



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | |
|--|---|--|---|
| NOMBRE DEL TRÁMITE | | TRÁMITE: | X |
| Registro de Muerte Fetal | | SERVICIO: | |
| DESCRIPCIÓN | | | |
| Asentamiento del matrimonio civil entre dos personas. | | | |
| CLAVE DE IDENTIFICACIÓN | HAJ/RC/008 | | |
| FUNDAMENTO JURÍDICO | Artículo 94 y 95 del Reglamento Interior del Registro Civil del Estado de México. | | |
| DOCUMENTO A OBTENER | Acta de Defunción de muerte Fetal | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | Indefinido |
| MODALIDAD | HÍBRIDO (ANEXAR LINK) | PRESENCIAL | DE PUNTA A PUNTA (ANEXAR LINK) |
| | | X | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE | En caso de no estar asentada la Muerte fetal | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | No Aplica | | |
| REQUISITOS | ORIGINAL ANOTAR LA PALABRA SI O NO | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO LA CANTIDAD DE COPIAS (simple, notarial, certificada) | FUNDAMENTO JURÍDICO ADMINISTRATIVO |
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| I. Solicitud que contendrá firma(s) y huella(s) de quien(es) comparecen. | SI | 1 | Artículo 94 y 95 del Reglamento Interior del Registro Civil del Estado de México. |
| II. Certificado médico en formato autorizado por la secretaria de Salud. | SI | 1 | |
| III. Oficio del Ministerio Público que ordene su inhumación o cremación, si el embarazo fue interrumpido de forma violenta o sospechosa. | SI | 1 | |
| IV. Oficio de remisión de la autoridad competente, acompañado de copia cotejada del certificado de muerte fetal, cuando sea trasladado e inhumado fuera de la jurisdicción donde ocurrió el hecho. | SI | 1 | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | | | |
|--|---|--|--|----------------------------|-------|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | Realizar solicitud por escrito, entregar documentos solicitados. | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | El mismo día del registro | | | | |
| COSTO | SIN COSTO | FUNDAMENTO JURIDICO | N/A | | |
| FORMA DE PAGO | EFFECTIVO | TARJETA DE CRÉDITO | TARJETA DE DÉBITO | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| ¿DÓNDE PODRA PAGARSE? | N/A | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS | N/A | | | | |
| PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SUJETO OBLIGADO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE, Y EL PLAZO CON EL QUE CUENTA ESTE ÚLTIMO PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN | | | | | |
| El mismo día de la boda (antes de la ceremonia) | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE | Cualquier persona que solicite el trámite siempre y cuando cumpla con los requisitos solicitados. | | | | |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA | N/A | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE | | |
| Dirección General del Registro Civil del Estado de México | | | Oficialía del Registro Civil de Jilotzingo | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA | Lic. Elsa Velázquez Chavarría | | | | |
| DOMICILIO | | | | | |
| CALLE | Plaza Principal | | | NO. INT. Y EXT.: | No. 1 |
| COLONIA | Santa Ana Jilotzingo | | MUNICIPIO | Jilotzingo | |
| C.P. | 54570 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN | Lunes a Jueves: 08:30 a 17:30 horas Viernes: 08:30 a 14:30 horas. | | |
| LADA | TELÉFONOS | EXT | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 89969101 | 206 | rc_jilotzingo01@edomex.gob.mx | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
| OFICINA | N/A | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA | N/A | | | | |
| DOMICILIO | | | | | |
| CALLE | N/A | | | NO. INT. Y EXT. | N/A |
| COLONIA | N/A | | MUNICIPIO | N/A | |
| C.P. | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN | N/A | | |
| LADA | TELÉFONOS | EXT. | CORREO ELECTRÓNICO: | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| N/A | N/A | N/A | N/A |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE | | ¿Tengo que dejar el certificado médico original? | |
| RESPUESTA: | | Si | |
| PREGUNTA FRECUENTE | | N/A | |
| RESPUESTA: | | N/A | |
| PREGUNTA FRECUENTE | | N/A | |
| RESPUESTA: | | N/A | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS CON LINK | | | |
| No Aplica | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>NANCY AVALOS CARRILLO</p> <p>NOMBRE COMPLETO</p> |  | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>ELSA VELÁZQUEZ CHAVARRÍA</p> <p>NOMBRE COMPLETO</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>___11___/___FEBRERO___/2026___</p> |
|---|--|--|--|