

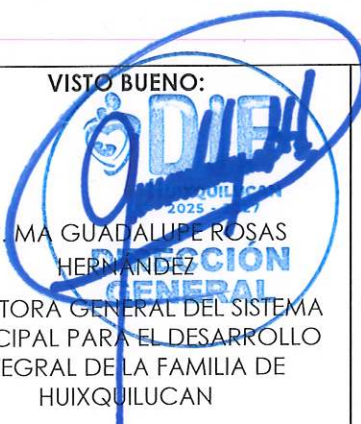
## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

### CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                     |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | TRÁMITE:                                            |  | SERVICIO:                         |  | X                                                                                                                                             |  |
| ATENCIÓN AL NACIMIENTO POR CESÁREA, QUE BRINDA LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                     |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | Código de la Cédula:                                |  | SMDIFH-DSM-04                     |  |                                                                                                                                               |  |
| OTORGAR LA ATENCIÓN AL NACIMIENTO POR CESÁREA A LAS MUJERES POR COMPLICACIONES EN EL MUNICIPIO DE HUIXQUILUCAN.                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                     |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                |  | ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>LEY GENERAL DE SALUD, TÍTULO TERCERO (PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD)<br>ARTÍCULOS 116, 123, 124 Y 125 DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. |         |                                                     |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                             |  | CERTIFICADO DE NACIMIENTO<br>ALTA DE LA MADRE Y BEBÉ<br>RECETA MÉDICA DEL LA MADRE Y BEBÉ                                                                                                                                                                                                       |         |                                                     |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | PERMANENTE                                                                                                                                    |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                           |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO<br>X | DIRECCIÓN<br>WEB                                    |  | NO APLICA                         |  |                                                                                                                                               |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | CUANDO LA PACIENTE LO SOLICITA O POR COMPLICACIONES |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA.                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | NO APLICA                                           |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | ORIGINAL                                            |  | COPIAS                            |  | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.                                                                                                           |  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                     |  |                                   |  |                                                                                                                                               |  |
| 1.-PRESENTAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (INE)                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  | NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO                                                                              |  |
| 2.-ACTA DE NACIMIENTO                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  | NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA. |  |
| 3.-CURP ACTUALIZADA                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  |                                                                                                                                               |  |
| 4.-COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A TRES MESES                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN |  |
| 5.-COMPROBANTE DE INGRESOS (QUE RECIBEN COMO COMPROBANTE DE INGRESOS) (PUEDE SER EMPRESARIAL O PERSONAL DE ACUERDO AL TRABAJO LABORAL AL QUE PERTENEZCA)         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  |                                                                                                                                               |  |
| 6.-TRES REFERENCIAS PERSONALES PARA CUALQUIER EMERGENCIA (LAS CUALES DEBEN PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE COMPLETO,                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | SI                                                  |  | 2                                 |  |                                                                                                                                               |  |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----|
| PARENTESCO Y NÚMERO DE TELÉFONO)                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| 7.-CROQUIS DE SU CASA AL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (ESPECIFICANDO PUNTOS DE REFERENCIA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI                                      | 2                                                                                               |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| NO APLICA                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                     | N/A                                                                                             | NO APLICA  |                   |                                                                                                                |                            |    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| NO APLICA                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                     | N/A                                                                                             | NO APLICA  |                   |                                                                                                                |                            |    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                          | <p>1.- LA PACIENTE ACUDE AL PUNTO DE ATENCIÓN, ACOMPAÑADA DE UN FAMILIAR O PERSONA MAYOR DE EDAD A VALORACIÓN MÉDICA QUE DA O NO LA INDICACIÓN PARA EL INGRESO A LA UNIDAD.</p> <p>2.- SE PROCEDE A REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE. REGRESA CON EL COMPROBANTE DE PAGO A TRABAJO SOCIAL Y LE DA EL PASE DE INGRESO.</p> <p>3.- PASA CON ENFERMERÍA PARA PREPARACIÓN, REGISTRO E INGRESO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.</p> |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                 | 24 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| COSTO:                                                                                                                    | <p>\$ 13,500.00</p> <p>ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XIX DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| 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 RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE                                                                                       | UNA VEZ REALIZADO EL PAGO SE PROCEDE A LA ATENCIÓN MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                 |            |                   |                                                                                                                |                            |    |
| 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 DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN |                            |    |
| 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 DIF CENTRAL EN CLÍNICA MATER DEI, ATENCIÓN DE LUNES A DOMINGO 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO |            |                   |                                                                                                                |                            |    |

|                                        |                    |                                                                                                                                                                                                                   |           |            |                                                                            |
|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| LADA:                                  | TELÉFONOS:         |                                                                                                                                                                                                                   | EXTS.:    | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                                                        |
| 55                                     | 59493878, 82842635 |                                                                                                                                                                                                                   | N/A       | N/A        | <a href="http://www.difhuixquilucan.gob.mx">www.difhuixquilucan.gob.mx</a> |
| 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                |                    | <a href="https://difhuixquilucan.gob.mx/wp-content/uploads/2025/03/formatos-del-Nacimiento-por-cesarea.pdf">https://difhuixquilucan.gob.mx/wp-content/uploads/2025/03/formatos-del-Nacimiento-por-cesarea.pdf</a> |           |            |                                                                            |

| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                                                                                                                                                                         | ¿TENGO QUE LLEVAR EL CONTROL PRENATAL EN LA CLÍNICA MATER DEI?                                                                                                                                                                                               |                                                              |
| RESPUESTA:                                                                                                                                                                                                                                                    | PREFERENTEMENTE SI, YA QUE EL MÉDICO VIGILARÁ LA CORRECTA EVOLUCIÓN Y EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO.                                                                                                                                                                |                                                              |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                                                                                                                                                                         | ¿PUEDE HABER COSTOS EXTRAS?                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |
| RESPUESTA:                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                                                                                                                                                                         | ¿EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO TIENE ALGÚN COSTO?                                                                                                                                                                                                             |                                                              |
| RESPUESTA:                                                                                                                                                                                                                                                    | NO, ES GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |
| <b>ELABORÓ:</b><br><br><b>DR. MOISÉS MARTÍNEZ BRISEÑO</b><br>DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | <b>VISTO BUENO:</b><br><br><b>LIC. MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ</b><br>DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b><br><br>01 de septiembre 2025. |