

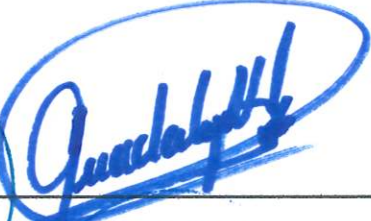



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|-----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | x |
| ULTRASONIDO (DIRECCIÓN DE SERVICIOS MEDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN) | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | CÓDIGO DE LA CÉDULA: | SMDIFH-DSM-14 | |
| OTORGAR SERVICIO DE ULTRASONIDO A LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE HUIXQUILUCAN | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS LEY GENERAL DE SALUD, TÍTULO TERCERO (PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD) NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-035-SSA3-2012 ARTÍCULO 117 DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | RESULTADOS DE ESTUDIO DE LABORATORIO | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | SE REALIZA CON SOLICITUD MÉDICA, PARA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS QUE SE PUEDEN DETECTAR MEDIANTE ESTE ESTUDIO | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. | NO APLICA | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| SOLICITUD PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIO | N/A | N/A | NO APLICA | |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS | | | | |
| NO APLICA | N/A | N/A | NO APLICA | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| NO APLICA | N/A | N/A | NO APLICA | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL | SE REALIZA EL PAGO EN CAJAS ESTABLECIDAS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|------------|--|------------------------------------|----------------------------|----|--|
| CIUDADANO | ACUDIR AL AREA INDICADA EN DONDE SE REALIZA EL ULTRASONIDO ESPERAR RESULTADOS | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 45 MINUTOS | | | | | | | | |
| COSTO: | \$250.00 A \$500.00 | ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XIX DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | UNA VEZ REALIZADO EL PAGO, SE PROCEDE A REALIZAR EL SERVICIO | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | NO APLICA | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | | | | DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LICENCIADA MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CARRETERA HUIXQUILUCAN – SAN RAMÓN | | | NO. INT. Y EXT.: | 66 | | | |
| COLONIA: | SAN JUAN BAUTISTA | | | MUNICIPIO: | HUIXQUILUCAN | | | | |
| C.P.: | 52760 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | EN EL DIF CENTRAL, EN CLÍNICA-ALBERGUE MATER DEÍ MIÉRCOLES DE 08:00 A 20:00 HORAS | | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| 55 | 8284 1740, 8284 1746 Y 8284 0241 | | 130 | N/A | www.difhuixquilcan.gob.mx | | | | |
| 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.: | N/A | | |
| COLONIA: | NO APLICA | | | MUNICIPIO: | NO APLICA | | | | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | NO APLICA | | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | |
| N/A | NO APLICA | | N/A | N/A | NO APLICA | | | | |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| FORMATO(S) DESCARGABLES | NO APLICA | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿TIENE ALGUNA INDICACIÓN? | |
| RESPUESTA: | DEPENDE DEL TIPO DE USG SOLICITADO | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿TENGO QUE AGENDAR CITA? | |
| RESPUESTA: | SI, YA QUE EL SERVICIO SE REALIZA SOLO UNA VEZ A LA SEMANA | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿ES NECESARIO TOMAR ALGUN MEDICAMENTO PREVIO AL ESTUDIO? | |
| RESPUESTA: | DE ACUERDO AL USG SOLICITADO LE PROPORCIONARAN LAS INDICACIONES | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | |
| NO APLICA | | |
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|   DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DR. MOISÉS MARTÍNEZ BRISEÑO DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN |   DIRECCIÓN GENERAL LIC. MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | 31 DE AGOSTO DEL 2023 |