



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
El poder de servir

692

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|---------------|-----|
| NOMBRE: Consulta Odontológica | | TRÁMITE: | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Consulta de Odontología que se realiza de manera presencial, por el Área de Odontología | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: El Servicio consiste en Realizar una revisión odontológica. Con la finalidad de otorgarle tratamiento o medicación para el restablecimiento de su salud bucal. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social de carácter municipal, Capítulo primero, Artículo 3, inciso 1. | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | Receta Médica u orden de laboratorio | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | 30 días | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | <table><tr><td>S</td><td>NO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table> | S | NO | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB | N/A |
| S | NO | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Cuando el Ciudadano solicita el Servicio | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | Se determina poner este servicio a disposición de la población en general, el servicio de Consulta odontológica, para el cuidado de la salud de la población en general. | | | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | |
| 1. Recibo de pago del servicio | SI | 0 | La Acta de la Primera Sesión ordinaria de la Junta de Gobierno del Sistema Municipal DIF Valle de Chalco Solidaridad, celebrada el día 02 de enero del 2025. | | | | |
| 2. INE | SI | 0 | | | | | |
| 3. En caso de ser menor de edad ser acompañado de un adulto | SI | 0 | | | | | |
| 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 | El ciudadano solicita el servicio de consulta odontológica, en recepción DIF, en donde se le otorga un recibo de pago, el cual será recepcionado en la Ventanilla | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------|--|----------------------------|----------------------------|----|
| REALIZAR EL CIUDADANO | única de pago, allí se le realizará el cobro del servicio y se le otorgará una copia la cual presentará al área para recibir la atención solicitada. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 60 minutos máximo, tiempo de espera entre cada paciente | | | | | | | |
| COSTO: | \$ 35.00 | Fundamento jurídico-administrativo: Acta de la Primera Sesión ordinaria de la Junta de Gobierno del Sistema Municipal DIF Valle de Chalco Solidaridad, celebrada el día 02 de enero del 2025. | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | Ventanilla única de cobro del SMDIF. | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <ul style="list-style-type: none"> - Si el Ciudadano no acepta que Mediante una revisión visual y/o radiografía, no se realiza el servicio. - Mediante una revisión visual y radiografía se determina el diagnóstico y el plan del tratamiento o se le realiza una referencia. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | Se determina poner a disposición de la población en general el servicio de consulta odontológica, para proporcionar salud bucal a la ciudadanía. | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia | | | | | Dirección de Servicios Médicos y Asistenciales | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | Lic. Guadalupe Carolina Olivares Castillo | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Av. Alfredo del Mazo Esquina Av. Tezozómoc | | | | S/N | S/N | |
| COLONIA: | Alfredo Baranda | | | MUNICIPIO: | Valle de Chalco Solidaridad | | | |
| C.P. | 56610 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS. | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
El poder de servir

| | | | | | |
|--|--------------|---|--|-----------------------------|---|
| 55 | 59 71 11 70 | S/N | S/N | Saluddif2022@hotmail.com | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (28) | | | | | |
| OFICINA: | | Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | Lic. Elena Soraya Torres Casa | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Tikal | | 16 | 1 |
| COLONIA: | Américas TRA | | MUNICIPIO: | Valle de Chalco Solidaridad | |
| C.P. | 56610 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS. | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL (29) | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿Hacen servicio de extracción dental? | | | |
| RESPUESTA: | | Si, siempre y cuando se cuente con los insumos necesarios | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿Hacen cirugías dentales? | | | |
| RESPUESTA: | | No. | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿Realizan consultas a domicilio? | | | |
| RESPUESTA: | | No. | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado. | | | | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
El poder de servir

| | | |
|--|---|---|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>C.D. Adriana Ramos Mendoza</p> <p>Directora de Servicios Médicos y Asistenciales Sistema Municipal DIF de Valle de Chalco Solidaridad.</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>Lic. Guadalupe Castilleja</p> <p>Presidenta Honorifica del Sistema Municipal DIF de Valle de Chalco Solidaridad.</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>12/03/25</p> |
|--|---|---|