



## SOLICITUD DE APOYO

<b>No. De Trámite:</b> 10000		<b>Unidad Administrativa:</b> COORDINACIÓN DE SALUD
---------------------------------	--	--

<b>Domicilio y Teléfono:</b> XXXXX
---------------------------------------

<b>Tiempo de respuesta:</b> 1 SEMANA		<b>Usuario:</b> CIUDADANO DEL MUNICIPIO DE CENTRO		<b>Documento a expedir:</b> PETICIÓN
---	--	--	--	---

### Descripción:

BRINDAR TODOS LOS SERVICIOS OTORGADOS POR LA COORDINACION DE SALUD

### Procedimiento:

ELABORAR UN OFICIO DIRIGIDO AL DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS COORDINADOR DE SALUD, SOLICITANDO EL APOYO REQUERIDO.

### Requisitos:

- COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- SER CIUDADANO DEL MUNICIPIO DE CENTRO

### Formatos:

XXXXX

<b>Forma de Pago:</b> NINGUNO	<b>Lugar de Pago:</b> XXXXX	<b>Área donde se realiza el trámite:</b> XXXXX
----------------------------------	--------------------------------	---

<b>Horario de Atención:</b> LUNES A DE 9:00 A 16:00HRS SABADOS DE 8:00 A 13 HRS	<b>Costo:</b> NINGUNO
---	--------------------------

<b>Vigencia:</b> 2013	<b>Fundamento Jurídico:</b> ➤ XXXXX
--------------------------	--

### Observaciones:

PARA APOYO CON MEDICAMENTO TRAER LA RECETA ORIGINAL Y RECIENTE

### Finalidad:

BENEFICIAR A LA POBLACIÓN DEL CENTRO