



**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia**  
**Dirección de Prevención y Bienestar Familiar**  
 "2024. Año del Bicentenario de la Erección del Estado Libre y Soberano de México".



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS**  
**CÉDULA DE INFORMACIÓN**

|   |  |   |                                     |     |
|---|--|---|-------------------------------------|-----|
| NOMBRE:   |  | TRÁMITE:  | SERVICIO:                           | X   |
| Consultas de Optometría   |  |   |                                     |     |
| DESCRIPCIÓN:  | Código de la Cédula  | DPyBF2/2024   |                                     |     |
| Valoración de la agudeza visual para detectar problemas de la vista y prescripción de lentes correctivos. |  |   |                                     |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | Artículos 2 y 3 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios |   |                                     |     |
| 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:  | Cuando presente enfermedades de la vista   |   |                                     |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA 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>   |  |   |                                     |     |
| Recibo de pago del servicio   | SI   | I   | N/A                                 |     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |  |   |                                     |     |
| N/A   | NO   | 0   | N/A                                 |     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |  |   |                                     |     |
| N/A   | NO   | 0   | N/A                                 |     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO  | Pasar a pagar a Tesorería del DIF Municipal y ser atendido                       |   |                                     |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   | Previa valoración del paciente   |   |                                     |     |
| COSTO:  | \$30.00 consulta   | Fundamento Jurídico: Artículo 27 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México. |                                     |     |
| FORMA DE PAGO:  | EFFECTIVO  | SI  | TARJETA DE CRÉDITO                  | No  |
|   |  |   | TARJETA DE DÉBITO                   | No  |
|   |  |   | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)          | No  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:  | Treasurería DIF Temoaya  |   |                                     |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:   | N/A  |   |                                     |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE   | N/A  |   |                                     |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A  |   |                                     |     |



## Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Dirección de Prevención y Bienestar Familiar



"2024. Año del Bicentenario de la Erección del Estado Libre y Soberano de México".

|  |   |  |               |  |  |     |  |
|--|---|--|---------------|--|--|-----|--|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>  |   |  |               | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                      |  |     |  |
| Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia de Temoaya   |   |  |               | Dirección del Centro de Prevención y Bienestar Familiar        |  |     |  |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>  |   | Tec. En Enf. Heriberto Gil López   |               |  |  |     |  |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>CALLE:</b>   | Portal Ayuntamiento  |               |  | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                          | 103 |  |
| <b>COLONIA:</b>  | Centro  |  |               | <b>MUNICIPIO:</b>  | Temoaya  |     |  |
| <b>C.P.:</b>   | 50850   | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>   |               | Viernes de 10:00 a 17:00 hrs.<br>Sábados de 09:00 a 13:00 hrs. |  |     |  |
| <b>TELÉFONOS:</b>  |   | <b>EXTS.:</b>  | <b>FAX:</b>   | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                     |  |     |  |
| (01 719)   | 2 65 19 01  | N/A  | N/A           | diftemoaya@hotmail.com   |  |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>  |   |  |               |  |  |     |  |
| <b>OFICINA:</b>  |   | N/A  |               |  |  |     |  |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>   |   | N/A  |               |  |  |     |  |
| <b>DOMICILIO:</b>  | <b>CALLE:</b>   | N/A  |               |  | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                          | N/A |  |
| <b>COLONIA:</b>  | N/A   |  |               | <b>MUNICIPIO:</b>  | N/A  |     |  |
| <b>C.P.:</b>   | N/A   | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>   |               | N/A  |  |     |  |
| <b>LADA:</b>   | <b>TELÉFONOS:</b>   |  | <b>EXTS.:</b> | <b>FAX:</b>  | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                       |     |  |
| N/A  | N/A   | N/A  |               | N/A  | N/A  |     |  |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>   |   | N/A  |               |  |  |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |   |  |               |  |  |     |  |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>   | Que costo tienen los lentes?  |  |               |  |  |     |  |
| <b>RESPUESTA:</b>  | Depende del armazón que el paciente solicite                                |  |               |  |  |     |  |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>   | La Optometrista puede recetarme medicamentos para enfermedades de la vista? |  |               |  |  |     |  |
| <b>RESPUESTA:</b>  | Si el optometrista está calificado para recetar medicamentos                |  |               |  |  |     |  |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>   | Cuál es el horario de atención?   |  |               |  |  |     |  |
| <b>RESPUESTA:</b>  | Martes y Jueves de 10:00 a 14:00 horas                                      |  |               |  |  |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>   |   |  |               |  |  |     |  |
| <br>ELABORÓ:<br>Lic. en Psic. Cecilia González Dorantes<br>Directora del Centro de Prevención y Bienestar Familiar |   | VISTO BUENO:<br><br>Tec. En Enf. Heriberto Gil López<br>Director General del DIF Municipal |               |  | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b><br><br>10/09/2024 |     |  |