



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
El poder de servir

|  |   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|--|
| NOMBRE: Servicio de Enfermería   |   | TRÁMITE:                          | SERVICIO <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Toma de signos vitales, y antropométricos que toma en Forma Personal que otorga el área de. Enfermería.  |   |                                   |  |
| DESCRIPCIÓN:   |   |                                   |  |
| El Servicio consiste en la toma de signos vitales aplicación del cuadro de vacunación, revisión de DIU, Aplicación de implantes y planificación Familiar. Que requiera el ciudadano. |   |                                   |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:  | Ley General de Salud, Artículo 157 Bis 1o. Última Reforma DOF 07-06-2024  |                                   |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:   | N/A   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   | <input type="checkbox"/> SI<br><input checked="" type="checkbox"/> NO   | DIRECCIÓN WEB                     | N/A  |
| 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 de Enfermería a disposición de la población en general, para prevenir y/o erradicar riesgos epidemiológicos en la Municipalidad. |                                   |  |
| REQUISITOS:  | ORIGINAL<br>Anotar SI o NO  | COPIAS<br>anotar con número       | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |   |                                   |  |
| 1. Cartilla de Vacunación  | 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. Estudios de Laboratorio   | Si  | 0                                 |  |
| 3. Receta de tratamientos anteriores   | si  | 0                                 |  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |   |                                   |  |
| N/A  | N/A   | N/A                               | N/A  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |   |                                   |  |
| N/A  | N/A   | N/A                               | N/A  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|   |   |  |   |                             |  |                             |   |                             |
|---|---|--|---|-----------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>     | El ciudadano solicita el servicio de enfermería en la recepción del SMDIF, se le guía a la enfermería, en donde se le proporciona la atención solicitada.   |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                            | 30 minutos máximo, tiempo de espera entre cada paciente.  |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>COSTO:</b>   | Gratuito  |  | <b>Ley General de Salud</b> , Artículo 157 Bis 1o. Última Reforma DOF 07-06-2024<br><b>NORMA Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993</b> , DOF: 30/05/1994 |                             |  |                             |   |                             |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                       | EFECTIVO<br><input type="radio"/>   | no<br><input type="radio"/>                | TARJETA DE CRÉDITO<br><input type="radio"/>   | no<br><input type="radio"/> | TARJETA DE DÉBITO<br><input type="radio"/> | no<br><input type="radio"/> | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)<br><input type="radio"/> | no<br><input type="radio"/> |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                                 | No aplica   |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                                  | N/A   |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartilla de vacunación se sella conforme a la fecha de la aplicación de la vacuna.</li> <li>- Receta donde indica el tratamiento conforme al diagnóstico</li> <li>- Cartilla de vacunación muestra faltantes de aplicar</li> </ul> |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>                   | N/A   |  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                             |   |  | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>   |                             |  |                             |   |                             |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia |   |  | Dirección de Servicios Médicos y Asistenciales  |                             |  |                             |   |                             |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                           |   | Lic. Guadalupe Carolina Olivares Castillo  |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>DOMICILIO:</b>   | <b>CALLE:</b>   | Av. Alfredo del Mazo Esquina Av. Tezozómoc |   | <b>S/N</b>                  | <b>S/N</b>                                 |                             |   |                             |
| <b>COLONIA:</b>   | Alfredo Baranda   |  | <b>MUNICIPIO:</b>   | Valle de Chalco Solidaridad |  |                             |   |                             |
| <b>C.P.</b>   | 56610   | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>         | Lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas  |                             |  |                             |   |                             |
| <b>LADA:</b>  | <b>TELÉFONOS:</b>   | <b>EXTS.</b>                               | <b>FAX:</b>   | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>  |  |                             |   |                             |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



|  |              |  |  |                          |  |
|--|--------------|--|--|--------------------------|--|
| 55   | 59 71 11 70  | S/N  | S/N                                    | Saluddif2022@hotmail.com |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (28)</b>   |              |  |  |                          |  |
| 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 1RA | MUNICIPIO:   | Valle de Chalco Solidaridad            |                          |  |
| C.P.   | 57000        | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:  | Lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas |                          |  |
| LADA:  | TELÉFONOS:   | EXTS.  | FAX:                                   | CORREO ELECTRÓNICO:      |  |
| 55   | 59712363     | S/N  | S/N                                    | Saluddif2022@hotmail.com |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  |              | N/A  |  |                          |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL (29)</b>  |              |  |  |                          |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  |              | ¿Realizan curaciones?  |  |                          |  |
| RESPUESTA:   |              | Dependiendo de la lesión, ya algunas son cirugías mayores                                      |  |                          |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  |              | ¿Aquí podrían colocarme el DIU?  |  |                          |  |
| RESPUESTA:   |              | Si   |  |                          |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  |              | ¿Se realizan suturas?  |  |                          |  |
| RESPUESTA:   |              | Si, siempre y cuando no sea cirugía mayor, de ser así, se referencia a una unidad de 2° nivel. |  |                          |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>   |              |  |  |                          |  |
| 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 es servir

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>ELABORÓ</b></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><b>VISTO BUENO:</b></p>  <p>Lic. Guadalupe Cason Castillo</p> <p>Presidenta Honorifica del Sistema Municipal DIF de Valle de Chalco Solidaridad.</p> | <p><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b></p> <p>12/03/25</p> |
|---|---|---|