



AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
DE OZUMBA  
2025-2027



## CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE OZUMBA

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                            |  | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                           |    | SERVICIO:                                                                                                                                    |     | x                                       |     |
| CONSULTAS MÉDICAS GENERALES                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| Otorgar consulta médica, interrogatorio directo e indirecto, exploración física Integral al paciente, explicar su diagnóstico y tratamiento, expedir una receta y/o hoja de referencia a un segundo o tercer nivel |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                  |  | Ley General de Salud<br>TITULO DECIMO SEGUNDO, CAPITULO PRIMERO, Artículos 184 y 185 del Bando Municipal                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                               |  | Receta médica en su caso.                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                              |     | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: 1 día |     |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                                             |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                 | NO | DIRECCIÓN WEB                                                                                                                                |     | N/A                                     |     |
|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                    | x  |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                       |  | Cuando el paciente lo requiera, demanda de la población                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                              |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                        |  | ORIGINAL SI o NO                                                                                                                                                                                                                                   |    | NÚMERO DE COPIAS                                                                                                                             |     | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.     |     |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| RECIBO DE PAGO                                                                                                                                                                                                     |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                |    | N/A                                                                                                                                          |     | N/A                                     |     |
| 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                                                                                                                                                                   |  | El paciente acude a las instalaciones de DIF, pasa al área de caja a realizar su pago y obtener su comprobante de pago. Posteriormente el paciente pasa al área médica para valoración, toma de signos vitales, obtención de su consulta y receta. |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                          |  | Inmediato                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| COSTO:                                                                                                                                                                                                             |  | \$35.00                                                                                                                                                                                                                                            |    | Fundamento Jurídico: Acta de Junta de Gobierno Numero 2 extraordinaria donde se aprueba el monto de la Cuota de Recuperación por el Servicio |     |                                         |     |
| FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                                                                     |  | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                          | x  | TARJETA DE CRÉDITO                                                                                                                           | N/A | TARJETA DE DÉBITO                       | N/A |
|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                                                                                                              |     | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)              | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                                                                               |  | En el área de caja del SMDIF                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                                                                                                                                |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                                                                                                                                                                |  | Toda persona que lo solicite                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                                              |     |                                         |     |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"



AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
DE OZUMBA  
2025-2027



|                                                                     |                                                                                |                             |                                    |                                                                        |           |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                  |                                                                                | N/A                         |                                    |                                                                        |           |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                            |                                                                                |                             | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |                                                                        |           |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Ozumba |                                                                                |                             | Coordinación de Salud Comunitaria  |                                                                        |           |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                          |                                                                                | Yulissabet Sánchez Ríos     |                                    |                                                                        |           |
| DOMICILIO:                                                          | CALLE:                                                                         | Galena                      |                                    | No. INT. y/o No. EXT.:                                                 | 8         |
| COLONIA:                                                            | Centro                                                                         | MUNICIPIO:                  | Ozumba                             |                                                                        |           |
| C.P.:                                                               | 56800                                                                          | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |                                    | Lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas                                 |           |
| LADA:                                                               | TELÉFONOS:                                                                     | EXTS.:                      | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO:                                                    |           |
| 597                                                                 | 9762165                                                                        | N/A                         | NO APLICA                          | <a href="mailto:difoosumba2025@gmail.com">difoosumba2025@gmail.com</a> |           |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                              |                                                                                |                             |                                    |                                                                        |           |
| OFICINA:                                                            |                                                                                | NO APLICA                   |                                    |                                                                        |           |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                   |                                                                                | NO APLICA                   |                                    |                                                                        |           |
| DOMICILIO:                                                          | CALLE:                                                                         | NO APLICA                   |                                    | NO. INT. Y EXT.:                                                       | NO APLICA |
| COLONIA:                                                            | NO APLICA                                                                      |                             | MUNICIPIO:                         | NO APLICA                                                              |           |
| C.P.:                                                               | NO APLICA                                                                      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |                                    | NO APLICA                                                              |           |
| LADA:                                                               | TELÉFONOS:                                                                     | EXTS.:                      | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO:                                                    |           |
| N/A                                                                 | NO APLICA                                                                      | N/A                         | NO APLICA                          | NO APLICA                                                              |           |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                             |                                                                                | NO APLICA                   |                                    |                                                                        |           |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                               |                                                                                |                             |                                    |                                                                        |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                               | ¿Todos los días hay consulta?                                                  |                             |                                    |                                                                        |           |
| RESPUESTA:                                                          | Sí, todos los días el área de salud comunitaria tiene servicios a la comunidad |                             |                                    |                                                                        |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                               | ¿Atienden cualquier tipo de enfermedades?                                      |                             |                                    |                                                                        |           |
| RESPUESTA:                                                          | Solo aquellas que requieran atención primaria                                  |                             |                                    |                                                                        |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                               | ¿Cuentan con el servicio de Laboratorio?                                       |                             |                                    |                                                                        |           |
| RESPUESTA:                                                          | No                                                                             |                             |                                    |                                                                        |           |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                   |                                                                                |                             |                                    |                                                                        |           |



DR. YULISABET SÁNCHEZ RÍOS  
COORDINADORA DE SALUD

COORDINACIÓN DE  
SALUD COMUNITARIA



C. SINEAH AMARO SÁNCHEZ  
DIRECTORA DEL SMDIF

DIRECCIÓN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN

20/02/2025