



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |  |   |   |                            |
|---|--|---|---|----------------------------|
| NOMBRE:   |  | TRÁMITE:  | SERVICIO:   | x                          |
| <b>ATENCIÓN PARTO</b>   |  |   |   |                            |
| DESCRIPCIÓN:  |  |   |   |                            |
| PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA OBTENCIÓN DE PRODUCTO (NACIMIENTO DE INDIVIDUO), Y HOSPITALIZACIÓN PARA RECUPERACIÓN EN UNIDAD MÉDICA. |  |   |   |                            |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.<br/>NOM-004-SS3-2012.</p> <p>ARTÍCULO 3. LOS SISTEMAS MUNICIPALES DIF TIENEN LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DE ASISTENCIA SOCIAL Y BENEFICIO COLECTIVO:</p> <p>1. ASEGURAR LA ATENCIÓN PERMANENTE A LA POBLACIÓN MARGINADA, BRINDANDO SERVICIOS INTEGRALES DE ASISTENCIA SOCIAL, ENMARCADOS Y CONFORME A LAS NORMAS ESTABLECIDAS A NIVEL NACIONAL Y ESTATAL.</p> <p>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO.</p> <p>LEY GENERAL DE SALUD.</p> <p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.</p> <p>LEY ORGÁNICA MUNICIPAL DEL ESTADO DE MÉXICO.</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.</p> |   |   |                            |
| DOCUMENTO A OBTENER:  | ALTA MEDICA, CERTIFICADO DE NACIMIENTO, INDICACIONES Y RECETAS.  |   | VIGENCIA:   | EL QUE SE INDIQUE          |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  | SI   | NO  | DIRECCIÓN WEB   | N/A                        |
|   |  | X   |   |                            |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  | A DEMANDA POBLACIÓN.   |   |   |                            |
| REQUISITOS:   | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO   | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,<br>UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:  |                            |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |  |   |   |                            |
| INE DEL RESPONSABLE DE PACIENTE MENOR DE EDAD.  | NO   |   | LOS REQUISITOS EXPUESTOS EN ESTA FICHA SON ESTABLECIDOS POR LA GACETA DE GOBIERNO.<br><br>ÁREA SOLICITANTE.<br><br>LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS SON PARA LA ELABORACIÓN DE EXPEDIENTES. |                            |
| INE PACIENTE  | NO   |   |   |                            |
| CURP  | NO   |   |   |                            |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO  | NO   |   |   |                            |
| ACTA DE NACIMIENTO  | NO   |   |   |                            |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |  |   |   |                            |
| N/A   | N/A  | N/A   | N/A   |                            |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |  |   |   |                            |
| N/A   | N/A  | N/A   | N/A   |                            |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE:   | EL QUE EL MEDICO INDIQUE   |   | TIEMPO DE RESPUESTA:  | INMEDIATA.                 |
| COSTO:  | <b>\$ 7,000 PARTO</b>  |   |   |                            |
| FORMA DE PAGO:  | EFFECTIVO  | X   | TARJETA DE CRÉDITO  | TARJETA DE DÉBITO          |
|   |  |   |   | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:  | <b>CAJA GENERAL DIF.</b>   |   |   |                            |
| OTRAS ALTERNATIVAS:   | <b>N/A</b>   |   |   |                            |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE   | <b>ATENCIÓN MEDICA CONCLUIDA.</b>  |   |   |                            |





|   |                    |                                  |                             |   |                         |     |  |
|---|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                      |                    |                                  |                             | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:          |                         |     |  |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF                         |                    |                                  |                             | DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF |                         |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                    |                    | C. GUADALUPE ROCÍO GARCÍA FLORES |                             |   |                         |     |  |
| DOMICILIO:                                    | CALLE:             | 5 DE FEBRERO                     |                             |   | NO. INT. Y EXT.:        | B 2 |  |
| COLONIA:                                      | CABECERA MUNICIPAL |                                  |                             | MUNICIPIO:                                  | COACALCO DE BERRIOZÁBAL |     |  |
| C.P.:   | 55700              |                                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES – VIERNES 9:00 AM 18:00 PM            |                         |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS:         |                                  | EXTS.:                      | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:     |     |  |
| 55  | 15 48 73 81        |                                  |                             |   |                         |     |  |
| 55  | 15 48 73 93        |                                  | 104                         | N/A   | N/A                     |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b> |                    |                                  |                             |   |                         |     |  |
| OFICINA:                                      |                    | SUBDIRECCIÓN MEDICA OPERATIVA    |                             |   |                         |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:             |                    | RICARDO ORTIZ BOLAÑOS            |                             |   |                         |     |  |
| DOMICILIO:                                    | CALLE:             | 5 DE FEBRERO                     |                             |   | NO. INT. Y EXT.:        | B 2 |  |
| COLONIA:                                      | CABECERA MUNICIPAL |                                  |                             | MUNICIPIO:                                  | COACALCO DE BERRIOZÁBAL |     |  |
| C.P.:   | 55700              |                                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LAS 24 HRS. DE LUNES A DOMINGO              |                         |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS:         |                                  | EXTS.:                      | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:     |     |  |
| 55  | 15 48 73 81        |                                  | 120                         | N/A   | N/A                     |     |  |
| 55  | 15 48 73 93        |                                  |                             |   |                         |     |  |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE:                       |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                  |                    |                                  |                             |   |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                         |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| RESPUESTA:                                    |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                         |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| RESPUESTA:                                    |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                         |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| RESPUESTA:                                    |                    | N/A                              |                             |   |                         |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>      |                    |                                  |                             |   |                         |     |  |
| N/A   |                    |                                  |                             |   |                         |     |  |

|                           |                               |                         |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                  | VISTO BUENO:                  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|                           |                               | 12 / 03 / 2019          |
| DR. RICARDO ORTIZ BOLAÑOS | GUADALUPE ROCÍO GARCÍA FLORES |                         |
| SUBDIRECTOR MÉDICO        | DIRECTORA GENERAL             |                         |
| NOMBRE COMPLETO           | NOMBRE COMPLETO               |                         |

