



<b>NOMBRE:</b>		<b>TRÁMITE</b>		<b>X</b>	<b>SERVICIO</b>
CERTIFICADO DE DEFUNCION					
<b>DESCRIPCIÓN:</b>			<b>Código de la Cédula:</b>	45C	
Se realiza llenado de certificado de defunción con datos que nos proporciona el familiar informante y los documentos del fallecido.					
<b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca.</li> <li>• Bando de Policía y Gobierno</li> <li>• Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca.</li> </ul>			
<b>DOCUMENTO A OBTENER:</b>		Llenado de Certificado de Defunción		<b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:</b>	N/A
<b>¿SE REALIZA EN LINEA?</b>		SI	NO X	<b>DIRECCIÓN WED</b>	N/A
<b>CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:</b>		A petición del familiar del fallecido			
<b>ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA</b>			N/A		
<b>REQUISITOS:</b>		<b>Original anotar la palabra SI o NO</b>	<b>Copias anotar con número la cantidad de copias</b>	<b>FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO</b>	<b>JURIDICO-</b>
<b>PERSONAS FISICAS</b>					
Acta de Nacimiento del fallecido		NO	1	Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca	
CURP del fallecido		NO	1	Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca	
INE del fallecido		NO	1	Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca	
Comprobante de domicilio del fallecido		NO	1	Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca	





Certificado de defunción que se lo otorga el registro civil a los familiares, para su llenado.		SI	1	Manual de Organización del Honorable Ayuntamiento de la Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca			
<b>PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS</b>							
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>							
<b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA:</b>		Inmediato					
<b>COSTO:</b>	NO		<b>FUNDAMENTO JURIDICO:</b>	N/A			
<b>FORMA DE PAGO:</b>	<b>EFFECTIVO</b>	<b>TARJETA DE CRÉDITO</b>	<b>TARJETA DE DEBITO</b>	<b>EN LINEA (PORTAL DE PAGOS)</b>			
<b>DÓNDE PÓDRA PAGARSE:</b>							
<b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>							
<b>CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>		Cumplir con todos los requisitos para el buen llenado de certificado.					
<b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>			<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>				
Honorable Ayuntamiento de la Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca			Dirección de Salud				
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>	Dr. Daniel Rodríguez Ramírez						
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE</b>	Wilfrido C Angulo		<b>NO. INT. Y EXT.</b>	S/N		
<b>COLONIA:</b>	Barrio San Miguel		<b>MUNICIPIO:</b>	Heroica Ciudad de Tlaxiaco			
<b>CÓDIGO POSTAL</b>	69800	<b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>		Lunes a sábado de 9 a 14 horas			
<b>LADA</b>	<b>TELEFONOS:</b>	<b>EXT:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			





OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:					
PERSONA TITULAR DE LA OFICINA:					
DOMICILIO:	CALLE:	NUM. INT. Y EXT.			
COLONIA:			MUNICIPIO:		
CÓDIGO POSTAL:			HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN:		
LADA	TELEFONOS	EXTS:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
FORMATO (S) DESCARGABLES:					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
PREGUNTA FRECUENTE 1:		¿Tiene algún costo?			
RESPUESTA:		No			
PREGUNTA FRECUENTE 2:		¿Se le otorga también a otro municipio?			
RESPUESTA:		Si (siempre y cuando pertenezca al distrito)			
PREGUNTA FRECUENTE 3:					
RESPUESTA					
TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS					

<b>ELABORÓ:</b>  Dra. Garnier Chávez Martínez Subdirección de Salud	<b>VISTO BUENO:</b>  <b>DIRECCIÓN DE SALUD</b> <small>GOBIERNO PROSPERO</small>  Dr. Daniel Rodríguez Ramírez Director de salud	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>
---	--	--------------------------------

