



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| NOMBRE: | | TRAMITE: | SERVICIO: | X |
| Consulta Médica | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| Brindar atención primaria a la población municipal en general. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | Manual de Procedimientos del Consultorio Médico | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | Receta médica | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | 7 días | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | A petición del interesado. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | SI | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| Identificación oficial vigente. | SI | | Manual de Procedimientos del Consultorio Médico | |
| CURP. (menores de edad) | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS | | | | |
| No aplica | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| No aplica | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | Atención inmediata (tiempo de respuesta 10 minutos) | | | |
| COSTO: | \$45.00 | Fundamento Jurídico: Código Financiero del Estado de México y Municipios | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="radio"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="radio"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="radio"/> | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="radio"/> |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | En la caja de la tesorería del Sistema Municipal DIF de Atizapán | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No aplica | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | No aplica | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No opera. | | | |



| | | | | | | | |
|---|---|---|--------|--|-----------------------------------|------------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Atizapán | | | | Área de Consultorio Médico | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Licenciado en Medicina Exhael Yoav Mata Zotea | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Alfredo del Mazo | | | NO. INT. Y EXT.: | Sin número | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | Atizapán | | |
| C.P.: | 52500 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| | 7131315903 | | 0 | | dif@atizapansantacruz22-24.gob.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | | | | NO. INT. Y EXT.: | | |
| COLONIA: | | | | MUNICIPIO: | | | |
| C.P.: | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| | | | | | | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿El costo de la consulta incluye medicamento? | | | | | | |
| RESPUESTA: | No, puesto que no contamos con medicamentos. | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | | | | | | |
| RESPUESTA: | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | | | | | | |
| RESPUESTA: | | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

| | | |
|-----------------|-----------------|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | 24.06.2024 |
| NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO | |

