

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TRÁMITE:                                                | SERVICIO:                           | X |
| Consulta Médica.                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Código de la Cédula                                     | CTyS/SMDIF/02                       |   |
| Consiste en otorgar atención médica integral de primer nivel a la población en situación vulnerable del municipio, con calidad, oportunidad y eficiencia. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                         | <p>Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios Art. 41, Fracciones X y XIV.</p> <p>Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de asistencia social de carácter Municipal denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 4.</p> <p>Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de San Mateo Atenco, Sección Cuarta, Artículo 26.</p> <p>Manual General de Organización del Sistema Municipal DIF de San Mateo Atenco, Capítulo VI, Numeral 3.4.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                     |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                      | Receta o Diagnóstico Médico según sea el caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                       | No Aplica.                          |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                    | SI NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DIRECCIÓN WEB                                           | No Aplica.                          |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                              | Cuando el interesado presente algún padecimiento y requiera orientación a través de una consulta médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                     |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                     | No aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                     |   |
| REQUISITOS:                                                                                                                                               | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. |   |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
| Solicitar atención Médica de manera personal.                                                                                                             | No Aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No Aplica.                                              | No Aplica.                          |   |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
| No Aplica.                                                                                                                                                | No Aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No Aplica.                                              | No Aplica.                          |   |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                         |                                     |   |
| No Aplica.                                                                                                                                                | No Aplica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No Aplica.                                              | No Aplica.                          |   |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuario: Se presenta en las instalaciones de los consultorios médicos del Sistema Municipal DIF de San Mateo Atenco y solicita verbalmente un servicio médico.</li> <li>2. Secretaria: Orienta al Usuario informándole costos y la disponibilidad consultas.</li> <li>3. Usuario: Realiza el pago correspondiente.</li> <li>4. Secretaria: Proporciona recibo de pago e indica al Usuario el lugar donde será atendido</li> <li>5. Medico: Recibe al paciente y realiza su registro en la bitácora de consultas diarias.</li> <li>6. Medico: Realiza interrogatorio y examina al paciente tomando sus signos vitales, informándole sobre su impresión diagnóstica, tratamiento y pronóstico.</li> <li>7. Medico: Emite receta médica en original y copia al paciente, resguarda una para su control.</li> </ol> |                                                         |                                     |   |

|                                     |                                                                                                                                                                              |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | 5 minutos para ser atendido.                                                                                                                                                 |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |
| COSTO:                              | \$60.00                                                                                                                                                                      |    | Fundamento Jurídico: Tabulador aprobado por la Junta de Gobierno del SMDIF. |    |                   |    |                            |    |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                                                                                                    | Sí | TARJETA DE CRÉDITO                                                          | No | TARJETA DE DÉBITO | No | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | No |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | En el escritorio de la recepción del Sistema Municipal DIF de San Mateo Atenco.                                                                                              |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | No Aplica.                                                                                                                                                                   |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE | El interesado deberá acudir personalmente a las instalaciones del Sistema Municipal DIF de San Mateo Atenco, el servicio dependerá de la disponibilidad de citas y horarios. |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |
| APLICACIÓN DE AFIRMATIVA FICTA      | No Aplica.                                                                                                                                                                   |    |                                                                             |    |                   |    |                            |    |

|                                                                                  |                          |                                                                        |            |                                         |                                           |                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                         |                          |                                                                        |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:      |                                           |                  |            |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de San Mateo Atenco. |                          |                                                                        |            | Dirección de Atención a la Discapacidad |                                           |                  |            |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                       |                          | C. María del Rayo González Villar                                      |            |                                         |                                           |                  |            |
| DOMICILIO:                                                                       | CALLE:                   | Mariano Matamoros 310                                                  |            |                                         |                                           | NO. INT. Y EXT.: | 310        |
| COLONIA:                                                                         | Barrio de la Concepción. |                                                                        |            | MUNICIPIO:                              | San Mateo Atenco.                         |                  |            |
| C.P.:                                                                            | 52105                    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                            |            | Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas   |                                           |                  |            |
| LADA:                                                                            | TELÉFONOS:               |                                                                        | EXTS.:     | FAX:                                    | CORREO ELECTRÓNICO:                       |                  |            |
| 728                                                                              | 2872425                  |                                                                        | No Aplica  | No aplica                               | direcciongeneral@difsanmateoatenco.gob.mx |                  |            |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                                    |                          |                                                                        |            |                                         |                                           |                  |            |
| OFICINA:                                                                         | No aplica.               |                                                                        |            |                                         |                                           |                  |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                |                          | No aplica.                                                             |            |                                         |                                           |                  |            |
| DOMICILIO:                                                                       | CALLE:                   | No aplica.                                                             |            |                                         |                                           | NO. INT. Y EXT.: | No aplica. |
| COLONIA:                                                                         | No aplica.               |                                                                        |            | MUNICIPIO:                              | No aplica.                                |                  |            |
| C.P.:                                                                            | No aplica.               | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                            |            | No aplica.                              |                                           |                  |            |
| LADA:                                                                            | TELÉFONOS:               |                                                                        | EXTS.:     | FAX:                                    | CORREO ELECTRÓNICO:                       |                  |            |
| NA                                                                               | No aplica.               |                                                                        | No aplica. | No aplica.                              | No aplica.                                |                  |            |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                                          |                          | No aplica.                                                             |            |                                         |                                           |                  |            |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                                                     |                          |                                                                        |            |                                         |                                           |                  |            |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                            |                          | ¿Necesito una revaloración?                                            |            |                                         |                                           |                  |            |
| RESPUESTA:                                                                       |                          | De acuerdo al padecimiento                                             |            |                                         |                                           |                  |            |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                            |                          | Cuando deben acudir los pacientes crónico-degenerativos                |            |                                         |                                           |                  |            |
| RESPUESTA:                                                                       |                          | 1 vez al mes                                                           |            |                                         |                                           |                  |            |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                            |                          | Qué población puede acudir                                             |            |                                         |                                           |                  |            |
| RESPUESTA:                                                                       |                          | Cualquier habitante de San Mateo Atenco puede acudir a consulta medica |            |                                         |                                           |                  |            |

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

Servicio Consulta Médica, no tiene interacción directa con algún otro trámite o servicio.

ELABORÓ:

M.C. ZULMA G. CHACÓN  
VILLASEÑOR

VISTO BUENO:

C. MARÍA DEL RAYO GONZÁLEZ  
VILLAR

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

31/07/2025.

