Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas Guanajuato

Clave del T ó S	MS-SCJR-PC-001	TIPO	TRAMITE	SERVICIO X	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	02/02/2023

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

TRASLADO EN AMBULANCIA POR KILOMETRO RECORRIDO DENTRO DEL ESTADO DE GUANAJUATO

REALIZAR EL TRASLADO DE PACIENTE, QUE NECESITEN AMBULANCIA EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE GUANAJUATO

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA) Presencial

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

•LEY ORGÁNICA MUNICIPAL PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO
•REGLAMENTO ORGÁNICO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS

IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO

TODA PERSONA QUE REQUIERA DE LOS SERVICIOS DE TRASLADO DE AMBULANCIA DENTRO DEL ESTADO DE GUANAJUATO Y QUE SU PACIENTE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO EN EL MUNICIPIO.

PASOS

1.- REALIZAR LA LLAMADA A LA UNIDAD MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL 412 157 39 72	4.-
2.- EJECUCIÓN DEL SERVICIO	5-
3.- SUJETO A DISPONIBILIDAD, EL TIEMPO DE RESPUESTA Y DEPENDIENDO LA UBICACIÓN, CONDICIÓN DEL PACIENTE PUDIENDO SER DE HASTA 1 HORA	6-

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO	SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE
1.REFERENCIA HOSPITALARIA	•LA REFERENCIA DEBE DE ESTAR FIRMADA Y SELLADA POR EL MÉDICO QUE REFIERE. •LA REFERENCIA DEBE INDICAR QUE MÉDICO RECIBE AL PACIENTE •LA REFERENCIA DEBE TENER FOLIO DE AUTORIZACIÓN DE TRASLADO.
2.ALTA HOSPITALARIA	•DEBE DE TENER LA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA EL ALTA

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

EL SERVICIO NO REQUIERE SOLICITUD POR ESCRITO

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
NO SE TIENE	NO SE TIENE

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

NO SE REQUIERE

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
ALEJANDRO JAO LOPEZ	4121575730	PC@JUVENTINOROSAS.GOB.MX

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN			
1 HORA COMO MÁXIMO DEPENDIENDO DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE Y SU PRIORIDAD	Afirmativa Ficta		Negativa Ficta	X

XI. PLAZO DE PREVENSION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.	1 día
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENSIÓN.	3 días

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
$ 17.00 POR KILOMETRO RECORRIDO	EFECTIVO EN EL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO

XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.

SIN VIGENCIA

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

SUJETO A DISPONIBILIDAD, EL TIEMPO DE RESPUESTA Y DEPENDIENDO LA UBICACIÓN, CONDICIÓN DEL PACIENTE PUDIENDO SER DE HASTA 1 HORA

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD	UNIDAD MUNICIPAL DE PROTECCION CIVIL
AREA O DEPARTAMENTO	SISTEMA DE URGENCIAS MEDICAS DE SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

LAS 24 HORAS

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

DOMICILIO (S)	GUILLERMO PRIETO # 105 INT. 1 CABECERA MUNICIPAL
TELEFONO (S)	4121575730
CORREO ELECTRÓNICO (S)	PC@JUVENTINOROSAS.GOB.MX

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	412 157 80 40 ext 132	

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

RECIBO DE COBRO DEL TRASLADO

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
C. ALEJANDRO JAO LOPEZ TITULAR DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL	