



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----------|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | X |
| EXTRACCIÓN INFANTIL | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | |
| SE REALIZA LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE TEMPORAL | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | <p>ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. CAPITULO I, ARTÍCULO 27, FRACCIÓN III, ARTÍCULO 262 FRACCIÓN IV DE LA LEY FEDERAL DE SALUD. NOM OFICIAL MEXICANA NOM-013- SSA2 2015, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.</p> <p>ARTÍCULO 1Y 3 FRACCIÓN II DE LA LEY QUE CREA A LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL, DENOMINADOS "SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA".</p> <p>CAPÍTULO 3, ARTÍCULO 62 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ.</p> | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | RECIBO DE PAGO POR SU TRATAMIENTO | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO SE SOLICITA EL SERVICIO | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | NO APLICA | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| 1.-INTERESADOS PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL SISTEMA MUNICIPAL DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN TLALNEPANTLA DE BAZ | NO | 0 | <p>ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. CAPITULO I, ARTÍCULO 27, FRACCIÓN III, ARTÍCULO 262 FRACCIÓN IV DE LA LEY FEDERAL DE SALUD. NOM OFICIAL MEXICANA NOM-013- SSA2 2015, PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.</p> <p>ARTÍCULO 1Y 3 FRACCIÓN II DE LA LEY QUE CREA A LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL, DENOMINADOS</p> | | |
| 2.-DEBE PASAR UN PROTOCOLO DE FILTRO SANITARIO. | NO | 0 | | | |
| 3.-SOLICITAR EL SERVICIO EN CAJA Y REALIZAR EL PAGO | NO | 0 | | | |
| 4.-PRESENTARSE EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DENTAL | NO | 0 | | | |



| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|----|--|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| | | | "SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA". CAPÍTULO 3, ARTÍCULO 62 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ. | | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | |
| NO APLICA | | NO | | 0 | | | NO APLICA | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | |
| NO APLICA | | NO | | 0 | | | NO APLICA | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 1 HORA | | | | | | | |
| COSTO: | \$70.00 (SETENTA PESOS 00/100 MXN) DIF SANTA MÓNICA | | Fundamento Jurídico PRIMERA SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DE 18 DE FEBRERO DEL EJERCICIO FISCAL 2022 ACUERDO SÉPTIMO. | | | | | |
| | \$60.00 (SESENTA PESOS 00/100 MXN) DIF CRISTINA PACHECO | | | | | | | |
| | \$50.00(CINCUENTA PESOS 00/100 MXN) SUBSISTEMA TEPEOLULCO | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA DEL SISTEMA MUNICIPAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ, EN DONDE SE ATIENDA | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | EN CASO DE QUE EL CONSULTORIO NO TENGA CAJA SE REALIZA EL PAGO DIRECTO CON ÉL O LA ODONTOLOGA RESPONSABLE. | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE APLICA A TODOS LOS USUARIOS EN GENERAL Y LOS COSTOS PUEDEN VARIAR DE ACUERDO AL CENTRO DONDE SE SOLICITE EL SERVICIO, SE ESPECIFICA EN COSTOS. APLICARA CUANDO SE REALICE EL PAGO DEL SERVICIO Y CUANDO EL DENTISTA HAYA REVISADO EL CASO. NO APLICARA CUANDO NO SE CUBRA EL PAGO Y CUANDO EL DENTISTA CONSIDERE QUE NO ES CANDIDATO PARA EL TRATAMIENTO. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | NO APLICA | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|---------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | | ODONTOLOGÍA | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | C. MA. DE LOURDES MONTIEL PAREDES | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. CONV. DE SANTA MÓNICA | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | JARDINES DE SANTA MONICA | | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | | |



| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|---|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 55 | 53612115 | 295 | NO APLICA | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | |
| OFICINA: | | SUBSISTEMA EL TENAYO | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. SARA IRMA PACHECO GALLEGOS | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. REYNA XÓCHITL ESQ. SANTA CECILIA | NO. INT. Y EXT.: | S/N, |
| COLONIA: | EL TENAYO | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ |
| C.P.: | 54140 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 53612115 | 295 | NO APLICA | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | |
| OFICINA: | | SUBSISTEMA TEPEOLULCO | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. JESÚS ALVARADO ESCAMILLA | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. 5 DE SEPTIEMBRE | NO. INT. Y EXT.: | S/N, |
| COLONIA: | LOMAS DE TEPEOLULCO | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ |
| C.P.: | 54190 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 53612115 | 295 | NO APLICA | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | |
| OFICINA: | | SUBSISTEMA MÓNICA ORTA MARTÍNEZ | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. LUIS MARIANO SÁNCHEZ RIZO | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CALLE IZTACALA ESQ TIANGUILLO | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | COL. GUSTAVO BAZ | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ |
| C.P.: | 54120 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | |



| | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| OFICINA: | | ESTANCIA INFANTIL BERTHA VON GLUMER | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. CESAR DAVID RUBIO FAJARDO | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. DE LOS MAESTROS ESQ. GERMAN DEL CAMPO | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | SAN ANDRÉS | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54040 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | SAN LUCAS TEPETLACALCO | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. VELIA ASCENCIO SALAS | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CALLE 5 DE FEBRERO | NO. INT. Y EXT.: | 4 | |
| COLONIA: | SAN LUCAS TEPETLACALCO | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54055 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | VISTA HERMOSA | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. LAURA GRISEL ALFARO HERRERA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | INDUSTRIA ELÉCTRICA ESQ. GOOD YEAR OXO | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | VISTA HERMOSA | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54080 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@difltlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | CASA DIURNA SANTA CECILIA | | | |



| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. JUAN RODRÍGUEZ PADIERNA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CERRADA DEL TEPOZTECO | NO. INT. Y EXT.: | 5 | |
| COLONIA: | SANTA CECILIA ACATITLA | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54130 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@diftlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | LÁZARO CÁRDENAS | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. ARELI ITZEL NIETO PÉREZ | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | ALPINO XICOTÉNCATL ESQ TEPOXITL | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | LÁZARO CÁRDENAS IRA SECCIÓN | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54189 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@diftlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | LOMA BONITA | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | MANUELA ALEJANDRA HUILA GARCIA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. POPOCATÉPETL | NO. INT. Y EXT.: | 1 | |
| COLONIA: | LOMA BONITA | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ | |
| C.P.: | 54120 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 8:00-14:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 53612115 | 295 | N/A | odontologia@diftlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| OFICINA: | | SUBSISTEMA DIF CRISTINA PACHECO | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. JUDITH PERLA JIMÉNEZ ZAVALTA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. SAN JOSÉ | NO. INT. Y EXT.: | 18 Y 19 | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



| | | | | | |
|--|---|-----------------------------|-------------------------------------|--|---------------------|
| COLONIA: | SAN JOSÉ IXHUATEPEC | | | MUNICIPIO: | TLALNEPANTLA DE BAZ |
| C.P.: | 54180 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 07:00-13:00 HRS. | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 57146100 | N/A | N/A | odontologia@diftlalnepantla.gob.mx | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿EL SERVICIO ES ABIERTO A TODA LA POBLACION? | | | | |
| RESPUESTA: | SI | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿EN QUE HORARIO SE LLEVA ACABO EL SERVICIO? | | | | |
| RESPUESTA: | LUNES A VIERNES DE 8:00 A 18:00 HRS EN SANTA MÓNICA | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿TIENEN COSTO LOS SERVICIOS? | | | | |
| RESPUESTA: | SI | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NO APLICA | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| ELABORÓ: C.D. JUDITH PERLA JIMÉNEZ ZAVALA JEFA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO: C. MA. DE LOURDES MONTIEL PAREDES DIRECTORA GENERAL DEL SMDIF NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16 06 2022 / / |
|--|---|--|



