







"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SMDIF)

|  |   |  |          |             | (31.11   | , ii  |  |                 |  |                        | CON 2559 0 257 |  |
|--|---|--|----------|-------------|--|---|--|-----------------|--|------------------------|----------------|--|
| NOMBRE:  |   |  |          |             |  |   |  |                 | TRÁMITE:   | SERVICIO               | ×              |  |
| Hemorroidectomia   |   |  | 7.       |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| DESCRIPCIÓN:   |   |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| El servicio de cirugía cuenta co<br>recuperación de nuestros usuar             |   |  |          |             | y comprometide   | os en brindar una                                       | atención integral de s   | salud, con cali | dad y calide   | z para lograr la       | pront          |  |
|  | Artículo i y 3 de la ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social de carácter municipal denominados sistemas para el desarrollo integral de la familia. |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        | cipale         |  |
|  | Ley general de salud.   |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:  | Ley de salud del estado de México.  |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:  | Norma oficial mexicana nom-004-ssa3-2012 del expediente clínico.  |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
|  | Norma oficial mexicana nom-016-ssa3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorio de atención médica especializada.   |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
|  | Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.   |  |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:   | Receta médica y acuse de recibo de pag  |  |          |             |  |   | VIGENCIA DEL<br>DOCUMENTO<br>A OBTENER:  |                 |  |                        |                |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   | SI N  | O DIRECCIÓN  | WEB      | B No aplica |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁM   | MITE DE   | BE REALIZARSE:   | Cuando   | se solic    | cita el servicio   |   |  |                 |  |                        |                |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMIT<br>SUJETO A INSPECCIÓN O VE<br>OBJETIVO DE LA MISMA |   |  | No aplic | :a          |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| REQUISITOS:  |   |  |          |             | ORIGINAL<br>anotar la<br>palabra SI o<br>NO  | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,  |                 |  |                        |                |  |
| PERSONAS FÍSICAS   |   |  |          |             |  |   | <del>2/1</del>   |                 | Market State of the State of th |                        |                |  |
| I INE  |   |  |          |             | Si   | No aplica   |  |                 |  |                        |                |  |
| 2 Acuse de recibo de pago  |   |  |          |             | Si   | No aplica   | Articulo 39 fracciones XIII del Reglamento Interno Del S<br>Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tu<br>México. |                 |  |                        |                |  |
| 3 Estudio socio económico  |   |  |          |             | Si   | No aplica   |  |                 |  |                        |                |  |
| PERSONAS JURÍDICO CO   | LECTI   | VAS  |          |             |  |   | - P  |                 |  |                        |                |  |
| N/A  |   |  | 0.1      |             | lo aplica  | No aplica   | No aplica  |                 |  |                        |                |  |
| INSTITUCIONES PÚBLIC   | AS  |  |          |             | 1  | I Nie zeitee  | INI U  |                 |  |                        |                |  |
| No aplica  |   |  |          | 1           | lo aplica  | No aplica   | No aplica  |                 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·  |                        | _              |  |
| PLAZO MÁXIMO DE<br>RESPUESTA   | 15 minu   | itos   |          |             |  |   |  |                 |  |                        |                |  |
| COSTO:   | \$6,000.00 a \$7,500.00<br>dependiendo del horario de<br>atención   |  |          | )           | Fundamento jurídico: Acta de la primera sesión Ordinaria del año 2022 de la junta d<br>Gobierno del Sistema Municipal Para el desarrollo Integral de la Familia de Tultitlar<br>México, Administración 2022-2024, De fecha cuatro de Enero del Año dos mil veintidos |   |  |                 |  |                        |                |  |
| FORMA DE PAGO:   | EFECTIVO SI   |  |          | TAF         | RJETA DE CRÉI  | ON OTIC   | TARJETA DE DÉBIT   | ОИО             | EN LÍNI  | EA (PORTAL DI<br>PAGOS |                |  |
| And the second second second second  |   | AT ALL DESCRIPTION OF THE PARTY |          | -           |  |   |  |                 |  |                        |                |  |



















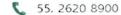




## "2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

| A  |   |  | danda es sellat                                     | ta al sociale  |                                   |  |                        |  |  |  |
|--|---|--|---|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|--|--|
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: Cajas de las unidades del sistema municipal dif en donde se solicita el servicio.   |   |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:  | No aplica   |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE  Siempre que cumpla con los requisitos   |   |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| APLICACIÓN DE LA<br>AFIRMATIVA FICTA   | No aplica.  |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| DEPENDENCIA U ORGAN  | SMO:  | unidad administrativa responsable:                               |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| Sistema municipal para el de   | arrollo integral de la familia de Tultitlán.                                  |  | Coordinación médica, odontológica y de discapacidad |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| TITULAR DE LA DEPENDE  | NCIA:   |  | Lic. Wendy Luc                                      | celly Velasco Roja   | as                                |  | ×                      |  |  |  |
| DOMICILIO: CALLE:  | venida San Antonio  |  |   | NO. INT. Y EXT.: 22  |                                   |  |                        |  |  |  |
| COLONIA: Barrio San  | Bartolo   |  | MUNICIPIO: Tultitlán                                |  |                                   |  | Catalogue (St. Avenue) |  |  |  |
| C.P.: 54900  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   | ORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs. |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| LADA:  | EXTS.;  | FAX  | FAX:  |  | CORREO ELECTRÓNICO:               |  |                        |  |  |  |
| 55 51221440  | 5110  | No aplica  | lo aplica   |  | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |  |                        |  |  |  |
|  | OTRAS OF  | ICINAS QUE   | PRESTAN E   | L SERVICI  | 0                                 |  |                        |  |  |  |
| OFICINA:   | Clínica Cabecera  |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DI  | LA OFICINA:   | ****   | C.D. José Os  | waldo Cornejo C  | Gallardo                          |  |                        |  |  |  |
| DOMICILIO: CALLE:  | venida san Antonio  |  |   |  |                                   | NO. INT. Y EXT.:   | 22                     |  |  |  |
| COLONIA: Barrio san  | Bartolo   |  | MUNICIPIO:  | Tultitlán  |                                   | 1  |                        |  |  |  |
| C.P.: 54900  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   | Por llamado  |   | 1  |                                   |  |                        |  |  |  |
| LADA:  | EXTS.:  | FAX:   |   | CORREO ELECTRÓNICO:  |                                   |  |                        |  |  |  |
| 55 51221440  | 5110  | No aplica  | No aplica   |  | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |  |                        |  |  |  |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES   | No aplica   |  | L   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
|  | 11  | NFORMACIÓ  | N ADICION   | AL   |                                   | •  |                        |  |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE I   | ¿Puedo solicitar un descuento   | si soy de otro mu  | inicipio?   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| RESPUESTA:   | No, el apoyo o descuento solo se  | hace a los residente   | s del municipio, sin                                | embargo, el ser  | vicio es pa                       | ara el público en genera   | al.                    |  |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE   | ¿Necesito una indicación escri  | ita por un médico  | para realizar el                                    | procedimiento  | ?                                 |  |                        |  |  |  |
| RESPUESTA:   | Si.   |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE   | GUNTA FRECUENTE 3: ¿Me pueden dar incapacidad si me realizo el procedimiento? |  |   |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| RESPUESTA:   | No, se le da una receta con indica  | ciones, una incapacio  | dad como tal no.                                    |  |                                   |  |                        |  |  |  |
| and the second s | TRÁMIT  | ES O SERVIC  | IOS RELACI  | ONADOS   |                                   |  | *                      |  |  |  |
|  |   | No :   | aplica  | The second secon |                                   |  |                        |  |  |  |
|  |   |  |   |  |                                   | COLORD STATE OF STATE |                        |  |  |  |





















"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

Elaboró: Coordinador del área Médica Odontológica y de Discapacidad

C.D. José Oswaldo Cornejo Gallardo.

Visto Buer Lic. Wendy Lucelly Velasco Rojas. Fecha de Actualización:

15/02/2023











