



**DEPENDENCIA:** DIF Angostura  
**SECCION:** Transparencia  
**NO. DE FOLIO:** 25126000000823.

**ASUNTO:** SOLICITUD DE INFORMACIÓN  
ANGOSTURA, SINALOA; A 31/05/2023

**A quien corresponda.**

**PRESENTE. -**

Con relación a la solicitud de información recibida mediante la plataforma nacional de transparencia, la cual ha sido registrada bajo el número de folio **25126000000823.**

**Solicito la siguiente información:**

Por medio de la presente pido su colaboración para conocer la siguiente información del personal de salud en contacto con el paciente del presente año (2023), de su institución y/o unidad hospitalaria por:

- Nombre
- Apellido
- Especialidad
- Servicio adscrito
- Puesto
- Nombre de la unidad hospitalaria donde labora (solo si aplica)
- Entidad y nivel de atención de la unidad hospitalaria (solo si aplica)
- Turno laboral (matutino, vespertino, nocturno, etc.), solo si aplica y si se cuenta con la información.

Damos respuesta a su solicitud:

- Nombre: Oscar Daniel
- Apellido: Angulo Vega
- Especialidad: médico cirujano y partero (Diplomado en algología, diplomado en geriatría, diplomado en medicina interna, maestría en Alzheimer)
- Puesto: jefe de departamento de salud.
- Nombre de la unidad hospitalaria donde labora (solo si aplica): Consultorio privado.
- Entidad y nivel de atención de la unidad hospitalaria (solo si aplica): Urgencias médicas.
- Turno laboral (matutino, vespertino, nocturno, etc.), solo si aplica y si se cuenta con la información: Nocturno.

ATENTAMENTE:

OSCAR DANIEL ANGULO VEGA  
MÉDICO MUNICIPAL