

|   |   |  |           |                          |           |
|---|---|--|-----------|--------------------------|-----------|
| <b>NOMBRE:</b>                                      | CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL DE PRIMER NIVEL   | <b>CÓDIGO:</b>                           | BIE/01    | <b>TRAMITE/SERVICIO:</b> | SERVICIO  |
| <b>DESCRIPCIÓN</b>                                  | MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO A TRAVÉS DEL OTORGAMIENTO DE CONSULTAS MÉDICAS GRATUITAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN SOCIAL (CAS) Y LOS CENTROS DE DESARROLLO COMUNITARIO (CDC) |  |           |                          |           |
| <b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>                            | BANDO MUNICIPAL DE CHALCO, ARTÍCULO 113, FRACCIÓN XIII.   |  |           |                          |           |
| <b>DOCUMENTOS A OBTENER:</b>                        | NO APLICA   | <b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:</b> | NO APLICA | NO APLICA                | NO APLICA |
| <b>¿SE REALIZA EN LÍNEA?</b>                        | NO  |  |           |                          |           |
| <b>CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:</b> | CUANDO LA POBLACIÓN LO SOLICITE   |  |           |                          |           |
| <b>COSTO:</b>                                       | NO APLICA   | <b>FUNDAMENTO LEGAL PARA SU COBRO:</b>   | NO APLICA |                          |           |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                               | NO APLICA   |  |           |                          |           |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                         | NO APLICA   |  |           |                          |           |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                          | NO APLICA   |  |           |                          |           |
| <b>REQUISITOS:</b>                                  | <b>PRESENTACIÓN DEL REQUISITO:</b>  |  |           |                          |           |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                             | <b>FUNDAMENTO LEGAL PARA LA SOLICITUD:</b>  |  |           |                          |           |
| NO APLICA   | NO APLICA   | NO APLICA                                | NO APLICA | NO APLICA                | NO APLICA |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVA</b>                  |   |  |           |                          |           |
| NO APLICA   | NO APLICA   | NO APLICA                                | NO APLICA | NO APLICA                | NO APLICA |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                       |   |  |           |                          |           |
| NO APLICA   | NO APLICA   | NO APLICA                                | NO APLICA | NO APLICA                | NO APLICA |
| <b>NOMBRES(S) DEL FORMATO(S) PARA LA</b>            | <b>FORMATO(S) PARA LA GESTIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO</b>  |  |           |                          |           |
| <b>FECHA DE PUBLICACIÓN</b>                         | <b>LINK DE DESCARGA</b>   |  |           |                          |           |

**GESTIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

NO APLICA

2024-04-11

NO APLICA

**¿EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE ESCRITO?**

NO

2024-04-11

NO APLICA

NO APLICA

**PLAZOS PARA LA CONCLUSIÓN DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO**

**PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA**

NO APLICA

**PLAZO CON EL QUE CUENTA EL ÁREA RESPONSABLE PARA PREVENIR AL SOLICITANTE EN EL CASO DE QUE SE REQUIERA**

NO APLICA

**PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SOLICITANTE PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN**

NO APLICA

NO APLICA

**¿APLICA AFIRMATIVA FICTA?**

NO

**¿APLICA NEGATIVA FICTA?**

NO

**PASOS A SEGUIR SEGÚN LA MODALIDAD**

**PRESENCIAL**

ASISTIR AL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL (CAS) Y/O AL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO (CDC) Y SOLICITAR LA CONSULTA MÉDICA

**EN LÍNEA**

NO APLICA

**TELEFÓNICA**

NO APLICA

**CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE**

**PROCEDENTE CUANDO:**

CUMPLE CON EL REQUISITO

**IMPROCEDENTE CUANDO:**

CUANDO NO CUMPLE CON EL REQUISITO

**¿EL TRAMITE REQUIERE INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA?**

NO APLICA

**¿CUAL ES EL OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VERIFICACIÓN O VISTA DOMICILIARIA?**

NO APLICA

**¿QUÉ DOCUMENTOS SE DEBEN CONSERVAR PARA FINES DE LA ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN DEL TRÁMITE?**

NO APLICA

**HIPERVÍNCULO DEL REGISTRO MUNICIPAL DE VISTAS DOMICILIARIAS**

NO APLICA

**ÁREA RESPONSABLE DEL TRÁMITE**

**DEPENDENCIA U ORGANISMO:**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:**

DIRECCIÓN DE BIENESTAR

DEPARTAMENTO DE SALUD

**TITULAR DE LA  
DEPENDENCIA:**

MIREYA NAYELI RAMÍREZ PÉREZ

**CARGO:**

DIRECTORA DE BIENESTAR

**SERVIDOR PÚBLICO QUE  
VALIDA LA INFORMACIÓN:**

JORGE ALBERTO ARROYO GUTIÉRREZ

**CARGO:**

RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

**DOMICILIO:**

LIRIO

**NO. INT. Y EXT.:**

SIN NUMERO

**COLONIA:**

NUEVA SAN MIGUEL

**MUNICIPIO:**

CHALCO

**CP:** 56604

**HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN**

LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00  
HORAS

**LADA: TELÉFONOS: EXT.:**

55 5559752870 NO APLICA

**CORREO ELECTRÓNICO:**

gch.bienestar@gmail.com

**OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

**OFICINA:**

DIRECCIÓN DE BIENESTAR

**DOMICILIO:**

LIRIO

**NO. INT. Y EXT.:**

SIN NUMERO

**COLONIA:**

NUEVA SAN MIGUEL

**MUNICIPIO:**

CHALCO

**CP:** 56604

**HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN**

LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00  
HORAS

**LADA: TELÉFONOS: EXT.:**

55 5559752870 NO APLICA

**CORREO ELECTRÓNICO:**

gch.bienestar@gmail.com

**OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

**PREGUNTA**

**FRECUENTE 1:**

¿CUENTAN CON MEDICAMENTO?

**RESPUESTA:**

LA DIRECCIÓN DE BIENESTAR CUENTA CON FARMACIA, DONDE PUEDE  
SOLICITAR MEDICAMENTOS SIN COSTO

**PREGUNTA**

**FRECUENTE 2:**

¿PUEDO LLEVAR MEDICAMENTO CADUCADO?

**RESPUESTA:**

LA DIRECCIÓN, TIENE LA CAMPAÑA PERMANENTE DE DESECHO DE  
MEDICAMENTO CADUCADO EN CONJUNTO CON EL SINGREM, TRATANDO DE  
FORMA RESPONSABLE DICHO MEDICAMENTO.

**PREGUNTA**

¿CÓMO SOLICITO UN MEDICAMENTO?

**FRECUENTE 3:**

**RESPUESTA:** PUEDE MARCAR AL NÚMERO TELEFÓNICO Y CONSULTAR LAS EXISTENCIAS O IR DIRECTAMENTE A LAS OFICINAS DE BIENESTAR

**TRAMITES O SERVICIOS RELACIONADAS**

NO APLICA

**MEDIOS PARA PRESENTAR INCONFORMIDADES, QUEJAS O DENUNCIAS CON MOTIVO DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO**

¿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:** 55 597 28280 ext. 2133

**Electrónica:** En el micrositio de Mejora regulatoria

<https://gobiernodechalco.gob.mx/protesta-ciudadana>

Ante la Contraloría Municipal

Cerro el Coletto Mz 79 Lt I, Zona 6

Conj. Urbano Los Héroes Chalco

C.P. 56644

Tel. 55 597 3 0422

[contraloriamunicipal@gobiernodechalco.gob.mx](mailto:contraloriamunicipal@gobiernodechalco.gob.mx)

**ELABORÓ:** AARÓN ALVAREZ PALAFOX

**Visto Bueno:** MIREYA NAYELI RAMÍREZ PÉREZ

**Fecha de Actualización:** 2024-04-11



Mireya Nayeli Ramírez Pérez