



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|-------------------------------------|------------|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE | <input checked="" type="checkbox"/> | SERVICIO: |
| ASENTAMIENTO DE ACTA DE DEFUNCIÓN. | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | |
| PERMITE OBTENER EL ACTA CORRESPONDIENTE DONDE INDIQUE EL FALLECIMIENTO DE UNA PERSONA YA SEA POR MUERTE NATURAL O POR MUERTE VIOLENTA. | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | ARTÍCULOS 3.29, 3.30, 3.31 Y 3.32 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE MÉXICO. ARTÍCULOS 87, 88 Y 89 DEL REGLAMENTO DEL REGISTRO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE MÉXICO. | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | ACTA DE DEFUNCIÓN | | | VIGENCIA: | PERMANENTE |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | N/A | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | CUANDO UNA PERSONA HAYA FALLECIDO | | | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL ANOTAR LA PALABRA SI O NO | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO LA CANTIDAD DE COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO: | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | |
| 1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN. | | SI | I | ARTICULOS 87, 88 Y 89 DEL REGLAMENTO DEL REGISTRO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE MÉXICO. | | |
| 2. ACTAS DE NACIMIENTO. | | NO | I | | | |
| 3. INE | | NO | I | | | |
| 4. CURP | | NO | I | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 15 MINUTOS | | TIEMPO DE RESPUESTA: | 20 MINUTOS | | |
| COSTO: | GRATUITO | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A |
| | | | | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS. | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|------------|--|------------------------------------|------------------|-----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | |
| REGISTRO CIVIL MUNICIPAL | | | REGISTRO CIVIL MUNICIPAL | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | P.D. MARÍA DEL ROSARIO RAMOS GONZÁLEZ | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AVENIDA VICENTE GUERRERO | | NO. INT. Y EXT.: | N/A |
| COLONIA: | SAN ANDRÉS | | MUNICIPIO: | JALTENCO | |
| C.P.: | 55780 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A 15:00 HRS. | | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EDOMÉX

DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|-------------------------|
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 49115515 | 111 | N/A | jaltenco_01@hotmail.com |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | |
| OFICINA: | OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL 02 | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | P.D. MARÍA DEL ROSARIO RAMOS GONZÁLEZ | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | PENÍNSULA | | NO. INT. Y EXT.: |
| | | | | N/A |
| COLONIA: | ALBORADA JALTENCO | MUNICIPIO: | JALTENCO | |
| C.P.: | 55780 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A 15:00 HRS. | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 58976571 | N/A | N/A | jaltenco_01@hotmail.com |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE: | JALTENCO | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR EL TRÁMITE DE DEFUNCIÓN? | | | |
| RESPUESTA: | CUALQUIER FAMILIAR O CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE LOS REQUISITOS. | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿SI HOY MUERE MI FAMILIAR CUÁNTO TIEMPO TENGO PARA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN ANTE EL REGISTRO CIVIL ? | | | |
| RESPUESTA: | 48 HORAS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE OCURRE EL FALLECIMIENTO. | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿SI PRESENTO UNA RECETA MÉDICA EN LUGAR DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN PUEDEN HACER EL TRÁMITE? | | | |
| RESPUESTA: | NO, SE DEBE PRESENTAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN QUE ES EL DOCUMENTO QUE ACREDITA EL FALLECIMIENTO. | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| ELABORÓ: C. MARVEL HERNÁNDEZ ROJAS NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO: P.D. MARÍA DEL ROSARIO RAMOS GONZÁLEZ NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 09/ABRIL/2021. |
|--|--|---|