

ACUSE DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA

SUJETO OBLIGADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Fecha(dd/mm/aaaa): 01-04-2014

Hora(hh:mm): 11:51:14

DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA FÍSICA

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

PERSONA MORAL

RAZÓN O

DENOMINACIÓN SOCIAL:

NOMBRE DEL

REPRESENTANTE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

DOMICILIO

CALLE:

NUM. EXTERIOR:

NUM. INTERIOR:

ENTIDAD

FEDERATIVA:

MUNICIPIO:

C.P.

COLONIA O LOCALIDAD:

TELÉFONO(Opcional):

CORREO ELECTRÓNICO:

Número de Folio o Expediente de la

00058/ISSEMYM/IP/2014

Código para el

INFORMACIÓN SOLICITADA

DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

Favor de indicar el Consumo por Medicamento, Productos Farmacéuticos, Leches y Vacunas del INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS (ISSEMYM) mensual del periodo de MARZO DEL 2014. Datos requeridos únicamente: Tipo de Medicamento, Contrato, Clave SICCAL, Nombre del Distribuidor, Cantidad comprada, Precio por pieza, Importe total.

Favor de mandar información en Hoja de Cálculo (Excel)

MUCHAS GRACIAS.

CUALQUIER OTRO DETALLE QUE FACILITE LA BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

MODALIDAD DE ENTREGA:					
A través del SAIMEX	<input checked="" type="radio"/>	Copias simples(con costo)	<input type="radio"/>	Consulta Directa(sin costo)	<input type="radio"/>
CD-ROM(con costo)	<input type="radio"/>	Copias Certificadas(con costo)	<input type="radio"/>	Disquete 3.5"(con costo)	<input type="radio"/>
OTRO TIPO DE MEDIO (Especificar):					
DOCUMENTOS ANEXOS:					
PLAZO DE RESPUESTA					

Fecha de límite de respuesta:	<u>15 días hábiles 29/04/2014</u>
Fecha de posible requerimiento de aclaración de la	<u>5 días hábiles 08/04/2014</u>
Notificación de ampliación de plazo(prórroga) :	<u>14 a 15 días hábiles 28/04/2014</u>
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación de plazo :	<u>22 días hábiles 12/05/2014</u>