AYUNTAMIENTO
EMILIANO ZAPATA
2013-2015

DEPENDENCIA: DIR. DE SALUD MPAL.
No. OFICIO: DSM/83/12-2015.
EXPEDIENTE:
OBS.

ASUNTO: informativo

Emiliano Zapata Mor;10 de diciembre 2015.

C. PILAR CRUZ PALMA
JEFA DE LA UNIDAD DE INFORMACION PÚBLICA
DEL AYUNTAMIENTO DE EMILIANO ZAPATA
PRESENTE

POR MEDIO DEL PRESENTE RECIBA UN CORDIAL SALUDO Y AL MISMO TIEMPO LE ENVIO LA INFORMACION SOLICITADA CON EL OFICIO **UDIP/614/12/2015** CON FECHA 01 DE DICIEMBRE 2015 REFERENTE A LA **"INFORMACION DE LOS SERVICIOS, AUTORIZACIONES Y TRAMITES CON VALOR COMERCIAL QUE SE OFRECE A LA POBLACION"**.

SIN MÁS POR EL MOMENTO ME DESPIDO DE USTED, QUEDANDO A SUS ÓRDENES PARA CUALQUIER ACLARACIÓN AL RESPECTO.

¡Por tu salud trabajamos con una nueva visión ¡

Ayuntamiento Emiliano Zapata, Mor. 2013 - 2015
RECIBIDO
10 DIC. 2015
UDIP
10:07 AM

ATENTAMENTE

C. ANÍBAL LAGUNAS DUARTE
JEFE DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE
EMILIANO ZAPATA MORELOS.
TEL- 777191-95-09

ADMINISTRACION MUNICIPAL 2013-2015
DIRECCION DE SALUD

C.C.P.- ARCHIVO.

OT12 SERVICIOS, AUTORIZACIONES Y TRAMITES CON VALOR COMERCIAL QUE SE OFRECE A LA POBLACION.

NOMBRE DEL SERVICIO:	**CARNET SANITARIO**
PROCEDIMIENTO:	*ACUDIR A LA DIRECCION DE SALUD CON LO REQUISITOS SOLICITADOS.
FORMATOS.	(ANEXO 1)
REQUISITOS	(ANEXO 2)
SERVIDOR RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA	C. ANIBAL LAGUNAS DUARTE
COSTO :	$50.00 (ANEXO 3)
NO. DE TELEFONO	101-26-75

ANEXO 1. FORMATO.

REGLAMENTO

1.- ACUDIR PUNTUALMENTE A LA CITA DE 8:00 A.M. A 14:00 P.M.
2.- LLEVAR CARNET A CADA SESIÓN
3.- SI SE EXTRAVÍA EL CARNET SE PAGARA EL REPUESTO DEL MISMO
4.- NO MALTRATAR, NI DAÑAR EL MOBILIARIO
5.- CUMPLIR CON EL PAGO ESTABLECIDO

HUELLA

CARRETERA ZAPATA - TEZOYUCA S/N COL. EL AMATE C.P. 62766
TEL. 101 26 75

CARNET SANITARIO

NOMBRE:_____
DIRECCIÓN:_____
NO. DE EXPEDIENTE:_____
MEDICO RESPONSABLE:_____

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

REGLAMENTO

1.- ACUDIR PUNTUALMENTE A LA CITA DE 8:00 A.M. A 14:00 P.M.
2.- LLEVAR CARNET A CADA SESIÓN
3.- SI SE EXTRAVÍA EL CARNET SE PAGARA EL REPUESTO DEL MISMO
4.- NO MALTRATAR, NI DAÑAR EL MOBILIARIO
5.- CUMPLIR CON EL PAGO ESTABLECIDO

HUELLA

CARRETERA ZAPATA - TEZOYUCA S/N COL. EL AMATE C.P. 62766
TEL. 101 26 75

CARNET SANITARIO

NOMBRE:_____
DIRECCIÓN:_____
NO. DE EXPEDIENTE:_____
MEDICO RESPONSABLE:_____

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

ANEXO 2.REQUISITOS

REQUISITOS DE CARNET SANITARIO

REQUISITOS.

- COPIA DE IFE
- 2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL
- **ESTUDIOS DE LABORATORIO:**
- VIH
- VDRL
- PAPANICOLAOU
- EXUDADO VAGINAL

HORARIO DE ATENCION : VIENES DE 12:00 A 4:00PM. UBICACIÓN CARRETARA ZAPATA TEZOYUCA COL. EL AMATE (CUMEZ). TEL 101-26-75 COSTO $50.00(CIENCUENTA PESOS).

ANEXO 3. COSTO.

LEY DE INGRESOS 2015

SECCIÓN DÉCIMA NOVENA

POR SERVICIOS PRESTADOS POR LAS AUTORIDADES MUNICIPALES DE SALUD

ARTÍCULO 34.- LOS DERECHOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS AUTORIDADES MUNICIPALES EN MATERIA DE SALUD, SE CAUSARÁN Y LIQUIDARÁN CON BASE EN LA SIGUIENTE TARIFA:
CONCEPTO TARIFA CONTROL Y FOMENTO SANITARIO

I.- TARJETA DE CONTROL SANITARIO
EXPEDICIÓN POR PRIMERA VEZ 1 A 2 S.M.V.
RESELLO O REPOSICIÓN 1 A 2 S.M.V.

II EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL SANITARIA
A MANEJADORES DE ALIMENTOS, AMBULANTES Y SEMIFIJOS 1 S.M.V.

NOMBRE DEL SERVICIO:	CARNET DE ALIMENTOS
PROCEDIMIENTO:	*ACUDIR A LA DIRECCION DE SALUD CON LO REQUISITOS SOLICITADOS.
FORMATOS.	(ANEXO 4)
REQUISITOS	(ANEXO 5)
SERVIDOR RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA	C. ANIBAL LAGUNAS DUARTE
COSTO :	$50.00 (ANEXO 3)
NO. DE TELEFONO	101-26-75

ANEXO 4 FORMATOS

REGLAMENTO

1.- ACUDIR PUNTUALMENTE A LA CITA DE 8:00 A.M. A 14:00 P.M.
2.- LLEVAR CARNET A CADA SESIÓN
3.- SI SE EXTRAVÍA EL CARNET SE PAGARA EL REPUESTO DEL MISMO
4.- NO MALTRATAR, NI DAÑAR EL MOBILIARIO
5.- CUMPLIR CON EL PAGO ESTABLECIDO

HUELLA

CARRETERA ZAPATA - TEZOYUCA S/N COL. EL AMATE C.P. 62766
TEL. 101 26 75

CARNET DE ALIMENTOS

NOMBRE:_____
DIRECCIÓN:_____
NO. DE EXPEDIENTE:_____
MEDICO RESPONSABLE:_____

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

REGLAMENTO

1.- ACUDIR PUNTUALMENTE A LA CITA DE 8:00 A.M. A 14:00 P.M.
2.- LLEVAR CARNET A CADA SESIÓN
3.- SI SE EXTRAVÍA EL CARNET SE PAGARA EL REPUESTO DEL MISMO
4.- NO MALTRATAR, NI DAÑAR EL MOBILIARIO
5.- CUMPLIR CON EL PAGO ESTABLECIDO

HUELLA

CARRETERA ZAPATA - TEZOYUCA S/N COL. EL AMATE C.P. 62766
TEL. 101 26 75

CARNET DE ALIMENTOS

NOMBRE:_____
DIRECCIÓN:_____
NO. DE EXPEDIENTE:_____
MEDICO RESPONSABLE:_____

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

CITAS

DÍA	HORA	FECHA DE LAB.	FIRMA DEL MÉDICO

ANEXO 5. REQUISITOS.

Salud

REQUISITOS DE CARNET SANITARIO

- COPIA DE IFE
- 2 FOTAGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL

- **ESTUDIOS DE LABORATORIO:**
- REACCIONES FEBRILES
- COPRO-PARACITOSCOPICO.

HORARIO DE LUNES A VIERNES 8:00AM A 3:00PM, CARRETERA ZAPATA TEZOYUCA COL EL AMATE. TEL:101-26-75.