



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|  |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
|--|----|--|----|--|-----------|-------------------------------------|----|----------------------------|----|
| NOMBRE:  |    |  |    | TRÁMITE:   |           | SERVICIO:                           |    | <b>X</b>                   |    |
| <b>Control de calidad de servicio en Instituciones de Salud Pública DMDH-VB-02</b>   |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| DESCRIPCIÓN:   |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| Consiste en verificar el trato digno y la calidad en el Servicio Médico que reciben los derechohabientes de los Hospitales del Municipio través de la apertura de buzones que se colocan dentro de las instalaciones de estos. Se da seguimiento a las quejas y sugerencias en coordinación con los Directivos y personal médico para dar solución a las mismas. |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |    | Artículo 147 k fracciones II y IX de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México. |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |    | No aplica  |    |  |           | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER    |    | No aplica                  |    |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?  |    | SI   |    | NO   | <b>X</b>  | DIRECCIÓN WEB                       |    | No aplica                  |    |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   |    |  |    | Cuando el Ciudadano no sabe dónde acudir, o cual es procedimiento. |           |                                     |    |                            |    |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA:   |    |  |    | No está sujeto a inspección o verificación.                        |           |                                     |    |                            |    |
| REQUISITOS:  |    |  |    | ORIGINAL:  | COPIAS:   | FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO: |    |                            |    |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| No aplica  |    |  |    | No aplica  | No aplica | No aplica                           |    |                            |    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| No aplica  |    |  |    | No aplica  | No aplica | No aplica                           |    |                            |    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |    |  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| No aplica  |    |  |    | No aplica  | No aplica | No aplica                           |    |                            |    |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA:   | DE | 2 Horas para el conocimiento del asunto.   |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| COSTO:   |    | No aplica  |    | No aplica  |           |                                     |    |                            |    |
| FORMA DE PAGO:   |    | EFFECTIVO  | No | TARJETA DE CRÉDITO   | No        | TARJETA DE DÉBITO                   | No | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | No |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:   |    | No aplica  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:  |    | No aplica  |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE:   |    | La asesoría se brinda a todos los ciudadanos que lo solicitan.                       |    |  |           |                                     |    |                            |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:   |    | No aplica  |    |  |           |                                     |    |                            |    |



|   |  |   |                                  |   |           |
|---|--|---|----------------------------------|---|-----------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                      |  |   |                                  | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:        |           |
| Defensoría Municipal de Derechos Humanos.     |  |   |                                  | Defensoría Municipal de Derechos Humanos. |           |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                    |  | Lic. Brisa Marina García Delgado          |                                  |   |           |
| DOMICILIO:                                    | CALLE:   | San Vicente s/n Alameda del Bicentenario. |                                  | NO. INT. Y EXT.:                          | S/N       |
| COLONIA:                                      | Tres Árboles.  |   | MUNICIPIO:                       | Valle de Bravo.                           |           |
| C.P.:   | 51200  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:               | Lunes a viernes de 9 a 17 horas. |   |           |
| LADA:   | TELÉFONO:  | EXT:                                      | FAX:                             | CORREO ELECTRÓNICO:                       |           |
| No aplica                                     | 726-26-2-54-56   | 18  | No aplica                        | dmdhvb@gmail.com                          |           |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b> |  |   |                                  |   |           |
| OFICINA:                                      | No aplica  |   |                                  |   |           |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:                     | No aplica  |   |                                  |   |           |
| DOMICILIO:                                    | CALLE:   | No aplica                                 |                                  | NO. INT. Y EXT.:                          | No aplica |
| COLONIA:                                      | No aplica  |   | MUNICIPIO:                       | No aplica                                 |           |
| C.P.:   | No aplica  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:               | No aplica                        |   |           |
| LADA:   | TELÉFONO:  | EXT:                                      | FAX:                             | CORREO ELECTRÓNICO:                       |           |
| No aplica                                     | No aplica  | No aplica                                 | No aplica                        | No aplica                                 |           |
| FORMATOS DESCARGABLES:                        | No aplica  |   |                                  |   |           |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                  |  |   |                                  |   |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                         | ¿Qué instancias o autoridades participan en la apertura de buzones?  |   |                                  |   |           |
| RESPUESTA:                                    | La Defensoría Municipal de Derechos Humanos, directivos del Hospital General, control de calidad y personal médico que tenga injerencia en la queja o recomendación.   |   |                                  |   |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                         | ¿Cuál es el procedimiento después de ingresar mi queja o mi sugerencia en el buzón?  |   |                                  |   |           |
| RESPUESTA:                                    | Una vez que se encuentran las autoridades, se procede a sustraer los formatos que se tengan en los buzones, en sesión se leerá cada uno para clasificarlo en queja, sugerencia o felicitación.<br>En cada caso se solicitará la presencia del personal médico al que va dirigida su queja, felicitación o sugerencia. Se verifica el expediente y en caso de ser necesario se realiza el seguimiento teniendo contacto vía telefónica con el quejoso para iniciar de manera formal su queja. |   |                                  |   |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                         | ¿Qué requisitos se tienen que cumplir para que le den seguimiento a mi queja o sugerencia?   |   |                                  |   |           |
| RESPUESTA:                                    | Es muy importante que en el formato se establezca de manera clara su nombre completo, dirección y un número de teléfono en donde se pueda contactar posteriormente para abordar su queja, sugerencia o felicitación.   |   |                                  |   |           |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>      |  |   |                                  |   |           |
| No aplica                                     |  |   |                                  |   |           |

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| ELABORÓ   | VISTO BUENO  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN |
|   |  | 22 de Junio de 2023    |
| Melina Mercado Velázquez<br>Enlace de Mejora Regulatoria del Área de Derechos Humanos | Lic. Brisa Marina García Delgado<br>Defensoría Municipal de Derechos Humanos |                        |

