

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------|----------|
| NOMBRE: (1)                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        | TRÁMITE: (2) | X                                              | SERVICIO |
| ESTUDIO SOCIOECONÓMICO<br>QUE OTORGA LA DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL DEL SMDIF CHICOLOAPAN                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                |          |
| DESCRIPCIÓN: (3)                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                |          |
| CONSISTE EN REALIZAR ENTREVISTAS A LOS USUARIOS PARA DETERMINAR SU NIVEL DE INGRESOS, ESCOLARIDAD Y CONDICIONES DE VIDA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR SI PERTENECEN A GRUPOS VULNERABLES ASI COMO SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS. |                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                |          |
| FUNDAMENTO<br>LEGAL:<br>(4)                                                                                                                                                                                                 | LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL<br>LEY DE ASISTENCIA SOCIAL                                                                                                                                                                                            |              |                                                |          |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                |          |
| DOCUMENTO A<br>OBTENER:<br>(5)                                                                                                                                                                                              | ESTUDIO SOCIOECONÓMICO                                                                                                                                                                                                                                 |              | VIGENCIA DEL<br>DOCUMENTO<br>A OBTENER:<br>(6) | 3 MESES  |
| ¿SE REALIZA EN<br>LÍNEA?:<br>(7)                                                                                                                                                                                            | S<br>I                                                                                                                                                                                                                                                 | N<br>O<br>x  | DIRECCIÓN<br>WEB                               | N/A      |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE<br>DEBE REALIZARSE:<br>(8)                                                                                                                                                                      | EL TRÁMITE SE REALIZA PARA DESCUENTOS EN PAGOS DE SERVICIOS A PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS VULNERABLES PARA TRÁMITES SOLICITADOS EN UNA INSTITUCIÓN COMO ESCUELAS Y HOSPITALES.<br>Y POR ÚLTIMO PARA LAS NECESIDADES QUE LA POBLACIÓN LO REQUIERA. |              |                                                |          |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE<br>O SERVICIO ESTÁ SUJETO A<br>INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y<br>OBJETIVO DE LA MISMA<br>(9)                                                                                                       | N/A                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                                                |          |

| (10) REQUISITOS:                                                      | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO.              |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                                           |
| 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL<br>VIGENTE DEL MUNICIPIO DE<br>CHICULOAPAN. | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                                      | LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO<br>A LA INFORMACIÓN PÚBLICA |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                                           |
| N/A                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N<br>/<br>A                            | N/A                                                       |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                                           |
| N/A                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N<br>/<br>A                            | N/A                                                       |
| (14) PASOS A<br>SEGUIR QUE<br>DEBE DE<br>REALIZAR EL<br>CIUDADANO     | ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF CHICULOAPAN (CENTRAL) CON<br>COPIA SIMPLE DE SU INE CON DOMICLIO DE CHICULOAPAN, SOLICITAR EN<br>RECEPCIÓN UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y REALIZAR SU PAGO; LUEGO<br>PASAR A LA OFICINA DE ASISTENCIA SOCIAL A CONTESTAR LA<br>ENTREVISTA QUE REALIZAMOS PARA PODER ENTREGAR EL DOCUMENTO<br>REQUERIDO. |                                        |                                                           |



|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|
| (15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | SE BRINDA EN UN TIEMPO APROXIMADO DE 30 MINUTOS QUE ES LA DURACIÓN DE LA ENTREVISTA REALIZADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (16) COSTO:                              | \$30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        | Código Civil Federal<br>Artículo 1794                                |              |                                         |        |                                  |        |
| (17) FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | S<br>I | TARJETA DE<br>CRÉDITO                                                | N<br>O       | TARJETA DE<br>DÉBITO                    | N<br>O | EN LÍNEA<br>(PORTAL DE<br>PAGOS) | N<br>O |
| (18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | EN RECEPCION DE INSTALACIONES DE SMDIF CENTRAL CHICOLLOAPAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (19) OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <ul style="list-style-type: none"> <li>- NO PRESENTAR IDENTIFICACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHICOLLOAPAN O ALGUN DOCUMENTO QUE AVALE QUE PERTENECEN AL MUNICIPIO</li> <li>- SE REALIZA PRESENTANDO INE DE CHICOLLOAPAN Y/O CONSTANCIA DE RESIDENCIA ORIGINAL (EMITIDA POR LA SECRETARIA DEL H. AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE CHICOLLOAPAN), PARA EL TRÁMITE QUE SE REQUIERA.</li> </ul> |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:            | SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLLOAPAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                      |              | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |        |                                  |        |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |                                                                      |              | DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL          |        |                                  |        |
| (24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:          | T.S EVELYN ELIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                      |              |                                         |        |                                  |        |
| (25) DOMICILIO:                          | C<br>A<br>L<br>L<br>E<br>:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | MINA   |                                                                      |              |                                         |        | NO. INT. Y<br>EXT.:              | 5      |
| COLONIA:                                 | CABECERA MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | MUNICIPIO:                                                           | CHICOLLOAPAN |                                         |        |                                  |        |
| C.P.<br>:                                | 56370                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS |              |                                         |        |                                  |        |



|       |                |                                     |
|-------|----------------|-------------------------------------|
|       | (26)           |                                     |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: FAX: CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|       | 55 59 21 68 27 | N/A N/A N/A                         |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

|                                   |            |                             |                  |                     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A        |                             |                  |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A        |                             |                  |                     |
| DOMICILIO:                        | N/A        | N/A                         | NO. INT. Y EXT.: | N/A                 |
| COLONIA:                          | N/A        | MUNICIP IO:                 | 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.       |                             |                  |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:<br>(31) | ¿QUE DOCUMENTO DEBO PRESENTAR PARA REALIZAR MI ESTUDIO SOCIOECONÓMICO ?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                    | COPIA SIMPLE DE SU INE Y QUE LA DIRECCIÓN EN LA MISMA SEA DEL MUNICIPIO DE CHICOLAPN O EN SU CASO, TRAER LA CONSTANCIA DE RESIDENCIA ORIGINAL EMITIDA POR LA SECRETARIA DEL H. AYUNTAMIENTO DE CHICOLAPAN.                                                                                                                                                 |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:<br>(32) | SI NECESITO UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA QUE SE ME APLIQUE UN DESCUENTO EN EL PAGO DE SERVICIOS COMO PREDIAL Y AGUA, PERO LA DIRECCIÓN DE MI INE ES DE OTRO MUNICIPIO, ¿QUÉ DOCUMENTO DEBO PRESENTAR?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                    | SI USTED ES LA PERSONA TITULAR DEL PREDIO CON RESIDENCIA EN CHICOLAPAN Y SU INE TIENE LA DIRECCIÓN DE OTRO MUNICIPIO, NECESITA PRESENTAR LA COPIA DE SU INE Y COMPROBANTE DE DOMICILIO CON DIRECCIÓN DE CHICOLAPAN (PREDIO, AGUA, LUZ, INTERNET) O BIEN, LA CONSTANCIA DE RESIDENCIA ORIGINAL EMITIDA POR LA SECRETARIA DEL H. AYUNTAMIENTO DE CHICOLAPAN. |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

ELABORÓ: T.S EVELYN ELIA  
RODRIGUEZ MARTINEZ

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
02/07/2026



ATENTAMENTE  
TS. EVELYN ELIA RODRÍGUEZ  
MARTÍNEZ





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------|---|---|--|---|---------------|-----|
| NOMBRE:(1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            | TRÁMITE:<br>(2)                          | SERVICIO X |   |   |  |   |               |     |
| PROGRAMA NUTRICIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR DIFEM 2026 A GRUPOS VULNERABLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| DESCRIPCIÓN: (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| CONSISTE EN IDENTIFICAR, REGISTRAR A LAS PERSONAS Y FAMILIAS QUE ENFRENTAN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD, NOS ASEGURAMOS DE QUE LOS BENEFICIARIOS CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA. POSTERIORMENTE, LES BRINDAMOS LA ORIENTACIÓN NECESARIA PARA ACCEDER A LA ENTREGA DE LOS PAQUETES ALIMENTARIOS, CON EL FIN DE GARANTIZAR QUE RECIBAN EL APOYO ADECUADO PARA MEJORAR SU ALIMENTACIÓN Y BIENESTAR. |                                                                                                                                                                                            |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:<br>(4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>ARTÍCULO 4<br>LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL<br>ARTÍCULO 1<br>ARTÍCULO 3<br>LEY DE ASISTENCIA SOCIAL<br>ARTÍCULO 2<br>ARTÍCULO 6 |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:<br>(5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                                                        | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:<br>(6) | N/A        |   |   |  |   |               |     |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:<br>(7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <table><tr><td>S</td><td>N</td></tr><tr><td>I</td><td>O</td></tr><tr><td></td><td>x</td></tr></table>                                                                                      | S                                        | N          | I | O |  | x | DIRECCIÓN WEB | N/A |
| S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N                                                                                                                                                                                          |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | O                                                                                                                                                                                          |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | x                                                                                                                                                                                          |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:<br>(8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SE DEBE REALIZAR EL TRÁMITE CUANDO SE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS PARA INGRESAR AL PROGRAMA.                                                                                |                                          |            |   |   |  |   |               |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA<br>(9)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | N/A                                                                                                                                                                                        |                                          |            |   |   |  |   |               |     |



| (10) REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO.              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                        |                                                           |
| 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL<br>VIGENTE(INE) AL 200% DEL<br>MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN.<br>2. CURP ACTUALIZADA Y<br>CERTIFICADA<br>3. ACTA DE NACIMIENTO<br>ACTUALIZADA<br>4. COMPROBANTE DE DOMICILIO NO<br>MAYOR A TRES MESES<br>5. NUMERO TELEFONICO DE<br>CONTACTO<br>6. DIAGNÓSTICO MÉDICO VIGENTE O<br>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD<br>7. COPA SIMPLE DE ACTA DE<br>NACIMIENTO Y CURP DE HIJOS (AS)<br>MENORES DE 11 AÑOS<br>REGISTRADOS (AS) COMO HIJOS<br>(AS) NATURALES. | SI                                    | 1                                      | LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO<br>A LA INFORMACIÓN PÚBLICA |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                        |                                                           |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | N/A                                   | N<br>/<br>A                            | N/A                                                       |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                        |                                                           |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       | N<br>/<br>A                            | N/A                                                       |

(14) PASOS A  
SEGUIR QUE  
DEBE DE  
REALIZAR EL  
CIUDADANO

ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF CENTRAL DE CHICOLOAPAN AL  
ÁREA DE ASISTENCIA SOCIAL CON LA DOCUMENTACION NECESARIA Y  
REQUERIDA PARA PODER SER INSCRITOS AL PROGRAMA ALIMENTARIO.





(15) PLAZO  
MÁXIMO DE  
RESPUESTA

EL TIEMPO DEPENDE DE LO QUE INDIQUEN EN DIFEM; NO  
OBSTANTE AL BRINDARNOS UNA FECHA SE DA A CONOCER A LA  
POBLACIÓN BENEFICIARIA Y HASTA ENTONCES, ESTARÁN EN UNA  
LISTA DE ESPERA.

(16) COSTO:

N/A

N/A

(17) FORMA DE  
PAGO:

EFFECTIVO

N  
/  
A

TARJETA DE  
CRÉDITO

N  
O

TARJETA DE  
DÉBITO

N  
O

EN LÍNEA  
(PORTAL DE  
PAGOS)

N  
O

(18) DÓNDE  
PODRÁ  
PAGARSE:

N/A

(19) OTRAS  
ALTERNATIVAS:

N/A

(20) CRITERIOS  
DE RESOLUCION  
DEL TRAMITE

- NO CONTAR CON INE DEL MUNICIPIO DE CHICULOAPAN
- NO CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA PODER SER BENEFICIARIO DEL  
TRÁMITE QUE SE REQUIERA
- SER PERTENECIENTE DEL MUNICIPIO DE CHICULOAPAN Y CONTAR  
CON LOS REQUISITOS PARA EL PROGRAMA

(21) APLICACIÓN  
DE LA  
AFIRMATIVA  
FICTA.

N/A

(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:

(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA  
RESPONSABLE:

SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICULOAPAN

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA  
SOCIAL

(24) TITULAR DE LA  
DEPENDENCIA:

T.S EVELYN ELIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

(25)  
DOMICILIO:

C  
A  
L  
E  
:

MINA

NO. INT. Y  
EXT.:

5

COLONIA:

CABECERA MUNICIPAL

MUNICIP  
IO:

CHICULOAPAN

C.P  
:

56370

HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN:

DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS



|       |                |        |      |                         |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| (26)  |                |        |      |                         |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|       | 55 59 21 68 27 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

|                                   |     |                             |                  |     |
|-----------------------------------|-----|-----------------------------|------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |                             |                  |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |                             |                  |     |
| DOMICILIO:                        | N/A | 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.

#### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:<br>(31) | ¿CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPUESTA:                    | <p>COPIA SIMPLE DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) AL 200% DEL MUNICIPIO DE CHICULOAPAN.</li><li>2. CURP ACTUALIZADA Y CERTIFICADA</li><li>3. ACTA DE NACIMIENTO ACTUALIZADA</li><li>4. COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A TRES MESES</li><li>5. NUMERO TELEFONICO DE CONTACTO</li><li>6. COMPROBANTE MEDICO, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</li><li>7. COPIA SIMPLE DE ACTA DE NACIMIENTO Y CURP DE LOS HIJOS (AS) MENORES DE 11 AÑOS REGISTRADOS COMO HIJOS (AS) NATURALES.</li></ol> |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:<br>(32) | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPUESTA:                    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

### TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A



ELABORÓ: T.S EVELYN ELIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02/07/2026



ATENTAMENTE  
T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ



|             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| NOMBRE: (1) | TRÁMITE: (2) | SERVICIO: X |
|-------------|--------------|-------------|

PROGRAMAS SOCIALES OFERTADOS

DESCRIPCIÓN: (3)

IDENTIFICAR, APOYAR A PERSONAS Y FAMILIAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, GESTIONANDO SU ACCESO PROGRAMAS Y RECURSOS SOCIALES. ESTO INCLUYE LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS, LA ORIENTACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN A APOYOS ALIMENTARIOS, ECONÓMICOS Y SERVICIOS DE SALUD, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR QUE LOS BENEFICIOS MEJOREN SU CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR.

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |           |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|-----|---|---|-----|--|---|--|--|--|--|
| FUNDAMENTO LEGAL: (4)                                                                                     | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS<br>ARTÍCULO 4<br>LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL<br>ARTÍCULO 1<br>ARTÍCULO 3<br>LEY DE ASISTENCIA SOCIAL<br>ARTÍCULO 2<br>ARTÍCULO 6                 |           |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
|                                                                                                           | DOCUMENTO A OBTENER: (5)                                                                                                                                                                                   | N/A       | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6) |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: (7)                                                                                | <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> <td>DIRECCIÓN</td> <td rowspan="2">N/A</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> <td>WEB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | S         | N                                     | DIRECCIÓN | N/A | I | O | WEB |  | X |  |  |  |  |
| S                                                                                                         | N                                                                                                                                                                                                          | DIRECCIÓN | N/A                                   |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
| I                                                                                                         | O                                                                                                                                                                                                          | WEB       |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
|                                                                                                           | X                                                                                                                                                                                                          |           |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: (8)                                                          | SE DEBE REALIZAR EL TRÁMITE CUANDO SE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS PARA EL PROGRAMA.                                                                                                         |           |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA (9) | N/A                                                                                                                                                                                                        |           |                                       |           |     |   |   |     |  |   |  |  |  |  |

| (10) REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                   | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO.           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                        |                                                        |
| 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) AL 200% DEL MUNICIPIO DE CHICOLAPAN.<br>2. CURP ACTUALIZADA Y CERTIFICADA<br>3. ACTA DE NACIMIENTO<br>4. COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A TRES MESES<br>5. NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO | SI                                    | 1                                      | LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                |                                       |                                        |                                                        |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                   | N / A                                  | N/A                                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                        |                                                        |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                |                                       | N / A                                  | N/A                                                    |
| <b>(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                                                                                                                                                       |                                       |                                        |                                                        |
| ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF CENTRAL DE CHICOLAPAN AL ÁREA DE ASISTENCIA CON LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA Y REQUERIDA PARTA PODER SER INSCRITOS AL PROGRAMA SOCIAL.                                                          |                                       |                                        |                                                        |



|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|----------------------------|-----|
| (15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA:          | EL TIEMPO DEPENDE DE LO QUE INDIQUEN EN DIFEM; NO OBSTANTE AL BRINDARNOS UNA FECHA SE DA A CONOCER A LA POBLACION BENEFICIARIA Y HASTA ENTONCES LAS PERSONAS QUEDAN EN LISTA DE ESPERA.                                                                                                                                     |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (16) COSTO:                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             | N/A                |                                          |                                         |     |                            |     |
| (17) FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N / A                       | TARJETA DE CRÉDITO | N O                                      | TARJETA DE DÉBITO                       | N O | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N O |
| (18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (19) OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <ul style="list-style-type: none"> <li>- NO CONTAR CON INE DONDE SE PERTENEZCA AL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN</li> <li>- NO CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA PODER SER BENEFICIARIO DEL TRÁMITE QUE SE REQUIERA</li> <li>-SER PERTENECIENTE DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN Y CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA EL PROGRAMA</li> </ul> |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:            | SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                    |                                          | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |     |                            |     |
|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                    |                                          | DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL          |     |                            |     |
| (24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:          | T.S EVELYN ELIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                    |                                          |                                         |     |                            |     |
| (25) DOMICILIO:                          | C AL LE :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MINA                        |                    |                                          |                                         |     | NO. INT. Y EXT.:           | 5   |
| COLONIA:                                 | CABECERA MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                    | MUNICIP IO:                              | CHICOLOAPAN                             |     |                            |     |
| C.P                                      | 56370                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |                    | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS |                                         |     |                            |     |



|       |                |        |      |                         |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| (26)  |                |        |      |                         |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|       | 55 59 21 68 27 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

|                                   |            |                             |                  |                     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A        |                             |                  |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A        |                             |                  |                     |
| DOMICILIO:                        | N/A        | 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.       |                             |                  |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:<br>(31) | ¿CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR ?                                                                                                                                                                                                                 |
| RESPUESTA:                    | COPIA SIMPLE DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS<br>IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE)AL 200% DEL MUNICIPIO DE CHICOLAPAN.<br>CURP ACTUALIZADA Y CERTIFICADA<br>ACTA DE NACIMIENTO<br>COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A TRES MESES<br>NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:<br>(32) | N/A                                                                                                                                                                                                                                                             |
| RESPUESTA:                    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                             |

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

ELABORÓ: T.S EVELYN ELIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02/07/2026



ATENTAMENTE  
T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MEXICANOS  
El poder de la salud

|                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                  |  |     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----|--|
| NOMBRE                                                                                                                                                                        |  | TRÁMITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | SERVICIO                         |  | X   |  |
| BIENESTAR Y DESARROLLO COMUNITARIO HORTADIF                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                  |  |     |  |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                  |  |     |  |
| EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES SUPERVISA Y CAPACITA A LOS BENEFICIADOS DE LOS HUERTOS FAMILIARES, ASÍ COMO A LAS ESCUELAS BENEFICIADAS CON LOS HUERTOS ESCOLARES. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                  |  |     |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                             |  | 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:<br>Artículo 4º: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud." Este artículo respalda el derecho a la atención nutricional como parte de los servicios de salud que deben prestarse a los ciudadanos.<br>2. Ley General de Salud:<br>Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad.<br>Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.<br>3. Ley de Asistencia Social:<br>Artículo 5º, fracción I: Señala que los servicios de asistencia social incluyen la atención a la salud, alimentación, educación y desarrollo integral de las personas en situación de vulnerabilidad.<br>Artículo 23: Determina las responsabilidades de los Sistemas DIF para brindar asistencia en salud y alimentación, |  |                                  |  |     |  |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                                                                                           |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER |  | N/A |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                                         |  | S I O X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | DIRECCIÓN WEB                    |  | N/A |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE                                                                                                                                   |  | EL PROMOTOR DE DICHO PROGRAMA VISITA A LOS POSIBLES BENEFICIADOS DEL MISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                  |  |     |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                         |  | S ESTA SUJETO A INSPECCION POR PARTE DEL AREA DE ALIMENTACION DE DIFEM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                  |  |     |  |



| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | COPIAS<br>anotar con<br>número | FUNDAMENTO JURIDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                |                                         |
| 1. IDENTIFICACION OFICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               | 1                              | N/A                                     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                |                                         |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                | N/A                                     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                |                                         |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                | N/A                                     |
| <div> <div>PASOS A<br/>SEGUIR QUE<br/>DEBE DE<br/>REALIZAR EL<br/>CIUDADANO</div> <div> LLEVAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA, APOYAR AL PERSONAL DEL<br/>DEPARTAMENTO CON DATOS EXTRAS QUE SE LE SOLICITAN PARA PODER<br/>LLEVAR A CABO LOS REGISTROS PARA SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA </div> </div> |                               |                                |                                         |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de todos

|                                     |                                                                                                                                               |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------|----------------------------|--------|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | EN UN DÍA HÁBIL LE ENTREGAN DEL REGISTRO PARA SER BENEFICIARIO                                                                                |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| COSTO                               | Gratuito                                                                                                                                      |                            |                    |                                                        | N/A                                      |        |                            |        |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                                                                     | N<br>O                     | TARJETA DE CRÉDITO | N<br>O                                                 | TARJETA DE DÉBITO                        | N<br>O | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N<br>O |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE                 | NO APLICA                                                                                                                                     |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| OTRAS ALTERNATIVAS                  | NO APLICA                                                                                                                                     |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | -LA ESCUELA TENDRA QUE SER BENEFICIARIA DEL PROGRAMA HORTADIF PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRAMITE.<br>- RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE CHICOLAPAN |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                                                                                                           |                            |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO             |                                                                                                                                               |                            |                    |                                                        | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE        |        |                            |        |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLAPAN    |                                                                                                                                               |                            |                    |                                                        | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES. |        |                            |        |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA           |                                                                                                                                               | C.NALLELI ESCOBEDO MUNDO.  |                    |                                                        |                                          |        |                            |        |
| DOMICILIO                           | C<br>A<br>L<br>L<br>E<br>:                                                                                                                    | CALLE DE MINA              |                    |                                                        |                                          |        | NO. INT. Y EXT.:<br>N/A    | N/A    |
| COLONIA:                            | CABECERA MUNICIPAL                                                                                                                            |                            |                    | MUNICIP IO:                                            | CHICOLAPAN                               |        |                            |        |
| C.P                                 | 56370                                                                                                                                         | HORARIO YDÍAS DE ATENCIÓN. |                    | LUNES A VIERNES A PARTIR DE LAS 9:00 AM A LAS 18:00 PM |                                          |        |                            |        |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
**MÉXICO**  
*El poder de servir*

| LADA | TELEFONOS | EXTS | FAX | CORREO ELECTRÓNICO (28)                                                            |
|------|-----------|------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 55   | 59216827  |      |     | <a href="mailto:direcciondif@chicolopan.gob.mx">direcciondif@chicolopan.gob.mx</a> |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                             |      |            |                       |
|-----------------------------------|-----------------------------|------|------------|-----------------------|
| OFICINA:                          | N/A                         |      |            |                       |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                         |      |            |                       |
| DOMICILIO:                        | CALLE:                      | N/A  |            | NO. INT. Y EXT.:      |
| COLONIA:                          |                             |      | MUNICIPIO: |                       |
| C.P.:                             | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |      |            |                       |
| LADA                              | TELÉFONOS                   | EXTS | FAX        | CORREO ELECTRÓNICO    |
| 01 55                             |                             | N/A  | N/A        | <u>De los asuntos</u> |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                             |      |            |                       |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                      |                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1 | ¿QUÉ NECESITO PARA SER BENEFICIADO DEL PROGRAMA DE HUERTOS?    |
| RESPUESTA:           | RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN Y SER MENOR DE 80 AÑOS. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2 | ¿MAS FAMILIARES PUEDEN SER BENEFICIADOS?                       |
| RESPUESTA:           | SI, SIEMPRE Y CUANDO HABITEN EN CHICOLOAPAN                    |
| PREGUNTA FRECUENTE 3 |                                                                |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

RESPUESTA:

### TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado.

ELABORÓ:

  
**EDITH GOMEZ RAMIREZ**  
TITULAR DEL DPTO DE SERVICIOS  
NUTRICIONALES, DIF CHICOLAPAN

VISTO BUENO:

  
**NALLELI ESCOBEDO MUNDO.**  
DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL  
DIF CHICOLAPAN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/07/2026



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TRÁMITE                                                               | SERVICIO                         | X                                                                                                                                                                           |
| DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE (DEC)                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                             |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                             |
| EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES SUPERVISA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS DESAYUNADORES; LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LAS ESCUELAS BENEFICIADAS CON EL PROGRAMA DEC. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                             |
| FUNDAMENTO LEGAL                                                                                                                                                             | 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:<br>Artículo 4º: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud." Este artículo respalda el derecho a la atención nutricional como parte de los servicios de salud que deben prestarse a los ciudadanos.<br>2. Ley General de Salud:<br>Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad.<br>Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.<br>3. Ley de Asistencia Social:<br>Artículo 5º, fracción I: Señala que los servicios de asistencia social incluyen la atención a la salud, alimentación, educación y desarrollo integral de las personas en situación de vulnerabilidad.<br>Artículo 23: Determina las responsabilidades de los Sistemas DIF para brindar asistencia en salud y alimentación, especialmente a poblaciones vulnerables como niños, ancianos y personas con discapacidad. |                                                                       |                                  |                                                                                                                                                                             |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER | N/A                                                                                                                                                                         |
| ¿SE REALIZA EN LINEA?                                                                                                                                                        | S<br>I<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N<br>O                                                                | DIRECCIÓN WEB                    | <a href="https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wprregistro">https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wprregistro</a> |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PRIMER REGISTRO A SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA DEC.                   |                                  |                                                                                                                                                                             |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ESTA SUJETO A INSPECCION POR PARTE DEL AREA DE ALIMENTACION DE DIFEM. |                                  |                                                                                                                                                                             |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



| REQUISITOS.                                                                                        | ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO                                                                                                                                                         | COPIAS<br>anotar con<br>número | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                |                                         |
| 1. CURP DEL TUTOR<br>2. CURP DEL MENOR<br>3. PESO Y TALLA DEL MENOR<br>4. COMPROBANTE DE DOMICILIO |                                                                                                                                                                                       | 1<br>1<br>1<br>1               | N/A                                     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                |                                                                                                                                                                                       |                                |                                         |
| N/A                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |                                | N/A                                     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                       |                                |                                         |
| N/A                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |                                | N/A                                     |
| <b>PASOS A<br/>SEGUIR QUE<br/>DEBE DE<br/>REALIZAR EL<br/>CIUDADANO</b>                            | LLEVAR LA DOCUMENTACION MENCIONADA, Y APOYAR AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO CON DATOS EXTRAS QUE SE LE SOLICITAN PARA PODER LLEVAR A CABO LOS REGISTROS Y SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA. |                                |                                         |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

|                                     |                                                                                              |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|----------------------------|----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | EN UN DÍA HÁBIL LE ENTREGAN EL FUR PARA SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA DE DESAYUNO CALIENTES.  |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| COSTO                               | GRATUITO                                                                                     |                             |                    |                                               | N/A                                     |                  |                            |    |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                    | NO                          | TARJETA DE CRÉDITO | NO                                            | TARJETA DE DÉBITO                       | NO               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE                 | NO APLICA                                                                                    |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS                  | NO APLICA                                                                                    |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | -LA ESCUELA TENDRA QUE SER BENEFICIARIA CON EL PROGRAMA PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRAMITE. |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                                                          |                             |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO             |                                                                                              |                             |                    |                                               | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE       |                  |                            |    |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLAPAN    |                                                                                              |                             |                    |                                               | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES |                  |                            |    |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA           |                                                                                              | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO   |                    |                                               |                                         |                  |                            |    |
| DOMICILIO                           | CALLE:                                                                                       | CALLE MINA                  |                    |                                               |                                         | NO. INT. Y EXT.: | N/A                        |    |
| COLONIA:                            | CABECERA MUNICIPAL                                                                           |                             |                    | MUNICIPIO:                                    | CHICOLAPAN                              |                  |                            |    |
| C.P.                                | 56370                                                                                        | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |                    | LUNES A VIERNES DE LAS 9:00 AM A LAS 06:00 PM |                                         |                  |                            |    |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

| LADA | TELÉFONOS | EXTS. | FAX | CORREO ELECTRÓNICO (28)                                                              |
|------|-----------|-------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 55   | 59216827  | N/A   | N/A | <a href="mailto:direcciondif@chicoloapan.gob.mx">direcciondif@chicoloapan.gob.mx</a> |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                  |                            |       |             |                       |
|----------------------------------|----------------------------|-------|-------------|-----------------------|
| OFICINA                          | N/A                        |       |             |                       |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA | N/A                        |       |             |                       |
| DOMICILIO                        | C AL LE                    | N/A   |             | NO. INT. Y EXT.:      |
| COLONIA:                         |                            |       | MUNICIP IO: |                       |
| C.P.                             | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN |       |             |                       |
| LADA                             | TELÉFONOS                  | EXTS. | FAX         | CORREO ELECTRÓNICO    |
| 01 55                            |                            | N/A   | N/A         | <u>De los asuntos</u> |
| FORMATO(S) DESCARGABLES          |                            |       |             |                       |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                      |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1 | ¿POR QUÉ MI HIJO NO FUE BENEFICIADO DEL PROGRAMA DEC?                                                                                                                                         |
| RESPUESTA:           | ESTO DEPENDERÁ SI LA ESCUELA ES BENEFICIADA Y REALIZARON EL REGISTRO AL PROGRAMA                                                                                                              |
| PREGUNTA FRECUENTE 2 | ¿DÓNDE SE LLEVA A CABO EL REGISTRO PARA SER BENEFICIARIO?                                                                                                                                     |
| RESPUESTA:           | EN LA PAGINA<br><a href="https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wpreregistro">https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wpreregistro</a> |
| PREGUNTA FRECUENTE 3 |                                                                                                                                                                                               |

RESPUESTA:

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado.

ELABORÓ:

**EDITH GOMEZ RAMIREZ**  
TITULAR DEL DPTO DE SERVICIOS  
NUTRICIONALES, DIF CHICOLAPAN

VISTO BUENO:

**NALLELI ESCOBEDO MUNDO.**  
DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL  
DIF CHICOLAPAN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/07/2026



|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------|-----|
| NOMBRE                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRÁMITE | SERVICIO                         | X   |
| BIENESTAR Y DESARROLLO COMUNITARIO HORTADIF                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                  |     |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                  |     |
| EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES SUPERVISA Y CAPACITA A LOS BENEFICIADOS DE LOS HUERTOS FAMILIARES, ASÍ COMO A LAS ESCUELAS BENEFICIADAS CON LOS HUERTOS ESCOLARES. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL                                                                                                                                                              | <p>1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:<br/>Artículo 4º: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud." Este artículo respalda el derecho a la atención nutricional como parte de los servicios de salud que deben prestarse a los ciudadanos.</p> <p>2. Ley General de Salud:<br/>Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad.<br/>Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.</p> <p>3. Ley de Asistencia Social:<br/>Artículo 5º, fracción I: Señala que los servicios de asistencia social incluyen la atención a la salud, alimentación, educación y desarrollo integral de las personas en situación de vulnerabilidad.<br/>Artículo 23: Determina las responsabilidades de los Sistemas DIF para brindar asistencia en salud y alimentación,</p> |         |                                  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LINEA?                                                                                                                                                         | S<br>I<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N<br>O  | DIRECCIÓN WEB                    | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE                                                                                                                                   | EL PROMOTOR DE DICHO PROGRAMA VISITA A LOS POSIBLES BENEFICIADOS DEL MISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                                  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                         | S ESTA SUJETO A INSPECCION POR PARTE DEL AREA DE ALIMENTACION DE DIFEM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                  |     |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



GUARDIA NACIONAL  
MEXICO  
El poder de servir

| REQUISITOS.                                                                                                                                                                                                                                                  | ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | COPIAS<br>anotar con<br>número | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                |                                         |
| 1. IDENTIFICACION OFICIAL                                                                                                                                                                                                                                    |                               | 1                              | N/A                                     |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                                |                                         |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                | N/A                                     |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                |                                         |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |                                | N/A                                     |
| <div>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</div> <div>LLEVAR LA DOCUMENTACION SOLICITADA, APOYAR AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO CON DATOS EXTRAS QUE SE LE SOLICITAN PARA PODER LLEVAR A CABO LOS REGISTROS PARA SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA</div> |                               |                                |                                         |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MÉXICO  
(El poder de ahora)

|                                     |                                                                                                                                               |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|-----|------------------------------------------|-----|--|--|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | EN UN DÍA HÁBIL LE ENTREGAN DEL REGISTRO PARA SER BENEFICIARIO                                                                                |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| COSTO                               | Gratuito                                                                                                                                      |                             |                    |                                                        |                   | N/A |                                          |     |  |  |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                                                                                     | NO                          | TARJETA DE CRÉDITO | NO                                                     | TARJETA DE DÉBITO | NO  | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)               | NO  |  |  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE                 | NO APLICA                                                                                                                                     |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| OTRAS ALTERNATIVAS                  | NO APLICA                                                                                                                                     |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | -LA ESCUELA TENDRA QUE SER BENEFICIARIA DEL PROGRAMA HORTADIF PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRAMITE.<br>- RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE CHICOLOPAN |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                                                                                                           |                             |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO             |                                                                                                                                               |                             |                    |                                                        |                   |     | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE        |     |  |  |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN   |                                                                                                                                               |                             |                    |                                                        |                   |     | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES. |     |  |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA           |                                                                                                                                               | C.NALLELI ESCOBEDO MUNDO.   |                    |                                                        |                   |     |                                          |     |  |  |
| DOMICILIO                           | CALLE                                                                                                                                         | CALLE DE MINA               |                    |                                                        |                   |     | NO. INT. Y EXT.:                         | N/A |  |  |
| COLONIA:                            | CABECERA MUNICIPAL                                                                                                                            |                             |                    | MUNICIPIO:                                             | CHICOLOAPAN       |     |                                          |     |  |  |
| C.P.                                | 56370                                                                                                                                         | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN. |                    | LUNES A VIERNES A PARTIR DE LAS 9:00 AM A LAS 18:00 PM |                   |     |                                          |     |  |  |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MÉXICO  
El poder de servir

| LADA | TELÉFONOS | EXTS. | FAX | CORREO ELECTRÓNICO (28)                                                            |
|------|-----------|-------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 55   | 59216827  |       |     | <a href="mailto:direcciondif@chicolopan.gob.mx">direcciondif@chicolopan.gob.mx</a> |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                  |                             |       |                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------------|-------|------------------|-----------------------|
| OFICINA                          | N/A                         |       |                  |                       |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA | N/A                         |       |                  |                       |
| DOMICILIO                        | C AL LE :                   | N/A   | NO. INT. Y EXT.: |                       |
| COLONIA:                         |                             |       | MUNICIP IO:      |                       |
| C.P.                             | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN. |       |                  |                       |
| LADA                             | TELÉFONOS                   | EXTS. | FAX              | CORREO ELECTRÓNICO    |
| 01 55                            |                             | N/A   | N/A              | <u>De los asuntos</u> |
| FORMATO(S) DESCARGABLES          |                             |       |                  |                       |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                      |                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1 | ¿QUÉ NECESITO PARA SER BENEFICIADO DEL PROGRAMA DE HUERTOS?    |
| RESPUESTA:           | RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN Y SER MENOR DE 80 AÑOS. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2 | ¿MAS FAMILIARES PUEDEN SER BENEFICIADOS?                       |
| RESPUESTA:           | SI, SIEMPRE Y CUANDO HABITEN EN CHICOLOAPAN                    |
| PREGUNTA FRECUENTE 3 |                                                                |

RESPUESTA:

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado.

ELABORÓ:

**EDITH GOMEZ RAMIREZ**  
TITULAR DEL DPTO DE SERVICIOS  
NUTRICIONALES, DIF CHICOLAPAN

VISTO BUENO:

**NALLELI ESCOBEDO MUNDO.**  
DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL  
DIF CHICOLAPAN

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/07/2026



|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TRÁMITE:      | SERVICIO:              | X   |
| <b>ATENCION MEDICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SUBSECUENTE.</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                        |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                        |     |
| <b>SE PROPORCIONA CONSULTA MEDICA DE TERCER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD A PACIENTES QUE SOLICITEN EL SERVICIO DE MEDICINA DE REHABILITACION DE FORMA SUBSECUENTE.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                        |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                      | 1. Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6.<br>2. Ley General de Salud.<br>3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.<br>4. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.<br>5. 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.<br>6. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.<br>7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.<br>8. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.<br>9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.<br>10. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.<br>11. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.<br>12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.<br>13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.<br>14. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo Etario de 10 a 19 años de edad. |               |                        |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | VIGENCIA DEL DOCUMENTO | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                 | S<br>I<br>N<br>O<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN WEB | N/A                    |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                           | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                        |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                        |     |



| REQUISITOS:                                             |          | SI O NO                        |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
|---------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|----|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                 |          |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| N/A                                                     |          | NO                             |                    | N/A | Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3,4 y 6<br>Ley General de Salud.<br>NOM-004-SSA3-2012<br>NOM-005-SSA3-2018<br>NOM-007-SSA2-2016<br>NOM-008-SEGOB-2015<br>NOM-015-SSA-2023<br>NOM-016-SSA3-2012<br>NOM-024-SSA3-2012<br>NOM-025-SSA2-2014<br>NOM-030-SSA3-2013<br>NOM-034-SSA2-2013<br>NOM-035-SSA3-2012<br>NOM-047-SSA2-2015- |    |                            |    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                     |          |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| N/A                                                     |          | NO                             |                    | N/A | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                            |    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |          |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| N/A                                                     |          | NO                             |                    | N/A | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                            |    |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> |          | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO. |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | 10 MIN.  |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>COSTO:</b>                                           | \$ 50.00 |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                   | EFECTIVO | Si                             | TARJETA DE CRÉDITO | no  | TARJETA DE DÉBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                             | CAJA     |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                              | N/A      |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>              | N/A      |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>               | N/A      |                                |                    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                            |    |

|                                                                        |               |                                            |                                      |                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                                        |               |                                            |                                      | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                                               |  |
| <b>SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIF</b> |               |                                            |                                      | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |  |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                                      |               | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO .                |                                      |                                                                                         |  |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                      | <b>CALLE:</b> | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIA. | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>              |                                                                                         |  |
| <b>COLONIA:</b>                                                        | U.H. ARA 2    | <b>MUNICIPIO</b>                           | CHICOLOAPAN                          |                                                                                         |  |
| <b>C.P.</b>                                                            | 56383         | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>         | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |                                                                                         |  |

|              |                       |               |             |                            |
|--------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------------------|
| <b>LADA:</b> | <b>TELÉFONOS:(27)</b> | <b>EXTS.:</b> | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> |
| 01           | 55 75 84 27 82        | N/A           | N/A         | N/A                        |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                          |     |                                    |                         |     |
|------------------------------------------|-----|------------------------------------|-------------------------|-----|
| <b>OFICINA:</b>                          | N/A |                                    |                         |     |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b> | N/A |                                    |                         |     |
| <b>DOMICILIO:</b>                        | N/A | 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                        |

**FORMATO(S) DESCARGABLES** N/A

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                              |                                                                                                                                           |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b> | HAY SERVICIO TODOS LOS DÍAS?                                                                                                              |
| <b>RESPUESTA:</b>            | DE LUNES A VIERNES DE 08:00 A.M A 17 HRS..                                                                                                |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b> | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                 |
| <b>RESPUESTA:</b>            | TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE, TALLER DE APRENDIZAJE, PSICOLOGÍA, ESTIMULACIÓN MULTIPLE TEMPRANA Y MASOTERAPIA |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b> | TENGO QUE SACAR CITA?                                                                                                                     |



RESPUESTA: SI. DE MANERA PRESENCIAL

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

- 1.- LLEGAR 10 MINUTOS ANTES DE SU CITA.
- 2.- HABER PAGADO SU VALORACION MÉDICA CON EL MÉDICO ESPECIALISTA.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

ELABORÓ:

Vo.Bo.

 **DIF**  
AL SERVIDOR PÚBLICO  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC.T.F. ALAN JOEL  
NICOLAS CHAVEZ.

 **DIF**  
A TRAVÉS DE SUS SERVICIOS  
**DIRECCIÓN GENERAL**

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO

03/JULIO/2026



|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------|---------|---|---|--|---------------|-----|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TRÁMITE: | SERVICIO:              | X       |   |   |  |               |     |  |
| <b>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| SE PROPORCIONA LA ATENCIÓN MEDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE REHABILITACION PARA OBTENER UN DOCUMENTO QUE CERTIFIQUE EL TIPO DE DISCAPACIDAD QUE PRESENTA UN PACIENTE. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3, 4 y 6.</li> <li>Ley General de Salud artículo 389 fracción i.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</li> <li>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.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.</li> <li>Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA.2023, en materia de Certificación de la Discapacidad.</li> </ol> |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                       | Certificado de Discapacidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO | 01 año. |   |   |  |               |     |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                     | <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>x</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | S        | N                      | I       | O | x |  | DIRECCIÓN WEB | N/A |  |
| S                                                                                                                                                                          | N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| I                                                                                                                                                                          | O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| x                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                               | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                        |         |   |   |  |               |     |  |

| REQUISITOS:                                             |             | SI O NO                                                 |                    | ADMINISTRATIVO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
|---------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|----|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                 |             |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| N/A                                                     |             | NO                                                      |                    | N/A            | ARTICULO NO. 4 DE LA CONSTITUCIÓN MEXICANA PARRAFO 3,4 Y 6..<br>LEY GENERAL DE SALUD<br>NOM-004-SSA3-2012<br>NOM-005-SSA3-2018<br>NOM-007-SSA2-2016<br>NOM-008-SEGOB-2015<br>NOM-015-SSA-2023<br>NOM-016-SSA3-2012<br>NOM-024-SSA3-2012<br>NOM-025-SSA2-2014<br>NOM-030-SSA3-2013<br>NOM-034-SSA2-2013<br>NOM-035-SSA3-2012<br>NOM-039-SSA.2023 |    |                            |    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                     |             |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| N/A                                                     |             | NO                                                      |                    | N/A            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                            |    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |             |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| N/A                                                     |             | NO                                                      |                    | N/A            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                            |    |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> |             | SOLICITAR CITA MEDICA PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | 10 MINUTOS. |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>COSTO:</b>                                           | \$ 50-00    |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                   | EFECTIVO    | Si                                                      | TARJETA DE CRÉDITO | no             | TARJETA DE DÉBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                             | CAJA        |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                              | N/A         |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>              | N/A         |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>               | N/A         |                                                         |                    |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |    |



|                                                               |                  |                                                                         |                         |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                               |                  |                                                                         |                         | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                                               |  |
| <b>SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO DE LA FAMILIA DIF</b> |                  |                                                                         |                         | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |  |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                             |                  | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                               |                         |                                                                                         |  |
| <b>DOMICILIO:</b>                                             | <b>CALLE:</b>    | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIA.                              | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> |                                                                                         |  |
| <b>COLONIA:</b>                                               | U.H. ARA 2       | <b>MUNICIPIO</b>                                                        | CHICOLAPAN              |                                                                                         |  |
| <b>C.P.</b>                                                   | 56383            | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |                         |                                                                                         |  |
| <b>LADA:</b>                                                  | <b>TÉLFONOS:</b> | <b>EXTS.:</b>                                                           | <b>FAX:</b>             | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                              |  |
|                                                               | 55 75 84 27 82   | N/A                                                                     | N/A                     | N/A                                                                                     |  |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                          |                  |                                    |                         |                            |  |
|------------------------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--|
| <b>OFICINA:</b>                          | N/A              |                                    |                         |                            |  |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b> | N/A              |                                    |                         |                            |  |
| <b>DOMICILIO:</b>                        | N/A              | 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>TÉLFONOS:</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              |                                    |                         |                            |  |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                              |                                                                                                           |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b> | HAY CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD TODOS LOS DÍAS?                                                          |
| <b>RESPUESTA:</b>            | DE LUNES A VIERNES DE 08 A 17 HRS                                                                         |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b> | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                 |
| <b>RESPUESTA:</b>            | TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE TALLER DE APRENDIZAJE, PSICOLOGÍA, ESTIMULACIÓN. |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b> | ¿HAY SERVICIO DE MÉDICO ESPECIALISTA?                                                                     |



RESPUESTA: SI. EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN.

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

1. ASISTIR A SU VALORACIÓN MÉDICA 10 MINUTOS ANTES DE SU CITA.
2. HABER PAGADO SU VALORACIÓN MÉDICA DE ESPECIALIDAD.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

ELABORÓ:

Vo.Bo.



LIC. T.F. ALAN JOEL NICOLAS  
CHAVEZ.



C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

03/JULIO/2026.

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|---|--|---|---------------|-----|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TRÁMITE: | SERVICIO:                         | X   |   |  |   |               |     |  |
| ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PRIMERA VEZ.                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
| SE PROPORCIONA CONSULTA MÉDICA DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD A PACIENTES QUE SOLICITEN EL SERVICIO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN POR PRIMERA VEZ. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                          | <p>1. Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6.</p> <p>2. Ley General de Salud.</p> <p>3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <p>4. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>5. 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.</p> <p>6. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.</p> <p>7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.</p> <p>8. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.</p> <p>10. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.</p> <p>11. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.</p> <p>13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.</p> <p>14. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del grupo Etario de 10 a 19 años de edad.</p> |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                       | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |   |  |   |               |     |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                      | <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | S        | N                                 | I   | O |  | X | DIRECCIÓN WEB | N/A |  |
| S                                                                                                                                                          | N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
| I                                                                                                                                                          | O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |
|                                                                                                                                                            | X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                   |     |   |  |   |               |     |  |



CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE:

CUANDO EL SOLICITANTE REQUIERA ALGUN SERVICIO DE LA  
UNIDAD DEBE DE PASAR POR UN PROTOCOLO DE INGRESO  
PARA PODER SER ATENDIDO POR EL MEDICO ESPECIALISTA  
EN REHABILITACIÓN DE LA UNIDAD COMPETENTE.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE  
O SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA

N/ A



| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                       | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                           |                     |        |                                        |
| N/A                                                                                                                                                                                                               | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                               |                     |        |                                        |
| N/A                                                                                                                                                                                                               | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                     |                     |        |                                        |
| N/A                                                                                                                                                                                                               | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                                                                                                                                           |                     |        |                                        |
| DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE MANERA PRESENCIAL PARA SACAR CITA, SE LE DA LA INFORMACION DE LOS DOCUMENTACION QUE DEBE PRESENTAR, LOS CUALES TIENEN QUE ESTAR VIGENTES, ASÍ MISMO SE LE BRINDA UN HORARIO DE CITA |                     |        |                                        |



|                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                          | EL SERVICIO DE MÉDICO ESPECIALISTA SE LLEVA POR MEDIO DE AGENDAS YA ANTES PREESTABLECIDAS, QUE ESTE DISPONIBLE DE ACUERDO A LOS ESPACIOS QUE TENEMOS, Y LA DEMANDA DE LA POBLACION VULNERABLE QUE MANEJAMOS. |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| COSTO:                                                             | \$ 50.00                                                                                                                                                                                                     |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| FORMA DE PAGO:                                                     | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                    | Si                                          | TARJETA DE CRÉDITO | No                                   | TARJETA DE DÉBITO                                                                       | No  | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | No |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                               | CAJA                                                                                                                                                                                                         |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                | N/A                                                                                                                                                                                                          |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                | N/A                                                                                                                                                                                                          |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                 | N/A                                                                                                                                                                                                          |                                             |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                           |                                                                                                                                                                                                              |                                             |                    |                                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                      |     |                            |    |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. (DIF) |                                                                                                                                                                                                              |                                             |                    |                                      | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |     |                            |    |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                         |                                                                                                                                                                                                              | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                   |                    |                                      |                                                                                         |     |                            |    |
| DOMICILIO:                                                         | CALLE:                                                                                                                                                                                                       | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS. |                    |                                      | NO. INT. Y EXT.:                                                                        | S/N |                            |    |
| COLONIA:                                                           | U.H. ARA 2                                                                                                                                                                                                   |                                             | MUNICIPIO          | CHICOLOAPAN                          |                                                                                         |     |                            |    |
| C.P.                                                               | 56383                                                                                                                                                                                                        | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                 |                    | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |                                                                                         |     |                            |    |



| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |       |                             |            |     |
|-----------------------------------|-------|-----------------------------|------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A   |                             |            |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A   |                             |            |     |
| DOMICILIO:                        | Calle | N/A                         | N/A        | 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        |        |      |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |  |
|-----------------------|--|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: |  |
| RESPUESTA:            |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: |  |
| RESPUESTA:            |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: |  |



RESPUESTA:

LA

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

1. SOLICITAR CITA PROGRAMADA PARA VALORACION MÉDICA DE MÉDICA DE REHABILITACION.
2. ASISTIR EL DÍA DE SU CITA 10 MINUTOS ANTES DE SU HORA MARCADA.
3. PRESENTAR DOCUMENTOS EN COPIA DE CADA UNO: ACTA DE NACIMIENTO, CURP, INE,
4. COMPROBANTE DE DOMICILIO, REFERENCIA MEDICA, RESUMEN MÉDICO DE SU PADECIMIENTO. MOTIVO DE LA CONSULTA.

ELABORÓ:



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. T.F. ALAN JOEL NICOLAS  
CHAVEZ.

Vo.Bo.



DIRECCIÓN GENERAL

C. NELLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/JULIO/2026



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE:                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRÁMIT<br>E:                                   | SERVICI<br>O:                       | x                                |
| Taller de Gastronomía                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Código de la Cédula                            |                                     |                                  |
| Se capacita a los adultos mayores para autoempleo, aprendiendo a elaborar diferentes platillos de la cocina nacionales e internacionales, coctelera, repostería. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                | TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>Artículo 10.<br>XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional |                                                |                                     |                                  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                             | Reconocimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | indefinida                       |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                           | SI<br>NO<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN WEB                                  |                                     |                                  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                     | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 14:00 A 17:00 HRS                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                     |                                  |
| 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, |                                  |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| INE                                                                                                                                                              | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                              | N/A                                 |                                  |
| INAPAM                                                                                                                                                           | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                              | N/A                                 |                                  |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                 | TRAER LA DOCUMENTACION REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |                                  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                        | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                     |                                  |
| COSTO:                                                                                                                                                           | \$N/A Fundamento Jurídico N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                     |                                  |
| FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                   | EFFECTIVO<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TARJETA DE CRÉDITO<br>NO                       | TARJETA DE DÉBITO<br>NO             | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)<br>NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                             | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                     |                                  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                                                                              | EL SERVICIO ES GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                     |                                  |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                     |                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                 |

|                                                                                                        |                                                                                             |                                                                |                             |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                                               |                                                                                             | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                             |                             |                     |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                                                                             | SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA    |                             |                     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                             |                                                                                             | GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA                                   |                             |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                                                                                     | AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA                                  | NO. INT. Y S/N<br>EXT.: S/N |                     |
| COLONIA:                                                                                               | CIUDAD GALAXIA LOS REYES                                                                    | MUNICIPIO:                                                     | CHICOLOAPAN                 |                     |
| C.P.:                                                                                                  | 56373                                                                                       | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 |                             |                     |
| LADA:                                                                                                  | TELEFONOS:                                                                                  | EXTS.:                                                         | FAX:                        | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55                                                                                                     | 75841678                                                                                    | N/A                                                            | N/A                         | N/A                 |
| 55                                                                                                     | 75841644                                                                                    |                                                                |                             |                     |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                                                 |                                                                                             |                                                                |                             |                     |
| OFICINA:                                                                                               | N/A                                                                                         |                                                                |                             |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                                      | N/A                                                                                         |                                                                |                             |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                                                                                     | N/A                                                            |                             | NO. INT. Y EXT.:    |
| COLONIA:                                                                                               | N/A                                                                                         | MUNICIPIO:                                                     | N/A                         |                     |
| C.P.:                                                                                                  | N/A                                                                                         | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:                                    |                             | N/A                 |
| LADA:                                                                                                  | TELEFONOS:                                                                                  | EXTS.:                                                         | FAX:                        | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A                                                                                                    | N/A                                                                                         | N/A                                                            | N/A                         | N/A                 |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                                                                | N/A                                                                                         |                                                                |                             |                     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                  |                                                                                             |                                                                |                             |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                  | HORARIOS DE LAS CLASES                                                                      |                                                                |                             |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 14:00 A 17:00 HRS |                                                                |                             |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                  | TIENE ALGUN COSTO                                                                           |                                                                |                             |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | ES GRATUITO                                                                                 |                                                                |                             |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                  | REQUISITOS                                                                                  |                                                                |                             |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | COPIA DEL INE Y DE INAPAM                                                                   |                                                                |                             |                     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                      |                                                                                             |                                                                |                             |                     |

|                                                             |                                                           |                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ELABORO:<br>GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA<br>NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO:<br>NALLELI ESCOBEDO MUNDO<br>NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br>_03_/_07_/_26_ |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MEXICO  
Al poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE:                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRÁMIT<br>E:                                   | SERVICI<br>O:                       | X                                |
| Taller de manualidades                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Código de la Cédula                            |                                     |                                  |
| Se capacita a los adultos mayores para autoempleo, aprendiendo a confeccionar y a diseñar ropa        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     | TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>Artículo 10.<br>XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional |                                                |                                     |                                  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  | Reconocimiento por parte del CEPJA                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | indefinida                       |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                | SI<br>NO<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN WEB                                  |                                     |                                  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 9:00A 12:00 HRS                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                     |                                  |
| 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, |                                  |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| INE                                                                                                   | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                              | N/A                                 |                                  |
| INAPAM                                                                                                | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                              | N/A                                 |                                  |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                                     |                                  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                      | TRAER LA DOCUMENTACION REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |                                  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                             | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                     |                                  |
| COSTO:                                                                                                | \$N/A Fundamento Jurídico N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |                                     |                                  |
| FORMA DE PAGO:                                                                                        | EFFECTIVO<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TARJETA DE CRÉDITO<br>NO                       | TARJETA DE DÉBITO<br>NO             | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)<br>NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                     |                                  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                   | EL SERVICIO ES GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                     |                                  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                     |                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                 |

|                                                                                                        |                                      |                                                             |                                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                                               |                                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                          |                                    |                     |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                      | SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                    |                     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                             |                                      | GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA                                |                                    |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                              | AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA                               | NO. INT. Y S/N EXT.: S/N           |                     |
| COLONIA:                                                                                               | CIUDAD GALAXIA LOS REYES             | MUNICIPIO:                                                  | CHICOLAPAN                         |                     |
| C.P.:                                                                                                  | 56373                                | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                 | DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 |                     |
| LADA:                                                                                                  | TELÉFONOS:                           | EXTS.:                                                      | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55                                                                                                     | 75841678                             | N/A                                                         | N/A                                | N/A                 |
| 55                                                                                                     | 75841644                             |                                                             |                                    |                     |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                                                 |                                      |                                                             |                                    |                     |
| OFICINA:                                                                                               | N/A                                  |                                                             |                                    |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                                      | N/A                                  |                                                             |                                    |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                              | N/A                                                         | NO. INT. Y EXT.:                   |                     |
| 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                                  |                                                             |                                    |                     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                  |                                      |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                  | HORARIOS DE LAS CLASES               |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | JUEVES Y VIERNES DE 9:00 A 12:00 HRS |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                  | TIENE ALGUN COSTO                    |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | ES GRATUITO                          |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                  | REQUISITOS                           |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | COPIA DEL INE Y DE INAPAM            |                                                             |                                    |                     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                      |                                      |                                                             |                                    |                     |

|                              |                        |                         |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                     | VISTO BUENO:           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA | NALLELI ESCOBEDO MUNDO | 03 / 07 / 26            |
| NOMBRE COMPLETO              | NOMBRE COMPLETO        |                         |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRÁMIT<br>E:                                               | SERVICI<br>O:                       | x                                |
| <b>Taller De Estilismo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Código de la Cédula                                        |                                     |                                  |
| Se capacita a los adultos mayores para autoempleo, en el taller de estilismo en el cual durante cuatro módulos aprenden técnicas de peinado y maquillaje, manicura, pedicura y técnica de pestañas postizas, técnica de corte de pelo para caballero y barbería básica, colorimetría y técnicas de ondulado y alaciado. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>Artículo 10.<br>XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional |                                                            |                                     |                                  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Reconocimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER                           | indefinida                          |                                  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI<br>NO<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DIRECCIÓN WEB                                              |                                     |                                  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                                                                            | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES TANTO EN TURNO MATUTINO DE 9:00 A 12:00 Y EL TURNO VESPERTINO DE 14:00 A 17:00 HRS                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                     |                                  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                                     |                                  |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ORIGINAL<br>anotar la<br>palabra SI o<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COPIAS<br>anotar con<br>número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |                                  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
| INE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                                          | N/A                                 |                                  |
| INAPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                                                          | N/A                                 |                                  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |                                     |                                  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                                                                                                                                        | TRAER LA DOCUMENTACION REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |                                     |                                  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                               | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |                                     |                                  |
| COSTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$N/A Fundamento Jurídico N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |                                     |                                  |
| FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EFFECTIVO<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TARJETA DE CRÉDITO<br>NO                                   | TARJETA DE DÉBITO<br>NO             | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)<br>NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                                     |                                  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | EL SERVICIO ES GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                     |                                  |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                     |                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                 |

|                                                                                                        |                                                                                                                                             |                                                             |                                    |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                                               |                                                                                                                                             | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                          |                                    |                     |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                                                                                                                             | SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                    |                     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                             |                                                                                                                                             | GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA                                |                                    |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                                                                                                                                     | AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA                               | NO. INT. Y S/N EXT.: S/N           |                     |
| COLONIA:                                                                                               | CIUDAD GALAXIA LOS REYES                                                                                                                    | MUNICIPIO:                                                  | CHICOLAPAN                         |                     |
| C.P.:                                                                                                  | 56373                                                                                                                                       | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                 | DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 |                     |
| LADA:                                                                                                  | TELÉFONOS:                                                                                                                                  | EXTS.:                                                      | FAX:                               | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55                                                                                                     | 75841678                                                                                                                                    | N/A                                                         | N/A                                | N/A                 |
| 55                                                                                                     | 75841644                                                                                                                                    |                                                             |                                    |                     |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                                                 |                                                                                                                                             |                                                             |                                    |                     |
| OFICINA:                                                                                               | N/A                                                                                                                                         |                                                             |                                    |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                                      | N/A                                                                                                                                         |                                                             |                                    |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                                                                                                                                     | N/A                                                         |                                    | NO. INT. Y EXT.:    |
| 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                                                                                                                                         |                                                             |                                    |                     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                  |                                                                                                                                             |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                  | HORARIOS DE LAS CLASES                                                                                                                      |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES TANTO EN TURNO MATUTINO DE 9:00 A 12:00 Y EL TURNO VESPERTINO DE 14:00 A 17:00 HRS |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                  | TIENE ALGUN COSTO                                                                                                                           |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | ES GRATUITO                                                                                                                                 |                                                             |                                    |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                  | REQUISITOS                                                                                                                                  |                                                             |                                    |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | COPIA DEL INE Y DE INAPAM                                                                                                                   |                                                             |                                    |                     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                      |                                                                                                                                             |                                                             |                                    |                     |

|                              |                        |                         |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                     | VISTO BUENO:           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA | NALLELI ESCOBEDO MUNDO | 03/07/26                |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TRÁMIT<br>E:                                                                                                                                                                                                                          | SERVICI<br>O:                       | x |
| Clase de yoga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Código de la Cédula                                                                                                                                                                                                                   |                                     |   |
| la yoga ayuda a preservar y mejorar la flexibilidad, fuerza muscular y movilidad articular, aspectos que tienden a disminuir con la edad.<br>asi mismo, la practica regular estimula la circulación sanguínea mejora la condicion motriz y puede aliviar molestias asociadas a enfermedades cronico degenerativas como la artritis, osteoporosis y dolores musculñares. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES<br>Artículo 5.<br>FRACCION V. INCISO C. SER SUJETOS AL APOYO Y TRATO PREFERENCIAL EN COSTOS PARA SU ACCESO A ACTIVIDADES EDUCATIVAS, RCREATIVAS, DEPORTIVAS, ULTURALES, TURISTICAS Y DE ESPARCIMIENTO DE LAS PÉRSONAS ADULTAS MAYORES. |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Reconocimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VIGENCIA DEL DOCUME NTO A OBTENER :                                                                                                                                                                                                   | indefinida                          |   |
| ¿SE REALIZA EN LINEA?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI<br>NO<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIRECCIÓN WEB                                                                                                                                                                                                                         |                                     |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SE PRESENTAN A LA CLASE DE YOGA LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 9:00 A 10:30 HRS                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| 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, |   |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| INE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                                                                                                                                                                                                                                     | N/A                                 |   |
| INAPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1                                                                                                                                                                                                                                     | N/A                                 |   |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TRAER LA DOCUMENTACION REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |   |
| COSTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Artículo 5.<br>FRACCION V. INCISO C. SER SUJETOS AL APOYO Y TRATO PREFERENCIAL EN COSTOS PARA SU ACCESO A ACTIVIDADES EDUCATIVAS, RECREATIVAS, DEPORTIVAS, CULTURALES, TURISTICAS Y DE ESPARCIMIENTO DE LAS PÉRSONAS ADULTAS MAYORES. |                                     |   |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                     |                                                     |    |                    |    |                   |    |                            |    |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|----|--------------------|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                           | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |
| DONDE PODRÁ PAGARSE:                | AL MAESTRO QUE IMPARTE LA ACTIVIDAD                 |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A                                                 |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | SI APLICA                                           |    |                    |    |                   |    |                            |    |

|                                                                                                        |  |                                                                                           |                               |                                                             |  |                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                                               |  |                                                                                           |                               | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                          |  |                                    |  |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |  |                                                                                           |                               | SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |  |                                    |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                             |  |                                                                                           |                               | GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA                                |  |                                    |  |
| DOMICILIO:                                                                                             |  | CALL E:                                                                                   | AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA |                                                             |  | NO. INT. Y S/N EXT.: S/N           |  |
| COLONIA:                                                                                               |  | CIUDAD GALAXIA LOS REYES                                                                  |                               | MUNICIPIO:                                                  |  | CHICOLAPAN                         |  |
| C.P.:                                                                                                  |  | 56373                                                                                     |                               | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                 |  | DE MARTES Y JUEVES DE 9:00 A 10:30 |  |
| LADA:                                                                                                  |  | TELÉFONOS:                                                                                |                               | EXTS.:                                                      |  | FAX:                               |  |
| 55                                                                                                     |  | 75841678                                                                                  |                               | N/A                                                         |  | N/A                                |  |
| 55                                                                                                     |  | 75841644                                                                                  |                               | N/A                                                         |  | N/A                                |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                    |  |                                                                                           |                               |                                                             |  |                                    |  |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                                                 |  |                                                                                           |                               |                                                             |  |                                    |  |
| OFICINA:                                                                                               |  | N/A                                                                                       |                               |                                                             |  |                                    |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                                      |  | N/A                                                                                       |                               |                                                             |  |                                    |  |
| DOMICILIO:                                                                                             |  | CALL E:                                                                                   | N/A                           |                                                             |  | NO. INT. Y EXT.:                   |  |
| COLONIA:                                                                                               |  | N/A                                                                                       |                               | MUNICIPIO:                                                  |  | N/A                                |  |
| C.P.:                                                                                                  |  | N/A                                                                                       |                               | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                 |  | N/A                                |  |
| LADA:                                                                                                  |  | TELÉFONOS:                                                                                |                               | EXTS.:                                                      |  | FAX:                               |  |
| N/A                                                                                                    |  | N/A                                                                                       |                               | N/A                                                         |  | N/A                                |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                    |  | N/A                                                                                       |                               |                                                             |  |                                    |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                                                                |  | N/A                                                                                       |                               |                                                             |  |                                    |  |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                  |  |                                                                                           |                               |                                                             |  |                                    |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                  |  | HORARIOS DE LAS CLASES                                                                    |                               |                                                             |  |                                    |  |
| RESPUESTA:                                                                                             |  | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS MARTES Y JUEVES EN UN HORARIO DE 9:00 A 10:30 HRS |                               |                                                             |  |                                    |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                  |  | TIENE ALGUN COSTO                                                                         |                               |                                                             |  |                                    |  |
| RESPUESTA:                                                                                             |  | \$15                                                                                      |                               |                                                             |  |                                    |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                  |  | REQUISITOS                                                                                |                               |                                                             |  |                                    |  |
| RESPUESTA:                                                                                             |  | COPIA DEL INE Y DE INAPAM                                                                 |                               |                                                             |  |                                    |  |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                      |  |                                                                                           |                               |                                                             |  |                                    |  |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*Al poder de servir*

SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y MEDIO AMBIENTE



|                                                                     |                                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ELABORÓ:<br><br>GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA<br><br>NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO:<br><br>NALLELI ESCOBEDO MUNDO<br><br>NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br><br>_03_/_07_/_26_ |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO URBANO Y MEDIO AMBIENTE



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|------------|
| NOMBRE:                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     | TRÁMIT<br>E:        | SERVICI<br>O:                     | x          |
| <b>Taller de moda y diseño</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     | Código de la Cédula |                                   |            |
| <b>Se capacita a los adultos mayores para autoempleo, aprendiendo a confeccionar y a diseñar ropa</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     | TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10.<br>XV. Propiciar y fomentar programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  | Reconocimiento por parte del CEPJA                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |                                     |                     | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | indefinida |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>X                                        | DIRECCIÓN WEB                       |                     |                                   |            |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS MARTES Y JUEVES EN UN HORARIO DE 9:00A 13:00 HRS                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| 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>                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| INE                                                                                                   | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1                                              | N/A                                 |                     |                                   |            |
| INAPAM                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                      | TRAER LA DOCUMENTACION REQUERIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                             | INMEDIATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| COSTO:                                                                                                | \$N/A Fundamento Jurídico N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| FORMA DE PAGO:                                                                                        | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO                                             | TARJETA DE CRÉDITO                  | NO                  | TARJETA DE DÉBITO                 | NO         |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                     |                     | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)        | NO         |
| DONDE PODRA PAGARSE:                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                     |                     |                                   |            |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                   | EL SERVICIO ES GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                     |                     |                                   |            |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                     |                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A                                                 |

|                                                                                                        |                                     |                                                                |                          |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                                               |                                     | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                             |                          |                     |
| DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |                                     | SISTEME MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA    |                          |                     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                                             |                                     | GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA                                   |                          |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                             | AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA                                  | NO. INT. Y S/N EXT.: S/N |                     |
| COLONIA:                                                                                               | CIUDAD GALAXIA LOS REYES            | MUNICIPIO:                                                     | CHICOLAPAN               |                     |
| C.P.:                                                                                                  | 56373                               | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 |                          |                     |
| LADA:                                                                                                  | TELÉFONOS:                          | EXTS.:                                                         | FAX:                     | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55                                                                                                     | 75841678                            | N/A                                                            | N/A                      | N/A                 |
| 55                                                                                                     | 75841644                            |                                                                |                          |                     |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                                                 |                                     |                                                                |                          |                     |
| OFICINA:                                                                                               | N/A                                 |                                                                |                          |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                                                      | N/A                                 |                                                                |                          |                     |
| DOMICILIO:                                                                                             | CALL E:                             | N/A                                                            | NO. INT. Y EXT.:         |                     |
| 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                                 |                                                                |                          |                     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                                                  |                                     |                                                                |                          |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                                                  | HORARIOS DE LAS CLASES              |                                                                |                          |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | MARTES Y JUEVES DE 9:00 A 13:00 HRS |                                                                |                          |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                                                  | TIENE ALGUN COSTO                   |                                                                |                          |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | ES GRATUITO                         |                                                                |                          |                     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                                                  | REQUISITOS                          |                                                                |                          |                     |
| RESPUESTA:                                                                                             | COPIA DEL INE Y DE INAPAM           |                                                                |                          |                     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                                      |                                     |                                                                |                          |                     |

|                              |                        |                         |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                     | VISTO BUENO:           | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA | NALLELI ESCOBEDO MUNDO | 03 / 07 / 26            |
| NOMBRE COMPLETO              | NOMBRE COMPLETO        |                         |



|                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                      |                                   |     |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRÁMITE: |                                                      | SERVICIO                          |     | X   |
| NEBULIZACION                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                      |                                   |     |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                      |                                   |     |     |
| PROCEDIMIENTO MEDICO QUE CONSISTE EN LA ADMINISTRACION DE UN FARMACO O ELEMENTO TERAPEUTICO MEDIANTE VAPORIZACION A TRAVES DE LA VIA RESPIRATORIA. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                      |                                   |     |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                  |  | Articulo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |          |                                                      |                                   |     |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                               |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |     | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                              |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>x  | DIRECCIÓN WEB                                        |                                   | N/A |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |                                   |     |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          | N/ A                                                 |                                   |     |     |



| REQUISITOS:                                                                                       | ORIGINAL<br>SI O NO                                                     | COPIAS          | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                           |                                                                         |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>RECETA MEDICA INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.</b> | <b>S</b><br><br><b>I</b>                                                | <b>OPCIONAL</b> | <b>Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.</b><br><b>NOM-001-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA3-2010</b><br><b>NOM-007-SSA2-1993</b><br><b>NOM-010-SSA2-1993</b><br><b>NOM-011-SSA2-1993</b><br><b>NOM-013-SSA2-1993</b><br><b>NOM-014-SSA2-1993</b><br><b>NOM-015-SSA2-1994</b><br><b>NOM-016-SSA2-1994</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-035-SSA2-2002</b><br><b>NOM-068-SSA1-1993</b><br><b>NOM-168-SSA1-1998</b><br><b>NOM-174-SSA1-1998</b> |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                               |                                                                         |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>N/A</b>                                                                                        | <b>NO</b>                                                               | <b>N/A</b>      | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                     |                                                                         |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>N/A</b>                                                                                        | <b>N<br/>O</b>                                                          | <b>N/A</b>      | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                           | <b>CUADO LO SOLICITE EL USUARIO Y 'PREVIAMENTE LO RECETE UN MEDICO.</b> |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                                                                  | <b>35 MINUTOS APROX</b>                                                 |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>COSTO:</b>                                                                                     | <b>\$60 MXN</b>                                                         |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



|                                                                           |                         |                                |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                      | TARJETA DE CRÉDITO | no                                   | TARJETA DE DÉBITO | no                                       | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                                |                    |                                      |                   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                |                    |                                      |                   | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |                    |                                      |                   | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                | MUNICIPIO          | CHICOLAPAN                           |                   |                                          |                            |     |
| C.P.                                                                      | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |                    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |                   |                                          |                            |     |

| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                               |                                                            |                                                        |                                 |          |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| OFICINA:                          |                               | <b>DIF CENTRAL</b>                                         |                                                        |                                 |          |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                               | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                      |                                                        |                                 |          |
| DOMICILIO:                        | Calle                         | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN</b> |                                                        | NO. INT. Y EXT.:                | <b>5</b> |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLAPAN</b> |                                                            | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLAPAN</b>               |          |
| C.P.:                             | <b>56370</b>                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                | <b>Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                 |          |
| LADA:                             | TELÉFONOS:                    | EXTS.:                                                     | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:             |          |
| 01                                | 5559216827                    | N/A                                                        | N/A                                                    | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |          |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                               | N/A                                                        |                                                        |                                 |          |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                                |                                                                                                    |                                     |            |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>               |                                                                                                    |                                     |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>          |                                                                                                    |                                     |            |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376</b> |                                                                                                    | NO. INT. Y EXT.:                    | <b>345</b> |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                                | MUNICIPIO:                                                                                         | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |            |
| C.P.:                             | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                    | <b>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |                                     |            |
| LADA:                             | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                         | FAX:                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO:                 |            |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                            | N/A                                                                                                | N/A                                 |            |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?        |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?         |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                       |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿NECESITO TENER MI RECETA?        |
| RESPUESTA:                        | SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                   |
| N/A                               |                                   |

ELABORÓ:

Vo.Bo.

  
DIF  
DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García*  
Ced. Prof. 782535

  
DIF  
DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | TRÁMIT<br>E:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SERVI<br>CIO:                                  | X                                   |
| Asesoría Psicológica, presencial a la población en general<br>Otorgado por el Departamento de Orientación Familiar                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Código de la Cédula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                     |
| Consiste en brindar terapia y orientación psicológica en modalidad individual, de pareja y familiar a niños (as), adolescente y adultos que lo soliciten o que sean canalizados de alguna institución pública, para favorecer la integración psicosocial del individual. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                        |  | La Ley General de Salud, Art. 74; Fracción I, contiene una lista de sujetos con trastornos mentales. Protección a la Salud Mental.<br>Ley De Asistencia Social Artículo 41, Fracción I, Ley Que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados De Asistencia Social De Carácter Municipal.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico. |                                                |                                     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                     |  | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VIGENCIA DEL DOCUMENTO O A OBTENER:            | NA                                  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                                                                                                   |  | SI<br>X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO                                             | DIRECCIÓN WEB<br>NA                 |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                             |  | Cuando el ciudadano lo solicite o por referencia de alguna institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |                                     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                                                    |  | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                                     |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
| 1. Recibo de pago.                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NA                                             |                                     |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                                                       |  | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1                                              |                                     |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
| NA                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NA                                             | NA                                  |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                                     |
| NA                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NA                                             | NA                                  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                                                                                         |  | Acudir a las oficinas del Departamento de Orientación Familiar, para solicitar se le agende la consulta psicológica. El día de la cita debe generar el pago correspondiente y pasar al consultorio asignado.                                                                                                                                                  |                                                |                                     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                |  | 10 minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                                     |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                     |                                                                                      |    |                    |    |                   |    |                            |    |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| COSTO:                              | \$50                                                                                 |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                                                            | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | En cajas de las unidades del Sistema Municipal DIF en donde se solicita el servicio. |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | NA                                                                                   |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | -Siempre que se cumpla con los requisitos.                                           |    |                    |    |                   |    |                            |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | NA                                                                                   |    |                    |    |                   |    |                            |    |

|                                                                         |  |                                             |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
|-------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------|------------|-------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                |  |                                             |         | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Chicoloapan |  |                                             |         | Salud y Deporte                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                              |  |                                             |         | Marco Antonio Ramírez García                                      |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| DOMICILIO:                                                              |  | CALLE:                                      | C. Mina | NO. INT. Y EXT.:                                                  |            | 5           |                  |                                                                                                      |    |
| COLONIA:                                                                |  | Cabecera Municipal                          |         | MUNICIPIO:                                                        |            | Chicoloapan |                  |                                                                                                      |    |
| C.P.:                                                                   |  | 56370                                       |         | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 horas |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| LADA:                                                                   |  | TELÉFONOS:                                  |         | EXTS.:                                                            |            | FAX:        |                  | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                  |    |
| 55                                                                      |  | 5921 6827                                   |         | NA                                                                |            | NA          |                  | <a href="mailto:orientacionfamiardif@chicoloapan.gob.mx">orientacionfamiardif@chicoloapan.gob.mx</a> |    |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                  |  |                                             |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| OFICINA:                                                                |  | NA                                          |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                       |  | NA                                          |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| DOMICILIO:                                                              |  | CALLE:                                      | NA      |                                                                   |            |             | NO. INT. Y EXT.: |                                                                                                      | NA |
| COLONIA:                                                                |  | NA                                          |         |                                                                   | MUNICIPIO: |             | NA               |                                                                                                      |    |
| C.P.:                                                                   |  | NA                                          |         | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: NA                                    |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| LADA:                                                                   |  | TELÉFONOS:                                  |         | EXTS.:                                                            |            | FAX:        |                  | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                  |    |
| NA                                                                      |  | NA                                          |         | NA                                                                |            | NA          |                  | NA                                                                                                   |    |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                                 |  | NA                                          |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                   |  |                                             |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                   |  | ¿Qué día puedo sacar cita para psicología?  |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| RESPUESTA:                                                              |  | De Lunes a Viernes .de 9:00 a 17:00 hrs.    |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                   |  | ¿Las citas subsecuentes tienen algún costo? |         |                                                                   |            |             |                  |                                                                                                      |    |

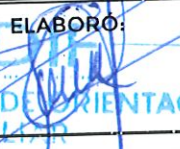
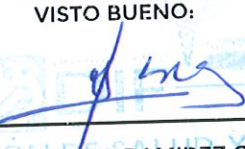


GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                   |                                                                                                        |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPUESTA:                        | Tiene un costo de recuperación de \$35                                                                 |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:             | ¿Se atienden personas con problemas mentales?                                                          |
| RESPUESTA:                        | Se brinda una asesoría y valoración para generar las referencias a la Institución Médica Psiquiátrica. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                        |
| NA                                |                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <br>ELABORO:<br><br>DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR<br>LIC. FRANCELI CRUZ RUIZ | VISTO BUENO:<br><br>MARCO ANTONIO RAMIREZ GARCIA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br>01/JULIO/2026. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|





|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                 |          |                                   |          |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                 | TRÁMITE: |                                   | SERVICIO | X |
| LAVADO DE OIDO                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                 |          |                                   |          |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                 |          |                                   |          |   |
| SERVICIO QUE PERMITE REMOVER EL EXCESO DE CERA O CUALQUIER TIPO DE SUCIEDAD EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                 |          |                                   |          |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                            | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                                 |          |                                   |          |   |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                          | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                 |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A      |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                        | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB                                                   | N/A      |                                   |          |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE PERSONAL DE LA SALUD. |          |                                   |          |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | N/ A                                                            |          |                                   |          |   |

| REQUISITOS:                                         | ORIGINAL<br>SI O NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| INDICACION MEDICA                                   | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N/A    | Artículo no. 4 de la constitución<br>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                 | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                 | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br>REALIZAR EL CIUDADANO | <b>RECOMIENDA NO HACER USO DE LOS<br/>           COTONETES, PASADORES U OTROS OBJETOS<br/>           PEQUEÑOS PARA LIMPIARSE LOS OÍDOS, YA<br/>           QUE SE PUEDEN DAÑAR LOS OÍDOS, AL GRADO DE<br/>           OCASIONAR UNA PERFORACIÓN TIMPÁNICA Y SE<br/>           PUEDE PROVOCAR UN TAPÓN DE CERUMEN.</b> |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLAZO MÁXIMO DE<br>RESPUESTA                        | 30 MINUTOS APROX                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                           |                         |                                |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| COSTO:                                                                    |                         | <b>\$60 MXN POR C/OIDO</b>     |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no         | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                                |    |                                      |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                |    |                                      |            | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |    |                                      |            |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                                          |                  |                            |     |
| C.P.                                                                      | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |            |                                          |                  |                            |     |

| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                               |                                                            |                                                        |                                 |          |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| OFICINA:                          |                               | <b>DIF CENTRAL</b>                                         |                                                        |                                 |          |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                               | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                      |                                                        |                                 |          |
| DOMICILIO:                        | Calle                         | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN</b> |                                                        | NO. INT. Y EXT.:                | <b>5</b> |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLAPAN</b> |                                                            | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLAPAN</b>               |          |
| C.P.:                             | <b>56370</b>                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                | <b>LUNES A VIERNES de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                 |          |
| LADA:                             | TELÉFONOS:                    | EXTS.:                                                     | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:             |          |
| 01                                | 5559216827                    | N/A                                                        | N/A                                                    | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |          |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                               | N/A                                                        |                                                        |                                 |          |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                                |                                                                                                    |                                     |            |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>               |                                                                                                    |                                     |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>          |                                                                                                    |                                     |            |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376</b> |                                                                                                    | NO. INT. Y EXT.:                    | <b>345</b> |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                                | MUNICIPIO:                                                                                         | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |            |
| C.P.:                             | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                    | <b>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |                                     |            |
| LADA:                             | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                         | FAX:                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO:                 |            |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                            | N/A                                                                                                | N/A                                 |            |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

# INFORMACIÓN ADICIONAL

|                                   |                                                                                               |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                               |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                     |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?                                                                |
| RESPUESTA:                        | ES COMÚN EXPERIMENTAR DOLOR COMO RESULTADO DE LA IRRITACIÓN DEL CANAL AUDITIVO O DEL TÍMPANO. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                               |
| N/A                               |                                                                                               |

Vo.Bo.

ELABORÓ:



DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

Dr. Ramírez García  
Ced. Prof. 782535



C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |          |                                   |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|----------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               | TRÁMITE: | SERVICIO                          | X   |
| <b>LAVADO OFTAMOLOGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |          |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |          |                                   |     |
| <b>PROCEDIMIENTO POR MEDIO DEL CUAL SE REALIZA UNA IRRIGACIÓN O LAVADO DE LA SUPERFICIE OCULAR MEDIANTE LA INSTALACIÓN DE LÍQUIDO, CON FIN DE REALIZAR UN BARRIDO DE UN OBJETO O CUERPO. EXTRAÑO QUE SE ENCUENTRA UBICADO EN LA SUPERFICIE CÓRNEO -ESCLERA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |          |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                              | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |               |          |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |               |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                                                                                                                          | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB | N/A      |                                   |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                   | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |               |          |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                                          | N/ A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |               |          |                                   |     |



| REQUISITOS:                                      |  | ORIGINAL<br>SI O NO     | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|--|-------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                          |  |                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N/A                                              |  | N/A                     | N/A    | <b>Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.</b><br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>              |  |                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N/A                                              |  | NO                      | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                    |  |                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N/A                                              |  | NO                      | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO |  | EVITAR FROTAR SUS OJOS. |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                        |  | 20 MINUTOS APROX        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| COSTO:                                           |  | \$60 MXN                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                             |       |                                |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                              |       | EFFECTIVO                      | Si                | TARJETA DE CRÉDITO                   | no           | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                        |       | CAJA DE LA UNIDAD              |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                         |       | N/A                            |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                         |       | N/A                            |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                          |       | N/A                            |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                    |       |                                |                   |                                      |              | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLLOAPAN |       |                                |                   |                                      |              | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                  |       | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                   |                                      |              |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                  |       | CALLE:                         | JAMAPA ESQ HUMAYA |                                      |              |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                    |       | GEO VILLAS DE COSTITLAN        |                   | MUNICIPIO                            | CHICOLLOAPAN |                                          |                  |                            |     |
| C.P.                                                                        | 56370 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |                   | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |              |                                          |                  |                            |     |



| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                                 |                                                              |                                                        |                                 |          |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| OFICINA:                          |                                 | <b>DIF CENTRAL</b>                                           |                                                        |                                 |          |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                                 | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                        |                                                        |                                 |          |
| DOMICILIO:                        | Calle                           | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLLOAPAN</b> |                                                        | NO. INT. Y EXT.:                | <b>5</b> |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLLOAPAN</b> |                                                              | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLLOAPAN</b>             |          |
| C.P.:                             | <b>56370</b>                    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                  | <b>Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                 |          |
| LADA:                             | TELÉFONOS:                      | EXTS.:                                                       | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:             |          |
| 01                                | 5559216827                      | N/A                                                          | N/A                                                    | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |          |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                                 | N/A                                                          |                                                        |                                 |          |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                                |                                                                                                    |                                       |            |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLLOAPAN</b>             |                                                                                                    |                                       |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>          |                                                                                                    |                                       |            |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376</b> |                                                                                                    | NO. INT. Y EXT.:                      | <b>345</b> |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                                | MUNICIPIO:                                                                                         | <b>CHICOLLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |            |
| C.P.:                             | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                    | <b>Lunes a viernes de 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |                                       |            |
| LADA:                             | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                         | FAX:                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO:                   |            |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                            | N/A                                                                                                | N/A                                   |            |

FORMATO(S)  
DESCARGABLES

N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL

PREGUNTA  
FRECUENTE 1:

¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?

RESPUESTA:

SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.

PREGUNTA  
FRECUENTE 2:

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE REALIZARME UN LAVADO  
OFTAMOLÓGICO?

RESPUESTA:

EL LAVADO DE OJOS ES CRUCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE DAÑOS  
OCULARES A LARGO PLAZO. AL ELIMINAR RÁPIDAMENTE LOS  
IRRITANTES, SE REDUCE EL RIESGO DE DAÑOS EN LA CÓRNEA Y  
OTRAS ESTRUCTURAS DEL OJO. ADEMÁS, UN LAVADO ADECUADO  
AYUDA A MINIMIZAR SÍNTOMAS COMO ENROJECIMIENTO,  
INFLAMACIÓN Y DOLOR.

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?

RESPUESTA:

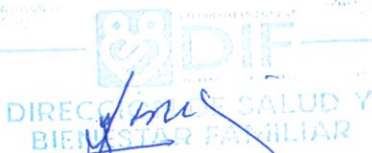
PUEDE LLEGAR A SER MOLESTO, RECORDEMOS QUE LOS OJOS  
SON ÓRGANOS SENSIBLES QUE PUEDEN VERSE AFECTADOS POR  
VARIOS FACTORES EXTERNOS E INTERNOS, INDICANDO LA  
NECESIDAD DE UN LAVADO OCULAR.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

ELABORÓ:

Vo.Bo.



DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535



C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MEXICANOS

1º poder de la nación

|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO | X |
|---------|----------|----------|---|

## TOMA DE GLUCOSA CAPILAR (DEXTROXTIS)

### DESCRIPCIÓN:

ES MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE GLUCOSA EN LA SANGRE. A PARTIR DE UNA PEQUEÑA MUESTRA DE SANGRE OBTENIDA GENERALMENTE DE LA YEMA DEL DEDO. ESTE PROCEDIMIENTO ES FUNDAMENTAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE ENFERMEDADES COMO DIABETES, ASÍ COMO DETECTAR EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA O HIPERGLUCEMIA.

### FUNDAMENTO LEGAL:

Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.

- NOM-001-SSA2-1993
- NOM-005-SSA2-1993
- NOM-005-SSA3-2010
- NOM-007-SSA2-1993
- NOM-010-SSA2-1993
- NOM-011-SSA2-1993
- NOM-013-SSA2-1993
- NOM-014-SSA2-1993
- NOM-015-SSA2-1994
- NOM-016-SSA2-1994
- NOM-031-SSA2-1999
- NOM-035-SSA2-2002
- NOM-068-SSA1-1993
- NOM-168-SSA1-1998
- NOM-174-SSA1-1998

### DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

### VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

### ¿SE REALIZA EN LÍNEA?

SI

NO

x

### DIRECCIÓN WEB

N/A

### CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:

CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.

### ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA

N/ A

| REQUISITOS:                                         |  | ORIGINAL<br>SI O NO            | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                             |  |                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                 |  | N/A                            | N/A    | Artículo no. 4 de la constitución<br>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                 |  |                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                 |  | NO                             | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                       |  |                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                 |  | NO                             | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br>REALIZAR EL CIUDADANO |  | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO. |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLAZO MÁXIMO DE<br>RESPUESTA                        |  | 20 MINUTOS APROX               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| COSTO:                                              |  | \$20 MXN                       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                           |                         |                                |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no         | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                                |    |                                      |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                |    |                                      |            | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |    |                                      |            |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                                          |                  |                            |     |
| C.P.                                                                      | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |            |                                          |                  |                            |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |                                                 |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |                                                 |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |                                                 |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |                                                 | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO:                                      | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | Lunes a viernes de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL |                                 |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:                                            | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A                                             | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |                                                 |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |                                                                                            |                              |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |                                                                                            |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |                                                                                            |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |                                                                                            | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO:                                                                                 | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |                              |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:                                                                                       | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A                                                                                        | N/A                          |     |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                                   |                                                                                                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                     |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿PUEDO DESAYUNAR ANTES DE REALIZARME LA PRUEBA?                                                |
| RESPUESTA:                        | NO, SE RECOMIENDA QUE SEA EN AYUNO CON UN TIEMPO DE 8 HRS                                      |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?                                                                 |
| RESPUESTA:                        | EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA CON UNA PEQUEÑA AGUJA LLAMADA LANCETA, PUEDE LLEGAR A SER MOLESTO. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                |
| N/A                               |                                                                                                |

ELABORÓ:

Vo.Bo.

DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García*  
Ced. Prof. 782535

DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

\_\_\_03/\_\_\_07\_\_\_/2026

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRÁMITE:                                             | SERVICIO:                         | X   |
| <b>RETIRO DE SUTURA POR PUNTO</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| <b>SE BRINDA EL SERVICIO DE RETIRO DE MATERIAL DE SUTURA INDICADO POR UN MÉDICO PARA UNA MEJOR CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                               | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                                                      |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                           | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>X                                              | DIRECCIÓN WEB                     | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MÉDICO. |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | N/A                                                  |                                   |     |



| REQUISITOS:                                      | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS                                     | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERSONAS FÍSICAS                                 |                     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| N/A                                              | N/A                 | N/A                                        | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                     |                     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| N/A                                              | NO                  | N/A                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                           |                     |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| N/A                                              | NO                  | N/A                                        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO |                     | OBSERVAR BUENA CICATRIZACION DE LA HERIDA. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                        | 20 MINUTOS APROX    |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| COSTO:                                           | \$20 MXN POR PUNTO  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                            |                         |                                |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|-------------|-------------------|------------------------------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                             |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no          | TARJETA DE DÉBITO | no                                       | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |    |                                      |             |                   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICULOAPAN |                         |                                |    |                                      |             |                   | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |    |                                      |             |                   | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICULOAPAN |                   |                                          |                            |     |
| C.P.                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |             |                   |                                          |                            |     |



| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |                                                 |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |                                                 |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |                                                 |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |                                                 | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO:                                      | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |                                 |   |
| LADA:                             | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:                                            | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A                                             | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |                                                 |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |                                                                                            |                              |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |                                                                                            |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |                                                                                            |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |                                                                                            | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO:                                                                                 | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |                              |     |
| LADA:                             | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:                                                                                       | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A                                                                                        | N/A                          |     |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| INFORMACIÓN ADICIONAL             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| RESPUESTA:                        | UNA DE LAS CAUSAS MÁS PREOCUPANTES DEL DOLOR EN LOS PUNTOS DE SUTURA ES LA INFECCIÓN. SI NOTAS ENROJECIMIENTO, HINCHAZÓN O SECRECIÓN, ES CRUCIAL QUE CONSULTES A UN MÉDICO. PIENSA EN LA INFECCIÓN COMO UN INVITADO NO DESEADO EN UNA FIESTA; NO SOLO ESTÁ CAUSANDO PROBLEMAS, SINO QUE TAMBIÉN ESTÁ ARRUINANDO LA DIVERSIÓN. LA INFECCIÓN PUEDE HACER QUE EL ÁREA SE SIENTA CALIENTE Y DOLOROSA, Y ES UNA SEÑAL CLARA DE QUE NECESITAS ATENCIÓN MÉDICA. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| N/A                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

ELABORÓ:

Vo.Bo.

  
DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

 Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535

 DIF  
DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO,

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026



|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRÁMITE:                                             | SERVICIO                          | X   |
| <b>APLICACIÓN DE PUNTAS NAALES</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| SE BRINDA EL SERVICIO PARA ADMINISTRAR OXIGENO DE MANERA DIRECTA EN NARINAS, CON FINALIDAD DE INCREMENTAR LA PRESION PARCIAL DE OXIGENO CON FLUJOS BAJOS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                         | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                                                      |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                     | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>x                                              | DIRECCIÓN WEB                     | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | N/A                                                  |                                   |     |

| REQUISITOS:                                                                                         | ORIGIN<br>AL<br>SI O NO                                             | COPIAS   | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                             |                                                                     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| RECETA MEDICA INDICADA POR<br>UN MEDICO DONDE INCLUYA<br>FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA<br>PREINSCRIBE. | S<br><br>I                                                          | OPCIONAL | Articulo no. 4 de la constitución<br>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                 |                                                                     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                                                                 | NO                                                                  | N/A      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                       |                                                                     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                                                                 | N<br>O                                                              | N/A      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br>REALIZAR EL CIUDADANO                                                 | CUADO LO SOLICITE EL USUARIO Y 'PREVIAMENTE LO<br>RECETE UN MEDICO. |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLAZO MÁXIMO DE<br>RESPUESTA                                                                        | 60 MINUTOS APROX                                                    |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| COSTO:                                                                                              | \$100 MXN                                                           |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                           |                         |                                |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no         | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                                |    |                                      |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                |    |                                      |            | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUAMAYA             |    |                                      |            |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                                          |                  |                            |     |
| C.P.                                                                      | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |            |                                          |                  |                            |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                               |                                                                                                     |                                     |            |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>              |                                                                                                     |                                     |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>         |                                                                                                     |                                     |            |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>AV. DE LAS FLORES 345, STA ROSA, 56376</b> |                                                                                                     | NO. INT. Y EXT.:                    | <b>345</b> |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                               | MUNICIPIO:                                                                                          | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |            |
| C.P:                              | <b>56370</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                   | <b>Lunes a Viernes de 7:00 a 22:00 HRS.<br/>SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00 HRS</b> |                                     |            |
| LADA                              | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                        | FAX:                                                                                                | CORREO ELECTRÓNICO:                 |            |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                           | N/A                                                                                                 | N/A                                 |            |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                   | N/A                                           |                                                                                                     |                                     |            |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                             |            |                     |  |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------|---------------------|--|
| OFICINA:                          |            |                             |            |                     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            |                             |            |                     |  |
| DOMICILIO:                        | Calle      |                             |            | NO. INT. Y EXT.:    |  |
| COLONIA:                          |            |                             | MUNICIPIO: |                     |  |
| C.P:                              |            | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |            |                     |  |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                      | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO: |  |
| 01                                |            | N/A                         | N/A        | N/A                 |  |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

# INFORMACIÓN ADICIONAL

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?        |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?         |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                       |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿NECESITO TENER MI RECETA?        |
| RESPUESTA:                        | SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                   |
| N/A                               |                                   |

ELABORÓ:

Vo.Bo.



DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535



C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                                    |  |                                   |  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | TRÁMITE:                                                                           |  | SERVICIO                          |  | X   |
| <b>RETIRO DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO</b>                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                                    |  |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                                    |  |                                   |  |     |
| SE REALIZA UNA INCISIÓN MENOR A NIVEL DEL TEJIDO SUBDERMICO, ASI MISMO LOGRAR RETIRAR EL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                                    |  |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                 |  | Articulo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                                                    |  |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                              |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                    |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LINEA?                                                                                             |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB                                                                      |  | N/A                               |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y SEA PREVIAMENTE VALORADA POR PERSONAL DE LA SALUD. |  |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | N/ A                                                                               |  |                                   |  |     |



| REQUISITOS:                                                                                | ORIGINAL<br>SI O NO                                                         | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                    |                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y<br/>PREVIAMENTE LO VALORE EL<br/>PERSONAL DE SALUD.</b> | <b>OPCIONAL</b>                                                             |        | <b>Artículo no. 4 de la constitución<br/>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br/>General de Salud.</b><br><b>NOM-001-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA3-2010</b><br><b>NOM-007-SSA2-1993</b><br><b>NOM-010-SSA2-1993</b><br><b>NOM-011-SSA2-1993</b><br><b>NOM-013-SSA2-1993</b><br><b>NOM-014-SSA2-1993</b><br><b>NOM-015-SSA2-1994</b><br><b>NOM-016-SSA2-1994</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-035-SSA2-2002</b><br><b>NOM-068-SSA1-1993</b><br><b>NOM-168-SSA1-1998</b><br><b>NOM-174-SSA1-1998</b> |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                        |                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| N/A                                                                                        | NO                                                                          | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                              |                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| N/A                                                                                        | NO                                                                          | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br/>REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                | <b>LA PACIENTE DEBE OBSERVAR QUE NO PRESENTE SINTOMAS<br/>DE INFECCIÓN.</b> |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE<br/>RESPUESTA</b>                                                       | <b>35 MINUTOS APROX</b>                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>COSTO:</b>                                                                              | <b>\$250 MXN</b>                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                            |                         |                                |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|-------------|-------------------|------------------------------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                             |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no          | TARJETA DE DÉBITO | no                                       | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |    |                                      |             |                   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLOAPAN |                         |                                |    |                                      |             |                   | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |             |                   |                                          |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |    |                                      |             |                   | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICOLOAPAN |                   |                                          |                            |     |
| C.P                                                                        | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |             |                   |                                          |                            |     |



| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |                                                 |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |                                                 |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |                                                 |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |                                                 | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO:                                      | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |                                 |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:                                            | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A                                             | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |                                                 |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |                                                                                            |                              |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |                                                                                            |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |                                                                                            |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |                                                                                            | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO:                                                                                 | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |                              |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:                                                                                       | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A                                                                                        | N/A                          |     |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |            | N/A                                     |                                                                                            |                              |     |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>             | <b>¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>             | <b>¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>ODONTOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>             | <b>¿COMO SE QUE MI HERIDA NO PRESENTA INFECCION?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <p><b>LOS SIGNOS DE QUE UNA HERIDA ESTÁ INFECTADA INCLUYEN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN EL LUGAR DE LA HERIDA.</b></li> <li>• <b>MUCHA HINCHAZÓN EN EL LUGAR DE LA HERIDA.</b></li> <li>• <b>SECRECIÓN DE LA HERIDA, SOBRE TODO SI SALE PUS DE LA HERIDA (LÍQUIDO BLANCO AMARILLENTO).</b></li> <li>• <b>LA HERIDA, O LA PIEL QUE LA RODEA, SE SIENTE CALIENTE AL TACTO.</b></li> <li>• <b>ENROJECIMIENTO QUE SE EXTIENDE POR LA PIEL ALREDEDOR DE LA HERIDA.</b></li> <li>• <b>OTROS SIGNOS DE INFECCIÓN EN EL ORGANISMO, COMO FIEBRE, DOLORES GENERALES O MALESTAR GENERAL</b></li> </ul> |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| N/A                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**ELABORÓ:**

**Vo.Bo.**

**DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

19 / 03 / 2026

*Dr. Marco Antonio  
 Ramírez García  
 Céd. Prof. 782535*





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              | TRÁMITE: | SERVICIO                          | X   |
| REVISION DE DIU                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
| UN DIU ES UN DISPOSITIVO, GENERALMENTE EN FORMA DE "T", QUE SE INTRODUCE DENTRO DEL ÚTERO POR VÍA VAGINAL, EL DIU ES UNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS SEGUROS Y CÓMODOS QUE PUEDES UTILIZARSE, PERO DEBE REVISARSE Y LLEVAR SU CORRECTO CONTROL A LO LARGO DE SU VIDA ÚTIL. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                 | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-030-SSA2-1993<br>NOM-243-SSA12010<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                              |          |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                              |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO<br>x | DIRECCIÓN<br>WEB                                             | N/A      |                                   |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y VALORE EL PERSONAL DE SALUD. |          |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | N/ A                                                         |          |                                   |     |

| REQUISITOS:                                             | ORIGIN AL<br>SI O NO                                                                                                                                                                                | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                 |                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| N/A                                                     | NO                                                                                                                                                                                                  | N/A    | <b>Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley</b><br><b>NOM-007-SSA2-1993</b><br><b>NOM-010-SSA2-1993</b><br><b>NOM-011-SSA2-1993</b><br><b>NOM-013-SSA2-1993</b><br><b>NOM-014-SSA2-1993</b><br><b>NOM-015-SSA2-1994</b><br><b>NOM-016-SSA2-1994</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-035-SSA2-2002</b><br><b>NOM-068-SSA1-1993</b><br><b>NOM-168-SSA1-1998</b><br><b>NOM-174-SSA1-1998</b> |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                     |                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| N/A                                                     | NO                                                                                                                                                                                                  | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |                                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| N/A                                                     | NO                                                                                                                                                                                                  | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NO ESTAR MENSTRUANDO</b></li> <li>• <b>NO USAR DUCHAS VAGINALES</b></li> <li>• <b>NO USAR OVULOS VAGINALES</b></li> <li>• <b>ROPA COMODA</b></li> </ul> |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | <b>25 MINUTOS APROX</b>                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>COSTO:</b>                                           | <b>\$180MXN</b>                                                                                                                                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



|                                                                              |                         |                                |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                               |                         | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE<br>CRÉDITO                | no         | TARJETA DE<br>DÉBITO                        | no                  | EN LÍNEA<br>(PORTAL<br>DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ<br>PAGARSE:                                                      |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                          |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
| CRITERIOS DE<br>RESOLUCION DEL<br>TRAMITE                                    |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
| APLICACIÓN DE LA<br>AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                            |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                     |                         |                                |    |                                      |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA<br>RESPONSABLE:       |                     |                                  |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA<br>FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                |    |                                      |            | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR<br>FAMILIAR. |                     |                                  |     |
| TITULAR DE LA<br>DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |            |                                             |                     |                                  |     |
| DOMICILIO:                                                                   | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |    |                                      |            |                                             | NO. INT. Y<br>EXT.: | S/N                              |     |
| COLONIA:                                                                     | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                                             |                     |                                  |     |
| C.P.                                                                         | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN: |    | LUNES A VIERNES de 7 :00 a 15:00 HRS |            |                                             |                     |                                  |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |                                                 |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |                                                 |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |                                                 |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |                                                 | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO:                                      | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | LUNES A VIERNES de 7:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |                                 |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:                                            | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A                                             | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |                                                 |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |                                     |                              |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |                                     |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |                                     |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |                                     | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO:                          | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 15:00 HRS |                              |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:                                | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A                                 | N/A                          |     |



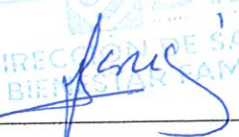
|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

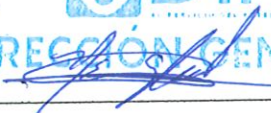
#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                                   |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                               |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                     |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿COMO SE HACE LA REVISION DE DIU?                                                                                                                                             |
| RESPUESTA:                        | SI TE ACABAS DE PONER UN DIU O TE LO ESTÁS PENSANDO, DEBES INFORMARTE CORRECTAMENTE. EL DIU ES UN MÉTODO EFICAZ, SU SEGURIDAD DEPENDE DEL TIPO DE DIU Y DURACION DE CADA UNO. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                               |
| N/A                               |                                                                                                                                                                               |

ELABORÓ:

Vo.Bo.

  
  
**DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA**  
*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García*  
 Ced. Prof. 782535

  
  
**C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.**

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

\_\_03 / \_\_07 / 2026\_\_



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS  
MEXICANO  
El poder de servir

|                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                |  |                                   |  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | TRÁMITE:                       |  | SERVICIO                          |  | X   |
| SOMATOMETRIA                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                |  |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                |  |                                   |  |     |
| SE BRINDA LA ATENCIÓN PARA LA MEDICIÓN DE PESO Y TALLA POR PARTE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                |  |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     |  | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-030-SSA2-1993<br>NOM-243-SSA12010<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                |  |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB                  |  | N/A                               |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO. |  |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | N/ A                           |  |                                   |  |     |



| REQUISITOS:                                      |  | ORIGINAL<br>SI O NO |    | COPIAS             |    | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                            |     |
|--------------------------------------------------|--|---------------------|----|--------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|-----|
| PERSONAS FÍSICAS                                 |  |                     |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| N/A                                              |  | NO                  |    | N/A                |    | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |    |                            |     |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                     |  |                     |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| N/A                                              |  | NO                  |    | N/A                |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                            |     |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                           |  |                     |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| N/A                                              |  | NO                  |    | N/A                |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                            |     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO |  | N/A                 |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                        |  | 5 MINUTOS APROX     |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| COSTO:                                           |  | \$5 MXN             |    |                    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                   |  | EFFECTIVO           | Si | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |

|                                                                            |                         |                                |                                      |                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----|
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |                                      |                                          |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |                                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLOAPAN |                         |                                |                                      | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                                      |                                          |     |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |                                      | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                | MUNICIPIO                            | CHICOLOAPAN                              |     |
| C.P.                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |                                          |     |



| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |                                                 |                                 |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |                                                 |                                 |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |                                                 |                                 |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN | NO. INT. Y EXT.:                                | 5                               |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO:                                      | CHICOLAPAN                      |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | LUNES A VIERNES de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |                                 |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:                                            | CORREO ELECTRÓNICO:             |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A                                             | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |                                                 |                                 |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |                                                                                            |                              |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |                                                                                            |                              |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |                                                                                            |                              |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 | NO. INT. Y EXT.:                                                                           | 345                          |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO:                                                                                 | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |                              |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:                                                                                       | CORREO ELECTRÓNICO:          |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A                                                                                        | N/A                          |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                          |                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1: | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                      |
| RESPUESTA:               | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                 |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2: | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                       |
| RESPUESTA:               | ODONTOLOGIA                                     |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3: | ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER MI PESO Y TALLA? |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPUESTA: | EL IMC ES UNA HERRAMIENTA UTILIZADA PARA ESTIMAR LA CANTIDAD DE GRASA CORPORAL, A PARTIR DE LA RELACIÓN ENTRE PESO Y ALTURA, ESTE SIRVE PARA IDENTIFICAR SI UNA PERSONA TIENE UN PESO ADECUADO BAJO O ELEVADO Y COMUNMENTE UTILIZADO EN LA MEDICINA PARA EVALUAR LA ADECUACIÓN DEL PESO CORPORAL. |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

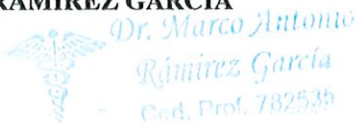
N/A

**ELABORÓ:**

**Vo.Bo.**



**DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCIA**



**C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

03 / 07 / 2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                   |  |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      | SERVICIO                          |  | X   |
| <b>TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                   |  |     |
| <b>LA PRESIÓN ARTERIAL ES LA FUERZA QUE EJERCE LA SANGRE CONTRA LAS PAREDES DE LAS ARTERIAS MIENTRAS EL CORAZÓN BOMBEA. SE MIDE EN MILÍMETROS DE MERCURIO (MMHG) Y SE EXPRESA CON DOS NÚMEROS: LA PRESIÓN SISTÓLICA (EL NÚMERO MÁS ALTO) Y LA PRESIÓN DIASTÓLICA (EL NÚMERO MÁS BAJO). UN VALOR NORMAL ES APROXIMADAMENTE DE 120/80 MMHG.</b> |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-243-SSA12010<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                                                      |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI | NO<br>x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIRECCIÓN WEB                                        | N/A                               |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | N/ A                                                 |                                   |  |     |

| REQUISITOS:                                      |                 | ORIGIN AL<br>SI O NO                                               | COPIAS             | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |    |                            |     |
|--------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|----------------------------|-----|
| PERSONAS FÍSICAS                                 |                 |                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| N/A                                              |                 |                                                                    |                    | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                   |    |                            |     |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                     |                 |                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| N/A                                              |                 | NO                                                                 | N/A                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |    |                            |     |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                           |                 |                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| N/A                                              |                 | NO                                                                 | N/A                | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |    |                            |     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO |                 | ANTES DE LA TOMA DE TENSION ARTERIAL<br>DESCANSAR COMO MINIMO 5 MN |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                        | 5 MINUTOS APROX |                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| COSTO:                                           | \$10 MXN        |                                                                    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |    |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                   | EFFECTIVO       | Si                                                                 | TARJETA DE CRÉDITO | no                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |



|                                                                            |                         |                                |                                      |                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----|
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |                                      |                                          |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |                                      |                                          |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |                                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLOAPAN |                         |                                |                                      | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                                      |                                          |     |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |                                      | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                | MUNICIPIO                            | CHICOLOAPAN                              |     |
| C.P.                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |                                          |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                               |                                                            |                                                        |                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
| OFICINA:                          |                               | <b>DIF CENTRAL</b>                                         |                                                        |                                 |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                               | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                      |                                                        |                                 |
| DOMICILIO:                        | Calle                         | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN</b> | NO. INT. Y EXT.:                                       | <b>5</b>                        |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLAPAN</b> |                                                            | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLAPAN</b>               |
| C.P.:                             | <b>56370</b>                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                | <b>LUNES A VIERNES de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                 |
| LADA                              | TELÉFONOS:                    | EXTS.:                                                     | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:             |
| 01                                | 5559216827                    | N/A                                                        | N/A                                                    | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                               | N/A                                                        |                                                        |                                 |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                                |                                                                                                    |                                     |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>               |                                                                                                    |                                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>          |                                                                                                    |                                     |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376</b> | NO. INT. Y EXT.:                                                                                   | <b>345</b>                          |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                                | MUNICIPIO:                                                                                         | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |
| C.P.:                             | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                    | <b>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |                                     |
| LADA                              | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                         | FAX:                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO:                 |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                            | N/A                                                                                                | N/A                                 |



|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
|----------------------------|-----|

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:                 | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| RESPUESTA:                               | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:                 | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| RESPUESTA:                               | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:                 | ¿CÚALES SON LAS INDICACIONES QUE DEBO DE TOMAR ANTES DE MI MEDICION DE PRESIÓN ARTERIAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| RESPUESTA:                               | <p>ANTES DE TOMAR LA PRESIÓN ARTERIAL, ES FUNDAMENTAL SEGUIR ESTOS PASOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>DESCANSAR:</b> LA PERSONA DEBE ESTAR RELAJADA Y SENTADA EN UNA POSICIÓN CÓMODA DURANTE AL MENOS 3 A 5 MINUTOS ANTES DE LA MEDICIÓN.</li> <li>2. <b>ORINAR:</b> VACIAR LA VEJIGA PUEDE AYUDAR A OBTENER UNA LECTURA MÁS PRECISA.</li> <li>3. <b>EVITAR LA CAFEÍNA Y EL TABACO:</b> AMBOS PUEDEN AUMENTAR TEMPORALMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL, PREFERIBLEMENTE HASTA 30 MINUTOS ANTES.</li> <li>4. <b>NO HABER HECHO EJERCICIO:</b> ES IMPORTANTE NO REALIZAR LA TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL DESPUÉS DE REALIZAR EJERCICIOS, SE DEBE CONSIDERAR UN PERÍODO DE TIEMPO DE POR LO MENOS 30 MINUTOS.</li> </ol> |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| N/A                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**ELABORÓ:**

**Vo.Bo.**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

\_\_\_03\_\_\_ / \_\_\_07\_\_\_ / 2026\_\_\_

**DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.**

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535*

|                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                   |  |     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------|--|-----|--|
| NOMBRE:                                                                                                                           |  | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    | SERVICIO                          |  | X   |  |
| APLICACION DE BIOLOGICO – VACUNAS                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                   |  |     |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                   |  |     |  |
| ES LA APLICACIÓN DE UNA PREPARACIÓN DESTINADA A GENERAR INMUNIDAD CONTRA UNA ENFERMEDAD ESTIMULANDO LA PRODUCCION DE ANTICUERPOS. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                   |  |     |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                 |  | <p>Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.</p> <p>NOM-001-SSA2-1993</p> <p>NOM-005-SSA2-1993</p> <p>NOM-005-SSA3-2010</p> <p>NOM-007-SSA2-1993</p> <p>NOM-010-SSA2-1993</p> <p>NOM-011-SSA2-1993</p> <p>NOM-013-SSA2-1993</p> <p>NOM-014-SSA2-1993</p> <p>NOM-015-SSA2-1994</p> <p>NOM-016-SSA2-1994</p> <p>NOM-031-SSA2-1999</p> <p>NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos e inmunoglobulinas en el humano.</p> <p>NOM-035-SSA2-2002</p> <p>NOM-068-SSA1-1993</p> <p>NOM-168-SSA1-1998</p> <p>NOM-174-SSA1-1998</p> |    |                                   |  |     |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                              |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                             |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO | DIRECCIÓN WEB                     |  | N/A |  |
|                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | x  |                                   |  |     |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.    |  |     |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | N/ A                              |  |     |  |



| REQUISITOS:                         | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|---------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>             |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CARTILLA DE VACUNACION</b>       | <b>SI</b>           | N/A    | <b>Artículo no. 4 de la constitución Mexicana parrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.</b><br><b>NOM-001-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA2-1993</b><br><b>NOM-005-SSA3-2010</b><br><b>NOM-007-SSA2-1993</b><br><b>NOM-010-SSA2-1993</b><br><b>NOM-011-SSA2-1993</b><br><b>NOM-013-SSA2-1993</b><br><b>NOM-014-SSA2-1993</b><br><b>NOM-015-SSA2-1994</b><br><b>NOM-016-SSA2-1994</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-031-SSA2-1999</b><br><b>NOM-035-SSA2-2002</b><br><b>NOM-068-SSA1-1993</b><br><b>NOM-168-SSA1-1998</b><br><b>NOM-174-SSA1-1998</b> |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b> |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N/A                                 | <b>NO</b>           | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>       |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| N/A                                 | <b>NO</b>           | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                             |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|----|----------------------------|-----|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                            |                         | <b>ALGUNOS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES INCLUYEN:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>DOLOR EN EL LUGAR DE LA APLICACIÓN.</b></li> <li><b>PIEBRE Y ESCALOFRÍOS</b></li> <li><b>CANSANCIO Y DEBILIDAD</b></li> </ol> <p><b>ESTOS EFECTOS SECUNDARIOS SUELEN APARECER ENTRE 24 Y 48 HORAS DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN, Y LA GRAN MAYORÍA DE LAS VECES DESAPARECEN EN UN PAR DE DÍAS SIN NECESIDAD DE INTERVENCIÓN MÉDICA. SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE RESALTAR QUE ESTOS EFECTOS SON UN SIGNO DE QUE LA VACUNA ESTÁ FUNCIONANDO Y QUE EL CUERPO ESTÁ GENERANDO UNA RESPUESTA INMUNE.</b></p> |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                   |                         | 15 MINUTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| COSTO:                                                                      |                         | GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                                              |                         | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO | TARJETA DE CRÉDITO                                  | no           | TARJETA DE DÉBITO                        | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                        |                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                         |                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                         |                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                          |                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                    |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                     |              | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |    |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLLOAPAN |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                     |              | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |    |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                  |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                     |              |                                          |    |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                  | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                     |              | NO. INT. Y EXT.:                         |    | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                    | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | MUNICIPIO                                           | CHICOLLOAPAN |                                          |    |                            |     |
| C.P                                                                         | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | LUNES A VIERNES EN UN HORARIO DE 7:00 AM A 14:00 PM |              |                                          |    |                            |     |



| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                               |                                                            |                                                        |                                 |          |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| OFICINA:                          |                               | <b>DIF CENTRAL</b>                                         |                                                        |                                 |          |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                               | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                      |                                                        |                                 |          |
| DOMICILIO                         | Calle                         | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN</b> |                                                        | NO. INT. Y EXT.:                | <b>5</b> |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLAPAN</b> |                                                            | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLAPAN</b>               |          |
| C.P.:                             | <b>56370</b>                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                | <b>Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                 |          |
| LADA                              | TELÉFONOS:                    | EXTS.:                                                     | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:             |          |
| 01                                | 5559216827                    | N/A                                                        | N/A                                                    | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |          |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                               | N/A                                                        |                                                        |                                 |          |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                               |                                            |                                     |            |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>              |                                            |                                     |            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>         |                                            |                                     |            |
| DOMICILIO                         | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta Rosa, 56376</b> |                                            | NO. INT. Y EXT.:                    | <b>345</b> |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                               | MUNICIPIO:                                 | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |            |
| C.P.:                             | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                   | <b>Lunes a Viernes de 7:00 a 15:00 HRS</b> |                                     |            |
| LADA                              | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                        | FAX:                                       | CORREO ELECTRÓNICO:                 |            |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                           | N/A                                        | N/A                                 |            |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                   | N/A                                           |                                            |                                     |            |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>             | <b>¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>NO, LOS BIOLÓGICOS SOLO PUEDEN ESTAR UN TIEMPO FUERA, DEBIDO EN EL ESTADO DE MANTENER SU ESTABILIDAD Y EFICACIA. LA EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS INADECUADAS, PUEDE PROVOCAR LA DESNATURALIZACIÓN Y PÉRDIDA DE EFICACIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS, LO QUE PODRÍA AFECTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>             | <b>¿SI MI HIJO SE ENCUERNTRA ENFERMO LO PUEDO VACUNAR?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>NO, LO RECOMENDABLE ES DEJAR PASAR 7 DIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>             | <b>¿QUE HACER CUANDO VALLAS A VACUNAR A TU HIJO O HIJA?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>CUANDO ACUDAS A VACUNAR A TU HIJA (O) MANTÉN LA CALMA, TU ACTITUD LE DARÁ TRANQUILIDAD. INFÓRMATE CON EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS BENEFICIOS Y POSIBLES REACCIONES DE LAS VACUNAS QUE VA A RECIBIR. DALE LAS EXPLICACIONES NECESARIAS Y BRÍNDALE TRANQUILIDAD, ES NECESARIO EXPLICARLE QUÉ LE VA A SUCEDER. EVITA MENTIRLE, NO LE OCULTES LA VERDAD, AUNQUE SEA PEQUEÑO COMPRENDE PERFECTAMENTE, EXPLÍCALE CON PALABRAS SENCILLAS. MENCIÓNALE QUE PUEDE DOLERLE, PERO QUE SE TRATA SÓLO DE UNOS SEGUNDOS Y QUE LAS VACUNAS SON NECESARIAS PARA QUE SE MANTENGA PROTEGIDO Y SALUDABLE.</b> |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| N/A                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**ELABORÓ:**

**Vo.Bo.**

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

**DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.**

03 / 07 / 2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                      |  |                                   |  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | TRÁMITE:                                             |  | SERVICIO                          |  | X   |
| ATENCIÓN DE HERIDAS (CURACIÓN)                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                      |  |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                      |  |                                   |  |     |
| SE BRINDA LA ATENCIÓN DE HERIDAS POR PARTE DE ENFERMERÍA.                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                      |  |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     |  | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |    |                                                      |  |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                      |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO | DIRECCIÓN WEB                                        |  | N/A                               |  |     |
|                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | x  |                                                      |  |                                   |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |  |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | N/ A                                                 |  |                                   |  |     |

| REQUISITOS:                                                                                   |  | ORIGIN<br>AL<br>SI O NO                                      | COPIAS   | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERSONAS FÍSICAS                                                                              |  |                                                              |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| INDICADA U VALORADA POR UN<br>MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y<br>CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE. |  | S<br><br>I                                                   | OPCIONAL | Artículo no. 4 de la constitución<br>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                                                                  |  |                                                              |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                                                           |  | NO                                                           | N/A      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                        |  |                                                              |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| N/A                                                                                           |  | N<br>O                                                       | N/A      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br>REALIZAR EL CIUDADANO                                           |  | OBSERVAR QUE LA HERIDA NO PRESENTE SINTOMAS<br>DE INFECCIÓN. |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PLAZO MÁXIMO DE<br>RESPUESTA                                                                  |  | 30 MINUTOS APROX                                             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



|                                                                               |                         |                                                                                                                                                                  |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|----|----------------------------------|-----|
| COSTO:                                                                        |                         | <p align="center"><b>CURACIÓN MAYOR \$80 MXN</b></p> <p align="center"><b>CURACIÓN MEDIANA \$60 MXN</b></p> <p align="center"><b>CURACIÓN MENOR \$45 MXN</b></p> |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| FORMA DE PAGO:                                                                |                         | EFFECTIVO                                                                                                                                                        | Si | TARJETA DE<br>CRÉDITO                | no          | TARJETA DE<br>DÉBITO                        | no | EN LÍNEA<br>(PORTAL<br>DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ<br>PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD                                                                                                                                                |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                           |                         | N/A                                                                                                                                                              |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| CRITERIOS DE<br>RESOLUCION DEL<br>TRAMITE                                     |                         | N/A                                                                                                                                                              |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| APLICACIÓN DE LA<br>AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                                                                                                                                                              |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                      |                         |                                                                                                                                                                  |    |                                      |             | UNIDAD ADMINISTRATIVA<br>RESPONSABLE:       |    |                                  |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA<br>FAMILIA DE CHICOLOAPAN |                         |                                                                                                                                                                  |    |                                      |             | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR<br>FAMILIAR. |    |                                  |     |
| TITULAR DE LA<br>DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                                                                                                   |    |                                      |             |                                             |    |                                  |     |
| DOMICILIO:                                                                    | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA                                                                                                                                                |    |                                      |             | NO. INT. Y<br>EXT.:                         |    | S/N                              |     |
| COLONIA:                                                                      | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                                                                                                                                                  |    | MUNICIPIO                            | CHICOLOAPAN |                                             |    |                                  |     |
| C.P.                                                                          | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN:                                                                                                                                   |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |             |                                             |    |                                  |     |

| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                               |                                                            |                                                        |                                  |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------|
| OFICINA:                          |                               | <b>DIF CENTRAL</b>                                         |                                                        |                                  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                               | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>                      |                                                        |                                  |
| DOMICILIO:                        | Calle                         | <b>MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN</b> | NO. INT. Y EXT.:                                       | <b>5</b>                         |
| COLONIA:                          | <b>SAN VICENTE CHICOLAPAN</b> |                                                            | MUNICIPIO:                                             | <b>CHICOLAPAN</b>                |
| C.P:                              | <b>56370</b>                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                | <b>Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL</b> |                                  |
| LADA:                             | TELÉFONOS:                    | EXTS.:                                                     | FAX:                                                   | CORREO ELECTRÓNICO:              |
| 01                                | 5559216827                    | N/A                                                        | N/A                                                    | _direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                               | N/A                                                        |                                                        |                                  |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                   |                                                |                                                                                                    |                                     |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| OFICINA:                          |                   | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>               |                                                                                                    |                                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                   | <b>C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO</b>          |                                                                                                    |                                     |
| DOMICILIO:                        | Calle             | <b>Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376</b> | NO. INT. Y EXT.:                                                                                   | <b>345</b>                          |
| COLONIA:                          | <b>SANTA ROSA</b> |                                                | MUNICIPIO:                                                                                         | <b>CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO</b> |
| C.P:                              | <b>56376</b>      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                    | <b>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |                                     |
| LADA:                             | TELÉFONOS:        | EXTS.:                                         | FAX:                                                                                               | CORREO ELECTRÓNICO:                 |
| 01                                | 5559216827        | N/A                                            | N/A                                                                                                | N/A                                 |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                   | N/A                                            |                                                                                                    |                                     |



**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>             | <b>¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>             | <b>¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <b>ODONTOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>             | <b>¿SINTOMAS QUE ME PERMITA OBSERVAR SI MI HERIDA PRESENTA INFECCIÓN?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>RESPUESTA:</b>                        | <p><b>LOS SIGNOS DE QUE UNA HERIDA ESTÁ INFECTADA INCLUYEN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN EL LUGAR DE LA HERIDA.</li> <li>• MUCHA HINCHAZÓN EN EL LUGAR DE LA HERIDA.</li> <li>• SECRECIÓN DE LA HERIDA, SOBRE TODO SI SALE PUS DE LA HERIDA (LÍQUIDO BLANCO AMARILLENTO).</li> <li>• LA HERIDA, O LA PIEL QUE LA RODEA, SE SIENTE CALIENTE AL TACTO.</li> <li>• ENROJECIMIENTO QUE SE EXTIENDE POR LA PIEL ALREDEDOR DE LA HERIDA.</li> <li>• OTROS SIGNOS DE INFECCIÓN EN EL ORGANISMO, COMO FIEBRE, DOLORES GENERALES O MALESTAR GENERAL</li> </ul> |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| N/A                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**ELABORÓ:**

**Vo.Bo.**

DIF  
DIRECCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR

DIF  
DIRECCIÓN GENERAL

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**

03/ 07 / 2026

**DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.**

*Dr. Marco Antonio Ramírez García*  
Ced. Prof. 782535



|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |                                                      |                                   |          |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               | TRAMITE:                                             |                                   | SERVICIO | X |
| SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO EN VENA (IV)                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |                                                      |                                   |          |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |                                                      |                                   |          |   |
| SE BRINDA EL SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA, INDICADA POR MEDICO.               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               |                                                      |                                   |          |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                      | Articulo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |               |                                                      |                                   |          |   |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |               |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A      |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO<br>X | DIRECCIÓN WEB | N/A                                                  |                                   |          |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |                                   |          |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |               | N/ A                                                 |                                   |          |   |



[illegible]

|                |           |                    |    |                   |    |                            |     |
|----------------|-----------|--------------------|----|-------------------|----|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
|----------------|-----------|--------------------|----|-------------------|----|----------------------------|-----|

|                       |                   |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| ¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA DE LA UNIDAD |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|

|                     |     |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|-----|--|--|--|--|--|--|
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|-----|--|--|--|--|--|--|

|                                     |     |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE | N/A |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|

|                                    |     |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | N/A |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|-----|--|--|--|--|--|--|

|                          |                                    |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

|                                                                            |                                          |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICULOAPAN | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

|                            |                                |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|

|            |        |                   |                  |     |
|------------|--------|-------------------|------------------|-----|
| DOMICILIO: | CALLE: | JAMAPA ESQ HUMAYA | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
|------------|--------|-------------------|------------------|-----|

|          |                         |           |             |
|----------|-------------------------|-----------|-------------|
| COLONIA: | GEO VILLAS DE COSTITLAN | MUNICIPIO | CHICULOAPAN |
|----------|-------------------------|-----------|-------------|

|      |       |                             |                                      |
|------|-------|-----------------------------|--------------------------------------|
| C.P. | 56370 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |
|------|-------|-----------------------------|--------------------------------------|



| LADA | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|----------------|--------|------|----------------------------------|
|      | 5522893624     | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |
|      | 5575842772     |        |      |                                  |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |            |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |            |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |            |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |            | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         |            |                                 |   |
|                                   |                        | LUNES A VIERNES de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL     |            |                                 |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A        | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |            |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                                                                            |            |                              |     |
|-----------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>                                                           |            |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                             |            |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376                                                    |            | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                                                                            | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                                                |            |                              |     |
|                                   |            | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |            |                              |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                                                                     | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                                                                        | N/A        | N/A                          |     |

|                                   |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                                                                                                                                                                           |
| INFORMACIÓN ADICIONAL             |                                                                                                                                                                               |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                               |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                     |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿NECESITO TENER MI RECETA?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA, ASI MISMO EL PERSONAL DE<br>ENFERMERÍA PODRA IDENTIFICAR DOSIS, VIA Y PACIENTE CORRECTO A QUIEN<br>SE LE ADMINISTRARA EL FARMACO INDICADO. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                               |
| N/A                               |                                                                                                                                                                               |

Vo.Bo.

ELABORÓ:



DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder se sirve

|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO | X |
|---------|----------|----------|---|

## CERTIFICADO PRENUPCIAL

DESCRIPCIÓN:  
SE BRINDA LA ATENCIÓN MÉDICA PARA OBTENCIÓN DE UN DOCUMENTO QUE EXPONE LOS ASPECTOS DE LA SALUD DE LOS CONTRAYENTES, ASÍ COMO PARA EVITAR EL CONTAGIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| FUNDAMENTO LEGAL: | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |  |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                      |     |                                   |     |
|----------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| 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 LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO.

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

| REQUISITOS: | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|

#### PERSONAS FÍSICAS

TRAER EXÁMENES DE LABORATORIO.  
GRUPO RH, VDRL, Y VIH

S

I

OPCION  
AL

Artículo no. 4 de la constitución  
Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley  
General de Salud.  
NOM-001-SSA2-1993  
NOM-005-SSA2-1993  
NOM-005-SSA3-2010  
NOM-007-SSA2-1993  
NOM-010-SSA2-1993  
NOM-011-SSA2-1993  
NOM-013-SSA2-1993  
NOM-014-SSA2-1993  
NOM-015-SSA2-1994  
NOM-016-SSA2-1994  
NOM-031-SSA2-1999  
NOM-031-SSA2-1999  
NOM-035-SSA2-2002  
NOM-068-SSA1-1993  
NOM-168-SSA1-1998  
NOM-174-SSA1-1998

#### PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS

N/A

NO

N/A

N/A

#### INSTITUCIONES PÚBLICAS

N/A

N  
O

N/A

N/A

PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE  
REALIZAR EL CIUDADANO

CUADO LO SOLICITE EL USUARIO Y 'PREVIAMENTE.

PLAZO MÁXIMO DE  
RESPUESTA

20 MINUTOS APROX

COSTO:

\$100 MXN POR PERSONA



|                                                                           |       |                                |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|----|--------------------------------------|----|------------------------------------------|----|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                            |       | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no | TARJETA DE DÉBITO                        | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |       | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |       | N/A                            |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |       | N/A                            |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |       | N/A                            |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |       |                                |    |                                      |    | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |    |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |       |                                |    |                                      |    | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |    |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |       | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |    |                                          |    |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                |       | CALLE:                         |    | JAMAPA ESQ HUMAYA                    |    |                                          |    | NO. INT. Y EXT.:           | S/N |
| COLONIA:                                                                  |       | GEO VILLAS DE COSTITLAN        |    | MUNICIPIO                            |    | CHICOLAPAN                               |    |                            |     |
| C.P.                                                                      | 56370 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |    |                                          |    |                            |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                                                |            |                                 |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                                             |            |                                 |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                 |            |                                 |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN                            |            | NO. INT. Y EXT.: 5              |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                                                | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN                      |
| C.P:                              | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:<br>Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL |            |                                 |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                                                         | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:             |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                                            | N/A        | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                                            |            |                                 |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                                                                                                           |            |                              |
|-----------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>                                                                                          |            |                              |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                                                            |            |                              |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376                                                                                   |            | NO. INT. Y EXT.: 345         |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                                                                                                           | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |
| C.P:                              | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:<br>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |            |                              |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                                                                                                    | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:          |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                                                                                                       | N/A        | N/A                          |



FORMATO(S)  
DESCARGABLES

N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL

PREGUNTA  
FRECUENTE 1:

¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?

RESPUESTA:

SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.

PREGUNTA  
FRECUENTE 2:

¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?

RESPUESTA:

ODONTOLOGIA

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES MIS LABORATORIOS?

RESPUESTA:

ÉSTAS SON ESENCIALES PARA GARANTIZAR LA SALUD DE LA PAREJA Y LA SALUD DE LOS FUTUROS HIJOS.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

Vo.Bo.

ELABORÓ:



DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio*

*Ramírez García*

*Ced. Prof. 782535*



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

\_\_03\_\_ / \_\_07\_\_ / \_\_2026\_\_



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                               |    | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      | SERVICIO                          |  | X   |
| SUTURA POR PUNTO.                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |  |     |
| SE BRINDA EL SERVICIO DE SUTURA POR PUNTOS INDICADO POR MÉDICO TRATANTE                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     |    | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                                                      |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  |    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 | SI | NO<br>x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DIRECCIÓN WEB                                        | N/A                               |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO. |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                                                   |                                   |  |     |



| REQUISITOS:                                             | ORIGINAL<br>SI O NO                                                                                                                                          | COPIAS                                            | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                 |                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| N/A                                                     | N/A                                                                                                                                                          | N/A                                               | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |  |  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                     |                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| N/A                                                     | NO                                                                                                                                                           | N/A                                               | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |                                                                                                                                                              |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| N/A                                                     | NO                                                                                                                                                           | N/A                                               | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> |                                                                                                                                                              | <b>OBSERVAR BUENA CICATRIZACION DE LA HERIDA.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | <b>20 MINUTOS APROX</b>                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| <b>COSTO:</b>                                           | <b>DE LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 20:00PM CON UN COSTO DE 40 PESOS POR PUNTO, DE 20:00 PM A 8:00AM, SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS 80 PESOS POR PUNTO.</b> |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |

|                                                                           |                         |                               |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----|--------------------------------------|------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                     | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no         | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | CAJA DE LA UNIDAD             |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                           |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                           |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                           |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                               |    |                                      |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                               |    |                                      |            | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C.SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                                      |            |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA             |    |                                      |            |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                               |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                                          |                  |                            |     |
| C.P                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   |    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |            |                                          |                  |                            |     |



| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                     |            |                                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                  |            |                                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                      |            |                                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN |            | NO. INT. Y EXT.:                                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                     | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN                                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         |            | Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                              | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                 | N/A        | direcciondif@chicoloapan.gob.mx                 |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                 |            |                                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |            |                                                                                           |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>        |            |                                                                                           |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |            |                                                                                           |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |            | NO. INT. Y EXT.:                                                                          | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO                                                              |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             |            | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 20:00 HRS<br>SABADO, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                       |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A        | N/A                                                                                       |     |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| INFORMACIÓN ADICIONAL             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:             | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:             | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:             | ¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| RESPUESTA:                        | UNA DE LAS CAUSAS MÁS PREOCUPANTES DEL DOLOR EN LOS PUNTOS DE SUTURA ES LA INFECCIÓN. SI NOTAS ENROJECIMIENTO, HINCHAZÓN O SECRECIÓN, ES CRUCIAL QUE CONSULTES A UN MÉDICO. PIENSA EN LA INFECCIÓN COMO UN INVITADO NO DESEADO EN UNA FIESTA; NO SOLO ESTÁ CAUSANDO PROBLEMAS, SINO QUE TAMBIÉN ESTÁ ARRUINANDO LA DIVERSIÓN. LA INFECCIÓN PUEDE HACER QUE EL ÁREA SE SIENTA CALIENTE Y DOLOROSA, Y ES UNA SEÑAL CLARA DE QUE NECESITAS ATENCIÓN MÉDICA. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| N/A                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Vo.Bo.

ELABORÓ:

DIRECCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García*  
Ced. Prof. 782626

DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026



|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                        |          |                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                        | TRÁMITE: | SERVICIO:                         | X   |
| PLANIFICACION FAMILIAR                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                        |          |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                        |          |                                   |     |
| SE BRINDA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                                                                                        |          |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-030-SSA2-1993<br>NOM-243-SSA12010<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                                                                                        |          |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                                                                                        |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB                                                                                                          | N/A      |                                   |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y VALORE EL PERSONAL DE SALUD PARA INDICAR, CUAL ES EL METODO MAS APTO PARA LA PACIENTE. |          |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | N/A                                                                                                                    |          |                                   |     |

| REQUISITOS:                                             |                                    | ORIGIN AL<br>SI O NO | COPIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |                   |    |                            |     |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|----|----------------------------|-----|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                 |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| N/A                                                     | NO                                 | N/A                  | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                     |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| N/A                                                     | NO                                 | N/A                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                           |                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| N/A                                                     | NO                                 | N/A                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> |                                    | N/A                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | 10 MINUTOS APROX                   |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>COSTO:</b>                                           | EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                        |                   |    |                            |     |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                   | EFFECTIVO                          | Si                   | TARJETA DE CRÉDITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | no                                     | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |



|                                                                            |                         |                                |                                           |                  |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|
| ¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | N/A                            |                                           |                  |                                          |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |                                           |                  |                                          |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |                                           |                  |                                          |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |                                           |                  |                                          |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |                                           |                  | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLOAPAN |                         |                                |                                           |                  | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                                           |                  |                                          |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |                                           | NO. INT. Y EXT.: | S/N                                      |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN | MUNICIPIO                      | CHICOLOAPAN                               |                  |                                          |
| C.P.                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    | SERVICIO DE LUNES A VIERNES DE 8AM A 14PM |                  |                                          |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                                |                                                     |                                                   |   |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---|
| OFICINA:                          | <b>DIF CENTRAL</b>             |                                                     |                                                   |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                                                     |                                                   |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                          | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN | NO. INT. Y EXT.:                                  | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN         | MUNICIPIO:                                          | CHICOLAPAN                                        |   |
| C.P.:                             | 56370                          | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                         | LUNES A VIERNES de 10 :00 a 15:00 HRS DIF CENTRAL |   |

| LADA                    | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:             |
|-------------------------|------------|--------|------|---------------------------------|
| 01                      | 5559216827 | N/A    | N/A  | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES |            | N/A    |      |                                 |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                                  |                                         |                                     |                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b> |                                         |                                     |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO   |                                         |                                     |                     |
| DOMICILIO:                        | Calle                            | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 | NO. INT. Y EXT.:                    | 345                 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA                       | MUNICIPIO:                              | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO        |                     |
| C.P.:                             | 56376                            | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 14:00 HRS |                     |
| LADA                              | TELÉFONOS:                       | EXTS.:                                  | FAX:                                | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 01                                | 5559216827                       | N/A                                     | N/A                                 | N/A                 |



FORMATO(S)  
DESCARGABLES

N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL

PREGUNTA  
FRECUENTE 1:

¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?

RESPUESTA:

SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.

PREGUNTA  
FRECUENTE 2:

¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?

RESPUESTA:

ODONTOLOGIA

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE TENER UNA PLANIFICACION FAMILIAR?

RESPUESTA:

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR IMPLICA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, LA ASESORÍA MÉDICA Y LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS, PROTEGER A LA SALUD DE LA MADRE Y DEL BEBÉ, Y PROMOVER LA TOMA DE DECISIONES INFORMADA SOBRE LA REPRODUCCIÓN. ADEMÁS, CONTRIBUYE A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS Y A LA IGUALDAD DE GÉNERO.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

Vo.Bo.

ELABORÓ:

*[Signature]*

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535*

*[Signature]*

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

\_\_03 / \_\_07 / 2026\_\_



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO | X |
|---------|----------|----------|---|

## RETIRO Y COLOCACION DE SONDA FOLEY

### DESCRIPCIÓN:

SE BRINDA EL SERVICIO DE COLOCACION Y RETIRO DE SODA FOLEY INDICADO POR UN MÉDICO.

### FUNDAMENTO LEGAL:

Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.  
NOM-001-SSA2-1993  
NOM-005-SSA2-1993  
NOM-005-SSA3-2010  
NOM-007-SSA2-1993  
NOM-010-SSA2-1993  
NOM-011-SSA2-1993  
NOM-013-SSA2-1993  
NOM-014-SSA2-1993  
NOM-015-SSA2-1994  
NOM-016-SSA2-1994  
NOM-031-SSA2-1999  
NOM-035-SSA2-2002  
NOM-068-SSA1-1993  
NOM-168-SSA1-1998  
NOM-174-SSA1-1998

### DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

### VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

### ¿SE REALIZA EN LÍNEA?

SI

NO

x

### DIRECCIÓN WEB

N/A

### CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:

CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN  
MÉDICO.

### ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA

N/A



| REQUISITOS: | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|

**PERSONAS FÍSICAS**

|     |     |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N/A | N/A | N/A | Artículo no. 4 de la constitución<br>Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley<br>General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
|-----|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**INSTITUCIONES PÚBLICAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE  
REALIZAR EL CIUDADANO**

**OBSERVAR BUENA DISPOSICION Y LLEVAR SU SONDA  
PREVIAMENTE**

**PLAZO MÁXIMO DE  
RESPUESTA**

**30 MINUTOS APROX**

**COSTO:**

**COSTO DE COLOCACION Y RETIRO \$ 250 PESOS.**

|                                                                            |  |                                |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----|-----------------------------|-----------|------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                             |  | EFFECTIVO                      | Si | TARJETA DE CRÉDITO          | no        | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| ¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |  | CAJA DE LA UNIDAD              |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |  | N/A                            |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |  | N/A                            |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |  | N/A                            |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |  |                                |    |                             |           | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICULOAPAN |  |                                |    |                             |           | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |  | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |    |                             |           |                                          |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                 |  | CALLE: JAMAPA ESQ HUMAYA       |    |                             |           |                                          | NO. INT. Y EXT.: |                            | S/N |
| COLONIA:                                                                   |  | GEO VILLAS DE COSTITLAN        |    |                             | MUNICIPIO |                                          | CHICULOAPAN      |                            |     |
| C.P.                                                                       |  | 56370                          |    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |           | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO     |                  |                            |     |



| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 1    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                          |                                                       |            |                                                 |   |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                          | <b>DIF CENTRAL</b>                                    |            |                                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                          | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                        |            |                                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                    | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLLOAPAN |            | NO. INT. Y EXT.:                                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLLOAPAN |                                                       | MUNICIPIO: | CHICOLLOAPAN                                    |   |
| C.P.:                             | 56370                    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                           |            | Lunes a viernes de 9:00 a 17:00 HRS DIF CENTRAL |   |
| LADA                              | TELÉFONOS:               | EXTS.:                                                | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                             |   |
| 01                                | 5559216827               | N/A                                                   | N/A        | _direcciondif@chicoloapan.gob.mx                |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                          | N/A                                                   |            |                                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                         |            |                                                                                            |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLLOAPAN</b>      |            |                                                                                            |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO          |            |                                                                                            |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376 |            | NO. INT. Y EXT.:                                                                           | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                         | MUNICIPIO: | CHICOLLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO                                                             |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:             |            | LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS |     |
| LADA                              | TELÉFONOS: | EXTS.:                                  | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                        |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                     | N/A        | N/A                                                                                        |     |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                                                                                                                                                                                                                                                      |
| INFORMACIÓN ADICIONAL             |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                                                                                               |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                                                                                                          |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                              |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?                                                                                                                                                                                                                           |
| RESPUESTA:                        | SI ES UN PROCEDIMIENTO MOLESTO Y DOLOROSO SE UTILIZA FRECUENTEMENTE EN PATOLOGIAS DE LA PROSTATA EN EL VARON Y EN CIRUGIAS DEL PISO PELVICO Y DE VIAS URINARIAS EN LA MUJER. POR LO QUE A VECES ES NECESARIO REALIZAR RECAMBIOS FRECUENTES DE LAS MISMA. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| N/A                               |                                                                                                                                                                                                                                                          |

Vo.Bo.

ELABORÓ:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCIA

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

03 / 07 / 2026

Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782525







|         |          |          |   |
|---------|----------|----------|---|
| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO | X |
|---------|----------|----------|---|

## CONSULTA MEDICA

DESCRIPCIÓN:  
SE BRINDAN CONSULTAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD A PACIENTES QUE SOLICITEN EL SERVICIO.

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------|---|---|---|--|----------------------|--|
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                     | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana parrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:<br>N/A |   |   |   |  |                      |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                | <table><tr><td>S</td><td>N</td></tr><tr><td>I</td><td>O</td></tr><tr><td>x</td><td></td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | S | N                                        | I | O | x |  | DIRECCIÓN WEB<br>N/A |  |
| S                                                                                                     | N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
| I                                                                                                     | O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
| x                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |                                          |   |   |   |  |                      |  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

| REQUISITOS: | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|

#### PERSONAS FÍSICAS

N/A

NO

N/A

Artículo no. 4 de la constitución  
Mexicana parrafo 3,4 y 6 Ley General  
de Salud.  
NOM-001-SSA2-1993  
NOM-005-SSA2-1993  
NOM-005-SSA3-2010  
NOM-007-SSA2-1993  
NOM-010-SSA2-1993  
NOM-011-SSA2-1993  
NOM-013-SSA2-1993  
NOM-014-SSA2-1993  
NOM-015-SSA2-1994  
NOM-016-SSA2-1994  
NOM-031-SSA2-1999  
NOM-031-SSA2-1999  
NOM-035-SSA2-2002  
NOM-068-SSA1-1993  
NOM-168-SSA1-1998  
NOM-174-SSA1-1998

#### PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS

N/A

NO

N/A

N/A

#### INSTITUCIONES PÚBLICAS

N/A

NO

N/A

N/A

PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE  
REALIZAR EL CIUDADANO

CUADO LO SOLICITE EL USUARIO.

PLAZO MÁXIMO  
DE RESPUESTA

30 MIN.





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
MEXICO  
El poder de servir

|                                                                           |  |                                |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------|------------------------------------------|------------------|----------------------------------|----|
| COSTO:                                                                    |  | \$ 40                          |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| FORMA DE PAGO:                                                            |  | EFFECTIVO                      | Si                 | TARJETA DE CRÉDITO          | no        | TARJETA DE DÉBITO                        | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)       | no |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |  | CAJA                           |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |  | N/A                            |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |  | N/A                            |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |  | N/A                            |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |  |                                |                    |                             |           | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                  |                                  |    |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |  |                                |                    |                             |           | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                  |                                  |    |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |  | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |
| DOMICILIO:                                                                |  | CALLE:                         | JAMAPA ESQ HUAMAYA |                             |           |                                          | NO. INT. Y EXT.: | S/N                              |    |
| COLONIA:                                                                  |  | GEO VILLAS DE COSTITLAN        |                    |                             | MUNICIPIO | CHICOLAPAN                               |                  |                                  |    |
| C.P.                                                                      |  | 56370                          |                    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |           | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO     |                  |                                  |    |
| LADA:                                                                     |  | TELÉFONOS:(27)                 |                    | EXTS.:                      |           | FAX:                                     |                  | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |    |
| 01                                                                        |  | 5522893624<br>5575842772       |                    | N/A                         |           | N/A                                      |                  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |    |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                    |  |                                |                    |                             |           |                                          |                  |                                  |    |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



|                                                                                                                                                                      |  |                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| FICINA:                                                                                                                                                              |  | <b>DIF CENTRAL Y SANTA ROSA</b>                 |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA FICINA:                                                                                                                                     |  | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                       |  |
| DOMICILIO:                                                                                                                                                           |  | Calle                                           |  |
| COLONIA:                                                                                                                                                             |  | CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN                |  |
| C.P.:                                                                                                                                                                |  | 56370                                           |  |
| LADA:                                                                                                                                                                |  | 01                                              |  |
| TELEFONOS:                                                                                                                                                           |  | 5589630844 SANTA ROSA<br>5559216827 DIF CENTRAL |  |
| EXTS.:                                                                                                                                                               |  | N/A                                             |  |
| FAX:                                                                                                                                                                 |  | N/A                                             |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                  |  | direcciondif@chicoloapan.gob.mx                 |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES:                                                                                                                                             |  | N/A                                             |  |
| <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>                                                                                                                                   |  |                                                 |  |
| Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horas. DIF CENTRAL<br>Lunes a Viernes de 7:00 a 22:00 horas. SANTA ROSA<br>Sabados y Domingos y dias festivos de 8:00 a 20:00 horas. |  |                                                 |  |
| <b>MUNICIPIO:</b> CHICOLAPAN                                                                                                                                         |  |                                                 |  |

### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |                                        |
|-----------------------|----------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | HAY SERVICIO TODO EL DÍA               |
| RESPUESTA:            | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.24 HRS. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?              |
| RESPUESTA:            | PSICOLOGÍA, ODONTOLOGÍA, FARMACIA,     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿HAY SERVICIO DE MEDICO ESPECIALISTA?  |



|            |                     |
|------------|---------------------|
| RESPUESTA: | NO, POR EL MOMENTO. |
|------------|---------------------|

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

ELABORÓ:

DR. MARCO ANTONIO RAMIREZ GARCIA

DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

Ramírez García  
Ced. Prof. 782535

Vo.Bo.

DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.

FECHA

03/07/2026



|                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                             |     |                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | TRÁMITE:                                                    |     | SERVICIO:                                | X   |
| <b>SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO I.M.</b>                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                             |     |                                          |     |
| <b>DESCRIPCIÓN:</b><br><b>SE BRINDA EL SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR, INDICADA POR MEDICO.</b> |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                                             |     |                                          |     |
| <b>FUNDAMENTO LEGAL:</b>                                                                                                 |  | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                             |     |                                          |     |
| <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>                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | <b>CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y LO VALORE UN MEDICO.</b> |     |                                          |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         | N/A                                                         |     |                                          |     |



| REQUISITOS:                                                                                | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                    |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RECETA MEDICA INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE. | S<br><br>I          | N/A    | Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-007-SSA2-1993<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                        |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| N/A                                                                                        | NO                  | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                              |                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| N/A                                                                                        | N<br>O              | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                           | REPOSO (OPCIONAL)   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                  | 10 MINUTOS APROX    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| COSTO:                                                                                     | \$15 MXN            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                            |                         |                                |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO:                                                             |                         | EFFECTIVO                      | TARJETA DE CRÉDITO | no                                   | TARJETA DE DÉBITO | no                                       | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                       |                         | CAJA DE LA UNIDAD              |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                        |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                        |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                         |                         | N/A                            |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                   |                         |                                |                    |                                      |                   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICULOAPAN |                         |                                |                    |                                      |                   | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                 |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO |                    |                                      |                   |                                          |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                 | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA              |                    |                                      |                   | NO. INT. Y EXT.:                         | S/N                        |     |
| COLONIA:                                                                   | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                |                    | MUNICIPIO                            | CHICULOAPAN       |                                          |                            |     |
| C.P.                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    |                    | SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO |                   |                                          |                            |     |



| LADA: | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|-------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01    | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                                                       |            |                                 |   |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|---|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                                                    |            |                                 |   |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                        |            |                                 |   |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN                                   |            | NO. INT. Y EXT.:                | 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                                                       | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN                      |   |
| C.P.:                             | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:<br><b>LUNES A VIERNES de 9:00 a 18:00 HRS DIF CENTRAL</b> |            |                                 |   |
| LADA:                             | TELÉFONOS:             | EXTS.:                                                                                | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:             |   |
| 01                                | 5559216827             | N/A                                                                                   | N/A        | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |   |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           |                        | N/A                                                                                   |            |                                 |   |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                                                                                                                   |            |                              |     |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|-----|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>                                                                                                  |            |                              |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                                                                    |            |                              |     |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376                                                                                           |            | NO. INT. Y EXT.:             | 345 |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                                                                                                                   | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |     |
| C.P.:                             | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:<br><b>LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS<br/>SABADO Y DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 20:00HRS</b> |            |                              |     |
| LADA:                             | TELÉFONOS: | EXTS.:                                                                                                                            | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |
| 01                                | 5559216827 | N/A                                                                                                                               | N/A        | N/A                          |     |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | N/A |
| INFORMACIÓN ADICIONAL      |     |

|                                   |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                                                                                                                                               |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                                                                                                                                                     |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                                                                                                                                                   |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿NECESITO TENER MI RECETA?                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:                        | SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA, ASI MISMO EL PERSONAL DE<br>ENFERMERÍA PODRA IDENTIFICAR DOSIS, VIA Y PACIENTE CORRECTO A QUIEN<br>SE LE ADMINISTRARA EL FARMACO INDICADO. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                                                                                                                                               |
| N/A                               |                                                                                                                                                                               |

ELABORÓ:

  
DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

*Dr. Marco Antonio  
Ramírez García*  
Ced. Prof. 782535

Vo.Bo.

  
DIF  
DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03 / 07 / 2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              | TRÁMITE: | SERVICIO                          | X   |
| PAPANICOLAOU                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:<br>EL PAPANICOLAOU, ES UN PROCEDIMIENTO GINECOLÓGICO QUE PERMITE DETECTAR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y OTRAS ALTERACIONES EN LAS CÉLULAS CERVICALES. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |                                                              |          |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                  | Artículo no. 4 de la constitución mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.<br>NOM-001-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA2-1993<br>NOM-005-SSA3-2010<br>NOM-030-SSA2-1993<br>NOM-243-SSA12010<br>NOM-010-SSA2-1993<br>NOM-011-SSA2-1993<br>NOM-013-SSA2-1993<br>NOM-014-SSA2-1993<br>NOM-015-SSA2-1994<br>NOM-016-SSA2-1994<br>NOM-031-SSA2-1999<br>NOM-035-SSA2-2002<br>NOM-068-SSA1-1993<br>NOM-168-SSA1-1998<br>NOM-174-SSA1-1998 |         |                                                              |          |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                               | REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                                              |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                              | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO<br>x | DIRECCIÓN WEB                                                | N/A      |                                   |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y VALORE EL PERSONAL DE SALUD. |          |                                   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         | N/ A                                                         |          |                                   |     |

| REQUISITOS:                                      | ORIGINAL<br>SI O NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| N/A                                              | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A    | <p>Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley</p> <p>NOM-007-SSA2-1993</p> <p>NOM-010-SSA2-1993</p> <p>NOM-011-SSA2-1993</p> <p>NOM-013-SSA2-1993</p> <p>NOM-014-SSA2-1993</p> <p>NOM-015-SSA2-1994</p> <p>NOM-016-SSA2-1994</p> <p>NOM-031-SSA2-1999</p> <p>NOM-031-SSA2-1999</p> <p>NOM-035-SSA2-2002</p> <p>NOM-068-SSA1-1993</p> <p>NOM-168-SSA1-1998</p> <p>NOM-174-SSA1-1998</p> |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| N/A                                              | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| N/A                                              | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A    | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | <p>PARA REALIZAR UNA PRUEBA DE PAPANICOLAU, TAMBIÉN CONOCIDA COMO CITOLOGÍA CERVICAL, SE DEBEN SEGUIR CIERTAS RECOMENDACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EDAD: GENERALMENTE SE RECOMIENDA COMENZAR A REALIZARSE LA PRUEBA A PARTIR DE LOS 21 AÑOS O ANTES SI SE HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL TEMPRANA.</li> <li>• ABSTINENCIA SEXUAL</li> <li>• NO ESTAR MENSTRUANDO</li> <li>• NO USAR DUCHAS VAGINALES</li> <li>• ROPA COMODA</li> </ul> |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



|                                                                           |                         |                                    |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----|--------------------------------------|------------|-------------------|------------------------------------------|----------------------------|-----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                 |                         | 25 MINUTOS APROX                   |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| COSTO:                                                                    |                         | EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                                                            |                         | EFFECTIVO                          | Si | TARJETA DE CRÉDITO                   | no         | TARJETA DE DÉBITO | no                                       | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                      |                         | N/A                                |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                                                       |                         | N/A                                |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                       |                         | N/A                                |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                        |                         | N/A                                |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                                  |                         |                                    |    |                                      |            |                   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:       |                            |     |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE CHICOLAPAN |                         |                                    |    |                                      |            |                   | DIRECCION DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR. |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                |                         | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO     |    |                                      |            |                   |                                          |                            |     |
| DOMICILIO:                                                                | CALLE:                  | JAMAPA ESQ HUMAYA                  |    |                                      |            | NO. INT. Y EXT.:  | S/N                                      |                            |     |
| COLONIA:                                                                  | GEO VILLAS DE COSTITLAN |                                    |    | MUNICIPIO                            | CHICOLAPAN |                   |                                          |                            |     |
| C.P                                                                       | 56370                   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:        |    | LUNES A VIERNES de 7 :00 a 15:00 HRS |            |                   |                                          |                            |     |

| LADA | TELÉFONOS:(27)           | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28)          |
|------|--------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 01   | 5522893624<br>5575842772 | N/A    | N/A  | alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |                        |                                                                               |            |                    |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|
| OFICINA:                          |                        | <b>DIF CENTRAL</b>                                                            |            |                    |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |                        | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                                |            |                    |
| DOMICILIO:                        | Calle                  | MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLAPAN                           |            | NO. INT. Y EXT.: 5 |
| COLONIA:                          | SAN VICENTE CHICOLAPAN |                                                                               | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN         |
| C.P:                              | 56370                  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES de 10 :00 a 15:00 HRS DIF CENTRAL |            |                    |

| LADA                    | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:             |
|-------------------------|------------|--------|------|---------------------------------|
| 01                      | 5559216827 | N/A    | N/A  | direcciondif@chicoloapan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES |            | N/A    |      |                                 |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |            |                                                                  |            |                              |
|-----------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| OFICINA:                          |            | <b>DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN</b>                                 |            |                              |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: |            | C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO                                   |            |                              |
| DOMICILIO:                        | Calle      | Av. de Las Flores 345, Sta. Rosa, 56376                          |            | NO. INT. Y EXT.: 345         |
| COLONIA:                          | SANTA ROSA |                                                                  | MUNICIPIO: | CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO |
| C.P:                              | 56376      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 7:00 a 15 :00 HRS |            |                              |

| LADA | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|------|------------|--------|------|---------------------|
| 01   | 5559216827 | N/A    | N/A  | N/A                 |



|                                   |                                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                                             |
| INFORMACIÓN ADICIONAL             |                                                 |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1:          | ¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?                      |
| RESPUESTA:                        | SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.                 |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2:          | ¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?                       |
| RESPUESTA:                        | ODONTOLOGIA                                     |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 3:          | ¿PAPANICOLAOU Y CITOLOGÍA CERVICAL ES LO MISMO? |
| RESPUESTA:                        | SI, ES EL MISMO PROCEDIMIENTO E VALORACIÓN      |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |                                                 |
| N/A                               |                                                 |

ELABORÓ:



DIRECCIÓN DE SALUD Y  
BIENESTAR FAMILIAR

DR. MARCO ANTONIO  
RAMÍREZ GARCÍA

Dr. Marco Antonio  
Ramírez García  
Ced. Prof. 782535

Vo.Bo.



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

\_\_03\_\_ / \_\_07\_\_ / \_\_2026\_\_



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027  
**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                                                                                                                                    |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| NOMBRE: (1) PROCURADURÍA MUNICIPAL                                                                                                 |                                                                                       | TRÁMITE:<br>(2)                                                                                                                                                                                                                     | SERVICIO<br>X |
| Representación jurídica en suplencia o coadyuvancia a niñas, niños y adolescentes.                                                 |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| DESCRIPCIÓN: (3)<br>La representación se realiza con el objetivo de salvaguardar la integridad de las niñas, niños y adolescentes. |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| FUNDAMENTO LEGAL:<br>(4)                                                                                                           |                                                                                       | Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<br>Artículo 121 Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes<br>Artículos 90 Ley de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. |               |
| DOCUMENTO A OBTENER:<br>(5)                                                                                                        | N/A                                                                                   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:<br>(6)                                                                                                                                                                                            | N/A           |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:<br>(7)                                                                                                      | S<br>I<br>N<br>O<br>X                                                                 | DIRECCIÓN WEB                                                                                                                                                                                                                       | N/A           |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:<br>(8)                                                                                | Representación jurídica – Cuando lo solicite la autoridad judicial, o administrativa. |                                                                                                                                                                                                                                     |               |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA<br>(9)                       | N/A                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                     |               |

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| (10) REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO                                                                                                                                                        | (12) COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO,                                                                                                                                                                                                                      |    |                   |    |                            |    |
| REPRESENTACIÓN JURÍDICA EN SUPLENCIA O COADYUVANCIA A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| Presentar el oficio de solicitud de la representación en suplencia o coadyuvancia por parte de la autoridad judicial, ministerial o administrativa competente, debidamente fundado y motivado, señalando con precisión el o los preceptos legales aplicables, así como las circunstancias generales o especiales, razones particulares o causas inmediatas que se hayan tenido en consideración para la emisión de la solicitud. | SI                                                                                                                                                                                           | 1                                   | ARTICULO 8 CONSTITUCIONAL.<br><br>ARTÍCULOS 5 FRACCIÓN XXXII y XXXIV, 58 FRACCIÓN V, 88 DE LA LEY DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE MÉXICO.<br><br>1.8 FRACCIÓN VII DEL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO DE MÉXICO. |    |                   |    |                            |    |
| (14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Representación jurídica, La autoridad solicitante deberá entregar el oficio correspondiente en la oficialía de partes del SMDIF, quien lo remitirá al área de procuraduría para su atención. |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | REPRESENTACIÓN JURÍDICA. En el plazo señalado por la autoridad competente y para el caso de no señalar un término, en 10 días hábiles.                                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (16) COSTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (17) FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                    | no                                  | TARJETA DE CRÉDITO                                                                                                                                                                                                                                                | no | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no |
| (18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (19) OTRAS ALTERNATIVAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | N/A                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cuando se cumplen con los requisitos establecidos                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |
| (21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PROCURADURÍA MUNICIPAL                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                   |    |                            |    |

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                                             |                    |                                                                    |                  |                                         |  |
|---------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|--|
| (22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:               |                    |                                                                    |                  | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |  |
| PROCURADURÍA MUNICIPAL                      |                    |                                                                    |                  | PROCURADOR                              |  |
| (24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:             |                    | LIC. OSCAR MARTÍNEZ GONZÁLEZ                                       |                  |                                         |  |
| (25) DOMICILIO:                             | CALLE              | CALLE MINA                                                         | NO. INT. Y EXT.: | 5                                       |  |
|                                             |                    |                                                                    | N/A              |                                         |  |
| COLONIA:                                    | CABECERA MUNICIPAL | MUNICIPIO:                                                         | CHICOLAPAN       |                                         |  |
| C.P.                                        | 56376              | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 9:00HRS A 18:00 HRS |                  |                                         |  |
|                                             |                    |                                                                    |                  |                                         |  |
| LADA:                                       | TELÉFONOS: (27)    | EXTS.:                                                             | FAX:             | CORREO ELECTRÓNICO: (28)                |  |
|                                             | 5559216827         | N/A                                                                | N/A              | difprocuraduriachicoloapan@gmail.com    |  |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29) |                    |                                                                    |                  |                                         |  |
| 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                                     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                     |                    | N/A                                                                |                  |                                         |  |

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICULOAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

### INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

|                               |                                                                                                                                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:<br>(31) | ¿Dónde se presenta el oficio de solicitud de representación por suplencia o coadyuvancia?                                                  |
| RESPUESTA:                    | En oficialía de partes del SMDIF ubicado en calle Mina, numero 05, colonia Cabecera Municipal, municipio de Chicoloapan, Estado de México. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:<br>(32) | ¿Tiene costo?                                                                                                                              |
| RESPUESTA:                    | No                                                                                                                                         |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:<br>(33) | ¿Quién emite la respuesta?                                                                                                                 |
| RESPUESTA:                    | La Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de Chicoloapan, México.                                             |

### TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado.

|                                                                                                               |                                      |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ELABORÓ<br><br>OSCAR MARTÍNEZ GONZÁLEZ<br>PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES | VISTO BUENO<br><br>DIRECCIÓN GENERAL | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br>03/07/2026 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027  
**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

NOMBRE: (1) PROCURADURÍA MUNICIPAL

TRÁMITE:  
(2)

SERVICIO

X

Asesoría Jurídica en materia familiar al Público en general

DESCRIPCIÓN: (3)

Consiste en proporcionar asesoría jurídica en materia familiar para canalizar a la institución correspondiente.

FUNDAMENTO  
LEGAL:  
(4)

Artículo 4 y 115 fracción IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
Artículo 121 Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes  
Artículos 90 Ley de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.  
Artículo 4 fracción IV de la Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia.  
Artículo 9 del Código Financiero del Estado de México y Municipios.

DOCUMENTO A  
OBTENER:  
(5)

N/A

VIGENCIA DEL  
DOCUMENTO A  
OBTENER:  
(6)

N/A

¿SE REALIZA EN  
LÍNEA?:  
(7)

SI

NO x

DIRECCIÓN WEB

N/A

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE:  
(8)

Asesoría jurídica- Cando lo solicite el ciudadano.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O  
SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA  
(9)

N/A

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





Gobierno del  
Estado de  
México



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027  
**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

| (10) REQUISITOS:                                               | (11) ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO                                                                                                                                                        | (12) COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO, |    |                      |    |                               |    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|----|----------------------|----|-------------------------------|----|
| ASESORÍA JURÍDICA                                              | N/A                                                                                                                                                                                       | N/A                                 | N/A                                          |    |                      |    |                               |    |
| (14) PASOS A<br>SEGUIR QUE DEBE<br>DE REALIZAR EL<br>CIUDADANO | Asesoría jurídica, El usuario se presenta en la recepción del SMDIF, sito en calle Mina, numero 05, Cabecera Municipal, Chicoloapan, México, primer piso y solicita la asesoría jurídica. |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |
| (15) PLAZO MÁXIMO<br>DE RESPUESTA                              | En el momento de la solicitud.                                                                                                                                                            |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |
| (16) COSTO:                                                    | asesoría jurídica \$40                                                                                                                                                                    |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |
| (17) FORMA DE<br>PAGO:                                         | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                 | si                                  | TARJETA DE<br>CRÉDITO                        | no | TARJETA DE<br>DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL<br>DE PAGOS) | no |
| (18) DÓNDE<br>PODRÁ PAGARSE:                                   | Caja del SMDIF                                                                                                                                                                            |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |
| (19) OTRAS<br>ALTERNATIVAS:                                    | N/A                                                                                                                                                                                       |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |
| (20) CRITERIOS DE<br>RESOLUCIÓN DEL<br>TRAMITE                 | N/A                                                                                                                                                                                       |                                     |                                              |    |                      |    |                               |    |

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLLOAPAN 2025-2027  
**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

(21) APLICACIÓN  
DE LA AFIRMATIVA  
FICTA.

N/A

(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:

PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA  
RESPONSABLE:

PROCURADURÍA MUNICIPAL DE  
PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS  
Y ADOLESCENTES

(24) TITULAR DE LA  
DEPENDENCIA:

LIC. OSCAR MARTÍNEZ GONZÁLEZ

(25)  
DOMICILIO:

CALLE

MINA

NO. INT. Y  
EXT.:  
N/A

5

COLONIA:

CABECERA MUNICIPAL

MUNICIPIO:

CHICOLLOAPAN

C.P. 56376

HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES DE 9:00HRS A 18:00 HRS

(26)

LADA:

TELÉFONOS:(27)

EXTS.:

FAX:

CORREO ELECTRÓNICO:(28)

5559216827

N/A

N/A

difprocuraduriachicoloapan@gmail.com

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

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

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





CHICULOAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

FORMATO(S)  
DESCARGABLES

N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1:  
(31)

¿Dónde puedo solicitar la asesoría jurídica?

RESPUESTA:

En las instalaciones del SMDIF ubicado en calle Mina, numero 05, colonia Cabecera Municipal, municipio de Chicoloapan, Estado de México.

PREGUNTA FRECUENTE 2:  
(32)

¿Tengo que llevar algún documento?

RESPUESTA:

Solo si está relacionado con la asesoría jurídica solicitada

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

OSCAR MARTINEZ GONZÁLEZ  
PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN  
DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

DIF  
DIRECCIÓN GENERAL

03/07/2026



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                                    |              |             |
|------------------------------------|--------------|-------------|
| NOMBRE: (1) PROCURADURIA MUNICIPAL | TRÁMITE: (2) | SERVICIO: X |
|------------------------------------|--------------|-------------|

Reportes de posible vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.

**DESCRIPCIÓN: (3)**

Dar seguimiento y atención a los reportes de posible vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.

**FUNDAMENTO  
LEGAL: (4)**

Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
Artículo 121 Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes  
Artículos 90 Ley de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México.

**DOCUMENTO A  
OBTENER: (5)**

CONVENIO DE BUENOS CUIDADOS A REDES DE APOYO  
DE NIÑOS QUE SE LES HA VULNERADO SUS DERECHOS  
POR PARTE DE SUS PROGENITORES, CUIDADORES O  
TUTORES.

**VIGENCIA DEL  
DOCUMENTO A  
OBTENER: (6)**

SEIS MESES

**¿SE REALIZA EN  
LÍNEA?: (7)**

S  
I  
N  
O  
X

DIRECCIÓN  
WEB

N/A

**CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE: (8)**

Reportes de vulneración – Cuando alguna persona tenga conocimiento de hechos que pudieran ser constitutivos de vulneración de los derechos de niñas, niños y adolescentes y nos lo reporte.

**ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O  
SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA (9)**

Se realiza una visita por parte del grupo multidisciplinario el cual realiza valoraciones para determinar la vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes que habiten o estén en tránsito en Chicoloapan.

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

(10) REQUISITOS:

(11)  
ORIGINAL  
Anotar SI o  
NO

(12) COPIAS  
anotar con  
número

(13) FUNDAMENTO JURÍDICO-  
ADMINISTRATIVO,

ATENDER REPORTES DE POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

|                                                                                           |    |    |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Presentar reporte de vulneración y datos relevantes para la localización de los niños. | SI | NO | ARTICULO 9, 88 y 93 DE LA LEY DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ESTADO DE MÉXICO. |
| 2. Identificación Oficial Vigente                                                         | NO | SI |                                                                                                    |
| REINTEGRACIONES:                                                                          |    |    | ART. 41 LEY QUE REGULA LOS CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL Y LAS ADOPCIONES DEL ESTADO DE MÉXICO      |
| 1. Solicitud de reintegración por escrito.                                                | SI | 1  |                                                                                                    |
| 2. Identificación oficial vigente.                                                        | SI | 1  |                                                                                                    |
| 3. Copia certificada de las actas de nacimiento de las partes.                            | SI | 1  |                                                                                                    |
| 4. Comprobante de domicilio.                                                              | SI | 1  |                                                                                                    |
| 5. Aquella que acredite el parentesco o relación con la niña, niño o adolescente.         | SI | 1  |                                                                                                    |

(14) PASOS A  
SEGUIR QUE DEBE  
DE REALIZAR EL  
CIUDADANO

1. Reportes de vulneración, Deberá proporcionar todos los datos posibles de identificación de las niñas, niños y adolescentes y para su localización;  
2. Reintegración presentarse a la procuraduría con su solicitud y requisitos.

(15) PLAZO MÁXIMO  
DE RESPUESTA

1. REPORTES DE VULNERACIÓN: 10 días hábiles  
2. REINTEGRACIÓN: 10 días hábiles

(16) COSTO:

N/A

(17) FORMA DE  
PAGO:

EFFECTIVO

no

TARJETA DE  
CRÉDITO

no

TARJETA DE  
DÉBITO

no

EN LÍNEA (PORTAL  
DE PAGOS)

no

(18) DÓNDE  
PODRÁ PAGARSE:

N/A

(19) OTRAS  
ALTERNATIVAS:

N/A

(20) CRITERIOS DE  
RESOLUCION DEL  
TRAMITE

De acuerdo a los informes emitidos por el grupo multidisciplinario

(21) APLICACIÓN  
DE LA AFIRMATIVA  
FICTA.

N/A





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir



CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**

AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                               |                                         |
|-------------------------------|-----------------------------------------|
| (22) DEPENDENCIA U ORGANISMO: | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |
| PROCURADURÍA MUNICIPAL        | PROCURADOR                              |

(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA: LIC. OSCAR MARTÍNEZ GONZÁLEZ

(25) DOMICILIO: CALLE CALLE MINA NO. INT. Y EXT.: N/A 5

COLONIA: CABECERA MUNICIPAL MUNICIPIO: CHICOLAPAN

C.P. 56376 HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 9:00HRS A 18:00 HRS

(26) LADA: TELÉFONOS: (27) EXTS.: FAX: CORREO ELECTRÓNICO: (28) difprocuraduriachicoloapan@gmail.com

5559216827

N/A

N/A

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

OFICINA: N/A

NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: N/A

DOMICILIO: C AL LE 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

FORMATO(S) DESCARGABLES N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

C. Mina 5, Cabecera Municipal, 56370 Chicoloapan de Juárez, Méx.

[www.chicoloapan.gob.mx](http://www.chicoloapan.gob.mx)





CHICOLAPAN 2025-2027

**DIF**  
AL SERVICIO DEL PUEBLO

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)</b> | ¿Dónde puedo realizar el reporte?                                                                                                                                                                                                |
| <b>RESPUESTA:</b>                 | En las instalaciones del SMDIF ubicado en calle Mina, numero 05, colonia Cabecera Municipal, municipio de Chicoloapan, Estado de México.                                                                                         |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)</b> | ¿Como puedo reportar una vulneración de derechos de niños?                                                                                                                                                                       |
| <b>RESPUESTA:</b>                 | En el área de Asistencia social para que inicien el reporte, mediante el cual deberá proporcionar toda la información necesaria en relación a que reporta, nombre y domicilio de los niños, así como los responsables del hecho. |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3: (33)</b> | ¿Dónde se puede ingresar por escrito mi solicitud para la reintegración de los niños?                                                                                                                                            |
| <b>RESPUESTA:</b>                 | En la oficina de la Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes de Chicoloapan, México, ubicada en calle Mina, numero 05, colonia Cabecera Municipal, municipio de Chicoloapan, México.                  |

#### TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

Si este servicio o trámite tiene algún otro trámite o servicio que por sus características particulares tenga relación con otro, deberá de mencionarse en este apartado.

|                                                                                                                      |                                              |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>ELABORÓ:</b><br><br>OSCAR MARTINEZ GONZALEZ<br>PROCURADURIA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES | <b>VISTO BUENO:</b><br><br>DIRECCIÓN GENERAL | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b><br>03/07/2026 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRÁMITE:                          | SERVICIO: | X |
| SERVICIO DE ENFERMERIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |           |   |
| DESCRIPCIÓN:<br>EL ÁREA DE ENFERMERIA SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS COMO TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES, RETIROS DE PUNTOS, CANALIZACIÓN, INYECCIONES, TOMA DE GLUCOSA, SUTURAS, COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIU O IMPLANTE, TOMA DE PAPANICOLAOU. SE LLEVA A CABO PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DONDE SE OBSEQUIAN METODOS ANTICONCEPTIVOS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |           |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) 087-SEMARNAT-SSA1-2002 establece las especificaciones para el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI). (Se lleva a cabo cuando se tiene punzo cortantes o sangre <input type="checkbox"/> en la unidad saber que hacer para no propiciar alguna infección)</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) NOM-015-SSA2-2010 establece los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (Se lleva a cabo al abrir expediente de los pacientes de Diabetes o al concientizar al paciente de su enfermedad)</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) 030-SSA2-2009 es la que se encarga de la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. (Se lleva a cabo al abrir expediente de los pacientes de Hipertensión o al concientizar al paciente de su enfermedad)</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. (Se lleva a cabo cuando se abre expediente del control del embarazo)</p> <p>Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES. (¿Se lleva a cabo cuando sanitizamos, concientizamos o se les brindan cubre bocas a los pacientes o no se pasan con gripa para evitar contagio?)</p> <p>NOM-005-SSA2-1993<br/>De los servicios de planificación familiar (se lleva a cabo al asesorar y al brindar métodos anticonceptivos a las personas)</p> |                                   |           |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A       |   |



|                       |   |   |                  |     |
|-----------------------|---|---|------------------|-----|
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA? | S | N | DIRECCIÓN<br>WEB | N/A |
|                       | I | O |                  |     |
|                       |   | x |                  |     |

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:

CUANDO EL PACIENTE INGRESA A LA UNIDAD PARA CUALQUIER SERVICIO, SE REALIZÁ LA TOMA DE SIGNOS VITALES, Y/O LOS SERVICIOS ANTES MENCIONADOS CUANDO EL PACIENTE LOS REQUIERE.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA

N/A



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                    | ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | COPIAS<br>anotar con<br>número | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                             | N/<br><br>A                   | N<br>/<br>A                    | N/A.                                    |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                             | N/<br><br>A                   | N<br>/<br>A                    |                                         |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                            |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                             |                               | N<br>/<br>A                    | N/A                                     |
| 2.-Identificación Oficial vigente                                                                                                                                                                                                              | N/A                           |                                |                                         |
| 3.- Poder de la Sociedad                                                                                                                                                                                                                       |                               |                                |                                         |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal                                                                                                                                                                              |                               | N<br>/<br>A                    | N/A                                     |
| 2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública                                                                                                                                                                                      | N/<br>A                       |                                |                                         |
| 3. Identificación Oficial Vigente                                                                                                                                                                                                              |                               |                                |                                         |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                                                                                                                                                                        |                               |                                |                                         |
| EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACION PARA LLEVAR EL TRÁMITE ADECUADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO Y EL PROTOCOLO QUE NOS MARCA LA NORMA OFICIAL MEXICANA Y AL REGLAMENTO INSTITUCIONAL DE DIFEM Y UNIDAD OPERATIVA. |                               |                                |                                         |



|                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                               |                                                        |
|--------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>           |  | SERVICIO INMEDIATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>COSTO:</b>                              |  | LA TOMA DE SIGNOS VITALES<br>NO TIENE COSTO.<br>EXCPCION DE UNOS SERVCIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |                                               |                                                        |
|                                            |  | GLUCOSA: 20 PESOS<br>APLICACION INTRAMUSCULAR: 15 PESOS<br>A/T PRESION: 10 PESOS<br>RETIRO DE PUNTOS C/U: 25 PESOS<br>RETIRO DE IMPLANTE: 200 PESOS<br>PAPANICOLAU: 250 PESOS<br>SUTURA POR PUNTO: 25 PESOS<br>RETIRO DE DIU: 180 PESOS<br>COLOCACION DE DIU: 250 PESOS<br>CURACION MENOR: 50 PESOS<br>CURACION MEDIA: 50 PESOS<br>PESO Y TALLA: 5 PESOS |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                      |  | EFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> si                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> no                                          | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> no |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                |  | CAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                 |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b> |  | - EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.<br>- NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, SERÁ CANALIZADO A LA UNIDAD CORRESPONDIENTE.                                                                                                                            |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>  |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                                               |                                                        |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                                          |                                               |                                                        |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |                                               |                                                        |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                                               |                                               |                                                        |
| <b>DOMICILIO:</b>                          |  | C<br>AL<br>LE<br>:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS.   | NO. INT. Y EXT.:<br>N/A                                |
|                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                         |                                               | N/A                                                    |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

COLONIA:

U.H. ARA 2

MUNICIP  
IO:

CHICOLOAPAN

C.P.

56383

HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



|       |                |        |      |                         |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                        |        |      |                     |
|-----------------------------------|------------------------|--------|------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A                    |        |      |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                    |        |      |                     |
| DOMICILIO:                        | C N/A<br>AL<br>LE<br>: |        |      |                     |
| COLONIA:                          | N/A                    |        |      |                     |
| C.P.:                             | N/A                    |        |      |                     |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A                    |        |      |                     |
| MUNICIPIO:                        | N/A                    |        |      |                     |
| NO. INT. Y EXT.: N/A              | N/A                    |        |      |                     |
| LADA:                             | TELÉFONOS:             | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A                               | N/A                    | N/A    | N/A  | N/A                 |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           | N/A                    |        |      |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLOAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| RESPUESTA:            | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA ÚNICAMENTE EN LA UNIDAD, EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD YA QUE SON UN GRUPO VULNERABLE. Y ES LA ÚNICA UNIDAD DE REHABILITACION DADA DE ALTA ANTE DIFEM, LA CUAL CUENTA CON UN ORGANIGRAMA, POR LO QUE LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO.<br>UBRIS- Unidad básica de Rehabilitacion Integral Social.<br>URIS- Unidad de Rehabilitacion e Inclusión Social.<br>CRIS- Centro de Rehabilitacion Integral Social. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿HAY ALGUNA EDAD LIMITE PARA LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPUESTA:            | NO, PERO LA POBLACION PRIMORDIAL ES LA POBLACIÓN VULNERABLE EN ESTE CASO CON DISCAPACIDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
**MÉXICO**  
*El poder de servir*

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?





|                                    |                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    |                                                                                       |
| RESPUESTA:                         | NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL SUBSIDIO GUBERNAMENTAL. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS. |                                                                                       |
| N/A                                |                                                                                       |

ELABORÓ:



LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ

VISTO BUENO:



C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
03/JULIO/2026



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TRÁMITE: | SERVICIO                          | X   |
| <b>CERTIFICADO MEDICO GENERAL</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                   |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                   |     |
| SE BRINDAN LA ATENCIÓN MEDICA PARA OBTENER UN DOCUMENTO QUE EXPONE LOS ASPECTOS DE LA SALUD DEL PACIENTE. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                                   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                         | <p>Articulo no. 4 de la constitución mexicana parrafo 3,4 y 6</p> <p>Ley General de Salud</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica ambulatoria es la NOM-178-SSA1-1998.</p> <p>La consulta externa es la atención médica que se brinda a los pacientes ambulatorios en un consultorio o en su domicilio. Esta consulta puede ser general o de especialidad.</p> <p>Algunas otras normas oficiales mexicanas relacionadas con la atención médica son:</p> <p>NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso a los establecimientos de atención médica</p> <p>NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada</p> <p>NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada</p> <p>NOM-031-SSA2-1999</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.</p> <p>La NOM 024-SSA3-2012 establece los siguientes criterios:</p> <p>Intercambio de información entre SIRES</p> <p>Definición de datos mínimos para la identificación de personas</p> <p>Seguridad de la información y protección de datos</p> <p>Definición de catálogos y vocabularios mínimos</p> <p>Procedimiento de evaluación de la conformidad</p> |          |                                   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                      | SI<br>CERTIFICADO MEDICO GENERAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                    | S<br>I<br>x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | N<br>O   | DIRECCIÓN WEB                     | N/A |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE:

CUANDO EL PACIENTE REQUIERA EL SERVICIO MÉDICO  
GENERAL.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE  
O SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA

N/A



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir

| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                  | ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | COPIAS<br>anotar con<br>número | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                           | N/<br><br>A                   | N<br>/<br>A                    | N/A.                                    |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                           | N/<br><br>A                   | N<br>/<br>A                    |                                         |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                          |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                           |                               | N<br>/<br>A                    | N/A                                     |
| 2.-Identificación Oficial vigente                                                                                                                                                                                                            | N/A                           |                                |                                         |
| 3.- Poder de la Sociedad                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                |                                         |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                |                               |                                |                                         |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                           |                               | N<br>/<br>A                    | N/A                                     |
| 2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública.                                                                                                                                                                                   | N/<br>A                       |                                |                                         |
| 3. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                           |                               |                                |                                         |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>                                                                                                                                                                                      |                               |                                |                                         |
| EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PARA LLEVAR EL TRÁMITE ADECUADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO, Y EL PROTOCOLO ADECUADO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA Y AL REGLAMENTO INSTITUCIONAL DE DIFEM Y UNIDAD OPERATIVA. |                               |                                |                                         |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|--------------------------------------|-------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------------------------|-----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                | SERVICIO INMEDIATO.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| COSTO:                                   | 40                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                           | EFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             | si | TARJETA DE CRÉDITO                   |             | no | TARJETA DE DÉBITO                                                                       |  | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                     | CAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE      | <ul style="list-style-type: none"><li>- EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.</li><li>- NO SE PODRA DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRERSENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, SERA CANALIZADO A LA UNIDAD CORRESPONDIENTE.</li></ul> |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.       | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |    |                                      |             |    | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                      |  |                  |                            |     |
| DESARROLLO INTEGFRAL DE LA FAMILIA (DIF) |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |    |                                      |             |    | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |  |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO   |    |                                      |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | C                           | AL |                                      | LE          |    | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS.                                             |  | NO. INT. Y EXT.: | N/A                        | N/A |
| COLONIA:                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | U.H. ARA 2                  |    |                                      | MUNICIP IO: |    | CHICOLOAPAN                                                                             |  |                  |                            |     |
| C.P                                      | 56383                                                                                                                                                                                                                                                                                | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |    | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |             |    |                                                                                         |  |                  |                            |     |

|       |  |                |        |      |                         |
|-------|--|----------------|--------|------|-------------------------|
| LADA: |  | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
| 01    |  | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |     |     |                      |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|----------------------|-----|-----|
| OFICINA:                          | N/A |     |                      |     |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |     |                      |     |     |
| DOMICILIO:                        | C   | N/A | NO. INT. Y EXT.: N/A |     | N/A |
|                                   | AL  |     |                      |     |     |
|                                   | LE  |     |                      |     |     |
|                                   | :   |     |                      |     |     |
| COLONIA:                          | N/A |     | MUNICIP IO:          | 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                         |      |                     |  |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLOAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| RESPUESTA:            | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA ÚNICAMENTE EN LA UNIDAD EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD YA QUE SON UN GRUPO VULNERABLE. Y ES LA ÚNICA UNIDAD DE REHABILITACION DADA DE ALTA ANTE DIFEM, LA CUAL CUENTA CON UN ORGANIGRAMA, Y SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO.<br>UBRIS: Unidad Básica de Rehabilitacion e Inclusión Social.<br>URIS: Unidad de Rehabilitacion Integral Social.<br>CRIS: Centro de Rehabilitacion Integral Social. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿HAY ALGUNA EDAD LÍMITE PARA LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



RESPUESTA:

NO, PERO LA POBLACIÓN PRIMORDIAL ES LA POBLACIÓN  
VULNERABLE EN ESTE CASO CON DISCAPACIDAD.

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?

RESPUESTA:

NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL  
SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
03/JULIO/2026



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO



|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|-----|---|--|---|------------------|-----|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRÁMITE:                                   | SERVICIO | X   |   |  |   |                  |     |  |
| CONSULTA MEDICA GENERAL.                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
| SE BRINDAN CONSULTAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD A PACIENTES QUE SOLICITEN EL SERVICIO Y ESTA PRIMERA ESTANCIA QUE LO REQUIERA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
| FUNDAMENTO<br>LEGAL:                                                                                                                                                     | <p>Artículo no. 4 de la constitución mexicana parrafo 3,4 y 6</p> <p>Ley General de Salud</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica ambulatoria es la NOM-178-SSA1-1998.</p> <p>La consulta externa es la atención médica que se brinda a los pacientes ambulatorios en un consultorio o en su domicilio. Esta consulta puede ser general o de especialidad.</p> <p>Algunas otras normas oficiales mexicanas relacionadas con la atención médica son:</p> <p>NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso a los establecimientos de atención médica</p> <p>NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada</p> <p>NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada</p> <p>NOM-031-SSA2-1999</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.</p> |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
| DOCUMENTO A<br>OBTENER:                                                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VIGENCIA<br>DEL<br>DOCUMENTO<br>A OBTENER: |          | N/A |   |  |   |                  |     |  |
| ¿SE REALIZA EN<br>LÍNEA?:                                                                                                                                                | <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S                                          | N        | I   | O |  | x | DIRECCIÓN<br>WEB | N/A |  |
| S                                                                                                                                                                        | N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
| I                                                                                                                                                                        | O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |
|                                                                                                                                                                          | x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                            |          |     |   |  |   |                  |     |  |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE:

CUANDO EL PACIENTE REQUIERA EL SERVICIO MÉDICO  
GENERAL.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE  
O SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA

N/A





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REQUISITOS:

ORIGINAL  
Anotar SI o  
NO

COPIAS  
anotar con  
número

FUNDAMENTO JURÍDICO-  
ADMINISTRATIVO.

### PERSONAS FÍSICAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.

N/

N  
/  
A

N/A.

A

2. Identificación Oficial Vigente.

N/

N  
/  
A

A

### PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.

N/A

N  
/  
A

N/A

2.-Identificación Oficial vigente.

3.- Poder de la Sociedad.

### INSTITUCIONES PÚBLICAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal

2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública.

3. Identificación Oficial Vigente.

N/  
A

N  
/  
A

N/A

PASOS A  
SEGUIR QUE  
DEBE DE  
REALIZAR EL  
CIUDADANO

EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PARA LLEVAR EL TRAMITE ADECUADO, DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO Y EL PROTOCOLO ADECUADO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA Y AL REGLAMENTO INSTITUCIONAL DE DIFEM Y UNIDAD OPERATIVA.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



SERVICIO INMEDIATO.

PLAZO  
MÁXIMO DE  
RESPUESTA

COSTO: 40

FORMA DE  
PAGO:

EFFECTIVO

si

TARJETA DE  
CRÉDITO

no

TARJETA DE  
DÉBITO

no

EN LÍNEA  
(PORTAL DE  
PAGOS)

n  
o

DÓNDE  
PODRÁ  
PAGARSE:

CAJA

OTRAS  
ALTERNATIVAS:

N/A

CRITERIOS DE  
RESOLUCION  
DEL TRAMITE

- EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.
- NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRERSENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, SERÁ CANALIZADO A LA UNIDAD CORRESPONDIENTE.

APLICACIÓN DE  
LA AFIRMATIVA  
FICTA.

N/A

DEPENDENCIA U ORGANISMO:

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

UNIDAD ADMINISTRATIVA  
RESPONSABLE:

U.R.I.S

UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN  
SOCIAL.

JUAN IGNACIO REYES GONXALEZ.

TITULAR DE LA  
DEPENDENCIA:

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO

DOMICILIO:

C  
A  
L  
L  
E  
:

AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. RELA DE  
DALIAS.

NO. INT. Y  
EXT.:

N/A

N/  
A

COLONIA:

U.H ARA 2.

MUNICIP  
IO:

CHICOLAPAN

C.P

56383

HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir

|       |                |        |      |                         |  |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|--|
|       |                |        |      |                         |  |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |  |
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |  |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                    |                                |                         |                     |     |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A                |                                |                         |                     |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                |                                |                         |                     |     |
| DOMICILIO:                        | C<br>AL<br>LE<br>: | N/A                            | NO. INT. Y<br>EXT.: N/A |                     | N/A |
| COLONIA:                          | N/A                |                                | MUNICIP<br>IO:          | N/A                 |     |
| C.P.<br>:                         | N/A                | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN: | N/A                     |                     |     |
| LADA:                             | TELÉFONOS:         | EXTS.:                         | FAX:                    | CORREO ELECTRÓNICO: |     |
| N/A                               | N/A                | N/A                            | N/A                     | N/A                 |     |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                |                                |                         |                     |     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLOAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| RESPUESTA:               | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA ÚNICAMENTE EN LA UNIDAD EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD YA QUE ES UN GRUPO VULNERABL, ES LA ÚNICA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DAD DE ALTA ANTE DIFEM, YA QUE CUENTA CON UN ORGANIGRAMA, POR LO QUE LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO.<br>UBRIS: Unidad Básica de Rehabilitacion e Inclusión Social.<br>URIS: Unidad de Rehabilitacion Integral Social.<br>CRIS: Centro de Rehabilitacion Integral Social. |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2: | ¿HAY ALGUNA EDAD LIMITE PARA LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

RESPUESTA:

NO, PERO LA PRIORIDAD PRIMORDIAL ES LA POBLACIÓN  
VULNERABLE EN ESTE CASO CON DISCAPACIDAD.

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?



RESPUESTA:

NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL  
SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
03/JULIO/2026



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     | TRÁMITE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SERVICIO | X |
| SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL.                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |   |
| DESCRIPCIÓN: (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |   |
| El servicio de terapia OCUPACIONAL se brinda a personas que hayan sufrido alguna lesión o que tengan una patología de la cual limita la funcionalidad, a través de terapias OCUPACIONALES se ayuda a recobrar la independencia y movilidad posible. PARA FAVORECER LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6.<br>Ley General de Salud.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.<br>NOM-030-SSA3-2013 establece las características arquitectónicas que deben tener los establecimientos de salud para que las personas con discapacidad o movilidad reducida puedan acceder, transitar, usar y permanecer en ellos.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.<br>La Norma Oficial Mexicana (NOM) que define la terapia ocupacional es la NOM-173-SSA1-1998. Esta norma define la terapia ocupacional como un conjunto de acciones que ayudan a las personas a utilizar sus capacidades funcionales para realizar actividades de la vida diaria. |          |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                  | N/A | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/A      |   |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

|                                                                                                       |                                                                                                           |             |                  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----|
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 | S<br>I                                                                                                    | N<br>O<br>x | DIRECCIÓN<br>WEB | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | Cuando requiera el ingreso de rehabilitación en equipo multidisciplinario para una rehabilitación óptima. |             |                  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A                                                                                                       |             |                  |     |

| (10) REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/<br><br>A                           | N<br>/<br>A                            | N/A.                                         |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/<br><br>A                           | N<br>/<br>A                            |                                              |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 2.-Identificación Oficial vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                                   |                                        |                                              |
| 3.- Poder de la Sociedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                        |                                              |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                        |                                              |
| 2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/<br>A                               | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 3. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                        |                                              |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="background-color: #c00000; color: white; padding: 5px; width: 15%;"> <b>PASOS A<br/>SEGUIR QUE<br/>DEBE DE<br/>REALIZAR EL<br/>CIUDADANO</b> </div> <div> <p>EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PARA LLEVAR EL TRÁMITE ADECUADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO, Y EL PROTOCOLO ADECUADO DE INGRESO A TERAPIA EL CUAL ESTÁ INDICADO POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN, EL CUAL ES EL ÚNICO PROFESIONAL MÉDICO QUE PUEDE DAR EL INGRESO.</p> </div> </div> |                                       |                                        |                                              |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

PLAZO  
MÁXIMO DE  
RESPUESTA

EL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL SE LLEVA ACABO POR MEDIO DE AGENDAS YA ANTES PREESTABLECIDAS, EL CUAL ESTE DISPONIBLE EN LOS HORARIOS Y ESPACIOS QUE TENEMOS POR LA DEMANDA DE LA POBLACION VULNERABLE QUE MANEJAMOS.

COSTO:

30 PESOS

FORMA DE  
PAGO:

EFFECTIVO

si

TARJETA DE  
CRÉDITO

no

TARJETA DE  
DÉBITO

no

EN LÍNEA  
(PORTAL DE  
PAGOS)

no

DÓNDE  
PODRÁ  
PAGARSE:

CAJA

OTRAS  
ALTERNATIVAS:

N/A

CRITERIOS DE  
RESOLUCION  
DEL TRAMITE

- EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMENTOS PREESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.
- NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, YA QUE CONLLEVE UNA COMPLICACIÓN EN EL PROCESO DE TERAPIAS.

APLICACIÓN DE  
LA AFIRMATIVA  
FICTA.

N/A

DEPENDENCIA U ORGANISMO:

(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA  
RESPONSABLE:

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

U.R.I.S  
UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN  
SOCIAL.  
JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ.

TITULAR DE LA  
DEPENDENCIA:

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO

DOMICILIO:

C  
A  
L  
L  
E  
:

AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE  
DALIAS.

NO. INT. Y  
EXT.:  
N/A

N/  
A

COLONIA:

U.H. ARA 2

MUNICIP  
IO:

CHICOLAPAN

C.P  
:

56383

HORARIO Y DÍAS DE  
ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|       |                |        |      |                         |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                    |                                |                         |                     |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A                |                                |                         |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                |                                |                         |                     |
| DOMICILIO:                        | C<br>AL<br>LE<br>: | N/A                            | NO. INT. Y<br>EXT.: N/A | N/A                 |
| COLONIA:                          | N/A                |                                | MUNICIP<br>IO:          | N/A                 |
| C.P<br>:                          | N/A                | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN: | N/A                     |                     |
| LADA:                             | TELÉFONOS:         | EXTS.:                         | FAX:                    | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A                               | N/A                | N/A                            | N/A                     | N/A                 |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                |                                |                         |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                          |                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLOAPAN?                                                                                     |
| RESPUESTA:               | NO , PERO POR EL MOMENTO NO SE CUENTA CON EL PERSONAL CORRESPODIENTE<br>PARA CUBRIR ESTA AREA                                             |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2: | ¿SE PUEDE DAR TERAPIAS A TODAS LA PATOLOGIAS O<br>POBLACION?                                                                              |
| RESPUESTA:               | NO, YA QUE LA UNIDAD NO CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y/O<br>ADITAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ABORDAR TODA LA<br>POBLACION Y/O PATOLOGIAS. |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir

RESPUESTA:

NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL  
SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/JULIO/2026



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHAVEZ



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
Al poder de servir

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRÁMITE:                          | SERVICIO      | X   |
| SERVICIO DE TERAPIA DE PRENDIZAJE                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |               |     |
| DESCRIPCIÓN:<br>DISEÑA E IMPLEMENTA ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PERSONALIZADAS Y ADAPTACIONES CURRICULARES PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD, APTITUDES SOBRESALIENTES O TRASTORNOS DEL DESARROLLO. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |               |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                               | NOM NMX-R-090-SCFI-2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |               |     |
|                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Aspectos Clave de la Normatividad:</b></p> <p><b>Enfoque de Inclusión:</b> Se busca la inclusión real en el aula y la formación para la vida independiente, atendiendo barreras de aprendizaje, comportamiento, discapacidad y aptitudes sobresalientes.</p> <p><b>Infraestructura Educativa (NMX-R-090-SCFI-2016):</b> Establece lineamientos para garantizar accesibilidad, movilidad y uso de espacios educativos para personas con discapacidad.</p> <p><b>(Acuerdo 524):</b> Regula el Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, definiendo cómo operan los servicios.</p> <p><b>Normas Complementarias de Salud:</b> NOM-030-SSA3-2013 y NOM-015-SSA-2023, que aseguran la atención integral y la accesibilidad en entornos de salud para alumnos que lo requieran.</p> <p><b>Derechos:</b> La educación especial es un derecho del menor, garantizado por el sistema educativo nacional.</p> <p>Ley General para la Inclusion de las Personas con Discapacidad y Acuerdos de la SEP.</p> |                                   |               |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |               | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                          | S<br>I<br>x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N<br>O                            | DIRECCIÓN WEB | N/A |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE  
DEBE REALIZARSE:

Cuando requiera el ingreso de rehabilitación en equipo multidisciplinario  
para una rehabilitación óptima.

ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE  
O SERVICIO ESTÁ SUJETO A  
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y  
OBJETIVO DE LA MISMA

N/A



| (10) REQUISITOS: | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
|------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|

### PERSONAS FÍSICAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.
2. Identificación Oficial Vigente.

N/

A

N/

A

N  
/  
A

N  
/  
A

N/A.

### PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.
- 2.-Identificación Oficial vigente
- 3.- Poder de la Sociedad

N/A

N  
/  
A

N/A

### INSTITUCIONES PÚBLICAS

1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal
2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública
3. . Identificación Oficial Vigente

N/  
A

N  
/  
A

N/A

**PASOS A  
SEGUIR QUE  
DEBE DE  
REALIZAR EL  
CIUDADANO**

EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACION PARA LLEVAR EL TRAMITE ADECUADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO Y EL PROTOCOLO ADECUADO DE INGRESO A TERAPIAS INDICADO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION EL CUAL ES EL UNICO PROFESIONAL MEDICO QUE PUEDE DAR EL INGRESO.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA:              | EL SERVICIO DE TERAPIA DE APRENDIZAJE SE LLEVA POR MEDIO DE AGENDAS YA ANTES PRESTABLECIDAS EL CUAL ESTE DISPONIBLE DE ACUERDO A LOS ESPACIOS QUE TENEMOS POR LA DEMANDA DE LA POBLACION VULNERABLE QUE MANEJAMOS.                                                                                  |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| COSTO:                                  | 20 PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                          | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | si                                                               | TARJETA DE CRÉDITO | no          | TARJETA DE DÉBITO                                                                       | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                    | CAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE     | <ul style="list-style-type: none"><li>- EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.</li><li>- NO SE PODRA DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRERSENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO EL CUAL CONLLEVE UNA COMPLICACION EN EL PROCESO DE TERAPIAS.</li></ul> |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                    |             | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                 |                  |                            |     |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                    |             | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |                  |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                    |             | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                                               |                  |                            |     |
| DOMICILIO:                              | C AL LE :                                                                                                                                                                                                                                                                                           | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. RELA DE DALIAS                       |                    |             |                                                                                         | NO. INT. Y EXT.: | N/A                        | N/A |
| COLONIA:                                | U.A ARA 2                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  | MUNICIP IO:        | CHICOLOAPAN |                                                                                         |                  |                            |     |
| C.P                                     | 56383                                                                                                                                                                                                                                                                                               | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |                    |             |                                                                                         |                  |                            |     |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                   |         |                             |                      |     |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|----------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A     |                             |                      |     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A     |                             |                      |     |
| DOMICILIO:                        | CALLE : | N/A                         | NO. INT. Y EXT.: N/A | N/A |
| COLONIA:                          | N/A     | MUNICIP IO:                 | 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        |        |      |                     |

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| RESPUESTA:            | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA UNICAMENTE EN LA UNIDAD EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SON UN GRUPO VULNERABLES. Y ES LA UNICA UNIDAD DE REHABILITACION DADA DE ALTA ANTE DIFEM EL CUAL CUENTA CON UN ORGANIGRAMA , Y LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿SE PUEDE DAR TERAPIAS A TODAS LA PATOLOGIAS O POBLACION?                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPUESTA:            | NO, YA QUE LA UNIDAD NO CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y/O ADITAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ABORDAR TODA LA POBLACION Y/O PATOLOGIAS.                                                                                                                                                                                                    |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

RESPUESTA:

NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL  
SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:  
03/JULIO/2026

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHAVEZ.

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.

  
DIF  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

  
DIF  
DIRECCIÓN GENERAL



|         |          |           |   |
|---------|----------|-----------|---|
| NOMBRE: | TRAMITE: | SERVICIO: | X |
|---------|----------|-----------|---|

## TALLER DE EQUINOTERAPIA

### DESCRIPCION:

EL OBJETIVO DE TALLER ES UNA HERRAMIENTA TERAPEUTA DONDE SE UTILIZA EL CABALLO PARA FORTALECER O ESTIMULAR REACCIONES VESTIBULARES, FORTALECIMIENTO DEL TRONCO, COORDINACION OJO MANO, Y A LA ADAPTACION BIOPSICOSOCIAL.

### FUNDAMENTO O LEGAL:

N/A

### DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

### VIGENCIA DEL DOCUMENTO

N/A

### ¿SE REALIZA EN LINEA?:

S  
I  
x

N/A

N/A

### CASOS EN LOS QUE EL TRAMITE DEBE REALIZARSE:

SE CANALIZAN A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE LENGUAJE DE 4 A 8 AÑOS DE EDAD, A TOMAR EL TALLER Y ASÍ PODER TENER MAYOR AVANCE A SUS TERAPIAS.

### ESPECIFICAR SI ESTE TRAMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA

N/A

| REQUISITOS: | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------|---------------------|--------|---------------------------------------|
|-------------|---------------------|--------|---------------------------------------|

**PERSONAS FÍSICAS**

|     |    |     |  |
|-----|----|-----|--|
| N/A | NO | N/A |  |
|-----|----|-----|--|

**PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**INSTITUCIONES PÚBLICAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

|                                                         |                               |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|

|                                            |               |    |                    |    |                   |    |
|--------------------------------------------|---------------|----|--------------------|----|-------------------|----|
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>           | DE INMEDIATO. |    |                    |    |                   |    |
| <b>COSTO:</b>                              | \$100         |    |                    |    |                   |    |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                      | EFFECTIVO     | NO | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO | no |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                | N/A           |    |                    |    |                   |    |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                 | N/A           |    |                    |    |                   |    |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b> | N/A           |    |                    |    |                   |    |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>  | N/A           |    |                    |    |                   |    |



|                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                      |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |

|                            |                            |                                                 |                 |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO. |                                                 |                 |
| DOMICILIO:                 | CALLE:                     | PEDRO DOMEQ, CARRETERA MEXICO VERACRUZ. KM30.5. | NO. INT. Y EXT. |
| COLONIA:                   | SANTA INÉS                 | MUNICIPIO                                       | TEXCOCO         |

|       |                |                             |        |      |                     |
|-------|----------------|-----------------------------|--------|------|---------------------|
| C.P.  | 56240          | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) |                             |        |      |                     |
| N/A   | 5959230430     |                             | 101    | N/A  | N/A                 |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |
| DOMICILIO:                        | N/A |
| COLONIA:                          | N/A |
| C.P.:                             | N/A |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A |
| EXTS.:                            | N/A |
| FAX:                              | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO:               | N/A |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |
| DOMICILIO:                        | N/A |
| COLONIA:                          | N/A |
| C.P.:                             | N/A |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A |
| EXTS.:                            | N/A |
| FAX:                              | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO:               | N/A |

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A |
| INFORMACIÓN ADICIONAL   |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:   | N/A |
| RESPUESTA:              | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:   | N/A |
| RESPUESTA:              | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:   | N/A |

SPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

ELABORÓ:



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. ALAN JOEL NICÓLAS  
CHÁVEZ.

Vo.Bo.

CIEN MILES DE VOTOS



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO

3/JULIO/2026



|         |          |           |   |
|---------|----------|-----------|---|
| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
|---------|----------|-----------|---|

## TALLER DE LENGUAJE (AYUDAME A PRONUNCIAR MEJOR LAS PALABRAS)

### DESCRIPCIÓN:

EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL TALLER: ES PODER MEJORAR LA PRONUNCIACION DE CADA UNO DE LOS FONEMAS PARA QUE EL PACIENTE PUEDA TENER MÁS HERRAMIENTAS PARA SU REHABILITACIÓN.

|                                                                                                       |                                                                                                                                                |               |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|
| FUNDAMENTO O LEGAL:                                                                                   | N/A                                                                                                                                            |               |                               |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                  | N/A                                                                                                                                            |               | VIGENCIA DEL DOCUMENTO<br>N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                | S<br>I<br>x                                                                                                                                    | N<br>O<br>N/A | N/A                           |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | SE CANALIZAN A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE LENGUAJE DE 4 A 8 AÑOS DE EDAD, A TOMAR EL TALLER Y ASÍ PODER TENER MAYOR AVANCE A SUS TERAPIAS. |               |                               |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A                                                                                                                                            |               |                               |

| REQUISITOS:                                      |               | ORIGINAL                      | COPIAS             | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO |                   |    |                            |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------|----|----------------------------|
| PERSONAS FÍSICAS                                 |               |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| N/A                                              |               | NO                            | N/A                |                                    |                   |    |                            |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS                     |               |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| N/A                                              |               | NO                            | N/A                | N/A                                |                   |    |                            |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                           |               |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| N/A                                              |               | NO                            | N/A                | N/A                                |                   |    |                            |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO |               | CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO |                    |                                    |                   |    |                            |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                        | DE INMEDIATO. |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| COSTO:                                           | N/A           |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| FORMA DE PAGO:                                   | EFFECTIVO     | NO                            | TARJETA DE CRÉDITO | no                                 | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                             | N/A           |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                              | N/A           |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE              | N/A           |                               |                    |                                    |                   |    |                            |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.               | N/A           |                               |                    |                                    |                   |    |                            |



|                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                      |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |

|                            |                            |                                            |                 |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO. |                                            |                 |
| DOMICILIO:                 | CALLE:                     | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS | NO. INT. Y EXT. |
| COLONIA:                   | UH. ARA 2                  | MUNICIPIO                                  | CHICOLOAPAN     |

|       |                |                             |        |      |                     |
|-------|----------------|-----------------------------|--------|------|---------------------|
| C.P.  | 56383          | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| LADA: | TELÉFONOS:(27) |                             | N/A    | N/A  | N/A                 |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |
| DOMICILIO:                        | N/A |
| COLONIA:                          | N/A |
| C.P.:                             | N/A |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A |
| EXTS.:                            | N/A |
| FAX:                              | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO:               | N/A |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |
| DOMICILIO:                        | N/A |
| COLONIA:                          | N/A |
| C.P.:                             | N/A |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A |
| EXTS.:                            | N/A |
| FAX:                              | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO:               | N/A |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           | N/A |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | N/A |

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

3/JULIO/2026

ELABORÓ:

Vo.Bo.

**DIF**  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD  
LIC. ALAN JOEL NICÓLAS  
CHÁVEZ.

**DIF**  
DIRECCIÓN GENERAL  
C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO



|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |          |                        |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            | TRÁMITE: | SERVICIO               | X   |
| <b>TALLER DE PSICOLOGÍA (MIS EMOCIONES, MI MUNDO)</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                            |          |                        |     |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |          |                        |     |
| EL OBJETIVO DEL TALLER: ES PROPORCIONAR TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS ADECUADAS PARA TENER CONTROL DE SUS EMOCIONES QUE LES PERMITA A LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD TENER UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, ASI MISMO IMPLEMENTARLO EN SU |                                                                                                            |          |                        |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                             | N/A                                                                                                        |          |                        |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                        |          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                                                        | S<br>I<br>x                                                                                                | N<br>O   | N/A                    | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                  | SE CANALIZA A LOS PACIENTES A TOMAR EL TALLER POR MEDIO DE LA PSICOLOGA, COMO PARTE INEGRAL DE SU TERAPIA. |          |                        |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                         | N/A                                                                                                        |          |                        |     |

| REQUISITOS:                                                                           | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                               |                     |        |                                                                                   |
| N/A                                                                                   | NO                  | N/A    |                                                                                   |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                   |                     |        |                                                                                   |
| N/A                                                                                   | NO                  | N/A    | N/A                                                                               |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                         |                     |        |                                                                                   |
| N/A                                                                                   | NO                  | N/A    | N/A                                                                               |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO |                     |        |                                                                                   |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                                                      | DE INMEDIATO.       |        |                                                                                   |
| <b>COSTO:</b>                                                                         | N/A                 |        |                                                                                   |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                                                 | EFECTIVO<br>O       | NO     | TARJETA DE CRÉDITO<br>no TARJETA DE DÉBITO<br>no EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)<br>no |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                                                           | N/A                 |        |                                                                                   |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                                                            | N/A                 |        |                                                                                   |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>                                            | N/A                 |        |                                                                                   |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.</b>                                             | N/A                 |        |                                                                                   |



|                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                      |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |

|                            |                            |                                            |                  |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO. |                                            |                  |
| DOMICILIO:                 | CALLE:                     | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS | NO. INT. Y EXT.: |
| COLONIA:                   | UH. ARA 2                  | MUNICIPIO                                  | CHICOLOAPAN      |

|       |       |                             |        |      |                     |
|-------|-------|-----------------------------|--------|------|---------------------|
| C.P.  | 56383 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| LADA: | N/A   | TELÉFONOS:(27)              | N/A    | N/A  | N/A                 |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| OFICINA:                          | N/A |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A |
| DOMICILIO:                        | N/A |
| COLONIA:                          | N/A |
| C.P.:                             | N/A |
| HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:       | N/A |
| LADA:                             | N/A |
| TELÉFONOS:                        | N/A |
| EXTS.:                            | N/A |
| FAX:                              | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO:               | N/A |
| FORMATO(S) DESCARGABLES           | N/A |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | N/A |

ESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

Vo.Bo.

3/JULIO/2026

ELABORÓ:



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

LIC. ALAN JOEL NICÓLAS  
CHÁVEZ.



C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO



|                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                              |    |                        |  |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                               |  | TRÁMITE:                                                                                                     |    | SERVICIO               |  | X   |
| TALLER DE TAEKWONDO                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                              |    |                        |  |     |
| DESCRIPCIÓN:<br>ES UN TALLER DONDE SE TRABAJA CON LA COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD, EL PRINCIPAL MOTIVO ES PARA EL DESARROLLO DEL EQUILIBRIO, REACCION, COORDINACION, FUERZA Y REFLEJOS. |  |                                                                                                              |    |                        |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                              |    |                        |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                  |  | N/A                                                                                                          |    | VIGENCIA DEL DOCUMENTO |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                                                                |  | SI                                                                                                           | NO | N/A                    |  |     |
|                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                              | x  | N/A                    |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                          |  | TODOS LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD, PUEDES ACCEDER AL TALLER MIENTRAS SUS CONDICIONES FÍSICAS LO PERMITAN. |    |                        |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                 |  | N/A                                                                                                          |    |                        |  |     |

| REQUISITOS: | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURIDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
|-------------|---------------------|--------|----------------------------------------|

**PERSONAS FÍSICAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**INSTITUCIONES PÚBLICAS**

|     |    |     |     |
|-----|----|-----|-----|
| N/A | NO | N/A | N/A |
|-----|----|-----|-----|

**PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO**

CUADO LO SOLICITE EL USUARIO.

|                                     |                                              |    |                    |    |                   |    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|----|--------------------|----|-------------------|----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA           | DE INMEDIATO                                 |    |                    |    |                   |    |
| COSTO:                              | \$ 35                                        |    |                    |    |                   |    |
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO                                    | Si | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO | no |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | DIRECTAMENTE CON EL PROFESOR QUE LO IMPARTE. |    |                    |    |                   |    |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | N/A                                          |    |                    |    |                   |    |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | N/A                                          |    |                    |    |                   |    |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.  | N/A                                          |    |                    |    |                   |    |

EN LÍNEA  
(PORTAL DE PAGOS)



|                                         |                   |                                                                                             |               |                                                                                         |                            |
|-----------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>         |                   |                                                                                             |               | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                                               |                            |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) |                   |                                                                                             |               | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |                            |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>       |                   | NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                                                      |               |                                                                                         |                            |
| <b>DOMICILIO:</b>                       | <b>CALLE:</b>     | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIS                                                   |               | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                                                                 | C/N                        |
| <b>COLONIA:</b>                         | UH ARA 2          | <b>MUNICIPIO</b>                                                                            | CHICOLAPAN    |                                                                                         |                            |
| <b>C.P.</b>                             | 56383             | EL TALLER SE REALIZA CADA QUINCE DÍAS, LOS DIAS VIERNES, EN UN HORARIO DE 3:00 PM A 4:00 PM |               |                                                                                         |                            |
| <b>LADA:</b>                            | <b>TELÉFONOS:</b> |                                                                                             | <b>EXTS.:</b> | <b>FAX:</b>                                                                             | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> |
| N/A                                     |                   |                                                                                             | N/A           | N/A                                                                                     |                            |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                          |                   |                                    |               |                         |                            |
|------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|---------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>OFICINA:</b>                          | N/A               |                                    |               |                         |                            |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b> |                   | C. NAYELLI ESCOBEDO MUNDO          |               |                         |                            |
| <b>DOMICILIO:</b>                        | N/A               | N/A                                |               | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> | N/A                        |
| <b>COLONIA:</b>                          | N/A               | <b>MUNICIPIO:</b>                  | CHICOLAPAN    |                         |                            |
| <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                                |               |                         |                            |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b> | N/A |
| <b>RESPUESTA:</b>            | N/A |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b> | N/A |
| <b>RESPUESTA:</b>            | N/A |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b> | N/A |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
**MÉXICO**  
El poder de servir

RESPUESTA:

N/A

**TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS**

N/A

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

ELABORÓ:



DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDADES

LIC. ALAN JOEL NICÓLAS  
CHÁVEZ.

Vo.Bo.



DIRECCIÓN GENERAL

C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.

3 /JULIO/2026





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                                                     |  |                                                        |             |                                   |  |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------|--|-----|
| NOMBRE:                                                                                                                                             |  | TRÁMITE:                                               |             | SERVICIO                          |  | X   |
| TALLER DE HIDROTERAPIA                                                                                                                              |  |                                                        |             |                                   |  |     |
| DESCRIPCIÓN:<br>ES UN TALLER EN DONDE SE REALIZAN EJERCICIOS Y TERAPIAS DENTRO DE LA ALBERCA,<br>PARA DAR SEGUIMIENTO DE ACUERDO A SU PADECIMIENTO. |  |                                                        |             |                                   |  |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                   |  | N/A                                                    |             |                                   |  |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                |  | N/A                                                    |             | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: |  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                                                              |  | S<br>I                                                 | N<br>O<br>x | N/A                               |  |     |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                        |  | DESPUES DE VALORACION SE PROCEDE AL INGRESO AL TALLER. |             |                                   |  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                               |  | N/A                                                    |             |                                   |  |     |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

| REQUISITOS:                                                 | ORIGINAL<br>SI O NO | COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                     |                     |        |                                        |
| N/A                                                         | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                         |                     |        |                                        |
| N/A                                                         | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                               |                     |        |                                        |
| N/A                                                         | NO                  | N/A    | N/A                                    |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE<br/>REALIZAR EL CIUDADANO</b> |                     |        |                                        |
| ACUDIR A LA UNIDAD PARA EL INGRESO AL TALLER.               |                     |        |                                        |
| <b>PLAZO MÁXIMO<br/>DE RESPUESTA</b>                        |                     |        |                                        |
| DICTAMEN MÉDICO DE ACUERDO A SU DIAGNOSTICO.                |                     |        |                                        |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                           |       |                                |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
|-------------------------------------------|-------|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|----|
| COSTO:                                    |       | N/A                            |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| FORMA DE PAGO:                            |       | EFFECTIVO                      | no                                         | TARJETA DE<br>CRÉDITO                                                                     | no          | TARJETA DE<br>DÉBITO                                                                      | no                  | EN LÍNEA<br>(PORTAL DE<br>PAGOS) | no |
| DÓNDE PODRÁ<br>PAGARSE:                   |       | N/A                            |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| OTRAS<br>ALTERNATIVAS:                    |       | N/A                            |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| CRITERIOS DE<br>RESOLUCION DEL<br>TRAMITE |       | N/A                            |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| APLICACIÓN DE LA<br>AFIRMATIVA FICTA.     |       | N/A                            |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                  |       |                                |                                            |                                                                                           |             | UNIDAD ADMINISTRATIVA<br>RESPONSABLE:                                                     |                     |                                  |    |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)   |       |                                |                                            |                                                                                           |             | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E<br>INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ |                     |                                  |    |
| TITULAR DE LA<br>DEPENDENCIA:             |       | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO      |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           |                     |                                  |    |
| DOMICILIO:                                |       | CALLE:                         | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS |                                                                                           |             |                                                                                           | NO. INT. Y<br>EXT.: | N/A                              |    |
|                                           |       |                                |                                            |                                                                                           |             |                                                                                           | N/A                 |                                  |    |
| COLONIA:                                  |       | UH ARA 2                       |                                            | MUNICIPIO                                                                                 | CHICOLOAPAN |                                                                                           |                     |                                  |    |
| C.P.                                      | 56383 | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN: |                                            | LOS TALLERES SE REALIZAN CADA QUINCE DÍAS, LOS DÍAS<br>VIERNES.<br>DE 10:00 AM A 12:00 PM |             |                                                                                           |                     |                                  |    |

| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| 01    |                | N/A    | N/A  |                         |

### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |     |                             |     |                     |                  |     |
|-----------------------------------|-----|-----------------------------|-----|---------------------|------------------|-----|
| 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:          | CHICOLOAPAN      |     |
| C.P:                              | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |     | N/A                 |                  |     |
|                                   |     |                             |     | CORREO ELECTRÓNICO: |                  |     |

| LADA:                   | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|-------------------------|------------|--------|------|---------------------|
| N/A                     | N/A        | N/A    | N/A  | N/A                 |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A        |        |      |                     |

### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | N/A |
| RESPUESTA:            | N/A |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | N/A |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| RESPUESTA:                        | N/A |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS |     |
| N/A                               |     |

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

3/JULIO/ 2026

  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD  
LIC. ALAN JOEL NICOLÁS  
CHÁVEZ.

  
DIRECCIÓN GENERAL  
C. NALLELI ESCOBEDO  
MUNDO.



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |          |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TRÁMITE:                          | SERVICIO | X |
| SERVICIO DE TERAPIA FISICA.                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |          |   |
| DESCRIPCIÓN: (3)                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |          |   |
| El servicio de terapia física se brinda a personas que hayan sufrido alguna lesión o que tengan una patología el cual limita la funcionalidad, a través de terapias físicas ayudando a recobrar la independencia y movilidad posible. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |          |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                     | <p>Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6.</p> <p>Ley General de Salud.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <p>NOM-030-SSA3-2013 establece las características arquitectónicas que deben tener los establecimientos de salud para que las personas con discapacidad o movilidad reducida puedan acceder, transitar, usar y permanecer en ellos.</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) 016-SSA3-2012 establece los requisitos mínimos de equipamiento en infraestructura de los servicios de terapia física.</p> <p>Establece que los servicios de terapia física deben tener las siguientes áreas:</p> <p>Evaluación, Tratamiento, Gimnasio terapéutico, Hidroterapia.</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) 015-SSA-2023 establece los criterios para que el personal de salud preste atención médica integral a personas con discapacidad. Esto incluye la fisioterapia, que se dirige a mejorar la postura, movilidad y orientación de las personas.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. -</p> <p>Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.</p> |                                   |          |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A      |   |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

|                                                                                                       |                                                                                                           |        |                  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|-----|
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                 | S<br>I<br><br>x                                                                                           | N<br>O | DIRECCIÓN<br>WEB | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | Cuando requiera el ingreso de rehabilitación en equipo multidisciplinario para una rehabilitación óptima. |        |                  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A                                                                                                       |        |                  |     |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

| (10) REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/<br><br>A                           | N<br>/<br>A                            | N/A.                                         |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/<br><br>A                           | N<br>/<br>A                            |                                              |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 2.-Identificación Oficial vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | N/A                                   |                                        |                                              |
| 3.- Poder de la Sociedad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                        |                                              |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                        |                                              |
| 2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/<br>A                               | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 3. Identificación Oficial Vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                        |                                              |
| <div>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</div> <div>EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACION PARA LLEVAR EL TRÁMITE ADECUADO, DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO Y EL PROTOCOLO DE INGRESO A TERAPIAS INDICADO POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION, EL CUAL ES EL ÚNICO PROFESIONAL ESPECIALIZADO QUE PUEDE DAR EL INGRESO.</div> |                                       |                                        |                                              |

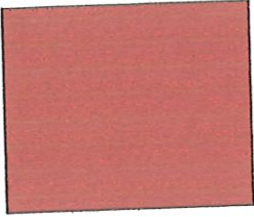




GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
**MÉXICO**  
*El poder de servir*





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|-----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA               | EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA SE LLEVA POR MEDIO DE AGENDAS, YA ANTES PREESTABLECIDA; EL CUAL ESTE DISPONIBLE DE ACUERDO A LOS ESPACIOS QUE TENEMOS POR LA DEMANDA DE LA POBLACION VULNERABLE QUE MANEJAMOS.                                                                                           |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| COSTO:                                  | 50 PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| FORMA DE PAGO:                          | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                              | si | TARJETA DE CRÉDITO          | no  | TARJETA DE DÉBITO                                                                       | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                    | CAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE     | <ul style="list-style-type: none"><li>- EL SERVICIO SE BRINDAR SÓLO SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.</li><li>- NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, EL CUAL CONLLEVE UNA COMPLICACIÓN EN EL PROCESO DE TERAPIAS.</li></ul> |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                             |     |                                                                                         |    |                            |     |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                             |     | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                 |    |                            |     |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                             |     | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GÓNZALEZ. |    |                            |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                             |     | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                                               |    |                            |     |
| DOMICILIO:                              | C                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | AL | LE                          | :   | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS                                              |    | NO. INT. Y EXT.:           | N/A |
| COLONIA:                                | U.H. ARA 2                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | MUNICIP                     | IO: | CHICOLOAPAN                                                                             |    |                            |     |
| C.P                                     | 56383                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |     | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM                                                    |    |                            |     |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
"El poder de servir"

| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                    |                                |                         |                     |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A                |                                |                         |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                |                                |                         |                     |
| DOMICILIO:                        | C<br>AL<br>LE<br>: | N/A                            | NO. INT. Y<br>EXT.: N/A | N/A                 |
| COLONIA:                          | N/A                |                                | MUNICIP<br>IO:          | N/A                 |
| C.P<br>:                          | N/A                | HORARIO Y DÍAS DE<br>ATENCIÓN: | N/A                     |                     |
| LADA:                             | TELÉFONOS:         | EXTS.:                         | FAX:                    | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A                               | N/A                | N/A                            | N/A                     | N/A                 |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES        | N/A                |                                |                         |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLOAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPUESTA:               | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA ÚNICAMENTE EN LA UNIDAD, EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD. YA QUE SON UN GRUPO VULNERABLE. ES LA ÚNICA UNIDAD DE REHABILITACION DADA DE ALTA ANTE DIFEM, YA QUE CUENTA CON UN ORGANIGRAMA, POR LO QUE LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO.<br>UBRIS- Unidad Básica de Rehabilitacion Integral Social.<br>URIS- Unidad de Rehabilitacion e Inclusión Social.<br>CRIS- Centro de Rehabilitacion Integral Social. |
| PREGUNTA<br>FRECUENTE 2: | ¿SE PUEDE DAR TERAPIAS A TODAS LA PATOLOGÍAS O POBLACIÓN?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPUESTA:               | NO, YA QUE LA UNIDAD NO CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y/O ADITAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ABORDAR TODA LA POBLACION Y/O PATOLOGIAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

PREGUNTA  
FRECUENTE 3:

¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

RESPUESTA:

NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACIÓN BAJO POR EL SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/JULIO/2026



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA  
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD



DIRECCIÓN GENERAL

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |          |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|---|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRÁMITE:                          | SERVICIO | X |
| SERVICIO DE TERAPIA DE LENGUAJE.                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |          |   |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |          |   |
| SE ATIENDE A PACIENTES CON ALTERACIONES EN EL LENGUAJE O DEL HABLA, CON O SIN DISCAPACIDAD, LA ATENCIÓN PUEDE SER DIRIGIDA A NIÑOS Y ADULTOS QUE HAYAN TENIDO ALGUNA ALTERACIÓN NEUROLÓGICA. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |          |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                            | <p>Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6.</p> <p>Ley General de Salud.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <p>NOM-030-SSA3-2013 establece las características arquitectónicas que deben tener los establecimientos de salud para que las personas con discapacidad o movilidad reducida puedan acceder, transitar, usar y permanecer en ellos.</p> <p>La Norma Oficial Mexicana (NOM) que se relaciona con la terapia del lenguaje es la NOM-173-SSA1-1998. Esta norma establece que la terapia del lenguaje es un conjunto de acciones que buscan restaurar las discapacidades en la comunicación humana.</p> <p>La terapia del lenguaje se puede llevar a cabo en cualquier establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado.</p> |                                   |          |   |
|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |          |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A      |   |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
*El poder de servir*

|                                                                                                       |                                                                                                           |        |                  |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|-----|
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:                                                                                | S<br>I<br><br>x                                                                                           | N<br>O | DIRECCIÓN<br>WEB | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                          | Cuando requiera el ingreso de rehabilitación en equipo multidisciplinario para una rehabilitación óptima. |        |                  |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A                                                                                                       |        |                  |     |



| (10) REQUISITOS:                                                   | (11)<br>ORIGINAL<br>Anotar SI o<br>NO                                                                                                                                                                                                                                                             | (12)<br>COPIAS<br>anotar con<br>número | (13) FUNDAMENTO JURÍDICO-<br>ADMINISTRATIVO. |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal. | N/<br><br>A                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N<br>/<br>A                            | N/A.                                         |
| 2. Identificación Oficial Vigente.                                 | N/<br><br>A                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N<br>/<br>A                            |                                              |
| <b>PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 2.-Identificación Oficial vigente                                  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                        |                                              |
| 3.- Poder de la Sociedad                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| 1. Presentar solicitud de asesoría por escrito, en forma personal  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| 2. Oficio con papelería oficial de la Institución Pública          | N/<br>A                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N<br>/<br>A                            | N/A                                          |
| 3. . Identificación Oficial Vigente                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                              |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>            | EL SOLICITANTE DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE REHABILITACION PARA LLEVAR EL TRAMITE ADECUADO DE ACUERDO AL REGLAMENTO INTERNO Y EL PROTOCOLO ADECUADO DE INGRESO A TERAPIAS INDICADO POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION EL CUAL ES EL UNICO PROFESIONAL MEDICO QUE PUEDE DAR EL INGRESO. |                                        |                                              |





|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|----|---|--|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA               | EL SERVICIO DE TERAPIA DE LENGUAJE SE LLEVA POR MEDIO DE AGENDAS YA ANTES PRESTABLECIDAS EL CUAL ESTE DISPONIBLE DE ACUERDO A LOS ESPACIOS QUE TENEMOS POR LA DEMANDA DE LA POBLACION VULNERABLE QUE MANEJAMOS.                                                                                      |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| COSTO:                                  | 25 PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| FORMA DE PAGO:                          | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                            | si                                         | TARJETA DE CRÉDITO | no                                   | TARJETA DE DÉBITO                                                                       | no               | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | no | o |  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                    | CAJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE     | <ul style="list-style-type: none"><li>- EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD.</li><li>- NO SE PODRA DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRERSENTA ESTADO DE SASLUD INADECUADO EL CUAL CONLLEVE UNA COMPLICACION EN EL PROCESO DE TERAPIAS.</li></ul> |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |                    |                                      |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                    |                                      | (23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                                 |                  |                            |    |   |  |
| DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                    |                                      | U.R.I.S<br>UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL.<br>JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ. |                  |                            |    |   |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |                    |                                      | C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO                                                               |                  |                            |    |   |  |
| DOMICILIO:                              | CAL LE :                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. RELA DE DALIAS |                    |                                      |                                                                                         | NO. INT. Y EXT.: | N/A                        |    |   |  |
| COLONIA:                                | U.A ARA 2                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |                    | MUNICIP IO:                          | CHICOLAPAN                                                                              |                  |                            |    |   |  |
| C.P. :                                  | 56383                                                                                                                                                                                                                                                                                                | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                |                    | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM |                                                                                         |                  |                            |    |   |  |

| LADA: | TELÉFONOS:(27) | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO:(28) |
|-------|----------------|--------|------|-------------------------|
| 01    | 55 75 84 27 82 | N/A    | N/A  | N/A                     |

#### OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

|                                   |                    |                             |                         |                     |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------|
| OFICINA:                          | N/A                |                             |                         |                     |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A                |                             |                         |                     |
| DOMICILIO:                        | C<br>AL<br>LE<br>: | N/A                         | NO. INT. Y<br>EXT.: N/A | 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                |                             |                         |                     |

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿SE OTORGA EL SERVICIO EN OTRA UNIDAD EN CHICOLAPAN?                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| RESPUESTA:            | NO, EL SERVICIO SOLO SE DA UNICAMENTE EN LA UNIDAD EL CUAL MANEJAMOS UN RUBRO DE NORMAS YA ESTABLECIDAS POR EL MANEJO DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SON UN GRUPO VULNERABLES. Y ES LA UNICA UNIDAD DE REHABILITACION DADA DE ALTA ANTE DIFEM EL CUAL CUENTA CON UN ORGANIGRAMA , Y LA UNIDAD SE ENCUENTRA EN UN NIVEL INTERMEDIO. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿SE PUEDE DAR TERAPIAS A TODAS LA PATOLOGIAS O POBLACION?                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPUESTA:            | NO, YA QUE LA UNIDAD NO CUENTA CON LA INFRAESTRUCTURA Y/O ADITAMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ABORDAR TODA LA POBLACION Y/O PATOLOGÍAS.                                                                                                                                                                                                    |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿LOS SERVICIOS SON GRATUITOS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                    |                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    |                                                                                       |
| RESPUESTA:                         | NO, LOS SERVICIOS TIENEN UN COSTO DE RECUPERACION BAJO POR EL SUBSIDIO GUBERNAMENTAL. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS. |                                                                                       |
| N/A                                |                                                                                       |

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

03/JULIO/2026



LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHAVEZ.



C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.