



V REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | x |
| Atención por mordedura | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| Observación Clínica del animal que agredió a la persona, por un periodo de 10 días naturales a partir de la mordedura | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | Código Reglamentario Municipal de Tlalnepantla de Baz, México. 2016-2018 Art. 3.49 Fracc. I, XVI. NOM-011SSA2-1993, Fracc. 5. 1. 3. 1. Código para la Biodiversidad, Libro Sexto, NOM.033-ZOO-2014, NOM-042-SSA2-2006 | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | No Aplica | VIGENCIA: | No Aplica |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB | No Aplica |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Cuando algún canino o felino muerda al ciudadano. | | |
| REQUISITOS: | | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO: | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | ORIGINAL | COPIA(S) | |
| 1. Solicitud recibida a través del sistema CAIC, TDB digital 24hrs. | | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| 3. Oficio dirigido a la C. Presidenta Municipal Constitucional de Tlalnepantla de Baz. | | | | |
| PERSONAS MORALES | | ORIGINAL | COPIA(S) | |
| No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | ORIGINAL | COPIA(S) | |
| No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| OTROS | | ORIGINAL | COPIA(S) | |
| No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 30 minutos | TIEMPO DE RESPUESTA: | 24 horas | |
| VIGENCIA: | No Aplica | | | |
| COSTO: | Gratuito | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | No Aplica | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No Aplica | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | No Aplica | | | |

[Handwritten signature and initials in blue ink]



| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------|---|----------------------|-----------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Instituto Municipal de Salud | | | | Centro Municipal de Atención a Animales Expuestos y en Custodia | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Dra. Rosaura Juárez Chávez | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Zacatecas | | | NO. INT. Y EXT.: | 6 | |
| COLONIA: | Constitución de 1917 | | | MUNICIPIO: | Tlalnepantla de Baz | | |
| C.P.: | 54190 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: 8:30 a 16:30 Lunes a Viernes, 09:00 a 13:00 Sábados | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 57696405 | | No Aplica | No Aplica | ccc2012@yahoo.com.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | No Aplica | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | No Aplica | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | No Aplica | | | NO. INT. Y EXT.: | No Aplica | |
| COLONIA: | No Aplica | | | MUNICIPIO: | No Aplica | | |
| C.P.: | No Aplica | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: No Aplica | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica | | |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE: | No Aplica | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Qué requiero para que se realice el retiro y observación del animal agresor? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Solicitarlo a través de la Línea de Atención Ciudadana en donde se le proporcionara un número de reporte. | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Puedo recuperar a mi mascota? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Sí, siempre y cuando sea la primera agresión, acudiendo al Centro Municipal de Atención a Animales Expuestos y en Custodia o al lugar donde se realice alguna jornada de vacunación. | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Qué necesito para recuperar mi mascota? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Presentar comprobante de vacunación, domicilio, copia de identificación oficial y pago de \$265.00 | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| No Aplica | | | | | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | 16 Febrero 2018 |
| C. Socorro Falcón Amaiz Enlace de Control de Gestión | Dra. Rosaura Juárez Chávez. Directora General Instituto Municipal de Salud | |

