

FICHA TECNICA

| FECHA DE ACTUALIZACIÓN | | | DEPENDENCIA MUNICIPAL |
|--|--|--|---|
| DÍA | MES | AÑO | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF SANTIAGO) |
| 30 | MARZO | 2017 | |
| HOMOCLAVE DEL TRAMITE | NOMBRE DEL TRÁMITE | | VIGENCIA DEL TRAMITE |
| DIF-CAS-DMED-01 | DONACION DE MEDICAMENTO | | PERMANENTE |
| PLAZO MAXIMO PARA LA RESOLUCION DEL TRAMITE | DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE | | |
| INMEDIATO | APOYO EN ESPECIE (MEDICAMENTOS) A PERSONAS QUE LO SOLICITEN | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE | | | |
| A QUIENES LO REQUIERAN | | | |
| EL TRAMITE REQUIERE FIRMA, VALIDACION, CERTIFICACION O AUTORIZACION DE OTRA DEPENDENCIA? | | INDICAR DEPENDENCIA | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO APLICA | |
| TIPO DE TRAMITE | EL TRÁMITE SE REALIZA CON ESCRITO LIBRE | EL TRÁMITE SE REALIZA CON FORMATO TIPO: (INDICAR TIPO Y ANEXAR COPIA) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO <input type="checkbox"/> EMPRESARIAL | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | RECIBO DE ENTREGA | |
| DATOS QUE DEBEN ASENTARSE EN EL TRAMITE | | DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL TRAMITE | |
| NOMBRE, EDAD, SEXO, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO, DIRECCION, ESTADO CIVIL Y TRABAJO | | RECETA MEDICA ACTUAL. | |
| MONTO A PAGAR | | FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA O FORMA EN QUE SE DETERMINA EL MONTO A PAGAR | |
| NO APLICA | | NO APLICA | |
| LUGAR PARA REALIZAR EL PAGO | FORMA DE PAGO | | ALTERNATIVAS DE PAGO |
| NO APLICA | <input type="checkbox"/> EFECTIVO | | NO APLICA |
| | <input type="checkbox"/> TARJETA | | |
| | <input type="checkbox"/> CHEQUE | | |
| | <input type="checkbox"/> PAGO EN LÍNEA | | |

FICHA TECNICA

| EL TRAMITE APLICA | | FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO DEL TRÁMITE | |
|---|-------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> AFIRMATIVA FICTA <input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVA FICTA | | REGLAMENTO ORGANICO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DE SANTIAGO, NUEVO LEON ARTICULO 25 FRACCION III | |
| DEPENDENCIA ANTE LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE | | | |
| COORDINACION DE ASISTENCIA SOCIAL | | | |
| FORMAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO | | | |
| TRÁMITE PERSONAL (HORARIO DE ATENCIÓN) | | TRÁMITE VÍA TELEFÓNICA (HORARIO DE ATENCIÓN) | TRÁMITE POR INTERNET |
| DE 08:00 A 16:00 HORAS | | NO APLICA | NO APLICA |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA | | | |
| MARIA LUISA GAUNA GARCIA. | | | |
| DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA | | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
| CALLE JARDINES DE LA BOCA, No. 200, COLONIA JARDINES DE LA BOCA. | | 22-85-36-77 | dif@santiago.gob.mx |
| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | | | |
| EXISTENCIA DEL MEDICAMENTO, RECETA MEDICA, HORARIO DE ATENCION. | | | |
| EL TRAMITE REQUIERE INSPECCION | DEPENDENCIA RESPONSABLE | | OBJETIVO DE LA INSPECCION O VERIFICACION |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | NO APLICA | | NO APLICA |
| OBSERVACIONES | | | |
| NO APLICA | | | |
| ELABORÓ | | APROBÓ | |
| C. JESUS VALDES GALVAN. | | LIC. SARA MARCELA CABELLO CAVAZOS. | |
| NOMBRE, FIRMA Y CARGO | | NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA | |