



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| NOMBRE:   |  |   | TRÁMITE:   | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>       |
| SERVICIOS MEDICOS   |  |   |  |   |
| DESCRIPCIÓN:  |  |   |  |   |
| ENFOCA ACCIONES QUE PERMITEN MANTENER INFORMADA A LA POBLACION SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON EL AUTO-CUIDADO DE LA SALUD QUE CONTRIBUYAN A LA DISMINUCION DE ENFERMEDADES YY PREVENCIÓN DE LAS MISMAS CON EL PROGRAMA DE PREVI-DIF. ASI COMO TAMBIEN ENFOCA ACCIONES EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y TRATAMIENTOS DIVERSOS A LA POBLACION EN GENERAL |  |   |  |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | N/A  |   |  |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:  | RECETA O CERTIFICADO MEDICO, CERTIFICADO DE ESPECIALIDAD | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | DE ACUERDO AL TRATAMIENTO  |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | DIRECCIÓN WEB   | N/A  |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  | CUALQUIER PERSONA QUE LO REQUIERA                        |   |  |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA   | N/A  |   |  |   |
| REQUISITOS:   | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO                       | COPIAS anotar con número la cantidad de copias  | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.  |   |
| PERSONAS FÍSICAS  |  |   |  |   |
| PAGO EN CORRESPONDIENTE   | N/A  | N/A   | LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL DE CARÁCTER MUNICIPAL, DENOMINADOS " SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" |   |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS  |  |   |  |   |
| NO APLICA   | N/A  | N/A   | NO APLICA  |   |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS  |  |   |  |   |
| NO APLICA   | N/A  | N/A   | NO APLICA  |   |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   | INMEDIATA  |   |  |   |
| COSTO:  | \$ 50.00   | Fundamento Jurídico Junta de Gobierno Ordinaria de fecha 20 de febrero 2022, punto número 6 |  |   |
| FORMA DE PAGO:  | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/>            | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>   | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/>   | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:  | EN CAJA DE LA MISMA CLINICA                              |   |  |   |
| OTRAS ALTERNATIVAS:   | NO APLICA  |   |  |   |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE   | NO APLICA  |   |  |   |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | NO APLICA  |   |  |   |





|  |  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
|--|--|---------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:   |  |                                       |   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |                              |     |  |
| SISITEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE MELCHOR OCAMPO |  |                                       |   | ENCARGADO DE AREA MÉDICA           |                              |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:   |  | LIC. MIGUEL ÁNGEL FARFÁN GARCIA       |   |                                    |                              |     |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:   | NIÑOS HEROÉS                          |   |                                    | NO. INT. Y EXT.:             | S/N |  |
| COLONIA:   | MELCHOR OCAMPO   |                                       |   | MUNICIPIO:                         | MELCHOR OCAMPO               |     |  |
| C.P.:  | 54880  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:           | 24 HORAS                                |                                    |                              |     |  |
| LADA:  | TELÉFONOS:   |                                       | EXTS.:                                  | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |  |
| 55   | 58 78 00 66  |                                       | N/A                                     | N/A                                | difmelchorocampo@hotmail.com |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                                  |  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| OFICINA:   |  | CLINICA MATERNO INFANTIL DE TENOPALCO |   |                                    |                              |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  |  | LIC. MIGUEL ÁNGEL FARFÁN GARCIA       |   |                                    |                              |     |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:   | ALVARO OBREGÓN                        |   |                                    | NO. INT. Y EXT.:             | S/N |  |
| COLONIA:   | SAN FRANCISCO TENOPALCO  |                                       |   | MUNICIPIO:                         | MELCHOR OCAMPO               |     |  |
| C.P.:  | 54880  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:           | DE LUNES A DOMINGO DE 08:00 A 14:00 HRS |                                    |                              |     |  |
| LADA:  | TELÉFONOS:   |                                       | EXTS.:                                  | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |  |
| 55   | 58 78 42 51  |                                       | N/A                                     | N/A                                | difmelchorocampo@hotmail.com |     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  |  | NO APLICA                             |   |                                    |                              |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  | ¿CUAL ES EL HORARIO DE ATENCION DEL AREA MEDICA?   |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| RESPUESTA:   | LAS 24 HRS. DEL DIA, LOS 365 DIAS DEL AÑO  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  | COMO TRABAJA EL PROGRAMA DE PREVI-DIF?   |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| RESPUESTA:   | COMO SU NOMBRE ES PREVENCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA, ASI COMO PLANIFICACION FAMILIAR Y PLATICAS EN ESCUELAS Y POBLACION ABIERTA |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  | SE CUENTA CON EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y QUE TRATAMIENTO SE REALIZAN?  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| RESPUESTA:   | SI, CONTAMOS CON EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA, TAMBIEN SE ELABORAN DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS DIVERSOS.  |                                       |   |                                    |                              |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                                       |  |                                       |   |                                    |                              |     |  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| ELABORÓ:<br><br>LIC. ISABEL CRISTINA RESÉNDIZ PÉREZ<br>NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO:<br><br>LIC. MIGUEL ÁNGEL FARFÁN GARCIA<br>NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br><br>19 / 05 / 2022 |
|--|--|---|