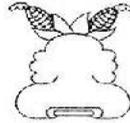




**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
CÉDULA DE INFORMACIÓN  
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA  
FAMILIA**

|   |  |  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| NOMBRE:   |  |  |                                    | TRÁMI<br>TE                                    | N/A   | SERVIC<br>IO:     | x   |                            |     |
| CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS  |  |  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| DESCRIPCIÓN:  |  |  |                                    | Código de la Cédula                            | CAH/023   |                   |     |                            |     |
| SE REALIZA CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACION SOCIAL (URIS) JILOTEPEC Y QUE SOLICITE LOS SERVICIOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA ABARCANDO ENFERMEDADES COMO: PIE DIABÉTICO, ÚLCERA VARICOSA POR PRESIÓN, INFECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS. EN GENERAL CUALQUIER HERIDA CON MALA EVOLUCIÓN. |  |  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:   |  | NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010                                     |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:  |  | N/A  |                                    |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | N/A               |     |                            |     |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  |  | SI   | NO                                 | DIRECCIÓN WEB                                  | N/A   |                   |     |                            |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  |  | EN CASO DE QUE EL PACIENTE DESEE EL SERVICIO DE CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA   |  | N/A  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| REQUISITOS:   |  |  | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,                                       |                   |     |                            |     |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |  |  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| N/A   |  |  | N/A                                | N/A  | N/A   |                   |     |                            |     |
| <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   |                   |     |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   |  | 15 MINUTOS   |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| COSTO:  |  | \$ 35.00   |                                    |  | Fundamento Jurídico ACTA DE JUNTA DE GOBIERNO DE FECHA 1 DE ENERO DE 2022 |                   |     |                            |     |
| 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:  |  | EN CAJA DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACION SOCIAL DE JILOTEPEC     |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:   |  | N/A  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE   |  | OBTENCIÓN DEL SERVICIO DE CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS                       |                                    |  |   |                   |     |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   |  | SACAR CITA Y PAGAR LA CUOTA DE RECUPERACIÓN                                  |                                    |  |   |                   |     |                            |     |



|   |   |                                  |        |   |                     |     |  |
|---|---|----------------------------------|--------|---|---------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:  |   |                                  |        | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:            |                     |     |  |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA         |   |                                  |        | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL |                     |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:  |   | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES    |        |   |                     |     |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:  | CARRETERA JILOTEPEC/XHIXHATA S/N |        |   | NO. INT. Y EXT.:    | N/A |  |
| COLONIA:  | XHIXHATA  |                                  |        | MUNICIPIO:                                    | JILOTEPEC           |     |  |
| C.P.:   | 54256   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:      |        | LUNES A VIERNES DE 8:00 A 16:00 HORAS         |                     |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS:  |                                  | EXTS.: | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO: |     |  |
| 761   | 734-40-00   |                                  | N/A    | N/A   | uris2224@gmail.com  |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                       |   |                                  |        |   |                     |     |  |
| OFICINA:  | N/A   |                                  |        |   |                     |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                   |   | N/A                              |        |   |                     |     |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:  | N/A                              |        |   | NO. INT. Y EXT.:    | N/A |  |
| COLONIA:  | N/A   |                                  |        | MUNICIPIO:                                    | N/A                 |     |  |
| C.P.:   | N/A   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:      |        | N/A   |                     |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS:  |                                  | EXTS.: | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO: |     |  |
| N/A   | N/A   |                                  | N/A    | N/A   | N/A                 |     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES   | N/A   |                                  |        |   |                     |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>  |   |                                  |        |   |                     |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:   | ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR CURACIÓN EN LA URIS?   |                                  |        |   |                     |     |  |
| RESPUESTA:  | TODA PERSONA QUE ASI LO SOLICITE  |                                  |        |   |                     |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:   | ¿PUEDEN ATENDERME AUNQUE NO SEA DEL MUNICIPIO!  |                                  |        |   |                     |     |  |
| RESPUESTA:  | SI, SE ATIENDE A LA POBLACIÓN EN GENERAL  |                                  |        |   |                     |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:   | ¿SE ME PROPORCIONA EL MATERIAL DE CURACIÓN EN EL SERVICIO!                              |                                  |        |   |                     |     |  |
| RESPUESTA:  | NO, SE VALORA CADA CASO EN PARTICULAR Y SE PIDE EL MATERIAL DE CURACIÓN DE CADA PERSONA |                                  |        |   |                     |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                            |   |                                  |        |   |                     |     |  |
| CONSULTA MÉDICA, CERTIFICADO MÉDICO, SESIONES EN CÁMARA HIPERBÁRICA |   |                                  |        |   |                     |     |  |

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| ELABORÓ:   | VISTO BUENO:  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|  |   | 23/03/2023              |
| ING. MARLEN TORALES COLÍN<br>ENLACE DE MEJORA REGULATORIA DEL<br>SISTEMA MUNICIPAL DIF | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES,<br>DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF |                         |

