

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**PROGRAMAS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Prevención y control de riesgos sanitarios (Atención a las denuncias por Insalubridad , maltrato, agresiones de perros a humanos y de perros a perros)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 060.

•Nombre del denunciante, número telefónico y dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**PROGRAMAS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Prevención y control de riesgos sanitarios (Insalubridad de Puestos fijos o semifijos de expendios para venta de alimentos para consumo humano)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 060.
- Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.
- Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**PROGRAMAS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Prevención y control de riesgos sanitarios (Atención a denuncias por insalubridad en Granjas, Establos y Establecimientos de sacrificio, procesamiento, almacenamiento y expendio de productos o subproductos de origen animal)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 060.
- Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.
- Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**PROGRAMAS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia en clínicas, hospitales y consultorios veterinarios, tiendas de mascota, estéticas caninas y acuarios.

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 060.
- Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.
- Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**PROGRAMAS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia de establecimientos de vídeo juegos, juegos de mesa y similares.

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 060.

•Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo  
PROGRAMAS  
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia Sanitaria de Tortillerías y molinos de Nixtamal

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 060.
  - Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.
  - Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal o a través del 060 las 24 hrs. Sábados, Domingos y días Festivos.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo  
SERVICIOS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Servicio:**

Expedición de tarjeta de vigilancia sanitaria para clínicas, hospitales y consultorios veterinarios, albergues, cría y/o venta de animales, y estéticas caninas.

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Los requisitos para el trámite de la tarjeta de vigilancia sanitaria son:

- Original y copia de la cédula profesional del Médico Veterinario Zootecnista responsable.
- Original y copia de la credencial de elector del Veterinario responsable.
- Original y copia de la cédula de Contribuyente (RFC)
- Original y copia de la Licencia de Factibilidad de Uso y Destino del Suelo: Se tramita en la Dirección de Ordenamiento Territorial, ubicada en avenida central entre 4<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> poniente edificio Valanci, 2<sup>o</sup> piso.
- Presentarse con los requisitos completos a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios para otorgarle la papeleta de cobro y efectuar el pago correspondiente ante la Dirección de Ingresos.

**•Horario para Realizar Trámites:**

De 8:00-15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal.

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener el nombre completo del Médico Veterinario responsable del establecimiento, su RFC, dirección, ser mayor de edad, escribir los giros o rubros que incluyó para el otorgamiento de la Factibilidad de Uso y Destino de Suelo perteneciente a la clínica veterinaria a su cargo.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Servicio:**

Expedición de la tarjeta de vigilancia sanitaria para establecimientos de vídeo juegos, juegos de mesa y similares.

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Los requisitos para el trámite de la tarjeta de vigilancia sanitaria son:

- Original y copia de la credencial de elector del responsable.
- Original y copia de la cédula de Contribuyente (RFC).
- Constancia de no adeudos fiscales, emitida por la Tesorería Municipal.
- Original y copia de la Licencia de Factibilidad de Uso y Destino del Suelo: Se tramita en la Dirección de Ordenamiento Territorial, ubicada en avenida central entre 4ª y 5ª poniente Edificio Valanci, 2º piso.
- Constancia emitida por la Dirección Municipal de Protección Civil.
- Presentarse con los requisitos completos a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios para otorgarle la papeleta de cobro y efectuar el pago correspondiente ante la Dirección de Ingresos.

**•Horario para Realizar Trámites:**

De 8:00-15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle central entre 2a y 3a norte Palacio Municipal.

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)** Formato libre que debe contener el nombre completo del responsable del establecimiento, su RFC, dirección, ser mayor de edad, Factibilidad de Uso y Destino de Suelo perteneciente al establecimiento así como la constancia de la Dirección de Protección Civil Municipal.



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

- Nombre del Programa: Servicio de consulta General

**Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Acudir directamente al módulo de información, solicitar ficha numerada, pagar el derecho del servicio y acudir al módulo de enfermería para que le tomen los signos vitales.

- Horario para realizar trámites: De lunes a viernes de 7:00 a 13:00 hrs.  
En la Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán, Tel. 140182

- Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: Adjuntar archivo de formato) No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Colposcopia</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> Primeramente deberán realizarse el papanicolaou, tomando en cuenta lo siguiente: no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes del estudio, no estar bajo tratamiento vaginal, no estar menstruando ( 8 días antes y 8 después del período), pasar a consulta general para tratamiento y posteriormente se realizara la colposcopia.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 12:00 Hrs.<br/>Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán, Tel 140182</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></li></ul>   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Papanicolaou</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> No haber tenido relaciones sexuales 3 días antes del estudio, no estar bajo tratamiento vaginal, no estar menstruando ( 8 días antes y 8 después del periodo), pasar a consulta general para tratamiento y posteriormente se realizara la colposcopia.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 12:00 Hrs.<br/>Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán, Tel 140182</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></li></ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Mastografía</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> Presentarse bañadas, rasuradas de las axilas, sin talco, sin crema, sin desodorante o loción y sin maquillaje</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 12:00 Hrs.<br/>Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán, Tel 140182</li></ul>                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></li></ul>   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Consulta Ginecológica</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> Al acudir a la Clínica por primera vez deberá pasar a consulta general para que se le integre un expediente, posteriormente se le podrá agendar una cita con la ginecóloga, en caso contrario deberá traer una orden de un médico general para que se le agende una cita a ginecología</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para realizar trámites:</b> De lunes a viernes 8:00 A 12:30 Hrs.<br/>Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán,. Tel- 140182</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></li></ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo  
SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Ultrasonido</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> La paciente deberá traer una orden médica para agendar una cita de acuerdo al ultrasonido que e le realizará, dependiendo de este se le indicara como deberá presentarse el día del estudio.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para realizar trámites:</b> De lunes a viernes 8:00 A 12:30 Hrs.<br/>Calle Clínica de la Mujer, Barrio Mirador II, Col. San José Terán,. Tel- 140182</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></li></ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|   |
|---|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> <b>Nombre del Servicio:</b> Nutricion   |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> El paciente acude al módulo de información para solicitar una consulta y paga el derecho en caja.                            |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> <b>Horario para realizar trámites:</b> De de lunes a viernes de 7:00 a 13:00 PM<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Terán. Tel. 140182 |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica.   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Psicología   |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> El paciente acude al módulo de información para solicitar una consulta con la psicóloga y paga el derecho en caja.          |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 12:30 A.M.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182 |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica   |



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Densitometría  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> El paciente acude al módulo de información para solicitar una consulta y paga el derecho en caja.                           |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 13:00 P.M.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182 |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Toma de Biopsia  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, además no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante. |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 11:00 hrs.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182   |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Toma de Cono  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, además no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante. |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 11:00 hrs.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Electrofulguración  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, además no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante, |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 11:00 hrs<br><br>En la Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182   |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Nutrición   |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> El paciente acude de forma directa al módulo de información para solicitar su consulta con la nutrióloga y pagar en caja el derecho, Se brindaron en el trimestre |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 11:00 hrs.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 140182                          |
| <sup>35</sup> <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Nombre del Servicio:</b> Toma de Híbridos  |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, además no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante. |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 11:00 hrs.<br><br>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 1401882   |
| <sup>35</sup> / <sub>17</sub> | <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Dirección de Diagnóstico de la Clínica de la Mujer Poniente**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Rayos X</li></ul>   |
| <p><sup>35</sup>/<sub>17</sub> <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> La paciente deberá traer una orden médica para saber que tipo de placa requiere, dependiendo de este se le indicara como deberá presentarse el dia del estudio y pasar a pagar a caja.</p> |
| <p><sup>35</sup>/<sub>17</sub> <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De Lunes a Viernes de 8:00 A 12:30 hrs.</p> <p>En la Clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II col. San José Teran. Tel. 1401882</p>  |
| <p><sup>35</sup>/<sub>17</sub> <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b></p>   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Departamento de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Expedición de Tarjeta de Control Sanitario Semestral de Sexoservidoras</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Acta de nacimiento (copia)</li><li>2. Identificación con fotografía (copia)</li><li>3. Comprobante de domicilio (copia)</li><li>4. Dos fotografías tamaño infantil</li></ol></li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> 8:00 a 14:00 Hrs de Lunes a Viernes<br/>Lugar: Departamento de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual<br/>Domicilio: 2a Norte entre Calle Central y 1a Oriente S/N</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b><br/>No Aplica</li></ul>   |



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Programa de Prevención y Control del Dengue**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Fumigación</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li><li>2. Dirección, No. del Domicilio, así como referencias para la localización de la vivienda en el que se realizara la Fumigación.</li><li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li><li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li></ol></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato): Formato libre que debiera contener los siguientes requisitos:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li><li>2. Dirección completa, así como la mayor referencia posible para la localización del domicilio en el que se realizara la Fumigación.</li><li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li><li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li></ol></li></ul> |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Programa de Prevención y Control del Dengue**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio:</b> ABATIZACION</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li><li>2. Dirección, No. del Domicilio, así como referencias para la localización de la vivienda en el que se realizara la Fumigación.</li><li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li><li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li></ol></li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) Formato libre que debera contener los siguientes requisitos:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li><li>2. Dirección completa, así como la mayor referencia posible para la localización del domicilio en el que se realizara la Fumigación.</li><li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li><li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li></ol></li></ul> |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Programa de Prevención y Control del Dengue**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Nombre del Servicio: Obra de teatro denominada “No Queremos Dengue”</b></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Se otorga a instituciones educativas públicas y/o privadas que deberán proporcionar los siguientes datos:</li><li>2. Emitir un oficio de solicitud en hoja sellada y membretada con el nombre de la institución y/o referencia social.</li><li>3. Dirección completa, No. de Domicilio referencias para la localización de la institución en la que se presentara la obra,</li><li>4. No. Telefónico para contactar al área solicitante.</li></ol></li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio :</b> (Adjuntar archivo de formato) Formato libre que debiera contener los siguientes requisitos:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se otorga a instituciones educativas públicas y/o privadas que deberán proporcionar los siguientes datos:</li><li>2. Emitir un oficio de solicitud en hoja sellada y membretada con el nombre de la institución y/o referencia social.</li><li>3. Dirección completa, No. de Domicilio referencias para la localización de la institución en la que se presentara la obra,</li><li>4. No. Telefónico para contactar al área solicitante.</li><li>5. Este servicio es para todas las instituciones publicas y/o privadas de esta ciudad.</li></ol></li></ul> |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS  
DIRECCIÓN DE VERIFICACIONES Y CLAUSURAS**

• **Nombre del Servicio:**

Atención de Denuncias de Establecimientos dedicados a la Venta de Bebidas Alcohólicas que funcionen fuera de su horario y días de funcionamiento.

• **Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Realizar la Denuncia de manera escrita, personal, vía telefónica al Tel. 61 8 70 80 Ext 2230 y/o a través de Atención Ciudadana al 060; proporcionando: \* Nombre del establecimiento,  
\* Dirección,  
\* Motivo de la denuncia; y  
\* Demás referencias posibles para tener mayor ubicación del negocio.

**Horario para Realizar Trámites:**

De Lunes a Viernes en horario de 08:00 a 15:00 horas.  
Oficinas ubicadas en 2a norte poniente esq Calle Central s/n. Palacio Municipal.  
Y las 24 horas del día, en caso que el reporte se realice a través del 060.

• **Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

Oficio o Escrito Libre, que deba contener: Lugar y Fecha; Dirigido al Director de Verificaciones y Clausuras, Lic. José Arturo Alcázar Pech; nombre y domicilio del establecimiento; motivo de la denuncia; y, nombre, firma y dirección de quien suscribe el escrito.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

•**Nombre del Programa:** Diagnostico De Cáncer Cervico Uterino Y Mamario Para Personas De Escasos Recursos

•**Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Credencial De Elector Para Identificación Y Corroborar Edad (en Caso De Densitometria 40 Años Y de Insuficiencia Venosa 35 Años)
- Solicitar Ficha En Recepción
- Tener Vida Sexual Activa
- Agendarse En Trabajo Social
- Presentar Papanicolaou Reciente Mínimo 3 Meses
- No Estar Menstruando (8 Días Antes O Después De Menstruar)
- No Aplicarse Tratamientos Vaginales
- Abstinencia Sexual Mínimo De 3 Días
- Asistir De Preferencia Con Falda
- De 40 A 50 Años Presentar Ultrasonido Previo De Mama En Caso De Mastografia
- De 50 A 69 Años Presentar Ultrasonido Solamente Si se Requiere
- En Caso De Contar Con Seguro Popular Presentar 1 Copia De Póliza, 1 De Credencial De Elector y firmar formato de conformidad de atención del usuario.
- Para El Estudio De Insuficiencia Venosa Ser Mayor De 35 Años
- Para El Estudio De Densitometria Osea no haberse realizado el estudio por lo menos en 6 meses

•**Horario para realizar trámites:**

•De 07:00 a 13:30 hrs.de Lunes a Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Tel 61 4 28 01

•**Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato) No Aplica**

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

Consulta Medica General

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Presentar Credencial De Elector  
Solicitar Ficha  
Pagar El Servicio En Caja

**•Horario para Realizar Trámites:**

De 7:00 A 11:00 y de 10:00 a 13:00 hrs. De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Tel 61 4 28 01

**◦ Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No Aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

Consulta Ginecologica

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse En el área de Trabajo Social  
Realizar el pago en caja  
Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 Meses)  
Presentar Credencial De Elector  
Abstinencia sexual mínimo 3 días  
No Estar Menstruando  
No Estar Aplicando Tratamientos Vaginales  
Baño  
Solicitar ficha en recepción

**•Horario para Realizar Trámites:**

De 7:00 A 10:00 Am De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Teléfono 6 14 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No Aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

- Colposcopia

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse En el área de Trabajo Social

Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 Meses)

Presentar Credencial De Elector

Abstinencia sexual mínimo 3 días

Realizar el pago en caja

Presentar copia de póliza de afiliación a seguro popular y de credencial de elector

No Estar Menstruando

No Estar Aplicando Tratamientos Vaginales

Baño

Solicitar ficha en recepción

**•Horario para Realizar Trámites:**

De 7:00 A 10:00 Am Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo

Segundo. Teléfono 6 14 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica**



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del servicio:</b>   | Electrofulguración   |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b>                                |  |
| Agendarse En El Área De Trabajo Social  | No Estar Menstruando   |
| Presentar Estudios Solicitados Por Medico Tratante  | No Estar Aplicando Tratamientos Vaginales  |
| Presentar Credencial De Elector   | Abstinencia Sexual Mínimo 3 Días   |
| Solicitar Ficha En Recepción  | Baño   |
| Realizar El Pago En Caja  |  |
| Presentar copia de póliza y credencial de elector en caso de estar afiliada al seguro popular |  |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b>   |  |
| De 7:00 A 10:00 Am De Lunes A Viernes   | En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Teléfono 614 28 01 |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b>       | No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|   |
|---|
| <b>• Nombre del servicio:</b> Toma de Biopsia   |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><br>Agendarse En El área de Trabajo Social<br>Presentar Estudios Solicitados Por Medico Tratante<br>Presentar Credencial De Elector<br>Solicitar Ficha En Recepción<br>Realizar El Pago En Caja<br>Presentar copia de póliza y credencial de elector en caso de estar afiliada al seguro popular<br>No Estar Menstruando<br>No Estar Aplicando Tratamientos Vaginales<br>Abstinencia Sexual Mínimo 3 Días<br>Baño |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b><br>De 7:00 A 10:00 Am De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Tel 61 4 28 01   |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio :</b> (Adjuntar archivo de formato No Aplica  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|  |   |
|--|---|
| <b>•Nombre del Servicio:</b><br>Conización   |   |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><br>Agendarse En El Área De Trabajo Social<br>Presentar Estudios Solicitados Por Medico Tratante<br>Presentar Credencial De Elector<br>Solicitar Ficha En Recepción<br>Realizar Pago En Caja<br>Presentar copia de póliza y credencial de elector si es afiliada al seguro popular | No Estar Aplicando Tratamientos Vaginales<br>Abstinencia Sexual Mínimo 3 Días<br>Baño<br>No estar menstruando |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b><br>De 7:00 A 10:00 Am De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Tel 61 4 28 01  |   |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b>  |   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|  |
|--|
| <b>•Nombre del Servicio:</b>   |
| • Papanicolaou   |
| •Presentar Credencial De Elector<br>•Presentar copia de póliza y credencial de elector en caso de estar afiliada al seguro popular<br>•No Estar Menstruando (8 Días Antes O Después)<br>•Abstinencia Sexual Mínimo 3 Días<br>•No Aplicarse Tratamientos Vaginales<br>•Baño<br>•Solicitar Ficha En Recepción<br>•Realizar El Pago En Caja |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b>  |
| •De 8:00 A 13:30 hrs. De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo Segundo. Tel 61 4 28 01  |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|   |
|---|
| <b>•Nombre del Servicio:</b><br>Ultrasonido   |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Agendarse En Trabajo Social (Presentar orden medica)</li><li>•Presentar copia de póliza de seguro popular y de credencial de elector en caso de estar afiliadas al seguro popular</li><li>•Solicitar Ficha En Recepción</li><li>•Realizar El Pago En Caja</li><li>•Pasar Al Estudio</li></ul> |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•De 08:00 A 11:00 Hrs De Lunes a Viernes.</li><li>•En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo II, Tel 61 4 28 01</li></ul>   |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> No Aplica   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

- Rayos X

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

- Solicitar Información En Recepción
- Presentar copia de póliza y credencial de elector en caso de estar afiliada a seguro popular
- Presentar Orden Medica
- Realizar El Pago En Caja

**•Horario para Realizar Trámites:**

- De 8:00 Am a 13:30 Hrs En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo II Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato No Aplica**

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

- Mastografía

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

- Solicitar Información En Recepción
- Presentar Orden Medica
- Presentar Ultrasonido De Mama Si Es Menor De 50 Años
- Realizar El Pago En Caja
- Si Cuenta Con Seguro Popular Presentar Copia de póliza y de credencial de elector

**•Horario para Realizar Trámites**

- De 8:00 Am a 13:30 Hrs. De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo II Tel: 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica**

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

Servicios Médicos Adicionales (Inyecciones, venoclisis, curaciones, retiro de puntos, aplicación de medicamentos intravenosos)

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

- Solicitar Información En Recepción
- Presentar Receta Medica Donde Se Indique El Servicio
- Realizar El Pago En Caja

**•Horario para Realizar Trámites:**

• De 7:00 Am A 13:30 Hrs De Lunes A Viernes, En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II, Tel 61 4 28 01

•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|   |
|---|
| <b>•Nombre del Servicio:</b><br>Toma De Baaf  |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Solicitar Información En Recepción</li><li>•Presentar copia de póliza y credencial de elector si es afiliada al seguro popular</li><li>•Agendarse En Trabajo Social</li><li>•Pasar a Consulta Ginecologica para Valoración Previa, Si Viene Con Indicación De Otro Medico</li><li>•Presentar Estudios Solicitados Por Medico Tratante</li></ul> |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>• De 7:00 Am A 10:00 Hrs. De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Rojas Y Juan Pablo II, Tel 61 4 28 01</li></ul>   |
| <b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato) No Aplica</b>   |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

|   |
|---|
| <b>•Nombre del Servicio:</b><br>• Consulta De Nutrición (gratuita)  |
| <b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b><br>•Solicitar Información En Recepción<br>•Presentar Credencial De Elector   |
| <b>•Horario para Realizar Trámites:</b><br>De 8:00 Am A 13:30 Hrs. De Lunes A Viernes En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre Calzada Andrés Serra Roja Y Juan Pablo II, Tel 61 4 28 01 |
| <b>•Formato Que Se Emplea Para Tramitar El Servicio : (Adjuntar Archivo De Formato) No Aplica</b>   |