

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|---|-----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| Enjuagatorios de flúor en escuelas primarias | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | Código de la Cédula | TLAL/DIF/21 | | |
| Se brinda servicio en las escuelas públicas de educación primaria, entro del municipio de Tlalnepantla de Baz, con la finalidad de prevenir enfermedades bucodentales, los infantes del municipio y brindar una cultura de prevención e higiene oral a través de platicas informativas. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | Artículo 4 párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículos 27, fracción III y 112 fracción III de la Ley General de la Salud. Artículo 1 y 3 fracción II de la Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia". Artículo 121 del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | No aplica | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | No aplica | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | No aplica |
| | | x | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Prevención de enfermedades bucales en niños y niñas de escuelas primaria | | | |
| 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, | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| No aplica. | No aplica. | No aplica. | No aplica. | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| No aplica. | No aplica. | No aplica. | No aplica. | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| Oficio dirigido al Departamento de odontología solicitando el servicio, este deberá contener: nombre de la institución, domicilio, correo electrónico y numero de contacto. | Sí | 1 | Manual de Procedimientos de la Dirección de Salud del SMDIF, publicado en la Gaceta Municipal número 38 sexta sección, de fecha 24 de octubre 2024. | |
| Consentimiento informado debidamente llenado y autorizado por padre, madre o tutor, (se proporciona a la | Sí | 0 | | |



| | | | | | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| institución antes de días antes de realizar el servicio) | | | | | | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | 1. La institución educativa solicitara el servicio mediante oficio al departamento de odontología. | | | | | | | |
| | 2. El Departamento de Odontología acusa de recibido el oficio y en máximo 5 días hábiles e informa a la institución vía telefónica la afirmativa del servicio y la fecha en la que se realizara el servicio. | | | | | | | |
| | 3. Los odontólogos adscritos al Departamento de Odontología se presentan a la escuela primaria a realizar el servicio. | | | | | | | |
| | 4. Las y los niños presentan su consentimiento informado, debidamente autorizado se realiza la aplicación de flúor. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 5 días hábiles a partir de que se recibe el oficio solicitando el servicio | | | | | | | |
| COSTO: | Gratuito. | | Fundamento Jurídico: No aplica. | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | • No aplica | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No aplica | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | No aplica | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No aplica | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|------------------|------|-----|---------------------|------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Tlalnepantla de Baz | | | | Subdirección Medica | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Mtra. Fabiola Ventura Ríos | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Av. Convento de Santa Mónica esquina Convento de San Fernando | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | | | |
| COLONIA: | Fraccionamiento Jardines de Santa Mónica | | MUNICIPIO: | Tlalnepantla de Baz | | | | | |
| C.P.: | 54050 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas | | | | | | |
| LADA: | 55 | TELÉFONOS: | 53612115 | EXTS.: | 293 | FAX: | N/A | CORREO ELECTRÓNICO: | odontologia@diftlalnepantla.gob.mx |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.M.F. Víctor Tadeo Alva González | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | 5 de febrero | | | NO. INT. Y EXT.: | 4 | | | |
| COLONIA: | Hab. Magisterial Vista Bella | | MUNICIPIO: | Tlalnepantla de Baz | | | | | |
| C.P.: | 54055 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas | | | | | | |
| LADA: | 55 | TELÉFONOS: | | EXTS.: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | |



| | | | | |
|--|----------|--|-----|------------------------------------|
| 55 | 53650971 | N/A | N/A | odontologia@diftlalnepantla.gov.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | No aplica | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿El servicio es para toda la población? | | |
| RESPUESTA: | | El servicio es para todas las escuelas primaria del municipio de Tlalnepantla de Baz | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿En qué beneficia este servicio a los niños? | | |
| RESPUESTA: | | Ayuda a la prevención de caries dental | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿Tiene algún costo el servicio? | | |
| RESPUESTA: | | No, el servicio es gratuito | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | |
| No aplica. | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| ELABORÓ: Dra. Fabiola Ventura Ríos Subdirectora Médica | VISTO BUENO: Dra. Fabiola Ventura Ríos Subdirectora Médica | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20/Enero/2025 |
|--|--|---|

