 5					
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
TODA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ALEJADA DE LAS UMAPS QUE REQUIERA TALLERES EN TEMAS DE SALUD					
PASOS					
1.- DETECCIÓN DE ESCUELAS ALEJADAS A LAS UMAPS O QUE SOLICITEN EL PROGRAMA		4.- EJECUCIÓN DE TALLERES			
2.- REUNIÓN CON DIRECTIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS		5.- ARMADO DE EXPEDIENTES, SEGUIMIENTO ADMINISTRATIVO, EVIDENCIA FOTOGRÁFICA Y CIERRE.			
3.- CALENDARIZACIÓN DE TALLERES					
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1.- ESCRITO DE SOLICITUD DE TALLER.		N/A			
2.- ESPACIO AMPLIO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN PARA REALIZAR EL TALLER.		N/A			
3.- DOCUMENTACIÓN DEL DIRECTOR O ENCARGADO SOLICITANTE.		N/A			
4.- LISTADO DE ALUMNOS BENEFICIADOS.		N/A			
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
ESCRITO LIBRE					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.				FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO.	
NO SE REQUIERE				NO SE REQUIERE	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.					
NO SE REQUIERE					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		4566438274		saludmunicipalvalle@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
15 DIAS HABILES			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.					
NO APLICA					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRAMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		PRESIDENCIA MUNICIPAL			
AREA O DEPARTAMENTO		DEPARTAMENTO DE SALUD			
DOMICILIO (S)		PORTAL HIDALGO #173			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 04.00 P.M.					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJA.					
DOMICILIO (S)		PORTAL HIDALGO #173			

TELEFONO (S)	4566438274	
CORREO ELECTRÓNICO	saludmunicipalvalle@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4566430002	contraloria@valledesantiago.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NO SE REQUIERE		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		

PRESIDENCIA MUNICIPAL
VALLE DE SANTIAGO, GTO

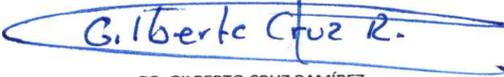


HOMOCLAVE	VS-DS-02	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25-ene-22
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.			
SALUD A TU ALCANCE			
SALUD EXTERNA A LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES (PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA) EXPLORACIÓN FÍSICA, TRATAMIENTO MÉDICO, DIAGNÓSTICO Y EMISIÓN DE RECETA MÉDICA. EN CASO DE CONTAR CON EL MEDICAMENTO QUE SE PRESCRIBE SE LE OTORGARÁ DE MANERA GRATUITA.			
II. MODALIDAD.			
PRESENCIAL			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTICULO 4 LEY ORGANICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, ARTICULO 4 Y ARTICULO 5			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
TODA PERSONA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD QUE REQUIERA SERVICIOS DE SALUD			
PASOS			
1.- SOLICITUD DE ATENCIÓN EN LISTA DE REGISTRO		4.- FIRMA DE AGRADECIMIENTO	
2.- VISITA DE CHEQUEO Y DIAGNÓSTICO		5.- INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE Y EVIDENCIA FOTOGRAFICA	
3.- EMISIÓN DE RECETA MÉDICA Y ENTREGA DE MEDICAMENTO (SEGÚN SEA EL CASO)			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1.- SOLICITUD DE ATENCIÓN EN LISTA DE REGISTRO		N/A	
2.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL		N/A	
3.- AGRADECIMIENTO		N/A	
4.- LIESTUDIOS PREVIOS (SEGÚN SEA EL CASO)		N/A	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
ESCRITO LIBRE			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO.	
NO SE REQUIERE		NO SE REQUIERE	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
NO SE REQUIERE			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ	4566438274	saludmunicipalvalle@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
3 DIAS HABILES		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN 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.			

NO APLICA		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL	
AREA O DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO DE SALUD	
DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 04.00 P.M.		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173	
TELEFONO (S)	4566438274	
CORREO ELECTRÓNICO	saludmunicipalvalle@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4566430002	contraloria@valledesantiago.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NO SE REQUIERE		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		

**PRESIDENCIA MUNICIPAL
VALLE DE SANTIAGO, GTO**

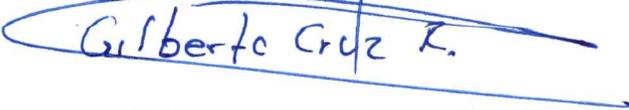
GUANAJUATO Gobierno del Estado - Secretaría de Desarrollo Económico Sustentable		Registro de Trámites y Servicios Municipio de Valle de Santiago, Guanajuato			
HOMOCLAVE	VS-DS-03	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25-ene-22		
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
COMUNIDAD SALUDABLE					
CONSULTA EXTERNA A COMUNIDADES RURALES VULNERABLES, ALEJADAS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PÚBLICOS OTORGADOS POR LAS UMAPS, PARA VALORACIÓN DE GLOCOMETRIA, SIGNOS VITALES Y CONCIENTIZACIÓN SOBRE EL VIRUS SARS-CoV2 Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.					
II. MODALIDAD.					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTÍCULO 4 LEY ORGANICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, ARTICULO 4 Y ARTÍCULO 5					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
TODA PERSONA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD QUE REQUIERA SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA RURAL.					
PASOS					
1.- SOLICITUD DE ATENCIÓN EN LISTA DE REGISTRO PREVIA		4.- EMISIÓN DE RECETA MÉDICA Y ENTREGA DE MEDICAMENTO (SEGÚN SEA EL CASO)			
2.- AGENDA DE VISITAS DE CHEQUEO		5.- FIRMA DE AGRADECIMIENTO			
3.- CONSULTAS MÉDICAS Y DIAGNÓSTICOS PROGRAMADOS		6.- INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTE Y EVIDENCIA FOTOGRÁFICA			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1.- SOLICITUD DE ATENCIÓN EN LISTA DE REGISTRO PREVIA CON EL DELEGADO				N/A	
2.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PACIENTE				N/A	
3.- AGRADECIMIENTO DEL PACIENTE				N/A	
4.- ESTUDIOS PREVIOS (SEGÚN SEA EL CASO)				N/A	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
ESCRITO LIBRE					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.			FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO.		
NO SE REQUIERE			NO SE REQUIERE		
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.					
NO SE REQUIERE					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		4566438274		saludmunicipalvalle@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
3 DIAS HABILES			Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN 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.					
NO APLICA					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		PRESIDENCIA MUNICIPAL			
AREA O DEPARTAMENTO		DEPARTAMENTO DE SALUD			
DOMICILIO (S)		PORTAL HIDALGO #173			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 04.00 P.M.					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.					
DOMICILIO (S)		PORTAL HIDALGO #173			

TELEFONO (S)	4566438274	
CORREO ELECTRÓNICO	saludmunicipalvalle@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4566430002	contraloria@valledesantiago.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NO SE REQUIERE		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		

**PRESIDENCIA MUNICIPAL
VALLE DE SANTIAGO, GTO**



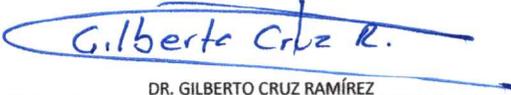
HOMOCLAVE	VS-DS-4	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25-ene-22
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.			
SERVICIO DE CONTROL CANINO			
GESTION DE RECURSO PARA CAPTURA DE PERROS EN SITUACION DE CALLE			
II. MODALIDAD.			
PRESENCIAL			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTICULO 4. LEY ORGANICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO ARTICULO 4 Y ARTICULO 5			
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
TODA PERSONA QUE PRESENTE UN REPORTE DE PERROS EN SITUACION DE CALLE			
PASOS			
1.- ENTREGA DE UN REPORTE POR ESCRITO.	4.- CAPTURA		
2.- GESTION DE CONTRATO CON CENTRO DE CONTROL CANINO.			
3.- AGENDA DE VICITAS			
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.	
1.- ENTREGA DE UN REPORTE POR ESCRITO.		CIUDADANA	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O ESCRITO LIBRE			
ESCRITO LIBRE			
VII. LINK PARA DESCARGA DE 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	
DR. GILBERTO CRUZ RAMIREZ	4566438274	SALUDMUNICIPALVALLE@GMAIL.COM	

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
15 DIAS HABILES		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN 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.				
NO APLICA				
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS				
DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL			
AREA O DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO DE SALUD			
DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.				
LUNES A VIERNES DE 9:00 A 4:00 PM HORAS				
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.				
DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173			
TELEFONO (S)	4566430002			
CORREO ELECTRÓNICO (S)	SALUDMUNICIPALVALLE@GMAIL.COM			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO				
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
CONTRALORIA MUNICIPAL	4566430002	CONTRALORIA@VALLEDESANTIAGO.GOB.MX		
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.				
NO APLICA				
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR			SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
DR. GILBERTO CRUZ RAMIREZ 				

PRESIDENCIA MUNICIPAL
VALLE DE SANTIAGO, GTO



HOMOCLAVE	VS-DS-05	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25-ene-22
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
GESTIÓN DE APOYOS CON CASA CIUDADANA			
GESTIÓN DE APOYOS EN TEMAS DE SALUD PARA TRATAMIENTOS DE HEMODIALISIS, MEDICAMENTOS, ADEUDO HOSPITALARIO Y MATERIAL QUIRURGICO			
II. MODALIDAD.			
PRESENCIAL			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ARTÍCULO 4 LEY ORGANICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO, ARTICULO 4 Y ARTÍCULO 5			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
TODA PERSONA EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD QUE REQUIERA SERVICIOS DE SALUD			
PASOS			
1.- ACUDIR AL DEPARTAMENTO PARA SOLICITAR REQUISITOS	4.- RESPUESTA DE LA SOLICITUD POR PARTE DE CASA CIUDADANA		
2.- PRESENTAR DOCUMENTACION PARA SER REVISADA			
3.- TRASLADO A CASA CIUDADANA EN GUANAJUATO PARA SOLICITUD DE APOYO			
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1.- SOLICITUD Y CARTA DE INGRESOS	N/A		
2.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL	N/A		
3.- CURP	N/A		
4.- COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A TRES MESES)	N/A		
5.- DIAGNOSTICO MÉDICO	N/A		
6.- COTIZACIÓN	N/A		
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
ESCRITO LIBRE			
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO.	
NO SE REQUIERE		NO SE REQUIERE	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
NO SE REQUIERE			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ	4566438274	saludmunicipalvalle@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
3 DIAS HABILES		<input type="checkbox"/> Afirmativa Ficta	<input type="checkbox"/> Negativa Ficta <input checked="" type="checkbox"/> 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.			
NO APLICA			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRAMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS			
DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL		
AREA O DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO DE SALUD		
DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 04.00 P.M.			
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			

DOMICILIO (S)	PORTAL HIDALGO #173	
TELEFONO (S)	4566438274	
CORREO ELECTRÓNICO	saludmunicipalvalle@gmail.com	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	4566430002	contraloria@valledesantiago.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NO SE REQUIERE		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 DR. GILBERTO CRUZ RAMÍREZ		

PRESIDENCIA MUNICIPAL
VALLE DE SANTIAGO