|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos generales** | | |
| **Nombre del Departamento:** | DIRECCION DE CONTABILIDAD | |
| **Nombre del responsable:** | C.P. DALIA CORPUS PRADO | |
| **Teléfono:** | (844) 438 04 40 Ext. 99361 | |
| **Fax:** |  | |
| **Correo electrónico:** | [daliacorpus@hotmail.com](mailto:daliacorpus@hotmail.com) /[medeljc@hotmail.com](mailto:medeljc@hotmail.com) | |
| **Horario de atención** | | |
| **Horario en que atiende:** | 8:00 a 16:00 HRS. | |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CONSTANCIA DE RETENCIONES POR HONORARIOS |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 16:00 HRS. |
| **Lugar de atención:** | OFICINA DE CONTABILIDAD GENERAL |
| **Requisitos:** | NOMBRE, RFC, CURP Y PERIODO DE LA RETENCION SOLICITADA. |
| **Tiempo de respuesta:** | 2 DIAS |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PERSONAL MEDICO QUE HAYA PRESTADO SUS SERVICIOS POR HONORARIOS. TRAMITE PERSONAL. |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | NINGUNO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | FACTURACION POR ATENCION MEDICA |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 16:00 HRS. |
| **Lugar de atención:** | OFICINA DE CONTABILIDAD GENERAL |
| **Requisitos:** | TICKET O DOCUMENTO QUE COMPRUEBE EL PAGO POR ESTE CONCEPTO, ASÍ COMO DATOS PERSONALES COMPLETOS, TELEFONO, DIRECCION CON CODIGO POSTAL, RFC, Y CORREO ELECTRONICO. |
| **Tiempo de respuesta:** | 2 DIAS |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PÚBLICO EN GENERAL (PARTICULARES O DERECHOHABIENTES) QUE HAYA RECIBIDO ATENCION MÉDICA EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES PERTENECIENTES AL INSTITUTO DE SERVICIO MEDICO.  ESTE TRAMITE DEBERA REALIZARSE SOLO POR LA PERSONA INTERESADA. |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | NINGUNO |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | FACTURACION LICITACION |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 16:00 HRS. |
| **Lugar de atención:** | OFICINA DE CONTABILIDAD GENERAL |
| **Requisitos:** | TICKET DE PAGO EMITIDO POR CAJA DPTO. DE GESTION, DATOS DE PROVEEDOR (NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL, DIRECCIÓN CON CODIGO POSTAL, RFC Y CORREO ELECTRONICO).  ESTE TRAMITE PODRA REALIZARSE SOLO POR EL INTERESADO. |
| **Tiempo de respuesta:** | 2 DIAS |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PERSONAS FISICAS O MORALES QUE HAYAN COMPRADO LAS BASES PARA PARTICIPAR EN LAS LICITACIONES QUE LLEVA A CABO EL INSTITUTO.  EL TITULAR DEL DOCUMENTO O EN SU DEFECTO EL REPRESENTANTE LEGAL |
| **En caso de llenarse un formato, favor de especificar el nombre del mismo e incluir una copia.** | NINGUNO |