GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO, PUEBLA			
Dependencia o Entidad	H. Ayuntamiento de Palmar de Bravo, Puebla.		
Unidad Administrativa	Servicios de salud de DIF municipal de Palmar de Bravo, Puebla.		
Señale si es trámite o servicio	Servicio		
Nombre del trámite o servicio	Traslado de pacientes a hospitales en la Ciudad de Puebla.		
Descripción del trámite o servicio	Brindar un traslado a los diferentes hospitales de la Ciudad de Puebla a las personas más vulnerables del municipio de Palmar de Bravo.		
Modalidad (si existe)	No aplica.	**Tipo de trámite**	No aplica.
¿Quién puede solicitar el trámite?	Cualquier persona vulnerable de asistir a un hospital a una evaluación médica o una cita médica de cualquier edad, junto con un responsable.		
Fundamento Jurídico	Manual Operativo de DIF Estatal de Puebla.		
Describa con lenguaje claro, sencillo y conciso el caso en que debe o puede realizarse el trámite	Para poder llevar un registro y evitar a futuro una saturación de pacientes se recibe documentación y se procede a citas		

DATOS DEL CONTACTO			
Nombre	Lic. Ángel gustavo González Moreno	**Teléfono**	249-126-35-15
Cargo	Supervisor de recepción y traslados de DIF municipal de Palmar de Bravo	**Correo**	guzgonzalezz.99@outlook.com

OFICINAS DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad responsable	DIF Municipal de Palmar de Bravo Puebla.	**Horario de atención**	Lunes a viernes de 09:00 a 17:00 horas Sábado de 09:00 - 14:00 horas.
Dirección	Calle José Joaquín Pesado, No. 202, Colonia Centro, Palmar de Bravo, Puebla.	**Correo**	smdifpalalmardebravo2024@gmail.com

MEDIO DE PRESENTACIÓN

GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO, PUEBLA	
Pasos a seguir	**1.-** Deberá presentarse en un horario de servicio establecido por DIF municipal y sacar un turno en oficina. **2.-** Presentar la documentación adecuada establecida por DIF municipal, con una copia a color de cada documento. 3.- Corroborar los datos del paciente, acompañante, hospital, día y hora de su cita. **4.**- Firmar la cita, responsabilizándose de las consecuencias de no asistir, esperar llamada de confirmación de salida de la unidad.

¿Es posible agendar una cita para la realización del trámite o servicio?	No aplica.	**¿Es posible agendar la cita en línea?**	No aplica.

FORMATO			
¿Se presenta algún formato? SI/NO	Formato de traslado de día municipal a hospitales de Puebla	**Formato**	Formato de traslado a hospitales de Puebla

Nombre del formato	Formato de traslado a hospitales de Puebla	**¿Es posible descargar el(los) formato(s) en línea desde algún sitio web del sujeto obligado?**	No aplica.

REQUISITOS	
Nombre del requisito	Alta de traslado para pacientes a hospitales de Puebla. **1.-** Acta de nacimiento. **2.-** Copia CURP actualizado. **3.-** Comprobante de domicilio. **4.-** Diagnostico médico por el hospital de destino. **5.-** Identificación oficial (en caso de ser mayor de edad el paciente). **6.-** 2 fotografías tamaño infantil blanco y negro. **7.-** Un número de teléfono activo para recibir llamadas por el área de traslados de DIF municipal de Palmar de Bravo.
Fundamento jurídico	Manual Operativo de DIF Estatal de Puebla.

CONSERVAR LA INFORMACIÓN	
¿Este trámite requiere conservar información para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?	Una copia de la cita agendada para su acuse en caso de aclaraciones

MONTO DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS APLICABLES			
Indicar monto	No aplica.	**Medios disponibles de pago**	No aplica.
Fundamento jurídico	No aplica.		

AVENIDA CONSTITUCIÓN No. 1. COLONIA CENTRO
PALMAR DE BRAVO, PUE. C.P. 75500
TELÉFONO: 249-690-9268

GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO, PUEBLA			
CRITERIO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE			
¿Es suficiente cumplir con la totalidad de los requisitos en tiempo y forma para obtener una resolución favorable de este trámite o servicio? SI/NO	Si		
Señale la metodología para llevar a cabo la resolución del trámite o servicio	Deberá asistir a DIF municipal de Palmar de Bravo para poder agendar una cita para su traslado a algún hospital con toda su documentación, copia de acta de nacimiento del paciente CURP actualizado del paciente diagnóstico médico del paciente, copia del une del paciente si es mayor de edad y copia del INE del responsable.		
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN			
¿Este trámite requiere inspección o verificación?	No aplica.	**Nombre de la inspección o verificación**	NO
Fundamento jurídico	No aplica.		
PLAZO DE PREVENCIÓN			
El plazo con el que cuenta el sujeto obligado para prevenir al solicitante	No aplica.	**Plazo para que el interesado cumpla con la prevención**	No aplica.
PLAZO MÁXIMO			
Señale el plazo que tiene el sujeto obligado para resolver	1 día hábil		
FICTA			
Señale el tipo de ficta, si aplica	No aplica.		
VIGENCIA			
Señale la vigencia	1 día		
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			
Indique el sector al que va dirigido el trámite	Personas vulnerables y de escasos recursos del municipio de Palmar de Bravo.	**¿La resolución de este trámite está vinculada con la presentación de otros trámites, los cuales en conjunto se encuentran orientados al cumplimiento de una misma actividad?**	No
¿La resolución es requisito de otro trámite o servicio?	No		
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA			

AVENIDA CONSTITUCIÓN No. 1. COLONIA CENTRO
PALMAR DE BRAVO, PUE. C.P. 75500
TELÉFONO: 249-690-9268

GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO, PUEBLA			
Número de solicitudes aceptadas	12 por día	**Número de solicitudes rechazadas**	7

INFORMACIÓN ADICIONAL	
Información Adicional	Debido a que llevan a 2 acompañantes y solo está autorizado 1 por paciente.

AVENIDA CONSTITUCIÓN No. 1. COLONIA CENTRO
PALMAR DE BRAVO, PUE. C.P. 75500
TELÉFONO: 249-690-9268