

NOMBRE:					TRÁMITE		OFFICE		
Traslado de ambulancia	TRAMITE SERVICIO X								
DESCRIPCIÓN:			Código de	la C	ódular	FO 0	***************************************		
La dirección de salud brinda el traslados locales el cual es de (Oaxaca, Puebla, México) y mui gobierno estatal de Oaxaca par FUNDAMENTO LEGAL:	nicipios alre	ededor de l	errestre a la c iudad de Tlax	iuda	danía que lo red	5C.6 quiere eridos n coo	, se cuenta c s a los estad rdinación con	on os el	
	• Ma	nao ae Po	licia y Gobiern rganización de	10	Libre y Sobera Ayuntamiento d			ad	
DOCUMENTO A OBTENER:		NO APLI		I	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:		NO APLICA	and affirm to	
¿SE REALIZA EN LINEA?		SI NO X	DIRECCIÓN W	NO APLICA					
TRAMITE DEBE REALIZARSE:	ÁMITE DEBE REALIZARSE: A petición del ciudadano								
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMIT SUJETO A INSPECCIÓN O VERIF DE LA MISMA	E O SERV	/ICIO EST/ OBJETIV	A D		NO APLICA				
REQUISITOS:		Original anotar la palabra SI o NO			NDAMENTO MINISTRATIVO		JURIDICO)-	
PERSONAS FISICAS			Tue copias	1				-	
Identificación oficial (INE)		NO	1						
2. Datos personales		NO	0		Manual de Organización del			1.	
3. Domicilio		NO	0	Ayuntamiento de la Heroica Ciudad Tlaxiaco, Oaxaca.			oica Ciudad d	е	
4. Lugar de traslado		NO	0						

Parque Porfirio Díaz S/N. Cotonia Centro Heroica Ciudad de Tlaxiaco, Oax. C.P. 69800 953 55 2 07 23 presidentetlaxiaco@gmail.com tlaxiaco.gob





PERSONAS	JURII	DICO (COLECT	VAS								
INCTITUOIS												
INSTITUCION	IES P	UBLIC	CAS									
PLAZO MÁXI	MO D	ERES	SPUESTA	\ :	Inmedia	to						
COSTO:)o =====	-1		FUNDAME						
• De acuer ingresos		do a la ley de		NTO	Ley de ingresos vigente							
FORMA	DE	EFE(CTIVO		TARJET	JURIDICO:	TARJETA DE	EN LI	NEA			
PAGO:				X	DE CRÉDITO	o	DEBITO	(PORTAL DE PAGOS)				
DÓNDE PÓDRA PAGARSE: Caja de t				tesorería Municipal								
OTRAS ALTERNATIVAS:						Control of the Contro						
ODIFICA			,									
CRITERIOS DEL TRÁMITE APLICACIÓN AFIRMATIVA		DE	LA	Siempre	y cuando	sea una eme	ergencia		THE THE PARTY NAMED IN COLUMN TWO PARTY NAME			
			U ORGA	ANISMO:		UNIDA	D ADMINISTRATI	VA RESPONS	ABLE:			
Honorable Ayuntamiento Municipal						Dirección de Salud						
TTULAR DEPENDENCI	DE A:	HE S	LA D	r. Daniel R	lodríguez	Ramírez			Market and the second s			
OOMICILIO:	CAL	LE	Wilfrido	C. Ángulo)			NO. INT. Y	S/N			
COLONIA:	Ва	rrio S	an Migu	el		MUNICIPIO:	Heroica ciudad de Tlaxiaco					
CÓDIGO			300	HORAR		DIAS DE	24/7					
ADA	TE			ATENCI								
	16	LEFO	1103:		EXT:	FAX:	CORREO ELEC	CTRÓNICO				
953	953 152 2036											
800			152 203	6								

Parque Porfirio Díaz S/N, Colonia Centro Heroica Ciudad de Tlaxiaco, Oax. C.P. 69800 953 55 2 07 23 presidentetlaxiaco@gmail.com tlaxiaco.gob





		OTRAS (OFICINAS	QUE	PREST	AN EL SE	DVIC		
OFICINA:						TH LL SE	KVIC	10	
OFICINA:	TITULAR DE LA								
DOMICILIO	: CALLE:	NUM. INT. Y EXT.					T		
COLONIA:					MUNIC	'IDIO:			
CÓDIGO PO			MUNICIPIO: HORARIO Y DE ATENCIÓ			RIO Y D	IAS		
LADA T	LADA TELEFONOS		EXTS: FA		:		CO	RREO ELECTRÓNICO:	
FORMATO	(S) DESCARGABLI	ES:	NO						
PREGUNTA	FRECUENTE 1:		INFORM						
RESPUESTA: La			¿La ambulancia cuenta con el equipo médico necesario para el traslado? La ambulancia esta equipada con material médico básico (insumos de curación, oxigeno, soluciones (Hartmann y NaCL 0.9%) y medicamentos antinflamatorios, antihipertensivos, antieméticos).						
	FRECUENTE 2:	¿Con au	on quién debo realizar el trámite para el servicio del traslado?						
RESPUESTA	4:	se buec	Se puede realizar con el director de salud, presidente municipal, síndico procurador y DIF municipal.						
PREGUNTA	FRECUENTE 3:	s son los requisitos que debo llevar para solicitar el servicio de la ncia de forma foránea?							
RESPUESTA		loja de re loja de re copia del amiliar re	oja de referencia oja de resumen clínico. opia del INE del paciente amiliar responsable						
		TRÁMIT	ES Y SEF	RVICIO	OS RELA	ACIONAD	os		

