

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------|-------------------|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | | |
| ATENCIÓN MÉDICA | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | | | | |
| POR MEDIO DE INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS O PRIVADAS PROPORCIONAR EL SERVICIO DE CONSULTA MÉDICA, AYUDANDO A TENER UN CONTROL SOBRE ENFERMEDADES QUE AQUEJE A LA POBLACIÓN | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULO 2 Y 3 FRACCIÓN II DE LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 175 DEL BANDO MUNICIPAL DE CAPULHUAC 2025 | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | N/A | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | N/A | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A | | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | |
| LLENADO DE SOLICITUD | NO | I | ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULO 2 Y 3 FRACCIÓN II DE LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 175 DEL BANDO MUNICIPAL DE CAPULHUAC 2025 | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | SOLICITUD PRESENCIAL DE LA INFORMACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL REGISTRO EN LA BITÁCORA DE VISITA | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 7 DÍAS HÁBILES | | | | | |
| COSTO: | N/A | FUNDAMENTO JURÍDICO | | N/A | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | X | TARJETA DE DÉBITO | X |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | N/A | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|------------|------------------------------------|-----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | |
| DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL | | | | COORDINACIÓN DE SALUD | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: LIC. XOCHITL AMAIRANY ABASOLO PEREZ | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | PROFESOR JOSÉ SOLANO (AL INTERIOR DEL MERCADO BICENTENARIO) | | NO. INT. Y EXT.: | N/A |
| COLONIA: | CENTRO | | MUNICIPIO: | CAPULHUAC | |
| C.P.: | 52700 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | DE 09:00 A 17:00 HRS | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
| OFICINA: | N/A | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | N/A | | NO. INT. Y EXT.: | N/A |
| COLONIA: | N/A | | MUNICIPIO: | N/A | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | N/A | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿TIENE ALGÚN COSTO EL SERVICIO? | | | | |
| RESPUESTA: | DEPENDERÁ SI LA CONSULTA ES POR SECTOR PRIVADO O SECTOR PÚBLICO | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿DÓNDE SE REALIZA EL SERVICIO? | | | | |
| RESPUESTA: | EN INSTITUCIONES DE SALUD QUE PRESENTEN EL SERVICIO O EN SU DEFECTO EN LAS INSTALACIONES QUE SE ACONDICIONEN PARA ELLO | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | N/A | | | | |
| RESPUESTA: | N/A | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>LIC. XOCHITL AMAIRANY ABASOLO PEREZ COORDINADOR DE SALUD</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>L. C. MONSERRAT VILLANUEVA TREJO DIRECTORA DE BIENESTAR SOCIAL</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>25/SEPTIEMBRE/2025</p> |
|---|---|---|

