



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                        |  |                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE:                                                                                                |  | TRÁMITE                                                                                                                   |  | SERVICIO                                                                         |  |
| PLATICAS GRUPALES (ORIENTACIÓN BUCODENTAL)                                                             |  |                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                           |  | Código de la Cédula                                                                                                       |  | REMTYS/SMDIF/2025/10/ODONT                                                       |  |
| se otorga orientación bucodental a personas del municipio, escolares y población abierta               |  |                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                      |  | Art. 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<br>Ley General de Salud, Artículos 110,111, 112, y 132 |  |                                                                                  |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                   |  | N/A                                                                                                                       |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: N/A                                            |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                  |  | SI NO<br>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<br>anotar la palabra SI o NO                                                                                     |  | COPIAS anotar con número la cantidad de copias                                   |  |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                       |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                           |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                 |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| SOLICITUD                                                                                              |  | 1                                                                                                                         |  | N/A                                                                              |  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                       |  | se emite oficio ante autoridades en donde se pretende impartir la asesoría, se acude para impartirla                      |  |                                                                                  |  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                              |  | 30 MINUTOS                                                                                                                |  |                                                                                  |  |
| COSTO:                                                                                                 |  | gratuito                                                                                                                  |  | fundamento jurídico ley de ingresos de los municipios del estado de México art.1 |  |
| FORMA DE PAGO:                                                                                         |  | EFFECTIVO N/A                                                                                                             |  | TARJETA DE CRÉDITO N/A                                                           |  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE                                                                                    |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                    |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE                                                                    |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA                                                                      |  | N/A                                                                                                                       |  | N/A                                                                              |  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
¡El poder de servir!



CHIAUTLA  
9626 - 9037

|                                        |                                                            |                                                            |          |                                    |     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|-----|
| 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.:                   |     |
| COLONIA:                               | CENTRO                                                     | MUNICIPIO:                                                 | CHIAUTLA |                                    |     |
| C.P.:                                  | 56030                                                      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 8 AM A 8 PM |          |                                    |     |
| LADA:                                  | TELEFONOS:                                                 | EXTS.:                                                     | FAX:     | CORREO ELECTRONICO                 |     |
| 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 DÍAS DE ATENCIÓN:                                |          |                                    |     |
| LADA:                                  | TELEFONOS:                                                 | EXTS.:                                                     | FAX:     | CORREO ELECTRÓNICO                 |     |
|                                        | N/A                                                        | N/A                                                        | N/A      | N/A                                |     |
| FORMATO(S) DESCARGABLES:               |                                                            |                                                            |          |                                    |     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                  |                                                            |                                                            |          |                                    |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                  | ¿Cada cuánto me tengo que cepillar?                        |                                                            |          |                                    |     |
| RESPUESTA:                             | 3 veces al día o después de ingerir un alimento            |                                                            |          |                                    |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                  | ¿Qué cepillo debo utilizar?                                |                                                            |          |                                    |     |
| RESPUESTA:                             | Cepillo mediano no. 40 estándar                            |                                                            |          |                                    |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                  | ¿Cómo me debo cepillar?                                    |                                                            |          |                                    |     |
| RESPUESTA:                             | Se le adiestrando obre las diferentes técnicas que existen |                                                            |          |                                    |     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS      |                                                            |                                                            |          |                                    |     |

|                           |                             |                         |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                  | VISTO BUENO:                | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|                           |                             | 03 / 06 / 2025          |
| CD. ERIKA BARROSO ESTRADA | CP. KARINA ESPINOSA ALVAREZ |                         |
| NOMBRE COMPLETO           | NOMBRE COMPLETO             |                         |

