

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    | TRÁMIT<br>E:                                               | SERVICIO                                                                                                                            | X   |
| <b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA</b>                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    | Código de la Cédula                                        |                                                                                                                                     |     |
| EL ÁREA DE ENFERMERÍA SE ENCARGA DE LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO DE LAS PERSONAS, ASÍ COMO PROMOVER LA SALUD, EDUCAR Y PREVENIR ENFERMEDADES. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                         |  | LEY GENERAL DE SALUD<br>TITULO TERCERO, CAPITULO I, ARTÍCULOS 23, 24, 25, 26, 27 PÁRRAFO VII, 28, 29, 30 Y 32 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.<br>ARTÍCULO 3 DE LA LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL DE CARÁCTER MUNICIPAL<br>ARTÍCULO 19 Y 20 DEL REGLAMENTO INTERNO DE SMDIF DE TECÁMAC                              |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                      |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                                            | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                   | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                    |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                                                 | DIRECCIÓN WEB                                              | N/A                                                                                                                                 |     |
|                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X                                                  |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CUALQUIER PERSONA LA CUAL LO SOLICITE EL SERVICIO. |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RECETA MEDICA PARA LA DONACIÓN DE MEDICAMENTOS.    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| REQUISITOS:                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ORIGINAL<br>anotar la<br>palabra SI o<br>NO        | COPIAS<br>anotar con<br>número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,                                                                                                 |     |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO                                                 | NO                                                         | ARTÍCULO 115 FRACCIÓN II DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>JUNTA DE GOBIERNO DEL EJERCICIO FISCAL 2025 |     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| N/A                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N/A                                                | N/A                                                        | N/A                                                                                                                                 |     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| N/A                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | N/A                                                | N/A                                                        | N/A                                                                                                                                 |     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                          |  | ACUDIR A LAS INSTALACIONES PRESENTÁNDOSE EN RECEPCIÓN, SOLICITAR EL SERVICIO, PAGAR SU CUOTA DE RECUPERACIÓN Y DIRIGIRSE A ENFERMERIA                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                 |  | 10 MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |
| COSTO:                                                                                                                                    |  | \$5 TOMA DE T/A<br>\$10 TOMA DE S.V Y SOMATOMETRIA<br>\$10 APLICACIÓN DE INYECCIÓN<br>\$50 A \$100 CURACIÓN<br>\$10 RETIRO POR PUNTO<br>\$70 RETIRO DE DIU<br>\$100 RETIRO DE IMPLANTE<br>\$25 NEBULIZACIÓN<br><br>ARTÍCULO 115 FRACCIÓN II DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br><br>JUNTA DE GOBIERNO DEL EJERCICIO FISCAL 2025 |                                                    |                                                            |                                                                                                                                     |     |

|                                     |                   |   |                    |  |                   |  |                            |
|-------------------------------------|-------------------|---|--------------------|--|-------------------|--|----------------------------|
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO         | X | TARJETA DE CRÉDITO |  | TARJETA DE DÉBITO |  | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | ÁREA DE RECEPCIÓN |   |                    |  |                   |  |                            |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A               |   |                    |  |                   |  |                            |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | N/A               |   |                    |  |                   |  |                            |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A               |   |                    |  |                   |  |                            |

|                                                        |                  |                                                           |        |                                                                   |                     |     |  |
|--------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                               |                  |                                                           |        | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                |                     |     |  |
| DIRECCIÓN DE SALUD DEL SMDIF TECÁMAC                   |                  |                                                           |        | COORDINACIÓN GENERAL DE SALUD PREVENTIVA Y COMUNITARIA            |                     |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: DRA. SONIA DOMÍNGUEZ VALOIS |                  |                                                           |        |                                                                   |                     |     |  |
| DOMICILIO:                                             | CALL E:          | MANDARINAS ESQUINA NARANJOS                               |        |                                                                   | NO. INT. Y EXT.:    | S/N |  |
| COLONIA:                                               | OJO DE AGUA      |                                                           |        | MUNICIPIO:                                                        | TECÁMAC             |     |  |
| C.P.:                                                  | 57700            | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                               |        | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS<br>SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |                     |     |  |
| LADA:                                                  | TELÉFONOS:       |                                                           | EXTS.: | FAX:                                                              | CORREO ELECTRÓNICO: |     |  |
| N/A                                                    | 55-59-38-82-60   |                                                           | N/A    | N/A                                                               | N/A                 |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>          |                  |                                                           |        |                                                                   |                     |     |  |
| OFICINA:                                               |                  | UNIDAD MÉDICA MANDARINAS                                  |        |                                                                   |                     |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                      |                  | MTRO. JOSÉ ZURISADAI QUINO VELÁZQUEZ                      |        |                                                                   |                     |     |  |
| DOMICILIO:                                             | CALL E:          | MANDARINAS ESQUINA NARANJOS                               |        |                                                                   | NO. INT. Y EXT.:    | S/N |  |
| COLONIA:                                               | OJO DE AGUA      |                                                           |        | MUNICIPIO:                                                        | TECÁMAC             |     |  |
| C.P.:                                                  | 57700            | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                               |        | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS<br>SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |                     |     |  |
| LADA:                                                  | TELÉFONOS:       |                                                           | EXTS.: | FAX:                                                              | CORREO ELECTRÓNICO: |     |  |
| N/A                                                    | 55-59-38-82-60   |                                                           | N/A    | N/A                                                               | N/A                 |     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                |                  | N/A                                                       |        |                                                                   |                     |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>          |                  |                                                           |        |                                                                   |                     |     |  |
| OFICINA:                                               |                  | CLÍNICA MATERNO INFANTIL JUANA BELÉN GUTIÉRREZ DE MENDOZA |        |                                                                   |                     |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                      |                  | MTRO. JOSÉ ZURISADAI QUINO VELÁZQUEZ                      |        |                                                                   |                     |     |  |
| DOMICILIO:                                             | CALL E:          | AV. ESMERALDA                                             |        |                                                                   | NO. INT. Y EXT.:    | S/N |  |
| COLONIA:                                               | LOMAS DE TECÁMAC |                                                           |        | MUNICIPIO:                                                        | TECÁMAC             |     |  |
| C.P.:                                                  | 55765            | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                               |        | LUNES A VIERNES DE 7:00 A 21:00 HRS<br>SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |                     |     |  |
| LADA:                                                  | TELÉFONOS:       |                                                           | EXTS.: | FAX:                                                              | CORREO ELECTRÓNICO: |     |  |
| N/A                                                    | 55-11-00-90-03   |                                                           | N/A    | N/A                                                               | N/A                 |     |  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                      |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES                           |  | N/A                                                             |                             |                                                                   |             |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO               |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
| OFICINA:                                             |  | UNIDAD MÉDICA LOS REYES ACOZAC                                  |                             |                                                                   |             |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                    |  | MTRO. JOSÉ ZURISADAI QUINO VELÁZQUEZ                            |                             |                                                                   |             |
| DOMICILIO:                                           |  | CALL E:                                                         | AV. NIÑOS HEROES            | NO. INT. Y EXT.:                                                  | 24          |
| COLONIA:                                             |  | LOS REYES ACOZAC                                                |                             | MUNICIPIO:                                                        | TECÁMAC     |
| C.P.:                                                |  | 55755                                                           | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS<br>SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |             |
| LADA:                                                |  | TELÉFONOS:                                                      |                             | EXTS.:                                                            | FAX:        |
| N/A                                                  |  | 59-66-88-44-24                                                  |                             | N/A                                                               | N/A         |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES:                          |  | N/A                                                             |                             |                                                                   |             |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO               |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
| OFICINA:                                             |  | CCB RANCHO LA CAPILLA                                           |                             |                                                                   |             |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                    |  | MTRO. JOSÉ ZURISADAI QUINO VELÁZQUEZ                            |                             |                                                                   |             |
| DOMICILIO:                                           |  | CALL E:                                                         | AV. CALLE DE LOS ANGELES    | NO. INT. Y EXT.:                                                  | 16<br>MZ 24 |
| COLONIA:                                             |  | RANCHO LA CAPILLA                                               |                             | MUNICIPIO:                                                        | TECÁMAC     |
| C.P.:                                                |  | 55746                                                           | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS<br>SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |             |
| LADA:                                                |  | TELÉFONOS:                                                      |                             | EXTS.:                                                            | FAX:        |
| N/A                                                  |  | N/A                                                             |                             | N/A                                                               | N/A         |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES                           |  | N/A                                                             |                             |                                                                   |             |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                |  | ¿EXISTE UN RANGO DE EDAD PARA LA ATENCIÓN?                      |                             |                                                                   |             |
| RESPUESTA:                                           |  | SE ATIENDE DESDE RECIÉN NACIDOS HASTA ADULTOS MAYORES           |                             |                                                                   |             |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                |  | ¿CUÁL ES EL HORARIO DE ATENCIÓN?                                |                             |                                                                   |             |
| RESPUESTA:                                           |  | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS, SÁBADO DE 9:00 A 13:00 HRS |                             |                                                                   |             |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                |  | ¿SE DEBE AGENDAR CITA PARA LA ATENCIÓN?                         |                             |                                                                   |             |
| RESPUESTA:                                           |  | NO, ES POR ORDEN DE LLEGADA.                                    |                             |                                                                   |             |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                    |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
|                                                      |  |                                                                 |                             |                                                                   |             |
| ELABORÓ:                                             |  | VISTO BUENO:                                                    |                             | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:                                           |             |
|                                                      |  |                                                                 |                             | 14/04/2025                                                        |             |
| DIRECCIÓN DE SALUD                                   |  | DIRECCIÓN DE SALUD                                              |                             |                                                                   |             |
| COORDINACIÓN GENERAL DE SALUD PREVENTIVA Y PROMOTIVA |  | DRA. SONIA DOMÍNGUEZ VALOIS                                     |                             |                                                                   |             |
| NOMBRE COMPLETO                                      |  | NOMBRE COMPLETO                                                 |                             | DD/MM/AAAA                                                        |             |