



DECISIONES FIRMEES, RESULTADOS FUERTES.

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMIT E.	SERVICIO	x
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO profilaxis				
DESCRIPCIÓN:				
<p>Su principal función es eliminar el sarro y la placa bacteriana, su procedimiento es sencillo, se inicia con la eliminación del sarro que se encuentra encima de la línea de la encía y se termina con un pulido con una pasta y cepillo especial.</p>				
FUNDAMENTO LEGAL:	NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente clínico NORMA Oficial Mexicana NOM 013 SSA2 2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales			
DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	VIGENCIA		N/A
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	S 1	NO	DIRECCIÓN WEB	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	Cuando el ciudadano se presente requiriendo la atención			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO.	
PERSONAS FÍSICAS				
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				
N/A	N/A	N/A	N/A	
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
N/A	N/A	N/A	N/A	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:	45 minutos	TIEMPO DE RESPUESTA:	30 minutos	
COSTO:	\$100			
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	X	TARJETA DE CRÉDITO	
			TARJETA DE DÉBITO	
¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	EN LA CAJA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHIAUTLA			
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE	De acuerdo al diagnóstico dentro de la consulta odontológica el paciente debe presentarse con radiografía de la pieza a tratar			

DEPENDENCIA U ORGANISMO:		SISTEMA MUNICIPAL DIF CHIAUTLA		UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		SALUD Y DEPORTE (ODONTOLOGIA)	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				C. AURELIA NATALIA AGUIRRE RUIZ			
DOMICILIO:		CALL E:	AV. DEL TRABAJO	NO. INT. Y EXT.:		S/N	
COLONIA:		CENTRO		MUNICIPIO:	CHIAUTLA		
C.P.:	56030	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		LUNES A VIERNES DE 9 A 17 HRS			
LADA:	N/A	TELÉFONOS:		EXTS.:	N/A	FAX:	N/A
	95 3 56 63					CORREO ELECTRÓNICO:	smdf.chiautla@gmail.com
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:		N/A					
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:				N/A			
DOMICILIO		CALL E:	N/A	NO. INT. Y EXT.:		N/A	
COLONIA:	N/A		MUNICIPIO:	N/A			
C.P.:	N/A	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		N/A			
LADA:	N/A	TELÉFONOS:		EXTS.:	N/A	FAX:	N/A
	N/A					CORREO ELECTRÓNICO:	N/A
MUNICIPIOS QUE ATIENDE:		N/A					
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1: <i>*Cada cuánto se debe realizar este procedimiento?</i>							
RESPUESTA:		Cada 6 meses					
PREGUNTA FRECUENTE 2:							
RESPUESTA:							
PREGUNTA FRECUENTE 3:							
RESPUESTA:							
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
ELABORÓ:		CD ERIKA BARBOSO ESTRADA		VISTO BUENO:		LIC. ADRIANA ARELLANO CASTILLO	
NOMBRE COMPLETO				NOMBRE COMPLETO			
FECHA DE ACTUALIZACIÓN:		10/SEPTIEMBRE/2021					