

TRÁMITES, SERVICIOS Y PROGRAMAS

| NOMBRE DEL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | | TRÁMITE | SERVICIO | PROGRAMA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|--------------------------------------------------------|----------|
| TARJETA SANITARIA | | X | | |
| DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | | | | |
| PRECEPTO CON QUE DEBEN CONTAR LOS VENDEDORES DE ALIMENTOS EN LA VIA PUBLICA | | | | |
| OFICINA RESPONSABLE DEL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | | | HORARIO PARA SOLICITAR EL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | |
| DEPARTAMENTO DE CONTROL SANITARIO | | | 8:00AM-16:00PM | |
| TIEMPO DE RESPUESTA | DOCUMENTO A OBTENER | | COSTO | |
| DE 2 A 3 DIAS | TARJETA SANITARIA | | APROX.\$210.00 | |
| REQUISITOS Y/O DOCUMENTACIÓN NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | | | ORIGINAL | COPIAS |
| EXAMEN COPROPARASITOSCÒPICO | | | X | |
| EXAMEN HISOPO RECTAL | | | X | |
| EXAMEN REACCIONES FEBRILES | | | X | |
| DOS FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL | | | X | |
| | | | | |
| NOTA : EL DEPARTAMENTO DE CONTROL SANITARIO MUNICIPAL BRINDA LA INFORMACION PARA QUE ACUDAN AL HOSPITAL MUNICIPAL A REALIZAR EL TRAMITE | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DOMICILIO | | | TELÉFONOS | |
| INDEPENDENCIA OTE. #735 INTERIOR 2 ALTOS 2 | | | 3803548 | |
| VIGENCIA DEL TRÁMITE, SERVICIO O PROGRAMA | | | | |
| RENOVACION CADA TRES MESES | | | | |
| FUNDAMENTO JURÍDICO | | | | |
| LEY ESTATAL DE SALUD Y REGLAMENTO DE MERCADOS . | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | |
| | | | | |