



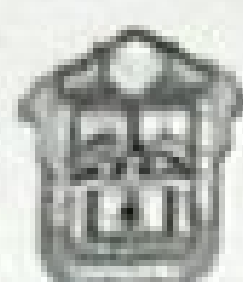
GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                            |    | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                | SERVICIO: X                                                                                                             |     |                   |     |                            |     |
| Jornadas de Salud                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                       |    | Código de la Cédula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                | 21407                                                                                                                   |     |                   |     |                            |     |
| Los servicios de jornadas de salud son brindados para acercar la atención médica a la población en general, para las personas que no cuentan con una seguridad social y que son de bajos recursos. |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                  |    | Artículo 23, Art. 24, art. 26 de la Ley General de Salud<br>NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, "Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica".<br>NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, "Para el fomento de la salud escolar".<br>Art. 14 del reglamento de salud municipal de Chimalhuacán. XII. "Organizar jornadas medicas asistenciales de salud en comunidades que más lo necesitan sin costo, y en caso de urgencias y estados de alerta nacional, estatal y municipal, con relación a la salud. |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                               |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                       | S/N |                   |     |                            |     |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                             | SI | NO x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIRECCIÓN WEB                                  | N/A                                                                                                                     |     |                   |     |                            |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                       |    | Si la población requiere algún servicio de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| 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 | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,                                                                                     |     |                   |     |                            |     |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| Oficio de petición                                                                                                                                                                                 |    | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No                                             | Art. 12 y 14 Fracción III de reglamento de Salud Municipal de Chimalhuacán, Prevención de enfermedades de la población. |     |                   |     |                            |     |
| Oficio de agradecimiento                                                                                                                                                                           |    | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No                                             | Art. 12 y 14 Fracción III de reglamento de Salud Municipal de Chimalhuacán, Prevención de enfermedades de la población. |     |                   |     |                            |     |
| 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 REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                   |    | Realizar oficio de petición dirigido al Director de Salud. Acudir a la Dirección y entregarlo para recibir respuesta a la petición Presentarse en la Dirección de Salud, solicitar la atención nutricional y esperar el turno de su ficha.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                          |    | 3 días                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| COSTO:                                                                                                                                                                                             |    | N/A Fundamento Jurídico: N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                                                     |    | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N/A                                            | TARJETA DE CRÉDITO                                                                                                      | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                                                               |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                                                                                                                |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                                                                                                                                                |    | Se otorga el servicio siempre y cuando el Director de Salud, apruebe la solicitud, No se brinda el servicio si la persona no cumple con la documentación requerida y si no cuenta con el visto bueno por parte del Director de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA                                                                                                                                                                  |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                                                                                                                         |     |                   |     |                            |     |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                        |            |                                                           |            |                                      |                                           |
|----------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:               |            |                                                           |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:   |                                           |
| Dirección de Salud de Chimalhuacán     |            |                                                           |            | Dirección de Salud de Chimalhuacán   |                                           |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:             |            |                                                           |            | Dr. Hugo Sergio González Rosales     |                                           |
| DOMICILIO:                             |            | CALLE:                                                    | C. Amapola | NO. INT. Y EXT.:                     | S/N                                       |
| COLONIA:                               |            | San Pedro                                                 |            | MUNICIPIO:                           | Chimalhuacán                              |
| C.P.:                                  | 56334      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                               |            | Lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs. |                                           |
| LADA:                                  | TELÉFONOS: |                                                           | EXTS.:     | FAX:                                 | CORREO ELECTRÓNICO:                       |
| 55                                     | 92967440   |                                                           | 256        | N/A                                  | Saludmunicipalchimalhuacann2024@gmail.com |
| 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:                               |            | N/A                                  |                                           |
| LADA:                                  | TELÉFONOS: |                                                           | EXTS.:     | FAX:                                 | CORREO ELECTRÓNICO:                       |
| N/A                                    | N/A        |                                                           | N/A        | N/A                                  | N/A                                       |
| FORMATO(S) DESCARGABLES:               |            | N/A                                                       |            |                                      |                                           |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                  |            |                                                           |            |                                      |                                           |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                  |            | ¿Qué tengo que hacer para solicitar una jornada de salud? |            |                                      |                                           |
| RESPUESTA:                             |            | Realizar una solicitud por escrito.                       |            |                                      |                                           |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                  |            | ¿Tiene algún costo?                                       |            |                                      |                                           |
| RESPUESTA:                             |            | El servicio es gratuito                                   |            |                                      |                                           |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                  |            | ¿Con que tiempo de anticipación la tengo que solicitar?   |            |                                      |                                           |
| RESPUESTA:                             |            | Mínimo una semana de anticipación.                        |            |                                      |                                           |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS      |            |                                                           |            |                                      |                                           |

|                                   |                                  |                         |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                          | VISTO BUENO:                     | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|                                   |                                  | 10 / febrero / 2025     |
| Lic. Amira Zuleima Arumir Arrieta | Dr. Hugo Sergio González Rosales |                         |

