

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC DE  
MORELOS  
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NOMBRE:</b>                                                                                                                                                                                                      |  | <b>TRÁMITE:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |         | <b>SERVICIO</b>                          |  | <b>X</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <b>VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO A USUARIOS POR PARTE DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA</b>                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>DESCRIPCIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| CONSISTE EN PROPORCIONAR VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN LAS CASAS DE DÍA QUE CUENTAN CON CONSULTORIO; TOMA DE SIGNOS VITALES, RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y CANALIZACIONES. |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>                                                                                                                                                                                            |  | ARTÍCULO 66.-LAS ATRIBUCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR LE CORRESPONDEN LAS SIGUIENTES FUNCIONES: REALIZACIÓN DE ESCALAS DE EVALUACIÓN GERONTOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO POSTERIOR PARA PROMOVER ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, DIGNO Y EXITOSO. |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>DOCUMENTO A OBTENER:</b>                                                                                                                                                                                         |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                       |         | <b>VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:</b> |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>¿SE REALIZA EN LÍNEA?:</b>                                                                                                                                                                                       |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                        | NO<br>X | <b>DIRECCIÓN WEB</b>                     |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:</b>                                                                                                                                                                 |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA</b>                                                                                                        |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>REQUISITOS</b>                                                                                                                                                                                                   |  | <b>ORIGINAL</b><br>Anotar<br>SI o NO                                                                                                                                                                                                                      |         | <b>COPIAS</b><br>anotar con<br>número    |  | <b>FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 1.- ESTAR INSCRITO EN ALGUNA DE LAS CASAS DE DÍA O EN ALGUNO DE LOS CLUBES DE ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC                                                                                             |  | NO                                                                                                                                                                                                                                                        |         | 0                                        |  | <b>REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF ECATEPEC</b><br><br><b>ARTICULO 66.-LAS ATRIBUCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR LE CORRESPONDEN LAS SIGUIENTES FUNCIONES: REALIZACIÓN DE ESCALAS DE EVALUACIÓN GERONTOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO DE EVALUACIÓN GERONTOLÓGICA Y SEGUIMIENTO PARA PROMOVER</b> |  |

|                                                                            |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
|                                                                            |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        |                                                            | ENVEJECIMIENTO SALUDABLE,<br>DIGNO Y ÉXITOS. |                                  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                        |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| N/A                                                                        |                                                                                                                                   | N/A                                                                          |                          | N/A                                    |                                                            |                                              |                                  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                              |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| N/A                                                                        |                                                                                                                                   | N/A                                                                          |                          | N/A                                    |                                                            |                                              |                                  |
| <b>PASOS A SEGUIR<br/>QUE DEBE DE<br/>REALIZAR EL<br/>CIUDADANO</b>        | 1.-EN LAS CASAS DE DÍA QUE CUENTAN CON CONSULTORIOS, SE REALIZA<br>VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA, PREVIA CITA |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>PLAZO MÁXIMO<br/>DE RESPUESTA</b>                                       | DEPENDIENDO DE AGENDA PROGRAMADA POR CADA CONSULTORIO                                                                             |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>COSTO:</b>                                                              | GRATUITO                                                                                                                          |                                                                              | N/A                      |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>FORMA DE<br/>PAGO:</b>                                                  | EFFECTIVO                                                                                                                         | N/A                                                                          | TARJETA<br>DE<br>CRÉDITO | N/A                                    | TARJETA DE<br>DÉBITO                                       | N/A                                          | EN LÍNEA<br>(PORTAL DE<br>PAGOS) |
| <b>DÓNDE PODRÁ<br/>PAGARSE:</b>                                            | N/A                                                                                                                               |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>OTRAS<br/>ALTERNATIVAS:</b>                                             | N/A                                                                                                                               |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>CRITERIOS DE<br/>RESOLUCION<br/>DEL TRAMITE</b>                         | N/A                                                                                                                               |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>APLICACIÓN DE<br/>LA AFIRMATIVA<br/>FICTA</b>                           | N/A                                                                                                                               |                                                                              |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                                            |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA<br/>RESPONSABLE:</b>              |                                              |                                  |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA<br>FAMILIA EN ECATEPEC |                                                                                                                                   |                                                                              |                          |                                        | DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL<br>ADULTO MAYOR (CASAS DE DÍA) |                                              |                                  |
| <b>TITULAR DE LA<br/>DEPENDENCIA:</b>                                      |                                                                                                                                   | LIC. ÁNGELA GONZÁLEZ MENESES                                                 |                          |                                        |                                                            |                                              |                                  |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                          | <b>CALLE:</b>                                                                                                                     | VIA. JOSÉ LÓPEZ PORTILLO KM 1 ESQUINA 20<br>DE NOVIEMBRE Y MIGUEL DE LA MORA |                          |                                        |                                                            | <b>NO. INT. Y<br/>EXT.:</b>                  | N/A                              |
| <b>COLONIA:</b>                                                            | EJIDAL EMILIANO ZAPATA                                                                                                            |                                                                              |                          | <b>MUNICIPIO:</b>                      | ECATEPEC                                                   |                                              |                                  |
| <b>C.P.:</b>                                                               | 55020                                                                                                                             | <b>HORARIO Y DÍAS DE<br/>ATENCIÓN:</b>                                       |                          | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS |                                                            |                                              |                                  |

| LADA:                                         | TELÉFONOS:                               | EXTS.:                      | FAX:             | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55                                            | 58988150                                 | N/A                         | N/A              | <a href="mailto:DADULTOMAYORDIFECATEPEC@GMAIL.COM">DADULTOMAYORDIFECATEPEC@GMAIL.COM</a> |
| <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:                         | ¿TIENE ALGÚN COSTO?                      |                             |                  |                                                                                          |
| RESPUESTA:                                    | NO, ES TOTALMENTE GRATUITO               |                             |                  |                                                                                          |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                         | ¿SI TENGO 59 AÑOS ME LO PROPORCIONAN?    |                             |                  |                                                                                          |
| RESPUESTA:                                    | NO, ES NECESARIO TENER 60 AÑOS CUMPLIDOS |                             |                  |                                                                                          |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                         | ¿ME PUEDEN DAR DOS APARATOS FUNCIONALES? |                             |                  |                                                                                          |
| RESPUESTA:                                    | NO, SOLO UNO POR PERSONA                 |                             |                  |                                                                                          |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>      |                                          |                             |                  |                                                                                          |
| N/A                                           |                                          |                             |                  |                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  <p><b>ELABORÓ:</b></p>  <p><b>C. FAVIOLA TUFIÑO RAZO</b><br/>SECRETARÍA DE GRUPOS VULNERABLES</p> <p><b>SUBDIRECTORA DE GRUPOS VULNERABLES DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</b></p> |  <p><b>VISTO BUENO:</b></p>  <p><b>C. EDITH MUÑOZ JURADO</b><br/>DIRECCIÓN GENERAL</p> <p><b>DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</b></p> | <p><b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b></p> <p>30/01/2025</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|