



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:	PLATICAS EN CONTRA DE LAS ADICCIONES	TRÁMITE:	SERVICIO:
DESCRIPCIÓN:	Código de la Cédula		
<b>LLEVAR A LOS DIFERENTES CENTROS DE ESTUDIO PRIMORDIALMENTE EN NIVEL BÁSICO Y MEDIO SUPERIOR, PLATICAS EN CONTRA DE ADICCIONES</b>			
FUNDAMENTO LEGAL:	ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULO 2 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
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,
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>			
SOLICITUD ESCRITA AL COORDINADOR DE SALUD	SI	I	ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULO 2 DE LA LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULO 175 DEL BANDO MUNICIPAL DE CAPULHUAC 2025
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>			
N/A	N/A	N/A	N/A
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>			
N/A	N/A	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	EL CIUDADANO O INSTITUCIÓN INTERESADA DEBERÁ DE PRESENTAR UNA SOLICITUD ESCRITA AL COORDINADOR DE SALUD SOLICITANDO UNA PLATICA EL COORDINADOR AGENDARA DÍA Y FECHA PARA REALIZARLA		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	7 DÍAS HÁBILES		
COSTO:	N/A	FUNDAMENTO JURÍDICO	
FORMA DE PAGO:	Efectivo	X	TARJETA DE CRÉDITO X TARJETA DE DÉBITO X EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) 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.:
COLONIA:	CENTRO		MUNICIPIO:	CAPULHUAC
C.P.:	52700	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	DE 09:00 A 17:00 HRS	
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:
N/A	N/A		N/A	N/A
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>				
OFICINA:	N/A			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A			
DOMICILIO:	CALLE:	N/A		NO. INT. Y EXT.:
COLONIA:	N/A		MUNICIPIO:	N/A
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A	
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:
N/A	N/A		N/A	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A			
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>				
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿TIENE ALGÚN COSTO EL SERVICIO?			
RESPUESTA:	NO TIENE COSTO ALGUNO			
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿DÓNDE SE REALIZA EL SERVICIO?			
RESPUESTA:	EN LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL O DEPENDENCIA GUBERNAMENTALES QUE SOLICITEN EL SERVICIO			
PREGUNTA FRECUENTE 3:	HAY UN MÍNIMO PARA RECIBIR EL SERVICIO			
RESPUESTA:	DE PREFERENCIA VA DIRIGIDO A UN GRUPO DE 30 A 50 PERSONAS			
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>				

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

