

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| NOMBRE DEL TRÁMITE  |   | TRÁMITE:   | N/A   |
|---|---|--|---|
| Consulta médica   |   | SERVICIO:  | X   |
| DESCRIPCIÓN   |   |  |   |
| Consiste en la valoración médica de una paciente encaminada a las necesidades salud-enfermedad realizando así un diagnóstico, tratamiento, expedición de la receta y asesoramiento al paciente. |   |  |   |
| CLAVE DE IDENTIFICACIÓN   | 052SMDIF  |  |   |
| FUNDAMENTO JURÍDICO   | Artículos 4 de la Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos<br>Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, Art. 3. En los términos de esta ley es materia de salubridad general, Art. 6 el Sistema Nacional de Salud, Art. 24 Servicios de Salud, Art. 28 BIS los profesionales que podrán prescribir medicamentos. de Ley General de Salud<br>Norma-087-ECOL1995 Recolección de Residuos Potencialmente Biológico Infecciosos<br>Artículo 67 del Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado denominado Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Cuautitlán Izcalli, Estado de México. |  |   |
| DOCUMENTO A OBTENER   | Receta médica y recibo de pago.   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:  | La señalada en el documento.  |
| MODALIDAD   | HÍBRIDO (ANEXAR LINK)   | PRESENCIAL   | DE PUNTA A PUNTA (ANEXAR LINK)  |
|   | N/A   | X  | N/A   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE   | A petición de cualquier persona que requiera la atención médica.  |  |   |
| 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 (simple, notarial, certificada) | FUNDAMENTO JURÍDICO ADMINISTRATIVO  |
| PERSONAS FÍSICAS  |   |  |   |
| Recibo de pago  | SI  | 1  | Aprobado en el Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado denominado Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Cuautitlán Izcalli. |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS  |   |  |   |
| N/A   | N/A   | N/A  | N/A   |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS  |   |  |   |
| N/A   | N/A   | N/A  | N/A   |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE  | Presentarse en cualquiera de los centros de atención en días y horas hábiles.   |  |   |

|  |  |                                   |  |   |
|--|--|-----------------------------------|--|---|
| <b>REALIZAR EL CIUDADANO</b>   |  |                                   |  |   |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>   | 30 minutos.                                |                                   |  |   |
| <b>COSTO</b>   | \$92.00                                    | <b>FUNDAMENTO JURÍDICO</b>        |  | Gaceta Municipal No. 111 2026; 27 de Febrero 2026 Sumario, acuerdo 2026SO0704 primero se autoriza el incremento de las cuotas de recuperación de los diversos servicios que ofrece el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Cuautitlán Izcalli, Estado de México. |
| <b>FORMA DE PAGO</b>   | <b>EFFECTIVO</b>                           | <b>TARJETA DE CRÉDITO</b>         | <b>TARJETA DE DÉBITO</b>                 | <b>EN LINEA (PORTAL DE PAGOS)</b>   |
|  | SI   | NO                                | NO                                       | NO  |
| <b>¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE?</b>   | En la caja de la Clínica Materno Infantil. |                                   |  |   |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS</b>  | N/A  |                                   |  |   |
| <b>PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SUJETO OBLIGADO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE, Y EL PLAZO CON EL QUE CUENTA ESTE ÚLTIMO PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN</b>                          |  |                                   |  |   |
| El recibo de pago tendrá una vigencia de la fecha emitida, la receta médica tiene vigencia de 15 días hábiles para poder surtirse o para una revisión por el mismo padecimiento. |  |                                   |  |   |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE</b>   | N/A  |                                   |  |   |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA</b>  | N/A  |                                   |  |   |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO</b>   |  |                                   | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE</b> |   |
| Sistema Municipal DIF  |  |                                   | Subdirección de Servicios de Salud       |   |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA</b>   | Karla Paola Peniche Rodríguez              |                                   |  |   |
| <b>DOMICILIO</b>   |  |                                   |  |   |
| <b>CALLE</b>   | Av. Constitución                           |                                   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                  | 1000  |
| <b>COLONIA</b>   | Cumbria                                    |                                   | <b>MUNICIPIO</b>                         | Cuautitlán Izcalli  |
| <b>C.P.</b>  | 54740                                      | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN</b> | Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas   |   |
| <b>LADA</b>  | <b>TELÉFONOS</b>                           | <b>EXT.</b>                       | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>               |   |
| 52   | 55 5864 4950                               | 2026                              | direccionsmdif25@outlook.com             |   |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>  |  |                                   |  |   |
| <b>OFICINA</b>   | Clínica Materno Infantil                   |                                   |  |   |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA</b>  | Lic. Neffertari Hernández Aguirre          |                                   |  |   |
| <b>DOMICILIO</b>   |  |                                   |  |   |
| <b>CALLE</b>   | Molino de las Flores                       |                                   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                  | 4   |
| <b>COLONIA</b>   | Santa María Guadalupe las Torres           |                                   | <b>MUNICIPIO</b>                         | Cuautitlán Izcalli  |
| <b>C.P.</b>  | 54760                                      | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN</b> | Lunes a Viernes de 8:00 a 19:00          |   |
| <b>LADA</b>  | <b>TELÉFONOS</b>                           | <b>EXT.</b>                       | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>               |   |
| 52   | 55 5871 1617                               | N/A                               | Dif.cmi@cizcalli.gob.mx                  |   |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>   | N/A  |                                   |  |   |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |  |                                   |  |   |

|   |   |
|---|---|
| PREGUNTA FRECUENTE                                | ¿Realizan referencias médicas a otros hospitales?   |
| RESPUESTA:  | Si, se realizan las hojas de referencia a hospitales del ISEM, de acuerdo al expediente clínico del paciente y por motivo de especialidades con las que no se cuenta y por bajos recursos económicos. |
| PREGUNTA FRECUENTE                                | ¿Qué requisitos necesito para que me puedan atender?  |
| RESPUESTA:  | Se atiende a toda la población que lo solicita, tendrá que cubrir la cuota de recuperación del servicio.  |
| PREGUNTA FRECUENTE                                | ¿Cuáles son los horarios de atención en los centros donde hay Estancia Infantil?  |
| RESPUESTA:  | De Lunes a Viernes de 07:00 a 15:00 horas   |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS CON LINK</b> |   |
| No aplica   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p><i>[Signature]</i></p> <hr/> <p>UNIDAD DE INFORMACIÓN<br/>PROCESO A RAQUEL SALAZAR GRANDE<br/>PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN (UPREH)<br/>Unidad de Mejora Regulatoria</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p><i>[Signature]</i></p> <hr/> <p><b>DIRECCIÓN</b><br/>KARLA PAOLA PENICHE RODRIGUEZ<br/>Directora del SMDIF</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>04/febrero/2026</p> |
|---|--|---|