



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
|---|--|---|--------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------|----|----------------------------|----|
| NOMBRE:   |  | TRÁMITE:  |                                      | X  |                                     | SERVICIO:         |    |                            |    |
| Certificado Médico  |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| DESCRIPCIÓN:  |  |   |                                      | Código de la Cédula  |                                     | CUA/SMDIFC/T/02   |    |                            |    |
| Certificado médico expedido por un médico general   |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| FUNDAMENTO LEGAL:   |  | Ley de Asistencia Social del Estado de México<br>Ley que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal<br>Bando Municipal<br>Reglamento interno SMDIF  |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| DOCUMENTO A OBTENER:  |  | Certificado medico  |                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:  |                                     | 6 meses           |    |                            |    |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  |  | SI  | NO X                                 | DIRECCIÓN WEB  |                                     | No aplica         |    |                            |    |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  |  |   | Cuando sea solicitado por el usuario |  |                                     |                   |    |                            |    |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA |  |   | No aplica                            |  |                                     |                   |    |                            |    |
| REQUISITOS:   |  |   | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO   | COPIAS anotar con número la cantidad de copias   | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |                   |    |                            |    |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| No aplica   |  |   | No aplica                            | No aplica  | No aplica                           |                   |    |                            |    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| No aplica   |  |   | No aplica                            | No aplica  | No aplica                           |                   |    |                            |    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |  |   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| No aplica   |  |   | No aplica                            | No aplica  | No aplica                           |                   |    |                            |    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO  |  | 1.Registro en el libro de usuarios,<br>2. Realizar el pago del certificado médico en caja,<br>3. Acudir a recepción,<br>4. Pasar a tomo de signos vitales<br>5. Esperar a que el médico lo llame. |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   |  | De 15 a 20 minutos a partir del pago del servicio   |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |
| COSTO:  |  | \$80  |                                      | Fundamento Jurídico tabulador autorizado por Junta de Gobierno del SMDIFC celebrada el 17 de febrero de 2025 |                                     |                   |    |                            |    |
| FORMA DE PAGO:  |  | EFFECTIVO   | Si                                   | TARJETA DE CRÉDITO   | No                                  | TARJETA DE DÉBITO | No | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | No |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:  |  | En la caja de cada unidad médica  |                                      |  |                                     |                   |    |                            |    |

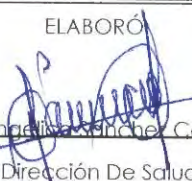
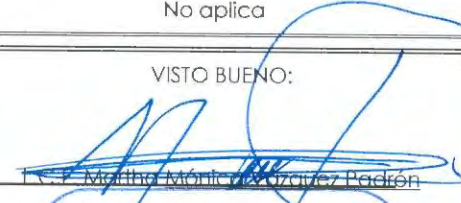


|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                 | No aplica                           |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b> | Cumplir con el pago correspondiente |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>   | No aplica                           |

|  |                   |  |  |   |  |
|--|-------------------|--|--|---|--|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>  |                   |  |  | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b> |  |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Cuautitlán |                   |  |  | Dirección de Salud                        |  |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                                      |                   |  |  | Mtra. Angelica Sánchez Contreras          |  |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>CALLE:</b>     | Magnolia   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>  | 75  |  |
| <b>COLONIA:</b>  | Los Morales       | <b>MUNICIPIO:</b>  | Cuautitlán México  |   |  |
| <b>C.P.:</b>   | 54800             | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>                               | Lunes a viernes de 08:00 A 17:00 Hrs                                     |   |  |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b> | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b>  | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                |  |
| 55   | 58704714          | No aplica  | No aplica  | dsalud@difcuautitlan.gob.mx               |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                          |                   |  |  |   |  |
| <b>OFICINA:</b>  |                   | UM Clínica Integral  |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                               |                   | Mtra. Angelica Sánchez Contreras                                 |  |   |  |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>Calle:</b>     | Av. 16 de septiembre núm. 328-42, col. Centro, Cuautitlán México | <b>No. Int. Y ext.:</b>  | 328-42                                    |  |
| <b>COLONIA:</b>  | Col. Centro       | <b>MUNICIPIO:</b>  | Cuautitlán México  |   |  |
| <b>C.P.:</b>   | 54800             | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>                               | De lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.                                 |   |  |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b> | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b>  | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                |  |
| N/A  | No aplica         | No aplica  | No aplica  | dsalud@difcuautitlan.gob.mx               |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                          |                   |  |  |   |  |
| <b>OFICINA:</b>  |                   | UM Los Morales   |  |   |  |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                               |                   | Mtra. Angelica Sánchez Contreras                                 |  |   |  |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>Calle:</b>     | Av. De Los Fresnos   | <b>No. Int. Y ext.:</b>  | 37  |  |
| <b>COLONIA:</b>  | Los Morales       | <b>MUNICIPIO:</b>  | Cuautitlán México  |   |  |
| <b>C.P.:</b>   | 54840             | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>                               | De lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.<br>Sábados de 09:00 a 13:00 hrs |   |  |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b> | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b>  | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                |  |
| N/A  | No aplica         | No aplica  | No aplica  | dsalud@difcuautitlan.gob.mx               |  |



| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO |  |                                  |   |                             |
|--|--|----------------------------------|---|-----------------------------|
| OFICINA:                               |  | UM Misiones                      |   |                             |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:      |  | Mtra. Angelica Sánchez Contreras |   |                             |
| DOMICILIO:                             | Calle:   | Av. San Luis                     | No. Int. Y ext.:  | S/N                         |
| COLONIA:                               | Fraccionamiento Misiones I                                 |                                  | MUNICIPIO:  | Cuautitlán México           |
| C.P.:                                  | 54870  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:      | De lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.                                  |                             |
| LADA:                                  | TELÉFONOS:   | EXTS.:                           | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:         |
| N/A                                    | No aplica  | No aplica                        | No aplica   | dsalud@difcuautitlan.gob.mx |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO |  |                                  |   |                             |
| OFICINA:                               |  | UM Hacienda Cuautitlán           |   |                             |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:      |  | Mtra. Angelica Sánchez Contreras |   |                             |
| DOMICILIO:                             | Calle:   | Hacienda Laureles                | No. Int. Y ext.:  | S/N                         |
| COLONIA:                               | Fraccionamiento Hacienda de Cuautitlán                     |                                  | MUNICIPIO:  | Cuautitlán México           |
| C.P.:                                  | 54870  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:      | De lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.<br>Sábados de 09:00 a 13:00 hrs. |                             |
| LADA:                                  | TELÉFONOS:   | EXTS.:                           | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:         |
| N/A                                    | No aplica  | No aplica                        | No aplica   | dsalud@difcuautitlan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                | No aplica  |                                  |   |                             |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                  |  |                                  |   |                             |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                  | ¿Hay un máximo de emisiones por familia?                   |                                  |   |                             |
| RESPUESTA:                             | No, se pueden realizar lo que sea necesario por familia    |                                  |   |                             |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                  | ¿Se puede solicitar aun cuando se viva en otro municipio?  |                                  |   |                             |
| RESPUESTA:                             | Sí, no importa el municipio de donde venga                 |                                  |   |                             |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                  | ¿Tarda mucho en hacer mi certificado?                      |                                  |   |                             |
| RESPUESTA:                             | No, todo va a depender de las personas que estén en espera |                                  |   |                             |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS      |  |                                  |   |                             |
| No aplica                              |  |                                  |   |                             |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ELABORÓ</p>  <p>Mtra. Angelica Sánchez Contreras<br/>Titular De La Dirección De Salud Del SMDIFC</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>Mtra. Martha Mónica Zúñiga Padron<br/>Directora General Del SMDIFC</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>28/02/2025</p> |
|--|--|--|

