



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO: X	
SERVICIO DE VACUNACIÓN					
DESCRIPCIÓN:					
BRINDAR SERVICIO DE VACUNACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL PARA PREVENIR ENFERMEDADES QUE AFECTEN LA SALUD DE LA POBLACIÓN.					
FUNDAMENTO LEGAL:		ART. 12 Y 14 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN			
DOCUMENTO A OBTENER:		CARTILLA DE VACUNACIÓN O COMPROBANTE DE VACUNACIÓN		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: PERMANENTE	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB:	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		DE ACUERDO AL ESQUEMA DE VACUNACIÓN			
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					
CARTILLA DE VACUNACIÓN		SI	0	ART. 12 Y 14 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN	
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
INSTITUCIONES PÚBLICAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:		10 MINUTOS		TIEMPO DE RESPUESTA: 5 MINUTOS	
COSTO:		GRATUITAS Fundamento Jurídico: N/A			
FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/>
		N/A		TARJETA DE DÉBITO	<input type="checkbox"/>
				EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	<input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA		<p>1. LOS MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE PODRÁ OTORGAR EL SERVICIO SON LOS SIGUIENTES: TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS, O QUE SE ENCUENTREN CURSANDO CON ALGUNA ENFERMEDAD QUE IMPIDA SU APLICACIÓN O POR LA EDAD (CIERTAS VACUNAS TIENEN UN LIMITE DE EDAD PARA SU APLICACIÓN)</p> <p>2.- LOS MOTIVOS POR LO QUE SE REALIZARA EL TRAMITE, SON AQUELLOS DONDE SE CUMPLE EN TIEMPO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA, CUANDO EL PACIENTE SE ENCUENTRE SANO O SEA PACIENTE VULNERABLE Y SEA CAMPAÑA DE VACUNACION.</p> <p>3.-SE HARA EL RECONOCIMIENTO DE LA AFIRMATIVA FICTA DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES CORRESPONDIENTES</p>			



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Nuevo Chimalhuacán
H. Ayuntamiento 2015-2021

EDOMÉX

DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL				DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y ATENCION A LA COMUNIDAD.			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				DR.ROBERTO CARLOS TELLEZ SANDOVAL			
DOMICILIO:	CALLE:	AMAPOLA	NO. INT. Y EXT.:	S/N			
COLONIA:	SAN PEDRO		MUNICIPIO:	CHIMALHUACAN			
C.P.:	56334	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 HRS A 20 HRS, SABADO Y DOMINGO DE 9:00 HRS A 13:00 HRS			
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
N/A	55-15-51-63-95	102	N/A	direcciondesaludchimalhuacan@outlook.com			
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 ALGUN COSTO ?						
RESPUESTA:	NO.EL SERVICIO ES GRATUITA						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿ CUENTAN CON ESTA VACUNA ?						
RESPUESTA:	PERMITAME CHECAR POR FAVOR						
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿ CUAL ES EL HORARIO DE ATENCION ?						
RESPUESTA:	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 HRS A 1:00 HRS Y DE 2:00 HRS A 6:00 HRS.						
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
N/A							

ELABORÓ:	VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
		28 / MAYO /2020.
NOMBRE COMPLETO C. YANNET LIZET ESCOBEDO FABELA	NOMBRE COMPLETO DRA. ESMERALDA CITLALI MUÑOZ MIRANDA. JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y ATENCION A LA COMUNIDAD.	