

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

### COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |          |                                     |           |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|-----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | TRÁMITE: |                                     | SERVICIO: | X |
| DONACIÓN DE LENTES A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO                                                                                                                                  |                                                                                     |          |                                     |           |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |          |                                     |           |   |
| EN COORDINACIÓN CON LA EMPRESA EXCELENCIA VISUAL SE LLEVAN A CABO JORNADAS DE SALUD VISUAL Y A SU VEZ NOS CONDONAN CIERTA CANTIDAD DE LENTES EN SU COSTO TOTAL PARA PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS |                                                                                     |          |                                     |           |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                | ARTICULO 119 FRACCIÓN I DEL BANDO MUNICIPAL VIGENTE                                 |          |                                     |           |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                             | NO APLICA                                                                           |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | NO APLICA |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                           | S<br>I                                                                              | N<br>O   | DIRECCIÓN WE                        | NO APLICA |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                     | EN PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS                                                     |          |                                     |           |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                            | SE LES OTORGA A CIUDADANOS QUE ASISTEN A SOLICITAR EL APOYO A COORDINACIÓN DE SALUD |          |                                     |           |   |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                      | ORIGINAL                                                                            | COPIAS   | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |           |   |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                     |          |                                     |           |   |
| COPIA DE LA INE<br>SOLICITUD DIRIGIDA A LA PRESIDENTA                                                                                                                                            | 1<br>ORIGINAL                                                                       | 1 COPIA  | NO APLICA                           |           |   |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                         |  |                                                                                                                                                                           |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|-----------|-------------------|-----|----------------------------|-------|
|                                                         |  | N/A                                                                                                                                                                       |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                     |  |                                                                                                                                                                           |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| NO APLICA                                               |  | N/A                                                                                                                                                                       |       | N/A                                       |           | NO APLICA         |     |                            |       |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |  |                                                                                                                                                                           |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| NO APLICA                                               |  | N/A                                                                                                                                                                       |       | N/A                                       |           | NO APLICA         |     |                            |       |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> |  | ASISTEN A SOLICITAR EL APOYO DE LENTES A SU VEZ EL PERSONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD LE OTORGA UN PASE PARA ASISTIR A LA ÓPTICA ORTIZ PARA REALIZAR EL ESTUDIO PERTINENTE |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        |  | QUINCE DIAS HABILES                                                                                                                                                       |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>COSTO:</b>                                           |  | SIN COSTO                                                                                                                                                                 |       |                                           | NO APLICA |                   |     |                            |       |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                   |  | EFFECTIVO                                                                                                                                                                 | N / A | TARJETA DE CRÉDITO                        | N / A     | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N / A |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                             |  | NO APLICA                                                                                                                                                                 |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                              |  | NINGUNA                                                                                                                                                                   |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>              |  | EFFECTIVA                                                                                                                                                                 |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>               |  | NO APLICA                                                                                                                                                                 |       |                                           |           |                   |     |                            |       |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                         |  |                                                                                                                                                                           |       | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b> |           |                   |     |                            |       |
| OPTICA ORTIZ-COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD        |  |                                                                                                                                                                           |       | COORDINACIÓN DE ATENCION A LA SALUD       |           |                   |     |                            |       |

|                                               |               |                                       |                                          |                                |       |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|-------|
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                    |               | ALMA RONQUILLO YAÑEZ                  |                                          |                                |       |
| DOMICILIO:                                    | C<br>AL<br>LE | PLAZA BENITO JUAREZ NO. 1 COL. CENTRO |                                          | NO. INT. Y<br>EXT.:<br>N/A     | NO. 1 |
| COLONIA:                                      | Centro        |                                       | MUNICIP<br>IO:                           | TEMASCALCINGO                  |       |
| C.P.                                          | 50400         | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN:        | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 16:00 HORAS |                                |       |
| LADA:                                         | TELÉFONOS:    | EXTS.:                                | FAX:                                     | CORREO ELECTRÓNICO:            |       |
| 718                                           | 1260145       | N/A                                   | N/A                                      | salud@temascalcingo.gob.m<br>x |       |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b> |               |                                       |                                          |                                |       |
| OFICINA:                                      | NO APLICA     |                                       |                                          |                                |       |
| NOMBRE DEL TITULAR DE<br>LA OFICINA:          | NO APLICA     |                                       |                                          |                                |       |
| DOMICILIO:                                    | C<br>AL<br>LE | NO PALICA                             |                                          | NO. INT. Y<br>EXT.:            | N/A   |
| COLONIA:                                      | NO APLICA     |                                       | MUNICIP<br>IO:                           | NO APLICA                      |       |
| C.P.                                          | N/A           | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN:        | NO APLICA                                |                                |       |
| LADA:                                         | TELÉFONOS:    | EXTS.:                                | FAX:                                     | CORREO ELECTRÓNICO:            |       |
|                                               | NO APLICA     | N/A                                   | N/A                                      | N/A                            |       |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES                    | NO APLICA     |                                       |                                          |                                |       |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                  |               |                                       |                                          |                                |       |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:                      | NO APLICA     |                                       |                                          |                                |       |
| RESPUESTA:                                    | NO APLICA     |                                       |                                          |                                |       |

|                                          |           |
|------------------------------------------|-----------|
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                    | NO APLICA |
| RESPUESTA:                               | NO APLICA |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                    | NO APLICA |
| RESPUESTA:                               | NO APLICA |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |           |
| NO APLICA                                |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <br>ELABORÓ:<br><br><b>Coordinación de Atención</b><br>ALMA RONQUILLO YANEZ<br><hr/> NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO:<br><br><br>KATIA ZALDIVAR GUERRA<br><hr/> <b>Dirección de Desarrollo Social</b><br>NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br><br>24/01/2025 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|