



## Registro de Trámites y Servicios 2020 Municipio de Salvatierra, Gto.



HOMOCLAVE	SA-IMUS-13	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30	1	2020
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>					
Canalización a estudio de Mastografías					
Vinculación con Instituciones de salud, para la instrumentación de programas y proyectos a favor de una salud integral de las mujeres en el esquema de atención oportuna y prevención de enfermedades de alto riesgo.					
<b>II. MODALIDAD.</b>					
Presencial					
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
(DOF 5-11-1917; DOF 29-10-2003). Título Primero, Capítulo I sobre Garantías Individuales, artículos 1° y 4°. artículos 2 y 40 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y se encuentra adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.					
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>					
Mujeres a partir de los 40 hasta los 65 años de edad de escasos recursos, que vivan en comunidades alejadas principalmente y requieran del estudio de mastografía cubriendo los requisitos abajo especificados					
<b>PASOS</b>					
1.-Acudir a CAISES		4.-Integrarse al padrón del Instituto por comunidad para agendar su cita			
2.- Solicitar el llenado de formato exploración clínica versión 4.0		5.- Entregar documentación completa por duplicado			
3.-Llenado de formato único estudio de mastografía (de 31 reactivos)		6.- Presentarse el día y hora señalado en las condiciones que se les especifica en la Instancia			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.			
Llenado de formatos		Sello y firma de la institución que lo emite			
2 Copias de Credencial de Elector		No requiere.			
2 Copias del CURP		No requiere.			
2 Copias del comprobante de domicilio		No requiere.			
2 Copias de la póliza del Seguro Popular * a reserva de modificación		No requiere.			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>					
Solicitud verbal					
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>		
No se cuenta con LINK					
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>					
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO			
Mónica Fabiola Nieto Domínguez	(466) 1612444	<a href="mailto:msalvaterrense@gmail.com">msalvaterrense@gmail.com</a>			
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>			
Puede variar según agenda de atenciones		Afirmativa Ficta	N/A	Negativa Ficta	N/A
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>				N/A	
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>				N/A	
<b>XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>			<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
Trámite totalmente GRATUITO			N/A		



**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

Puede brindarse el apoyo sólo cada dos años por usuaria

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Sólo lo puede solicitar la usuaria de manera presencial o en organización con la red comunitaria

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

DEPENDENCIA O ENTIDAD	Presidencia Municipal
AREA O DEPARTAMENTO	Instituto de la Mujer Salvaterrense
DOMICILIO (S)	Juárez #114 Altos

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

Lunes a Viernes de 8:00 a 15:30 horas.

**XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.**


DOMICILIO (S)	Juárez #114 Altos
TELEFONO (S)	466 161 24 44
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:msalvaterrense@gmail.com">msalvaterrense@gmail.com</a>

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	01 466 66 30937 ext. 113	<a href="mailto:mcontraloria2018@gmail.com">mcontraloria2018@gmail.com</a>

**XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Se deja registro de servicio en padrón de solicitantes y físico en libro diario.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
<p>P. D. Mónica Fabiana Nieto Domínguez Coordinadora del Instituto de la Mujer Salvaterrense</p>	

INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES