





REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| NOMBRE: | | | | | | TRÁMITE: | SERVICIO: | х | |
|--|--|---|--|------------------------------|----------------------------------|--------------|----------------|------------|--|
| DONACION DE MEDIC | CAMENTOS | | | | ALSO PERIODO | | | 3164 | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | | | | |
| | AMABIANITHUS | er Tan Jakes P | mrzym royd | 7 | | | | uca l | |
| OTORGAR EL SERVICIO E ECONÓMICO O LABORA | DE DONACIÓN D AL QUE NO LES PE | E MEDICAMEN RMITA SOLVE | TO A LAS PERSO NTAR POR SI MIS | DNAS DEL MUI SMOS ESTOS C | NICIPIO QUE SE ENCUI GASTOS. | ENTREN EN L | JN ESTADO SO | CIAL, | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PUBLICOS DECENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL DENOMINADOS SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. ART. 13 BIS-E FRACCION I | | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | NINGUNO | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI DI DIRECCIÓ | N WEB | I/A | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁI REALIZARSE: | MITE DEBE | CUANDO LA P | ERSONA INTERESA | ADA SOLICITE EI | L SERVICIO | | 494 | :354 | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMIT SUJETO A INSPECCIÓN O VE OBJETIVO DE LA MISMA | | NO ESTA SUJET | O A INSPECCION | O VERIFICACIÓ | N | Strar | AM I | Gla AWA | |
| RE | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | Www.TTas | W. S. CHA | roinida (80 | FORMACIO | Ob. | | | | |
| SOLICITUD DIRIGIDA A L EXPONGA SU SITUAC COMUNIDAD | E TOYOSIA JAN | ATIDLE & BO | ART. 13 BIS-E FRACCIÓN I DE LA LEY QUE CREA L ORGANISMOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS ASISTENCIA SOCIAL DE CARÁCTER MUNICIF DENOMINADOS SISTEMAS MUNICIPALES PARA DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | | | | |
| ESTUDIO SOCIOECONÓMI | SI | 0 | DESARROLLO INTEGRA | JA | | | | | |
| IDENTIFICIACION OFICIAL | NO | ATS DE ALS | MANUAL DE ORGANIZ | | | | | | |
| RESIDIR DENTRO DEL MUN | NO | позна Ангол | NATIONAL SELECTION APPROVADED IN | | | | | | |
| RECETA MÉDICA | | | SI | 1,311 JA 0 1 7 1 3 1 | NETTA . SEVELORARIA EL CASO DE A | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO CO | DLECTIVAS | ZDOMNOUS | -Likwon | IVARIA O SERVI | TRABIT | | | | |
| N/A | | | N/A | N/A | N/A | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLIC | AS | | Deman Table | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 15 MINUTOS | | Torontal Inc. | Trul. | | ANORO | 311 | | |
| COSTO: | Gratuito | | Fundamento Jur | ídico Manual de | Organización | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFECTIVO | N/A TARJ | ETA DE CRÉDITO | N/A TA | RJETA DE DÉBITO N/A | EN LÍNEA (PO | ORTAL DE PAGOS | 5) N/A | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | CONTAR CON RECURSOS ECONOMICOS EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL PARA BRINDAR EL APOYO. EL ESTUDIO SOCIOECONOMICO ESTABLECERA SI EL SOLICITANTE ES CANDIDATO A OTORGARLE EL APOYO | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | NO APLICA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA | | | | | | | | |







| Particular and the | - | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|------------|------|---------------|----------------|--|---------------------------------|--------------------------|---------------------|--|---------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TIANGUISTENCO | | | | | | | PRESIDENCIA | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: LIC. MIRIAM MANUELA PÉREZ LEÓN | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: CALLE: ADOLFO LOPEZ MATEOS | | | | | | | | | | | NO. INT. Y EXT.: | 206 |
| COLONIA: CENTRO | | | | | | | | MUNICIPIO: | TIANGUISTENCO DE GALEANA | | | |
| C.P.: 52600 HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | | | | S DE ATENCIÓN | LUNES A VIERNE | LUNES A VIERNES DE 09:00 A 17:00 HORAS | | | | | |
| LADA: TELÉFONOS: | | | | | | EXTS.: | FA | X: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 713 1353780 | | | | | | N/A | N/A | | dif_ttco2022@outlook.com | | | |
| | | 190 | | | | OTRAS O | ICINAS QUE | PRESTAN E | EL SERVICI | 0 | WELLOS THE | |
| OFICINA | c . | | N/A | | | | | | | | | |
| NOMBRE | DEL T | ITULAR I | DE LA OFIC | INA: | : | N/A | | | | | | |
| DOMICIL | DOMICILIO: CALLE: N/A | | | | | | | | | | NO. INT. Y EXT.: | N/A |
| COLONIA: N/A | | | | | | | | MUNICIPIO: | N/A | | - L | |
| C.P.: N/A HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: N/A | | | | | | S DE ATENCIÓN | N/A | | | | The state of the s | |
| LADA: TELÉFONOS: | | | | | EXTS.: | FA | FAX: CORREO E | | | ÓNICO: | | |
| N/A N/A | | | | N/A | N/A | | N/A | | | | | |
| FORMATO(S) N/A DESCARGABLES | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | NFORMACIÓ | N ADICIONA | AL | | | ,582A,554 |
| PREGUN | PREGUNTA FRECUENTE I: ¿CUALQUIER PERSONA PUEDE SOLICITAR EL APOYO? | | | | | | | | | | | |
| RESPUEST | RESPUESTA: SI, SIEMPRE Y CUANDO LA PERSONA SE ENCUENTRE EN VULNERABILIDAD, RADIQUE EN EL MUNICIPIO Y NO CUENTE CON EL RECURSO | | | | | | | | | | | |
| PREGUN | PREGUNTA FRECUENTE 2: ¿SE PUEDE APOYAR CON LA DONACION DE MEDICAMENTO CONTROLADO? | | | | | | | | | | | |
| RESPUESTA: SI, SIEMPRE Y CUANDO SE TENGA LA RECETA ORIGINAL Y ACTUALIZADA | | | | | | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: ¿SE PUEDE APOYAR A LA MISMA PERSONA C | | | | | | APOYAR A LA P | IISMA PERSONA | CON MEDICAMENTO MÁS DE UNA VEZ? | | | | |
| RESPUESTA: SE VALORARIA EL CASO DE ACUERDO AL TRATAMIENTO Y COSTO DE LOS MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | TRÁMIT | ES O SERVIC | IOS RELACIO | ONADOS | | SAME TO DESTRUCT | Indiana south |
| N/A | | | | | | | | | | | | |

| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| MARGARITA CASTANEDA MENDOZA | MIGUEL ANGEL TORGES MORALES | 08 /03/2024 |
| NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO | |