



- I. **NOMBRE DEL TRÁMITE:**
Verificación Sanitaria (por Denuncia Ciudadana).
- II. **DIRIGIDO A:**
Público en General
- III. **FORMATO O SOLICITUD CORRESPONDIENTE:**
El interesado deberá presentar la siguiente documentación:
 - Credencial de elector. (Más 1 copia)
 - Croquis elaborado del sitio que se denuncia.
 - Llenado del formato Código-CIS-FO-007, diseñado para el levantamiento de denuncias sanitarias y que será proporcionado por el personal del Departamento de Salud. (Ver Documento Anexo en la Segunda Hoja)
- IV. **PLAZO MÁXIMO PARA RESOLVER EL TRÁMITE:**
De 7 a 30 días, tiempo que dura el proceso incluyendo la investigación hasta el dictamen.
- V. **MONTO A PAGAR:**
Este servicio es totalmente gratuito.
- VI. **VIGENCIA DEL SERVICIO:**
El tiempo que dure el proceso de investigación, seguimiento y evaluación de resultados.
- VII. **UNIDAD O ÁREA ADMINISTRATIVA ANTE QUIEN DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE:**
Departamento de Salud.
Calle 27 s/n. Entre 20 y 22.
Barrio Kilakán.
- VIII. **HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:**
Lunes – Viernes 8:00 a.m. - 3:00 p.m.
- IX. **TELÉFONO PARA CONSULTAS Y/O QUEJAS:**
El teléfono para quejas es el 996 1 06 21
Correo electrónico: salud@calkini.gob.mx





Comisión para la Protección Contra Riesgo

Sanitario.

Codigó-CIS-FO-007

Folio o No de entrada. _____

DATOS DEL DENUNCIANTE.

Nombre:----- Domicilio:----- Colonia:-----Cp-----Tel----- Identificación:-----

CAUSA O MOTIVO DE LA DENUNCIA.

----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

DATOS DEL DENUNCIADO O FUENTE DE CONTAMINACION.

Nombre:----- Domicilio:----- Referencias:-----Calle-----y calle----- Colonia:-----Cp.-----Tel-----

Campeche, Camp; a ----- de ----- de 201----- Nombre y firma de Denunciante. _____

