



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

### CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|-------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NOMBRE:</b>                                                                                                                                                                                                                  |  |    |    | <b>TRÁMITE:</b>                                 |                      | <b>SERVICIO:</b>                                               |                      | X                                                                                                     |  |
| Consultas Medicas                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| <b>DESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                             |  |    |    | <b>CÓDIGO DE LA CÉDULA</b>                      |                      |                                                                |                      | DIF/09                                                                                                |  |
| Se brinda Consulta Médica Personalizada a la población en general del Municipio de Chalco que solicite el servicio.                                                                                                             |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| <b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| Ley de Asistencia Social Artículo 41, Fracción I, Ley Que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados De Asistencia Social de Carácter Municipal Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia" |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| <b>DOCUMENTO A OBTENER:</b>                                                                                                                                                                                                     |  |    |    | No Aplica                                       |                      | <b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:</b>                       |                      | No Aplica                                                                                             |  |
| <b>¿SE REALIZA EN LÍNEA?:</b>                                                                                                                                                                                                   |  | Si | No | X                                               | <b>DIRECCIÓN WEB</b> |                                                                | No Aplica            |                                                                                                       |  |
| <b>CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:</b>                                                                                                                                                                             |  |    |    | Cuando la población lo solicite                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| <b>ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA</b>                                                                                                                    |  |    |    | Este servicio no requiere verificación.         |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| <b>REQUISITOS:</b>                                                                                                                                                                                                              |  |    |    | <b>ORIGINAL</b><br>anotar la<br>palabra SI o NO |                      | <b>COPIAS</b> anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias |                      | <b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO</b>                                                             |  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| Comprobante de Pago                                                                                                                                                                                                             |  |    |    | Si                                              |                      | 1                                                              |                      | Ley de Transparencia y Acceso a la Información Publica del Estado de México y Municipios, Artículo 24 |  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                             |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| No aplica                                                                                                                                                                                                                       |  |    |    | No                                              |                      | No Aplica                                                      |                      | No Aplica                                                                                             |  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| No aplica                                                                                                                                                                                                                       |  |    |    | No                                              |                      | No Aplica                                                      |                      | No Aplica                                                                                             |  |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                                                                                                                                                         |  |    |    |                                                 |                      |                                                                |                      |                                                                                                       |  |
| MODALIDAD PRESENCIAL                                                                                                                                                                                                            |  |    |    | MODALIDAD EN LÍNEA                              |                      |                                                                | MODALIDAD TELEFÓNICA |                                                                                                       |  |

|                                                                                                              |  |                                                                                                                                        |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 1. Solicita servicio en Archivo<br>2. Realiza Pago<br>3. Toma de Signos Vitales<br>4. Recibe Consulta Medica |  | No Aplica                                                                                                                              |                            |                                           | No Aplica                                                                                                                                       |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                                                                             |  | 15 Minutos                                                                                                                             |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>COSTO:</b>                                                                                                |  | \$ 50                                                                                                                                  | <b>FUNDAMENTO JURÍDICO</b> |                                           | Acta de la Segunda Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chalco 2025-2027 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                                                                        |  | EFFECTIVO                                                                                                                              | Si                         | TARJETA DE CRÉDITO                        | No                                                                                                                                              | TARJETA DE DÉBITO                    | No                      | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)           | No                   |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                                                                                  |  | En la caja del Sistema Municipal DIF Chalco                                                                                            |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                                                                                   |  | No Aplica                                                                                                                              |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>                                                                   |  | El Servicio no se otorgará si no es cubierto el pago correspondiente. El Servicio se otorgará cuando se cubra el pago correspondiente. |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>                                                                     |  | No                                                                                                                                     |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                                                                              |  |                                                                                                                                        |                            | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b> |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| DIF                                                                                                          |  |                                                                                                                                        |                            | Subdirección de Servicios de Salud        |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                                                                            |  | Jose Luis Camacho Granados                                                                                                             |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                                                            |  | <b>CALLE:</b>                                                                                                                          |                            |                                           | Av. Solidaridad                                                                                                                                 |                                      | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> |                                      | Mz. 2, Lt. 1, Zona 5 |
| <b>COLONIA:</b>                                                                                              |  | Col. Culturas de México                                                                                                                |                            |                                           | <b>MUNICIPIO:</b>                                                                                                                               |                                      | Chalco                  |                                      |                      |
| <b>C.P.:</b>                                                                                                 |  | 56607                                                                                                                                  |                            | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>        |                                                                                                                                                 | Lunes A Viernes 8:00 A 15:40 Hrs.    |                         |                                      |                      |
| <b>LADA:</b>                                                                                                 |  | <b>TELÉFONOS:</b>                                                                                                                      |                            | <b>EXTS.:</b>                             |                                                                                                                                                 | <b>FAX:</b>                          |                         | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>           |                      |
| No Aplica                                                                                                    |  | 5588432924                                                                                                                             |                            | No Aplica                                 |                                                                                                                                                 |                                      |                         | difchalco.serviciosdesalud@gmail.com |                      |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                                                                |  |                                                                                                                                        |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>OFICINA:</b>                                                                                              |  | Unidad De Servicios De Salud                                                                                                           |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                                                                     |  | C.D. Armando Uribe Guzmán                                                                                                              |                            |                                           |                                                                                                                                                 |                                      |                         |                                      |                      |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                                                            |  | <b>CALLE:</b>                                                                                                                          |                            |                                           | Calle Pozo Cajones                                                                                                                              |                                      | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> |                                      | Mz. 124, Lt. 08      |
| <b>COLONIA:</b>                                                                                              |  | Unidad Habitacional Los Heroes Chalco                                                                                                  |                            |                                           | <b>MUNICIPIO:</b>                                                                                                                               |                                      | Chalco                  |                                      |                      |
| <b>C.P.:</b>                                                                                                 |  | 56644                                                                                                                                  |                            | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>        |                                                                                                                                                 | Lunes a Viernes 08:00 A 15:40 Horas. |                         |                                      |                      |

|                                          |                                            |                                    |                                        |                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| <b>LADA:</b>                             | <b>TELÉFONOS:</b>                          | <b>EXTS.:</b>                      | <b>FAX:</b>                            | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> |
| No Aplica                                | No Aplica                                  | No Aplica                          |                                        | No Aplica                  |
| <b>OFICINA:</b>                          | Clínica Municipal de Salud                 |                                    |                                        |                            |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b> | C.D. Armando Uribe Guzmán                  |                                    |                                        |                            |
| <b>DOMICILIO:</b>                        | <b>CALLE:</b>                              | Norte 18, Esq. Av. Ruiz Cortines   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                | S/N                        |
| <b>COLONIA:</b>                          | Unión de Guadalupe                         | <b>MUNICIPIO:</b>                  | Chalco                                 |                            |
| <b>C.P.:</b>                             | 56606                                      | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> | Lunes a Viernes de 08:00 a 15:40 horas |                            |
| <b>LADA:</b>                             | <b>TELÉFONOS:</b>                          | <b>EXTS.:</b>                      | <b>FAX:</b>                            | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> |
| No Aplica                                | No Aplica                                  | No Aplica                          |                                        | No Aplica                  |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>           | No                                         |                                    |                                        |                            |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>             |                                            |                                    |                                        |                            |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>             | ¿Otorgan medicamento?                      |                                    |                                        |                            |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | No                                         |                                    |                                        |                            |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>             | ¿Otorgan referencia a otras Instituciones? |                                    |                                        |                            |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | Si                                         |                                    |                                        |                            |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>             | ¿Se cuenta con alguna especialidad?        |                                    |                                        |                            |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | No                                         |                                    |                                        |                            |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |                                            |                                    |                                        |                            |
| No Aplica                                |                                            |                                    |                                        |                            |
| <b>PROTESTA CIUDADANA</b>                |                                            |                                    | <b>QUEJAS O DENUNCIAS</b>              |                            |

¿Te negaron injustificadamente tu trámite o servicio?  
¿Te solicitaron requisitos adicionales a los que están establecidos en esta ficha de trámites o servicio? ¿Tienes alguna queja del servidor Público que te atendió?

Presenta una **PROTESTA CIUDADANA**

**Presencial:** En la Coordinación General Municipal de Mejora Regulatoria, Planta Alta del Palacio Municipal, Reforma 4, Col. Centro, Chalco, Estado de México, C.P. 56600

**Telefónica:** 55 59 72 82 80 Ext. 2269

**Electrónica:** En el micrositio de Mejora regulatoria  
<https://gobiernodechalco.gob.mx/protesta-ciudadana>


Ante el **Órgano Interno de Control Municipal**

Cerro el Coletto Mz 79 Lt I, Zona 6, Conj. Urbano Los Héroes Chalco, C.P. 56644

Tel. 55 59 73 04 22

[organointernodecontrol@chalco.gob.mx](mailto:organointernodecontrol@chalco.gob.mx)

ELABORÓ

  
C. María De Lourdes García González  
ENLACE DE LA DEPENDENCIA

VISTO BUENO:

  
Dr. José Luis Camacho Granados  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

2025-11-26