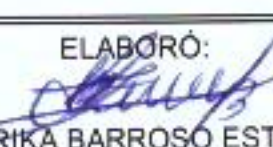
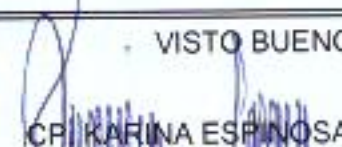


REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE		SERVICIO		X	
CONSULTA ODONTOLÓGICA							
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula		REMTYE/SMDIF/2025/09/ODONT			
se otorga consulta odontológica a la población que solicite el servicio							
FUNDAMENTO LEGAL:		Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Ley General de Salud, Artículos 110,111, 112, y 132 Norma Oficial Mexicana NOM-013 -SSA2-2015					
DOCUMENTO A OBTENER:		receta odontologica si fuese necesario de acuerdo a la patologia				vigencia del documento a obtener: 1 semana	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI N OX		DIRECCIÓN WEB		N/A	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		N/A					
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA:		N/A					
REQUISITOS		ORIGINAL anotar en la palabra SI o NO		COPIAS anotar con número la cantidad de copias		FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO	
PERSONAS FÍSICAS		N/A		N/A		N/A	
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS		N/A		N/A		N/A	
INSTITUCIONES PÚBLICAS		N/A		N/A		N/A	
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO		Se presenta el ciudadano en recepción para solicitar el servicio, se pasa al consultorio odontológico, se realiza valoración y diagnostico por el odontólogo en turno se entrega receta médica si en caso lo amerita, el ciudadano realiza pago en caja del SMDIF Chiautla entrega la copia de recibo al odontólogo.					
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		20 MINUTOS					
COSTO:		60		Fundamento Jurídico Ley de Ingresos de los Municipios del Estado de México Art.1			
FORMA DE PAGO:		EFECTIVO x		TARJETA DE CRÉDITO N/A		TARJETA DE DÉBITO N/A EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) N/A	
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		Caja del SMDIF CHIAUTLA					
OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A					
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE:		N/A					
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:		N/A					

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
SMDIF CHIAUTLA				ODONTOLOGIA			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				CP. KARINA ESPINOSA ALVAREZ			
DOMICILIO:	CALLE:	AV. DEL TRABAJO		NO. INT. Y EXT.:	S/N		
COLONIA:	CENTRO		MUNICIPIO:	CHIAUTLA			
C.P.:	56030		HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 8 AM A 8 PM				
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
595	9535663	S/N	S/N				
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 DIAS DE ATENCIÓN:				
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			
	N/A	N/A	N/A	N/A			
FORMATO(S) DESCARGABLES							
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Se reparten turnos para pasar a consulta?						
RESPUESTA:	No la atención se da conforme van llegando						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Con que frecuencia debo visitar al dentista?						
RESPUESTA:	Cada seis meses o antes si ocurre alguna urgencia						
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿En que tiempo regreso?						
RESPUESTA:	De acuerdo al padecimiento puede ser la cita en una semana o 15 días						
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
N/A							

ELABORÓ:  CD. ERIKA BARROSO ESTRADA	VISTO BUENO:  CP. KARINA ESPINOSA ALVAREZ	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: ___03___/___06___/___2025___
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

