



Registro de Trámites y Servicio del
Municipio de Huejotzingo

Homoclave

056/HUE/DIF/ODONT/2025

GOBIERNO MUNICIPAL DE HUEJOTZINGO

Dependencia o Entidad	Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Huejotzingo		
Unidad Administrativa	Salud		
Señale si es trámite o servicio	Servicio		
Nombre del trámite o servicio	Consulta Odontológica		
Descripción del trámite o servicio	Interacción entre odontólogo y paciente para evaluar su estado de salud bucal, incluye interrogatorio, exploración física y diagnóstico.		
Modalidad (si existe)	No aplica	Tipo de trámite	Historia clínica y odontograma
¿Quién puede solicitar el trámite?	Paciente, parente y/o tutor en compañía del menor o del adulto mayor		
Fundamento Jurídico	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 4º), Ley General de Salud (Artículo 48)		
Describa con lenguaje claro, sencillo y conciso el caso en que debe o puede realizarse el trámite	El servicio puede solicitarse en caso en que el interesado lo considere necesario ya sea para conocer su estado de salud actual (sano) o en caso de padecer alguna enfermedad bucal.		

DATOS DEL CONTACTO

Nombre	L.E. Ana Karen Hernández De Jesús	Teléfono	2272767687
Cargo	Odontologa del SM DIF Huejotzingo	Correo	No Aplica

OFICINAS DE ATENCIÓN

Nombre de la unidad responsable	Sistema Municipal DIF Huejotzingo	Horario de atención	Lunes a Viernes; 09:00 a 17:00 hrs
Dirección	Av El Carmen 1606, Primer Barrio, 74160, Huejotzingo, Pue.	Correo	No Aplica

MEDIO DE PRESENTACIÓN

Pasos a seguir	1.- Acudir al SM DIF Huejotzingo en horario de atención 2.- Dirigirse a consultorio de odontología y agendar una cita 2.- Una vez agendada la cita, acudir en día y hora establecido. 3.- Realizar el registro en recepción y el pago correspondiente en caja 4.- Dirigirse al consultorio y solicitar la atención
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Es posible agendar una cita para la realización del trámite o servicio?	Sí, deberá agendarse de manera presencial, puede solicitarlo el interesado o algún familiar	¿Es posible agendar la cita en línea?	sí, mediante grupo de WhatsApp
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

FORMATO

¿Se presenta algún formato? SI/NO	No Aplica	Formato	No Aplica
Nombre del formato	No Aplica	¿Es posible descargar el(s) formato(s) en línea desde algún sitio web del sujeto obligado?	No Aplica

REQUISITOS

Nombre del requisito	CURP, Acta nacimiento, Comprobante domicilio, INE (paciente o en caso de ser menor de edad del tutor)		
Fundamento jurídico	NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico		

CONSERVAR LA INFORMACIÓN

¿Este trámite requiere conservar información para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?	No Aplica
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------



Registro de Trámites y Servicio del
Municipio de Huejotzingo

Homoclave

056/HUE/DIF/ODONT/2025

MONTO DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS APLICABLES			
Indicar monto	Consulta Dental: \$45	Medios disponibles de pago	Efectivo
Fundamento jurídico	Artículo 81, fraccion V, de la Ley de ingresos del Estado de Puebla, para el ejercicio fiscal del 2025.		
CRITERIO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE			
¿Es suficiente cumplir con la totalidad de los requisitos en tiempo y forma para obtener una resolución favorable de este trámite o servicio? SI/NO		SI	
Señale la metodología para llevar a cabo la resolución del trámite o servicio		El solicitante deberá cumplir con el proceso anteriormente descrito para tener la resolución de su servicio	
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN			
¿Este trámite requiere inspección o verificación?	No aplica	Nombre de la inspección o verificación	No aplica
Fundamento jurídico	No aplica		
PLAZO DE PREVENCIÓN			
El plazo con el que cuenta el sujeto obligado para prevenir al solicitante	No aplica	Plazo para que el interesado cumpla con la prevención	No aplica
PLAZO MÁXIMO			
Señale el plazo que tiene el sujeto obligado para resolver	Inmediato		
FICTA			
Señale el tipo de ficta, si aplica	No Aplica		
VIGENCIA			
Señale la vigencia	No Aplica		
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			
Indique el sector al que va dirigido el trámite	Público en general	¿La resolución de este trámite está vinculada con la presentación de otros trámites, los cuales en conjunto se encuentran orientados al cumplimiento de una misma actividad?	No
¿La resolución es requisito de otro trámite o servicio?	No Aplica		
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA			
Número de solicitudes aceptadas		Número de solicitudes rechazadas	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Información Adicional			