



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
TRASLADO DE PACIENTE				
DESCRIPCIÓN:	Código de la Cédula	25774		
CONSISTE EN BRINDAR EL APOYO DE TRASLADO A PERSONAS CON LA NECESIDAD DE TRASLADARSE EN AMBULANCIA PARA SU ATENCION MEDICA				
FUNDAMENTO LEGAL:	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA-2013			
DOCUMENTO A OBTENER:	REALIZAR EL TRASLADO DEL PACIENTE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	
¿SE REALIZA EN LÍNEA:	SI X	NO	DIRECCIÓN WEB	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CON ANTICIPACION DE MINIMO 3 DIAS DE SU CITA MEDICA			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	SI ESTA SUJETO A VERIFICACION, YA QUE SE REQUIERE DETERMINAR LA VIABILIDAD DEL TRASLADO.			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
PERSONAS FÍSICAS				
	N/A	N/A	N/A	
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				
	N/A	N/A	N/A	
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
	N/A	N/A	N/A	
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	EL CIUDADANO REALIZARA LA LLAMADA DE EMERGENCIA PARA QUE EL CUERPO DE PROTECCION CIVIL ACUDA A BRINDAR LA ATENCION REQUERIDA			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	RESPUESTA INMEDIATA			
COSTO:	\$ N/A	Fundamento Jurídico	N/A	
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	CUANDO EL CIUDADANO REQUIERE DE PRIMEROS AUXILIOS O EN CASO DE TRASLADO			
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA PCTA	N/A			



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
PRESIDENCIA MUNICIPAL				DIRECCION DE PROTECCION CIVIL			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				LIC. LIBRADO GARCIA HORTIALES			
DOMICILIO:	CALLE:	SALTO DEL AGUA		NO. INT. Y EXT.:	S/N		
COLONIA:	TECHICHILCO			MUNICIPIO:	COCOTITLAN		
C.P.:	56680	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS.				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
N/A	N/A		N/A	N/A	pc-cocotitan@hotmail.com		
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:	N/A						
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A						
DOMICILIO:	CALLE:	N/A		NO. INT. Y EXT.:	N/A		
COLONIA:	N/A			MUNICIPIO:	N/A		
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A						
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿CUANTOS FAMILIARES PUEDEN ACOMPAÑAR AL PACIENTE?						
RESPUESTA:	UAN SOLO PERSONA						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿QUE DOCUMENTACION DEBE LLEVAR EL PACIENTE?						
RESPUESTA:	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL E IDENTIFICACION						
PREGUNTA FRECUENTE 3:							
RESPUESTA:							
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
ELABORÓ: <u>C. ELIZABETH MORALES MARTINEZ</u> NOMBRE COMPLETO		VISTO BIENO: <u>LIC. LIBRADO GARCIA HORTIALES</u> NOMBRE COMPLETO		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14/MARZO/2024.			