

HOMOCLAVE		MD-DS-01		FECHA DE ACTUALIZACIÓN		22 de Enero 2020	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.							
ACTIVACIÓN FÍSICA EN COORDINACIÓN CON COMUDAJ							
Mediante la valoración de los problemas de salud que acontecen a los habitantes de determinada comunidad y/o escuela o grupos prioritarios							
II. MODALIDAD.							
Presencial							
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
Ley Orgánica Municipal para el Estado de Guanajuato Artículo 76 , fraccion 5 ; inciso (D)							
IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.							
Publico en general que requiera Asesoramiento de Salud							
PASOS							
1-. Analizar la necesidad				4-. Coordinar con Comudaj			
2-. Elección de comunidad o grupo prioritario				5-. Confirmar asistencia			
3-. Fecha y hora				6.- Llevar a cabo el evento			
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-. Comunidad correspondiente al Municipio							
2-. Servicios acorde a las necesidades de la Localidad						N/A	
3-. Participación ciudadana							
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.							
Solicitud por escrito libre							
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.						FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
N/A						N/A	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.							
N/A							
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO			TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO	
L.N. Denisse E. Castellano Rguez			432 744 00 07 Ext. 122			saludmuni1821@manueldoblado.gob.mx	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.				FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN			
12 HORAS				Afirmativa Ficta		X	
				Negativa Ficta			
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.						No requiere	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.						No requiere	
XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.				ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO			
N/A				N/A			
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.							
Mientras no haya cancelación de los interesados							
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.							
Que no cuente con los servicios básicos de Atención en Salud.							
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS							
DEPENDENCIA O ENTIDAD			Presidencia Municipal				
AREA O DEPARTAMENTO			Salud Municipal				

DOMICILIO (S)	Calle Hidalgo y Corona s/n	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
9:00 a 16:00 hrs. Lunes a Viernes		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	CALLE HIDALGO Y CORONA S/N	
TELEFONO (S)	432 744 00 07 Ext. 122	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	saludmuni1821@manueldoblado.gob.mx	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Salud Municipal	432 744 00 07 Ext. 122	saludmuni1821@manueldoblado.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Acuse de recibido para acreditar la realización de sú tramite.		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 L.N. Denisse Elizabeth Castellano Rodríguez Directora de Salud Municipal		 SALUD MUNICIPAL Cd. MANUEL DOBLADO, GTO.