


REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA, ACCIDENTES, TRASLADOS A PACIENTES CLINICOS | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | | |
| <p>EL CIUDADANO SOLICITA EL SERVICIO MEDIANTE LLAMADA TELEFONICA, POR OFICIO O BIEN EN LAS OFICINAS, ESTE SERVICIO SE BRINDA EN CASO DE ACCIDENTES O CUALQUIER TIPO DE APOYO REFERENTE A LA ATENCIÓN, EN DONDE LOS PARAMÉDICOS EN LAS AMBULANCIAS MUNICIPALES ACUDEN AL LUGAR Y BRINDAN EL APOYO SOLICITADO.</p> | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <p>NOM-237-SSA1-2004 REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LAS URGENCIAS MÉDICAS Y EN LA SECCION VII, INCISO II, ARTÍCULO 95 DEL BANDO MUNICIPAL EN VIGOR</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | HOJA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO | DIRECCIÓN WEB |
| | | X | | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | <p>EN CASOS DE ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS O CUALQUIER OTRO TIPO DE ACCIDENTE EN DONDE SEA NECESARIA LA ATENCIÓN Y TRASLADO DE ALGUNA PERSONA.</p> | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | N/A | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| SOLICITUD | | 1 | 1 | LA SOLICITUD COMO DOCUMENTO DE COMPROBACION DEL SERVICIO, PARA INFORME DE ACTIVIDADES Y SE ARCHIVA |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | NO APLICA | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | NO APLICA | | |
| COSTO: | | <p>\$ NO APLICA Fundamento Jurídico N/A</p> | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO |
| | | | | N/A |
| | | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| | | | | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | N/A | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | N/A | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | | DEPENDIENTE DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES, ASÍ COMO DE LAS CONDICIONES FÍSICAS DEL LUGAR | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | N/A | | |

| | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|---------------------|------------------|-----------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| DIRECCION DE PROTECCION CIVIL Y BOMBEROS | | | | DIRECCION DE PROTECCION CIVIL Y BOMBEROS | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | LIC. JUAN JOAQUIN MILLAN CASAS | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE: | | SAN JOAQUIN DEL MONTE A UN COSTADO DEL CECYTEM, SOBRE BOULEVARD BICENTENARIO | | NO. INT. Y EXT.: | N/A |
| COLONIA: | | SAN JOAQUIN DEL MONTE | | MUNICIPIO: | SAN JOSE DEL RINCON | | |
| C.P.: | 50665 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | 365 DIAS DEL AÑO LAS 24 HORAS DEL DIA | | | |
| LADA: | 7121 | TELÉFONOS: | | 242093 | EXTS.: | N/A | FAX: |
| | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO: |
| | | | | | | | procivilsjr@gmail.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: | N/A | TELÉFONOS: | | N/A | EXTS.: | N/A | FAX: |
| | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO: |
| | | | | | | | N/A |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿CON CUANTAS AMBULANCIAS CUENTA EL MUNICIPIO? | | | | | |
| RESPUESTA: | | SE CUENTA CON SOLO 5 AMBULANCIAS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿SI NECESITO IR A UNA CONSULTA MEDICA Y NO TENGO RECURSO, ME PUEDEN LLEVAR? | | | | | |
| RESPUESTA: | | NO, YA QUE ES UN SERVICIO PARA EMERGENCIAS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿EN LAS AMBULANCIAS HAY DOCTOR? | | | | | |
| RESPUESTA: | | NO, SE CUENTA CON PARAMEDICOS QUIENES DAN LA PRIMERA ATENCIÓN Y TRASLADAN A LAS PERSONAS AL HOSPITAL MAS CERCANO | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------|--|
| ELABORÓ: | | VISTO BUENO: | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
|  LIC. DENISSE MICHEL ESQUIVEL CRUZ NOMBRE COMPLETO | |  LIC. JUAN JOAQUIN MILLAN CASAS NOMBRE COMPLETO | | 18/02/2025. | |

