

NOMBRE: (1)		TRÁMITE: (2)	X	SERVICIO
ESTUDIO SOCIOECONOMICO QUE OTORGA EL AREA DE DIRECCION DE ASISTENCIA SOCIAL DEL SMDIF CHICOLOAPAN				
DESCRIPCIÓN: (3)				
CONSISTE EN REALIZAR ENTREVISTAS A LOS USUARIOS PARA DETERMINAR SU NIVEL DE INGRESOS, EDUCACIÓN Y CONDICIONES DE VIDA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR SI PERTENECEN A GRUPOS VULNERABLES Y SUS NECESIDADES ESPECÍFICAS.				
FUNDAMENTO LEGAL: (4)	LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL LEY DE ASISTENCIA SOCIAL			
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	ESTUDIO SOCIECONOMICO		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)	3 MESES
¿SE REALIZA EN LÍNEA?: (7)	S I x	N O	DIRECCIÓN WEB	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: (8)	EL TRATAMITE SE REALIZA PARA DESCUENTOS A LOS GRUPOS VULNERABLES EN PAGOS DE SERVICIOS PARA TRAMITES SOLICITADOS EN UNA INSTITUCION COMO ESCUELAS Y HOSPITALES. Y POR ULTIMO PARA LAS NECESIDADES QUE LA POBLACION LO REQUIERA.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCION O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA (9)	N/A			

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

(15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	SE BRINDA EN ESE MOMENTO EN UN TIEMPO APROXIMADO DE 30 MINUTOS QUE ES LO QUE DURA LA ENTREVISTA REALIZADA.							
(16) COSTO:	\$30	Código Civil Federal Artículo 1794						
(17) FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	si	TARJETA DE CRÉDITO	no	TARJETA DE DÉBITO	no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	no
(18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	EN RECEPCION DE INSTALACIONES DE SMDIF CHICOLOAPAN							
(19) OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
(20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	<ul style="list-style-type: none"> - NO PRESENTAR IDENTIFICACION DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN O ALGUN DOCUMENTO QUE AVALE QUE PERTENECEN AL MUNICIPIO - SE REALIZA PRESENTANDO INE DE CHICOLOAPAN Y PARA EL TRAMITE QUE SE REQUIERA 							
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.	N/A							
(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:						(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN						DIRECCION DE ASISTENCIA SOCIAL		
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ							
(25) DOMICILIO:	C A L L E :	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:	CÓRREO ELECTRÓNICO:(28)
	55 59 21 68 27	N/A	N/A	<u>N/A</u>

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	<u>N/A</u>
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A.			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿QUE DEBO DOCUMENTO DEBO PRESENTAR PARA REALIZAR MI ESTUDIO SOCIECONOMICO ?
RESPUESTA:	COPIA SIMPLE DE SU INE Y SER HABITANTE DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN.
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	N/A
RESPUESTA:	N/A
PREGUNTA FRECUENTE 3:	N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

(35) ELABORÓ:

(36) VISTO BUENO:

(37) FECHA DE
ACTUALIZACIÓN: 25/01/20



ATENTAMENTE
T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ

NOMBRE: (1)		TRÁMITE: (2)	SERVICIO	X											
Asesoría Psicológica, presecial a la población en general Otorgado por el Departamento de Orientación Familiar															
DESCRIPCIÓN: (3)															
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 fovorecer la integración psicosocial del individual.															
FUNDAMENTO LEGAL: (4)	<p>La Ley General de Salud, Art. 74; Fraccion I, contiene una lista de sujetos con trastornos mentales. Protección a la Salud Mental.</p> <p>Ley De Asistencia Social Artículo 41, Fracción I, Ley Que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados De Asistencia Social De Carácter Municipal.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.</p>														
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)		N/A											
¿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)	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 (9)	N/A														

(10) REQUISITOS:	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
1. Recibo de pago. 2. Identificación Oficial Vigente.	SI NO	N/A 1	
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
1. N/A	N/A	N/A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A	N/A	N/A	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	Acudir alas 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.		

(15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		10 minutos							
(16) COSTO:		\$50							
(17) FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	si	TARJETA DE CRÉDITO	no	TARJETA DE DÉBITO	no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	no
(18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		En cajas de las unidades del Sistema Municipal DIF en donde se solicita el servicio.							
(19) OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A							
(20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		-Siempre que se cumpla con los requisitos.							
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.		N/A							
(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:							(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Chicoloapan							Salud y Deporte		
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		Marco Antonio Ramirez Garcia							
(25) DOMICILIO:		C	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 18:00 horas					



(26)				
LADA:	TELÉFONOS:(27)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:(28)
55	5921 6827	N/A	N/A	orientacionfamiliar dif@chicoloapan.gob.mx

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	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES		N/A		

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿Qué día puedo sacar cita para psicología?
RESPUESTA:	De Lunes a Viernes .de 9:00 a 18:00 hrs.
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	¿Las citas subsecuentes tienen algún costo?
RESPUESTA:	Tiene un costo de recuperación de \$35
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿Se atienden personas con problemas mentales?

(33)	
RESPUESTA:	Se brinda una asesoría y valoración para generar las referencias a la Institución Médica Psiquiátrica.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

(35) ELABORÓ:

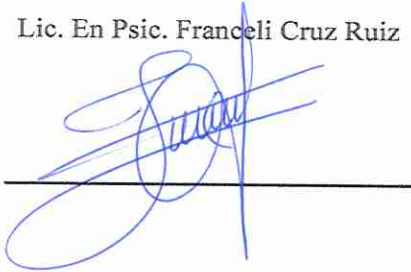
(36) VISTO BUENO:

(37) FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

Lic. En Psic. Franceli Cruz Ruiz

NOMBRE COMPLETO

28/01/2025



Franceli Cruz Ruiz.

NOMBRE: (1)		TRÁMITE: (2)	SERVICIO: X						
PROGRAMA CANASTA ALIMENTARIA DEL BIENESTAR A GRUPOS VULNERABLES									
DESCRIPCIÓN: (3)									
<p>CONSISTE EN IDENTIFICAR Y 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 LAS CANASTAS ALIMENTARIAS, CON EL FIN DE GARANTIZAR QUE RECIBAN EL APOYO ADECUADO PARA MEJORAR SU ALIMENTACIÓN Y BIENESTAR.</p>									
FUNDAMENTO LEGAL: (4)	<p>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ARTÍCULO 4 LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL ARTÍCULO 1 ARTÍCULO 3 LEY DE ASISTENCIA SOCIAL ARTÍCULO 2 ARTÍCULO 6</p>								
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)	N/A						
¿SE REALIZA EN LÍNEA?: (7)	<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: (8)	SE DEBE REALIZAR EL TRAMITE CUANDO SE CUMPLA CON LAS CARACTERISTICAS ESPECIFICADAS 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) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
<ol style="list-style-type: none"> 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN. 2. CURP 3. ACTA DE NACIMIENTO 4. COMPROBANTE DE DOMICILIO 5. CROQUIS DEL DOMICILIO 6. NUMERO TELEFONICO DE CONTACTO 7. COMPROBANTE MEDICO, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O DOCUMENTO QUE AVALE LA SITUACION PORQUE ES BENEFICIARIA AL PROGRAMA 	SI	1	LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
N/A	N/A	N / A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A		N / A	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF A EL AREA DE DIRECCION DE ASISTENCIA CON LA DOCUMENTACION NECESARIA Y REQUERIDA PARTA 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 POBLACION BENEFICIARIA.							
0(16) COSTO:	N/A				N/A			
(17) FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	N / A	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	<ul style="list-style-type: none"> - NO CONTAR CON INE DONDE SE PERTENEZCA AL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN - NO CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA PODER SER BENEFICIARIO TRAMITE QUE SE REQUIERA <p>SER PERTENECIENTE DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN Y CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA EL PROGRAMA</p>							
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:	N/A							
(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:					(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN					DIRECCION DE ASISTENCIA SOCIAL			
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ							
(25) DOMICILIO:	C	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	<u>N/A</u>

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	<u>N/A</u>
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A.			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR ?
RESPUESTA:	COPIA SIMPLE DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS 1. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) DEL MUNICIPIO DE CHICHOLOAPAN. 2. CURP 3. ACTA DE NACIMIENTO 4. COMPROBANTE DE DOMICILIO 5. CROQUIS DEL DOMICILIO 6. NUMERO TELEFONICO DE CONTACTO COMPROBANTE MEDICO, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O DOCUMENTO QUE AVALE LA SITUACION PORQUE ES BENEFICIARIA AL PROGRAMA
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	N/A
RESPUESTA:	N/A

PREGUNTA
FRECUENTE 3:

N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

(35) ELABORÓ:
ACTUALIZACIÓN:25/01/20

(36) VISTO BUENO:

(37) FECHA DE

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 ARTÍCULO 4 LEY GENERAL DE BIENESTAR SOCIAL ARTÍCULO 1 ARTÍCULO 3 LEY DE ASISTENCIA SOCIAL ARTÍCULO 2 ARTÍCULO 6								
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)	N/A						
¿SE REALIZA EN LÍNEA?: (7)	<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	S	N	I	O		<input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB	N/A
S	N								
I	O								
	<input checked="" type="checkbox"/>								
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: (8)	SE DEBE REALIZAR EL TRAMITE CUANDO SE CUMPLA CON LAS CARACTERISTICAS ESPECIFICADAS 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) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
1-IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN. 2-CURP 3-ACTA DE NACIMIENTO COMPROBANTE DE DOMICILIO 5-CROQUIS DEL DOMICILIO 6-NUMERO TELEFONICO DE CONTACTO	SI	1	LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
N/A	N/A	N / A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A		N / A	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF A EL AREA DE DIRECCION DE ASISTENCIA CON LA DOCUMENTACION 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.							
0(16) COSTO:	N/A				N/A			
(17) FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	N / A	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	<ul style="list-style-type: none"> - NO CONTAR CON INE DONDE SE PERTENEZCA AL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN - NO CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA PODER SER BENEFICIARIO TRAMITE QUE SE REQUIERA <p>SER PERTENECIENTE DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN Y CONTAR CON LOS REQUISITOS PARA EL PROGRAMA</p>							
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.	N/A							
(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO:					(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN					DIRECCION DE ASISTENCIA SOCIAL			
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ							
(25) DOMICILIO:	C A L L E :	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	<u>N/A</u>

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	<u>N/A</u>
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A.			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR ?
RESPUESTA:	COPIA SIMPLE DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE(INE) DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN. CURP ACTA DE NACIMIENTO COMPROBANTE DE DOMICILIO CROQUIS DEL DOMICILIO
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	N/A
RESPUESTA:	N/A

PREGUNTA
FRECUENTE 3:

N/A

(33)

RESPUESTA:

N/A

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

(35) ELABORÓ:
ACTUALIZACIÓN:25/01/20

(36) VISTO BUENO:

(37) FECHA DE

ATENTAMENTE



T.S EVELYN ELIA RODRIGUEZ MARTINEZ

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X						
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES DIF CHICOLAPAN.										
DESCRIPCIÓN:										
El Departamento de Servicios Nutricionales supervisa tres programas en las escuelas del municipio: desayunos fríos, desayunos calientes y huertos escolares y familiares. Se encarga de verificar la preparación y entrega de los desayunos en comedores y la distribución de desayunos pre empacados a los beneficiarios. Además, supervisa el funcionamiento de los huertos, asegurando su desarrollo adecuado y evitando el lucro con los programas.										
FUNDAMENTO LEGAL:		<p>1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: 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: Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad. Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.</p> <p>3. Ley de Asistencia Social: 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. 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 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	https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemf24/servlet/com.difemdes.wpreregistro	
S	N									
I	O									
X										
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		PRIMER REGISTRO A SER BENEFICIARIO A UN PROGRAMA DE CO DEF.								
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA		SI ESTA SUJETO A INSPECCION POR PARTE DEL AREA DE ALIMENTACION DE DIFEM.								

(10) REQUISITOS:	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
1. CURP DEL TUTOR 2. CURP DEL MENOR 3. PESO Y TALLA DEL MENOR 4. COMPROBANTE DE DOMICILIO	SI SI	1 1	N/A
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
N/A	SI SI SI	1 1 1	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A	SI SI SI	1 1 1	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	TRAER LA DOCUMENTACION YA ANTES SOLICITADA, AYUDAR AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO CON DATOS EXTRAS QUE SE LE SOLICITAN PARA PODER LLEVAR A CABO LOS REGISTROS PARA SER BENEFICIARIO A LOS PROGRAMAS.		

PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	En 1 día hábil le entregan un recibo para ser beneficiario al programa desayuno caliente o bien desayuno frio.							
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 A ALGUNO DE LOS PROGRAMAS PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRAMITE. -SI LA ESCUELA NO ESTA COMO BENEFICIARIA DE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS NO SE PODRA SEGUIR CON EL TRAMITE.							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.	N/A							
DEPENDENCIA U ORGANISMO:					UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE NUTRICION.					DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE NUTRICION.			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		EDITH GOMEZ RAMIREZ.						
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					

(26)				
LADA:	TELÉFONOS:(27)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:(28)
56	17495496			De los asuntos nutriciondifchicol@gmail.com
56	25804139			
55	39128463			

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

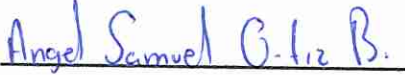

OFICINA:	N/A			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A			
DOMICILIO:	C AL LE :	N/A	NO. INT. Y EXT.:	
COLONIA:	Ben		MUNICIPIO:	
C.P.:	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:			
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
01 55		N/A	N/A	<u>De los asuntos</u>
FORMATO(S) DESCARGABLES				

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿ Por qué mi hijo no fue beneficiado al programa DEF?
RESPUESTA:	Porque dependerá de la escuela si es beneficiada además del peso y talla del menor.
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	¿Dónde se lleva a cabo el registro para ser beneficiario?
RESPUESTA:	En la pagina https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemf24/servlet/com.difemdes.wprregistro
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿en que se basan los desayunadores para hacer los menús de los niños?

(33)	
RESPUESTA:	En la despesa proporcionada por DIFEM.

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:  ANGEL SAMUEL ORTIZ BRIGIDO	VISTO BUENO:  EDITH GOMEZ RAMIREZ.	(37) FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 27/01/2025

EXPLICACIÓN DE CADA RUBRO:

- (1) Nombre específico del trámite o servicio que se presta.
- (2) Marque con una (X) dentro del cuadro en blanco si es trámite o servicio.
- (3) Narre brevemente en que consiste el trámite o servicio.
- (4) Establecer los artículos y fracciones de los ordenamientos jurídicos que sean aplicables y sustenten el trámite o servicio.
- (5) Se especifica si se obtiene un documento, el nombre del documento o en caso contrario se pondrá la leyenda **NO APLICA**.
- (6) Vigencia **Tiempo de duración del documento** del trámite o servicio realizado. Si no se otorga documento alguno se debe de anotar N/A
- (7) En caso de que el trámite o servicio se pueda realizar en línea marque con una X la casilla que dice **SI**, y proporcione la dirección de la página web en donde se realiza.
En el caso de que no se pueda realizar en línea marque con una X la casilla que dice **NO** y anote No Aplica.
- (8) Especificar los casos en los que los solicitantes van a requerir de la prestación de este servicio o trámite.
- (9) especificar si este trámite o servicio está sujeto a inspección o verificación y objetivo de la misma, en los casos en que se requieran inspecciones o verificaciones.

NOMBRE: SOLICITUD DE SERVICIO PRESTADO POR ESTE SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN, DE MANERA PRESENCIAL		TRÁMITE:	SERVICIO	X						
SERVICIO DE PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOASISTENCIALES A LA POBLACION MAS VULNERZABLE DEL MUNICIPIO DE CHICOLOAPAN A TRAVES DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN.										
DESCRIPCIÓN: (3)										
CONSISTE EN PROPORCIONAR ATENCION MEDICA Y ASISTENCIAL A LOS CONTRIBUYENTES QUE ASI LO SOLICITEN , MISMOS QUE CONSISTEN EN LA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS, A TRAVES DE CONSULTAS MEDICAS , MISMAS QUE SE ADMINISTRAN A TRAVES DEL PAGO DE UNA CUOTA DE RECUPERACION. DICHAS CONSULTAS SE OTORGAN EN EL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE CHICOLOAPAN.										
FUNDAMENTO LEGAL: (4)	Artículo 25, Constitucion Politica de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 3°, LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARACTER MUNICIPAL, DENOMINADOS "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA"									
DOCUMENTO A OBTENER: (5)	Recibo de pago	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: (6)	Permanente							
¿SE REALIZA EN LÍNEA?: (7)	<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			
S	N									
I	O									
	x									
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: (8)	Cuando el Contribuyente asi lo requiera									
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA (9)	Verificacion de la autoridad de control interno, para su validacion.									



(10) REQUISITOS:	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
1. Presentar solicitud de servicio, en forma personal.	SI	1	Deberá ser de manera presencial. En las diferentes sedes del Sistema Municipal DIF Chicoñoapan.
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
1. No aplica para Personas Jurídico-Colectivas.	N/A	N/A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A	N/A	N/A	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	Debera el o los contribuyentes enterarse de los servicios que presta el Sistema Municipal DIF de Chicoloapan. En caso de requerir un servicio, Debera de presentarse a solicitar el Servicio, pagar el Servicio requerido, por el cual obtendra un comprobante del pago y por ultimo, recibir el servicio o esperar su turno para poder acceder al mismoi.		

(15) PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	El plazo de respuesta es inmediato. En horario de servicio el cual comprende de lunes a viernes de 9:00 A 17:30 Horas								
(16) COSTO:	Cuota de Recuperacion, segun el servicio.		(Ley de Ingresos del estado de Mexico para el ejercicio fiscal 2025						
(17) FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	si	TARJETA DE CRÉDITO	no	TARJETA DE DÉBITO	no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	no	
(18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	El pago se realiza en efectivo al solicitador el Servicio respectivo								
(19) OTRAS ALTERNATIVAS:	NO								
(20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	<ul style="list-style-type: none"> - no se podrá otorgar el trámite o servicio, si el Sistema Municipal Dif no lo tiene catalogado - la manera en la cual se otorga el trámite o servicio, es de manera presencial.. 								
(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.	N/A								
(22) SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLOAPAN						DIRECCION DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF			
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	C. ARACELI PARRA GALINDO.								
(25) DOMICILIO:	CALLE	Calle Mina No. 5, Cabecera Municipal, Chicoloapan, Estado de Mexico.					N/A		
COLONIA: CENTRO	CABECERA MUNICIPAL				MUNICIPIO: CHICOLOAPAN				
C.P.:	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: De Lunes a Viernes de 9:00 a 17:30 Horas.							

LADA:	TELÉFONOS:(27)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:(28)
55	59215712		N/A	N/A

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

OFICINA:				
OFICINA:				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:				
DOMICILIO:	C AL LE :		NO. INT. Y EXT.:	99
COLONIA:	Benito Juárez		MUNICIP IO:	Chicoloapan
C.P	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:			
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
01 55	57 97 64 20	N/A	N/A	De los asuntos contenciosos@hotmail.com
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A.			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1: (31)	¿Dónde puedo ingresar mi solicitud para obtener el servicio
RESPUESTA:	De manera presencial en el Sistema municipal dif chicoloapan.
PREGUNTA FRECUENTE 2: (32)	N/A
RESPUESTA:	N/A
PREGUNTA FRECUENTE 3:	N/A



(33)

N/A

N/A

<p>(35) ELABORÓ:</p> <p>Aquí se coloca el nombre y firma del servidor público que elabora, puede ser cualquier servidor público designado por el titular de la Unidad Administrativa Responsable</p> <p></p> <p>JOSE GUADALUPE GARCIA CHAVARRIA</p>	<p>(36) VISTO BUENO:</p> <p>Nombre y firma del TITULAR de la Unidad Administrativa Responsable</p> <p></p> <p>JOSE GUADALUPE GARCIA CHAVARRIA</p>	<p>(37) FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>30/03/2024</p> <p>Debe ser la fecha de su elaboración y actualización.</p>
--	--	---

EXPLICACIÓN DE CADA RUBRO:

- (1) Nombre específico del trámite o servicio que se presta.
- (2) Marque con una (X) dentro del cuadro en blanco si es trámite o servicio.
- (3) Narre brevemente en que consiste el trámite o servicio.
- (4) Establecer los artículos y fracciones de los ordenamientos jurídicos que sean aplicables y sustenten el trámite o servicio.
- (5) Se especifica si se obtiene un documento, el nombre del documento o en caso contrario se pondrá la leyenda **NO APLICA**.
- (6) Vigencia **Tiempo de duración del documento** del trámite o servicio realizado. Si no se otorga documento alguno se debe de anotar N/A
- (7) En caso de que el trámite o servicio se pueda realizar en línea marque con una X la casilla que dice **SI**, y proporcione la dirección de la página web en donde se realiza.
En el caso de que no se pueda realizar en línea marque con una X la casilla que dice **NO** y anote No Aplica.
- (8) Especificar los casos en los que los solicitantes van a requerir de la prestación de este servicio o trámite.
- (9) especificar si este trámite o servicio está sujeto a inspección o verificación y objetivo de la misma, en los casos en que se requieran inspecciones o verificaciones.

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X				
PAPANICOLAOU								
DESCRIPCIÓN:								
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. NOM-001-SSA2-1993 NOM-005-SSA2-1993 NOM-005-SSA3-2010 NOM-030-SSA2-1993 NOM-243-SSA12010 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:	REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGIA	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A					
¿SE REALIZA EN LÍNEA?	<table border="1"> <tr> <td>S I</td> <td>N O</td> </tr> <tr> <td></td> <td>x</td> </tr> </table>	S I	N O		x	DIRECCIÓN WEB	N/A	
S I	N O							
	x							
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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
N/A	NO	N/A	Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley 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	PARA REALIZAR UNA PRUEBA DE PAPANICOLAU, TAMBIÉN CONOCIDA COMO CITOLOGÍA CERVICAL, SE DEBEN SEGUIR CIERTAS RECOMENDACIONES: <ul style="list-style-type: none"> • EDAD: GENERALMENTE SE RECOMIENDA COMENZAR A REALIZARSE LA PRUEBA A PARTIR DE LOS 21 AÑOS O ANTES SI SE HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL TEMPRANA. • ABSTINENCIA SEXUAL • NO ESTAR MENSTRUANDO • NO USAR DUCHAS VAGINALES • ROPA COMODA 		

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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 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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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) 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:	¿PAPANICOLAOU Y CITOLOGÍA CERVICAL ES LO MISMO?
RESPUESTA:	SI, ES EL MISMO PROCEDIMIENTO E VALORACIÓN
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**





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 UTILIZAR, PERO DEBES REVISAR Y CONTROLAR SU CORRECTA COLOCACIÓN 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. NOM-001-SSA2-1993 NOM-005-SSA2-1993 NOM-005-SSA3-2010 NOM-030-SSA2-1993 NOM-243-SSA12010 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 VALORE EL PERSONAL DE SALUD.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

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 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 ATENCION:		LUNES A VIERNES de 7:00 a 15:00 HRS				

REQUISITOS:	ORIGIN AL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
N/A	NO	N/A	Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley 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	<ul style="list-style-type: none"> • NO ESTAR MENSTRUANDO • NO USAR DUCHAS VAGINALES • NO USAR OVULOS VAGINALES • ROPA COMODA 		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	25 MINUTOS APROX		
COSTO:	\$180MXN		

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:		LUNES A VIERNES de 7 :00 a 15:00 HRS					

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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 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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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) 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:	¿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 EFICACIA DEPENDE DEL TIPO DE DIU Y DURACION DE CADA UNO.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:	FRÁNTE:	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

¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	S I x	N O DIRECCIÓN 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 ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJE TIVO DE LA MISMA	N/A		

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
DONDE PODRA PAGARSE:	CAJA							
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE:	<ul style="list-style-type: none"> - EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD. - NO SE PODRA DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SASLUD INADECUADO EL CUAL CONLLEVE UNA COMPLICACION EN EL PROCESO DE TERAPIAS. 							
APLICACION DE LA AFIRMATIVA LICITA:	N/A							
DEPENDENCIA U ORGANISMO:			(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE					
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)			U.R.I.S UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL. JUAN IGNACIO REYES GONZALEZ.					
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:			C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO					
DOMICILIO:	CALLE:	AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. RELA DE DALIAS	NO. INT. Y EXT.:	N/A				
COLONIA:	U.A ARA 2	MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN					
C.P.:	56383	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:	LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM					

(10) REQUISITOS:	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURIDICO- 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.		

LADA:	TELÉFONOS:(27)	EXIS.:	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 AL LE :	N/A	NÚM. INT. Y EXT.: N/A	N/A
COLONIA:	N/A	MUNICIPIO:	N/A	
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A	
LADA:	TELÉFONOS:	EXIS.:	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
FORMATOS 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 POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SON UN GRUPO VULNERABLES. Y ES LA ÚNICA 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 RECUPERACIÓN BAJO POR EL SUBSIDIO GUBERNAMENTAL.
------------	---

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS.

N/A


ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

17/09/2025


LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ


C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO


DIRECCIÓN GENERAL
DE ATENCIÓN Y APOYO A LA
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD


DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE	TRAMITE	SERVICIO	X
SERVICIO DE TERAPIA FISICA.			
DESCRIPCION. (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. - 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

¿SE REALIZA EN LÍNEA?	S	N	DIRECCIÓN 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 ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

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

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
DONDE PODRÁ PAGARSE:	CAJA							
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	<ul style="list-style-type: none"> - EL SERVICIO SE BRINDAR SÓLO SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD. - NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, EL CUAL 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 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			MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN			
C.P	56383		HORARIO Y DIAS 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 A L L E :	N/A	NO. INT. Y 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
FORMATOS/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 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. UBRIS- Unidad Básica de Rehabilitacion Integral Social. URIS- Unidad de Rehabilitacion e Inclusión Social. CRIS- Centro de Rehabilitacion Integral Social.
PREGUNTA 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



MEXICO

REGUNTA
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:

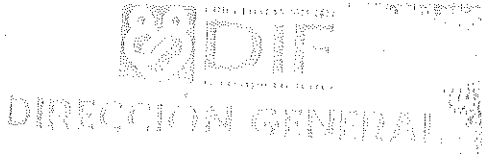
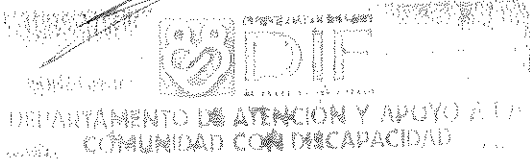
VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

17/09/2025

LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHAVEZ.

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.



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 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-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos e inmunoglobulinas en el humano. NOM-035-SSA2-2002 NOM-068-SSA1-1993 NOM-168-SSA1-1998 NOM-174-SSA1-1998</p>			
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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURIDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
CARTILLA DE VACUNACION	SI	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		ALGUNOS DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES INCLUYEN:							
		<ol style="list-style-type: none"> 1. DOLOR EN EL LUGAR DE LA APLICACIÓN. 2. FIEBRE Y ESCALOFRÍOS 3. CANSANCIO Y DEBILIDAD 							
		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.							
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 CHICHOLOAPAN						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	CHICHOLOAPAN			
C.P 56370		HORARIO Y DÍAS DE ATENCION:			LUNES A VIERNES EN UN HORARIO DE 7:00 AM A 3:00 PM				

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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 14:00 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

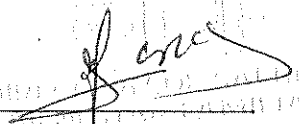
OFICINA:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO	Calle	Av. de Las Flores 345, Sta Rosa, 56376	NO. INT. Y EXT.:	345
COLONIA:	SANTA ROSA	MUNICIPIO:	CHICOLAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	Lunes a Viernes de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

INFORMACIÓN ADICIONAL

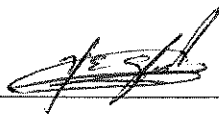
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?
RESPUESTA:	NO, LOS BIOLÓGICOS SOLO PUEDEN ESTAR UN TIEMPO FUERA, DEBIDO EN EL ESTADO DE MANTENER SU ESTABILIDAD Y EFICACIA. LA EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS INADECUADAS, PUEDE PROVOCAR LA DESNATURALIZACIÓN Y PÉRDIDA DE EFICACIA DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS, LO QUE PODRÍA AFECTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿SI MI HIJO SE ENCUERNTRA ENFERMO LO PUEDO VACUNAR?
RESPUESTA:	NO, LO RECOMENDABLE ES DEJAR PASAR 7 DIAS
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿QUE HACER CUANDO VALLAS A VACUNAR A TU HIJO O HIJA?
RESPUESTA:	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. MENCÍONALE QUE PUEDE DOLERLE, PERO QUE SE TRATA SÓLO DE UNOS SEGUNDOS Y QUE LAS VACUNAS SON NECESARIAS PARA QUE SE MANTENGA PROTEGIDO Y SALUDABLE.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.



DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA



C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

DIRECCIÓN GENERAL

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. NOM-001-SSA2-1993 NOM-005-SSA2-1993 NOM-005-SSA3-2010 NOM-030-SSA2-1993 NOM-243-SSA12010 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	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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO		
PERSONAS FÍSICAS					
N/A	NO	N/A	Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley 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	N/A				
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	5 MINUTOS APROX				
COSTO:	\$5 MXN				
FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	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 ATENCION:	SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO	

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICULOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICULOAPAN	MUNICIPIO:	CHICULOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICULOAPAN		
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:	CHICULOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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

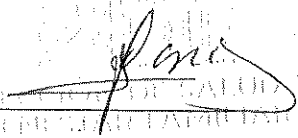
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

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 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	

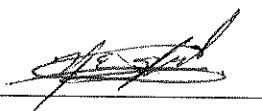
ELABORÓ:

Vo.Bo.



**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCÍA**

Coord. Prof. 782535



**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X
TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL				
DESCRIPCIÓN:				
<p>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 120/80 MMHG.</p>				
FUNDAMENTO LEGAL:	<p>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-243-SSA12010 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</p>			
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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGIN AL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO					
PERSONAS FÍSICAS								
N/A			Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley 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	ANTES DE LA TOMA DE TENSION ARTERIAL DESCANSAR COMO MINIMO 5 MN							
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	5 MINUTOS APROX							
COSTO:	\$10 MXN							
FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	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			
APLICACION 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 DIAS DE ATENCION:	SERVICIO DE 24 HRS, 365 DIAS DEL AÑO		

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICULOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICULOAPAN	MUNICIPIO:	CHICULOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICULOAPAN		
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:	CHICULOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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:	¿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"> 1. DESCANSAR: LA PERSONA DEBE ESTAR RELAJADA Y SENTADA EN UNA POSICIÓN CÓMODA DURANTE AL MENOS 3 A 5 MINUTOS ANTES DE LA MEDICIÓN. 2. ORINAR: VACIAR LA VEJIGA PUEDE AYUDAR A OBTENER UNA LECTURA MÁS PRECISA. 3. EVITAR LA CAFEÍNA Y EL TABACO: AMBOS PUEDEN AUMENTAR TEMPORALMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL, PREFERIBLEMENTE HASTA 30 MINUTOS ANTES. 4. NO HABER HECHO EJERCICIO: 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.
------------	--

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

ELABORÓ:

Vo.Bo.

[Handwritten signature]
 DIRECCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR

[Handwritten signature]

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

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

REQUISITOS	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURIDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
TRAER EXÁMENES DE LABORATORIO. GRUPO RH,VDRL,Y VIH	S I	OPCION AL	Articulo 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:	\$60 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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICOLOAPAN		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLOAPAN		
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:	CHICOLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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

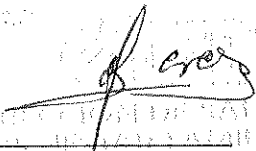
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

INFORMACIÓN ADICIONAL

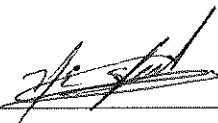
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?
RESPUESTA:	SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?
RESPUESTA:	ODONTOLOGIA
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿POR QUÉ SON IMPORTANTES MIS LABORATORIOS?
RESPUESTA:	ÉSTAS SON ESENCIALES PARA GARANTIZAR LA SALUD DE LA PAREJA Y LA SALUD DE LOS FUTUROS HIJOS.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.



**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**



**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO**

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

DIRECCIÓN GENERAL



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



MEXICO

NOMBRE (1) PROCURADURÍA 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)	<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 (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.								

NOMBRE:		TRÁMITE	SERVICIO	X
ATENCION MEDICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SUBSECUENTE.				
DESCRIPCIÓN:				
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.				
FUNDAMENTO LEGAL:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6. 2. Ley General de Salud. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 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. 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. 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. 7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad. 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. 9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 10. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 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. 12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. 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	N	DIRECCIÓN WEB	N/A
	I	O		
		X		
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS	CITADANÍA	SI O NO	CATEGORÍA	TIPO DE ASESORIA TÉCNICA DE ADMINISTRATIVO				
PERSONAS FÍSICAS								
N/A		NO	N/A	Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud. NOM-004-SSA3-2012 NOM-005-SSA3-2018 NOM-007-SSA2-2016 NOM-008-SEGOB-2015 NOM-015-SSA-2023 NOM-016-SSA3-2012 NOM-024-SSA3-2012 NOM-025-SSA2-2014 NOM-030-SSA3-2013 NOM-034-SSA2-2013 NOM-035-SSA3-2012 NOM-047-SSA2-2015-				
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	10 MIN.							
COSTO	\$ 50.00							
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	Si	TARJETA DE CRÉDITO	no	TARJETA DE DÉBITO	no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	no
DONDE PODRA PAGARSE	CAJA							
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	N/A							
APLICACION DE LA ALTERNATIVA TICTA	N/A							

DEPENDENCIA U ORGANISMO:			UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:	
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL 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:	CALLE:	AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIA.	NO. INT. Y EXT.:	C/A:
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	TELEFONOS (27)	EXTS.	FAX	CORREO ELECTRONICO
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:	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	TELEFONOS	EXTS.	FAX	CORREO ELECTRONICO
	N/A	N/A	N/A	N/A
FORMATOS DE DESCARGABLES		N/A		

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

RESPUESTA:	SI. DE MANERA PRESENCIAL
------------	--------------------------

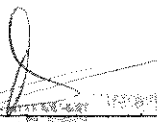
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

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

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:



LIC. T.F. ALAN JOEL
NICOLAS CHAVEZ.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD



C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO

DIRECCION GENERAL

17/09/2025.



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITES	SERVICIO	X
GERO-GYM				
DESCRIPCIÓN:		Codigo de la Cédula		
ES UN TALLER EN EL CUAL LOS ADULTOS MAYORES MEDIANTE ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL GERONTOLOGICO LOGRAR OBJETIVOS DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL, YA SEA PARA GANAR MÚSCULO O MEJORAR LA COMPOSICIÓN CORPORAL.				
FUNDAMENTO LEGAL	TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10. 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	NOX	DIRECCIÓN WEB	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMIT. DEBE REALIZARSE	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS LUNES, MIERCOLES Y VIERNES, EN UN HORARIO DE 13:00 A 14:00 HRS.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMIT. O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURIDICO-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 MAXIMO DE RESPUESTA	INMEDIATA			
COSTO	SN/A	Fundamento Jurídico N/A		
FORMA DE PAGO	EFFECTIVO	N O	TARJETA DE CRÉDITO	N O
			TARJETA DE DÉBITO	N O
			EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	N O
DÓNDE PODRA PAGARSE	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS	EL SERVICIO ES GRATUITO			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMIT.	SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS			
APLICACION DE LA AFIRMATIVA LICTA	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:	CHICOLOAPAN		
C.P.:	56373	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:	DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00		
LADA:	TELEFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:	
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 ELECTRONICO:	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
FORMATOS/ 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 10:00 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: GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 / 09 / 25
---	--	---





DIRECCIÓN GENERAL

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:	TRÁMITE:	SERVICIO:	x
Taller de tejido			
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 Artículo 10. XV. Promover 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	NOX	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS MARTES Y JUEVES EN UN HORARIO DE 10:00 A 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:	EFECTIVO	NO	TARJETA DE CRÉDITO
		NO	TARJETA DE DÉBITO
		NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A		
OTRAS ALTERNATIVAS:	EL SERVICIO ES GRATUITO		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE:	SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS		
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:	N/A		

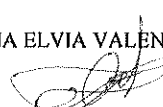
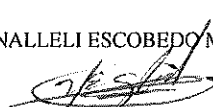
DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA				SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA			
DOMICILIO		CALL E:	AV. VIA LACTEA ESQ SUPER NOVA		NO. INT. Y S/N		EXT.: S/N
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:		CHICOLOAPAN	
C.P.:		56373		HORARIO Y DIAS DE ATENCION: DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00			
LADA:		TELEFONOS:		EXTS.:		FAX:	
CORREO ELECTRONICO:							
55	75841678			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 ELECTRONICO:							
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					
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	C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO	__15 / __09__ / __25__
		
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO:	X				
DISEÑO DE MODAS									
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 Artículo 10. 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	NO	DIRECCIÓN WEB					
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS MARTES Y JUEVES EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS							
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA		N/A							
REQUISITOS:		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,					
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		SN/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 PODRÁ PAGARSE		N/A							
OTRAS ALTERNATIVAS		EL SERVICIO ES GRATUITO							
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DE TRÁMITE		SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICHA		N/A							



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA 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 EXT.: S/N	
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:		CHICOLOAPAN	
C.P.:		56373		HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00	
LADA:		TELEFONOS:		EXTS.:		FAX:	
CORREO ELECTRONICO:							
55		75841678		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 ELECTRONICO:							
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 MARTES Y JUEVES EN UN HORARIO DE 10:00 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	C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO	15 / 09 / 25
		
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE	SERVICIO	X				
MANUALIDADES								
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula						
Los capacita en el desarrollo de la creatividad, la coordinación motriz fina y la concentración. También fortalece la memoria, la paciencia y la capacidad de resolver problemas de manera práctica. Asimismo, los prepara para elaborar objetos útiles o decorativos, fomentando su autonomía, autoestima y habilidades sociales al trabajar en grupo.								
FUNDAMENTO LEGAL	TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10. 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	NOX	DIRECCIÓN WEB					
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES TURNO MATUTINO UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS Y EN TURNO VESPERTINO LOS DIAS 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	S/N/A		Fundamento Jurídico N/A					
FORMA DE PAGO	EFECTIVO	NO	TARJETA DE CRÉDITO	NO	TARJETA DE DÉBITO	NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	NO
DONDE PODRÁ PAGARSE	N/A							
OTRAS ALTERNATIVAS	EL SERVICIO ES GRATUITO							
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICIA	N/A							


DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA 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 EXT.: S/N	
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:	CHICULOAPAN		
C.P.:	56373	HORARIO Y DIAS DE ATENCION		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 DIAS DE ATENCION:		N/A			
LADA:		TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
N/A	N/A			N/A	N/A	N/A	
FORMA(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 10:00 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	C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO	15 / 09 / 25
		
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO: X
GASTRONOMIA			
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula:	
SE CAPACITA A LOS ADULTOS MAYORES PARA AUTOEMPLEO, APRENDIENDO A REALIZAR PRÁCTICAS, PREPARACIÓN, PRESENTACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, QUE ABARCA LA RELACIÓN DEL SER HUMANO CON SU ALIMENTACIÓN Y EL ENTORNO CULTURAL, SOCIAL Y AMBIENTAL.			
FUNDAMENTO LEGAL:	TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10. 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	NOX	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DIAS 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	SN/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 PODRÁ PAGARSE:	N/A		
OTRAS ALTERNATIVAS	EL SERVICIO ES GRATUITO		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS		
APLICACIONES DE LA AFIRMATIVA FC 1A	N/A		

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA 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 EXT.: S/N		
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN		
C.P.:	56373	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00			
LADA:		TELEFONOS:		EXTS.:	FAX:		CORREO ELECTRONICO:
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 ELECTRONICO:
N/A	N/A			N/A	N/A		N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES:		N/A					
INFORMACION ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:		HORARIOS DE LAS CLASES					
RESPUESTA:		SE PRESENTAN A LA CAPACITACION LOS DIAS JUEVES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS EN T.M Y DE 14:00 A 17:00 EN HORARIO VESPERTINO.					
PREGUNTA FRECUENTE 2:		TIENE ALGUN COSTO					
RESPUESTA:		ES GRATUITO					
PREGUNTA FRECUENTE 3:		REQUISITOS					
RESPUESTA:		COPIA DEL INE Y DE INAPAM					
TRAMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							

ELABORÓ: GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA  NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO  NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 / 09 / 25
--	---	---

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO:	X	
GIMNASIA CEREBRAL						
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula:				
ES UN TALLER EN EL CUAL LOS ADULTOS MAYORES MEDIANTE MEDITACION, EJERCICIOS DE MEMORIZACION, ESTIMULACION COGNITIVA, APRENDEN A RETENER INFORMACION CEREBRAL						
FUNDAMENTO LEGAL	TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10.					
	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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NOX <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN WEB <input type="text"/>					
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DIAS LUNES, MIERCOLES Y VIERNES, EN UN HORARIO DE 12:00 A 13:00 HRS.					
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETO DE LA MISMA	N/A					
REQUISITOS	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURIDICO-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 MAXIMO DE RESPUESTA	INMEDIATA					
COSTO	SN/A		Fundamento Jurídico N/A			
FORMA DE PAGO	EFFECTIVO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O	TARJETA DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O	TARJETA DE DÉBITO	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O
DONDE PODRÁ PAGARSE	N/A					
OTRAS ALTERNATIVAS	EL SERVICIO ES GRATUITO					
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE	SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS					
APLICACION DE LA ALTERNATIVA FICTA	N/A					



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA 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 EXT.: S/N	
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:		CHICOLOAPAN	
C.P.:		56373		HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00	
LADA:		TELEFONOS:		EXTS.:		FAX:	
CORREO ELECTRONICO:							
55		75841678		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 ELECTRONICO:							
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 LUNES MIERCOLES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 12:00 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: GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 / 09 / 25
---	--	---

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO:	X
LA VOZ DEL ARTE DE SANAR					
DESCRIPCIÓN: Código de la Cédula					
ES UN TALLER EN EL CUAL LOS ADULTOS MAYORES MEDIANTE MEDITACION, MUSICA Y CANTO, APRENDEN A SANAR LAS HERIDAS DEL PASADO.					
FUNDAMENTO LEGAL: TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10.					
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 NOX DIRECCIÓN WEB					
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DIAS LUNES, MIERCOLES Y VIERNES, EN UN HORARIO DE 11:00 A 12:00 HRS.					
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJE TIVO DE LA MISMA: N/A					
REQUISITOS ORIGINAL anota la palabra SI o NO COPIAS anota con número la cantidad de copias FUNDAMENTO JURIDICO-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 MAXIMO DE RESPUESTA: INMEDIATA					
COSTO: SN/A Fundamento Jurídico N/A					
FORMA DE PAGO:					
EFECTIVO		NO	TARJETA DE CRÉDITO	NO	TARJETA DE DÉBITO
				NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE: N/A					
OTRAS ALTERNATIVAS: EL SERVICIO ES GRATUITO					
CPH PROS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE: SE OTORGA EL SERVICIO A PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS					
APLICACION DE LA ALTERNATIVA DE LA: N/A					



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO DEL SISTEMA 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 EXT.:	S/N
COLONIA:		CIUDAD GALAXIA LOS REYES		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN		
C.P.:	56373		HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00		
LADA:		TELEFONOS:		EXTS:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:	
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 ELECTRONICO:	
N/A	N/A		N/A		N/A	N/A	
FORMATOS 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					
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	C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO	15 / 09 / 25
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

DIRECCIÓN GENERAL



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE		TRÁMITE	SERVICIO	X
ESTUDIO-SOCIOECONOMICO				
DESCRIPCIÓN		Codigo de la Cédula		
<p>Es un instrumento que permite conocer la situación económica, familiar y social de una persona o familia, considerando aspectos como ingresos, número de dependientes, condiciones de salud o discapacidad, entre otros. Esta información ayuda al DIF municipal a determinar si es posible otorgar algún tipo de apoyo o servicio social.</p>				
FUNDAMENTO LEGAL		<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art 4° Ley de Asistencia Social Art 1° Art 2° Art 6° Fracción VII Art 8° Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Art 13° Art 97°</p>		
DOCUMENTO A OBTENER		Estudio Socioeconómico (informe de condición socioeconómica)	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER	3 meses
¿SE REALIZA EN LÍNEA?		SI NO x	DIRECCIÓN WEB	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE		Cuando el usuario requiera ingresar a algún programa de desarrollo social, beca, descuento de pago de servicios como agua e incluso servicios hospitalarios.		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETO DE LA MISMA		No aplica		
REQUISITOS		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS				
INE Comprobante de Domicilio y/o Constancia de Residencia perteneciente al Municipio de Chicoloapan			1	Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados Art. 16 y 17
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO		Debe pagar el estudio socioeconómico en recepción y traer copia de INE, comprobante de domicilio y/o de la constancia de residencia perteneciente al municipio de Chicoloapan, pasar al área de trabajo social y en ese momento se realiza.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		20 minutos		



COSTO	\$30	Fundamento Jurídico Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios			
FORMA DE PAGO	EFFECTIVO	X	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE	En recepción que está dentro de la institución				
OTRAS ALTERNATIVAS	N/A				
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	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				Dirección de Asistencia Social	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA		Nalleli Escobedo Mundo			
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5	
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan	
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	Lunes a Viernes 9:00 – 18:00 horas		
LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRONICO	
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A	
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:	Asistencia Social				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA		Evelyn Elia Rodríguez Martínez			
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5	
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan	
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	Lunes a Viernes 9:00 – 18:00 horas		
LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRONICO	
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A	
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A				
INFORMACIÓN ADICIONAL					
PREGUNTA FRECUENTE 1	¿Tiene algún costo?				
RESPUESTA:	Sí, tiene costo de 30 pesos				
PREGUNTA FRECUENTE 2	Si la persona que requiere el estudio socioeconómico no puede asistir, ¿se puede realizar?				
RESPUESTA:	No, es necesario que asista el solicitante para que la información brindada sea precisa				
PREGUNTA FRECUENTE 3	Si mi INE no es del municipio de Chicoloapan pero radico dentro del municipio ¿qué documento puedo presentar para que se me realice el estudio socioeconómico?				
RESPUESTA:	Puede presentar una copia de constancia de residencia vigente				



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



MÉXICO
"El poder es para el pueblo"



II. AYUNTAMIENTO 2025 - 2027

CHICOLOAPAN
AL SERVICIO DEL PUEBLO

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

<p>ELABORÓ: <i>Evelyn Elia Rodríguez Martínez</i> Evelyn Elia Rodríguez Martínez</p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>VISTO BUENO: <i>WALTER ESCOBEDO MUNDO</i> <i>[Signature]</i></p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN: ____/____/____</p>
---	--	---

DIRECCION GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X											
Asesoría Psicológica, presecial a la población en general Otorgado por el Departamento de Orientación Familiar															
DESCRIPCIÓN:															
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 fovorecer la integración psicosocial del individual.															
FUNDAMENTO LEGAL:	<p>La Ley General de Salud, Art. 74; Fraccion I, contiene una lista de sujetos con trastornos mentales. Protección a la Salud Mental.</p> <p>Ley De Asistencia Social Artículo 41, Fracción I, Ley Que Crea Los Organismos Públicos Descentralizados De Asistencia Social De Carácter Municipal.</p> <p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.</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> <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:	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	N/A														

PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	10 minutos							
COSTO	\$50							
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	si	TARJETA DE CRÉDITO	no	TARJETA DE DÉBITO	no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	no
DÓNDE PODRA PAGARSE:	En cajas de las unidades del Sistema Municipal DIF en donde se solicita el servicio.							
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	-Siempre que se cumpla con los requisitos.							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA.	N/A							
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 Ramirez Garcia						
DOMICILIO:	C	C. Mina				NO. INT. Y EXT.:	5	
COLONIA:	Cabecera Municipal			MUNICIPIO:	Chicoloapan			
C.P	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCION: Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 horas						

LADA:	TELÉFONOS:(27)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
55	5921 6827	N/A	N/A	orientacionfamiardif@chicoloapan.gob.mx

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	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

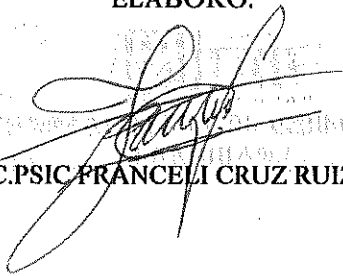
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Qué día puedo sacar cita para psicología?
RESPUESTA:	De Lunes a Viernes .de 9:00 a 17:00 hrs.
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Las citas subsecuentes tienen algún costo?
RESPUESTA:	Tiene un costo de recuperación de \$35
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿Se atienden personas con problemas mentales?

RESPUESTA:	Se brinda una asesoría y valoración para generar las referencias a la Institución Médica Psiquiátrica.
------------	--

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS (34)

N/A

ELABORÓ:



LIC. PSIC. FRANCELI CRUZ RUIZ

VISTO BUENO:



DIRECTORA DEL SM DIF
NALLELI ESCOBEDO MUNDO

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

28/01/2025

DIRECCIÓN GENERAL



NOMBRE:				TRÁMITE:	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:	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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA			N/A			



LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (28)
55	59216827			direcciondif@chicolopan.gob.mx

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 DIAS DE ATENCION			
LADA	TELÉFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
01 55		N/A	N/A	<u>De los asuntos</u>
FORMATOS DESCARGABLES				

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

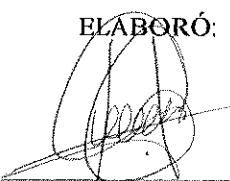
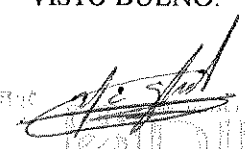
PREGUNTA FRECUENTE 1	¿QUÉ NECESITO PARA SER BENEFICIADO DEL PROGRAMA DE HUERTOS?
RESPUESTA:	RESIDIR EN EL MUNICIPIO DE CHICULOAPAN Y SER MENOR DE 80 AÑOS.
PREGUNTA FRECUENTE 2	¿MAS FAMILIARES PUEDEN SER BENEFICIADOS?
RESPUESTA:	SI, ES POSIBLE SIEMPRE Y CUANDO HABITEN EN CHICULOAPAN
PREGUNTA FRECUENTE 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: 	VISTO BUENO: 	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17/09/2025
EDITH GOMEZ RAMIREZ TITULAR DEL DPTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES, DIF CHICOLAPAN	NALLELI ESCOBEDO MUNDO DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICOLAPAN	

NOMBRE (1) PROCURADURÍA MUNICIPAL		TRÁMITE (2)	SERVICIO	X
Representación jurídica en suplencia o coadyuvancia a niñas, niños y adolescentes.				
DESCRIPCIÓN (3)				
La representación se realiza con el objetivo de salvaguardar la integridad de las 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)	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER (6)	N/A	
¿SE REALIZA EN LÍNEA? (7)	S N I O X	DIRECCIÓN WEB	N/A	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE (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 (9)	N/A			

(10) REQUISITOS:	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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. 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 oficina 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)
(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			

REQUISITOS:	ORIGINAL Anotar SI o NO	COPIAS anotar con número	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO.
PERSONAS FÍSICAS			
1. Recibo de pago. 2. Identificación Oficial Vigente.	SI NO	N/A 1	
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
1. N/A	N/A	N/A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A	N/A	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	Acudir alas 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.		



(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO			(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE		
PROCURADURÍA MUNICIPAL			PROCURADORA		
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		LIC. ROSA MARÍA CRUCES PINEDA			
(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		
		(26)			
LADA:	TELÉFONOS: (27)		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO: (28)
	5559216827		N/A	N/A	difprocuraduriachicoloapan@gmail.com

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

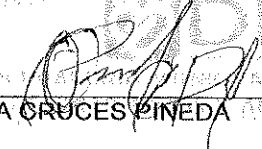
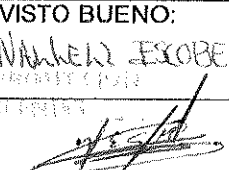
OFICINA:	N/A				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A				
DOMICILIO:	CALLE	N/A		NO. INT. Y EXT.:	N/A
COLONIA:	N/A		MUNICIPIO:	N/A	
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A		
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:
	N/A		N/A	N/A	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A				


INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1 (31)	¿Dónde se presenta el oficio de solicitud de representación por suplencia o coadyuvancia?
RESPUESTA:	En oficina de partes del SMDIF ubicado en calle Mina, numero 05, colonia Cabecera Municipal, municipio de Chicoloapan, Estado de México.
PREGUNTA FRECUENTE 2 (32)	¿Tiene costo?
RESPUESTA:	No
PREGUNTA FRECUENTE 3 (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:  ROSA MARÍA CRUCES PINEDA	VISTO BUENO:  NAHUEL ESCOBEDO MUNDO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/09/2025
--	---	--


DIRECCIÓN GENERAL

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:	TRÁMITE:	SERVICIO:	X
ESTILISMO			
DESCRIPCIÓN:		Codigo de la Cédula	
SE CAPACITA A LOS ADULTOS MAYORES PARA AUTOEMPLEO, APRENDIENDO A REALIZAR TODOS LOS METODOS DEL ESTILISMO, TECNICA DE PEINADO Y MAQUILLAJE, MANICERA, PEDICURA Y DISEÑO DE UÑAS POSTIZAS, TECNICAS DE CORTE DE CABELLO Y BARBERIA BASICA, COLORIMETRIA Y TECNICAS DE ONDULADO Y ALASIADO.			
FUNDAMENTO LEGAL	TÍTULO CUARTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Artículo 10.		
	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	NOX	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	SE PRESENTAN A LA CAPACITACIÓN LOS DÍAS JUEVES Y VIERNES TURNO MATUTINO UN HORARIO DE 10:00 A 12:00 HRS Y EN TURNO VESPERTINO 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 JURIDICO-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 MAXIMO DE RESPUESTA	INMEDIATA		
COSTO	SN/A Fundamento Jurídico N/A		
FORMA DE PAGO	EFECTIVO	NO	TARJETA DE CRÉDITO
		NO	TARJETA DE DÉBITO
		NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DONDE PODRÁ PAGARSE:	N/A		
OTRAS ALTERNATIVAS	EL SERVICIO ES GRATUITO		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	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 SISTEMA 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 EXT.: S/N		
COLONIA:	CIUDAD GALAXIA LOS REYES			MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN		
C.P.:	56373	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00			
LADA:	TELEFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:		
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 ELECTRONICO:		
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 LUNES MIERCOLES Y VIERNES EN UN HORARIO DE 13:00 A 14:00 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: C. GLORIA ELVIA VALENCIA GARCIA NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11 / 09 / 25
--	--	---

DIF
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE		TRAMITE	SERVICIO	X
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.				
DESCRIPCION				
SE PROPORCIONA LA ATENCION 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"> 1. Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3, 4 y 6. 2. Ley General de Salud artículo 389 fracción I. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 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. 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. 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. 7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad. 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. 9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 10. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 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. 12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. 14. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA.2023, en materia de Certificación de la Discapacidad. 			
DOCUMENTO A OBTENER:	Certificado de Discapacidad.		VIGENCIA DEL DOCUMENTO	01 año.
¿SE REALIZA EN LÍNEA?	S	N	DIRECCIÓN WEB	N/A
	I	O		
		x		
CASOS EN LOS QUE EL TRAMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRAMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGINAL	COPIAS	RESPONSABILIDAD JURÍDICA ADMINISTRATIVO		
PERSONAS FÍSICAS					
N/A	NO	N/A	ARTICULO NO. 4 DE LA CONSTITUCIÓN MEXICANA PARRAFO 3,4 Y 6.. LEY GENERAL DE SALUD NOM-004-SSA3-2012 NOM-005-SSA3-2018 NOM-007-SSA2-2016 NOM-008-SEGOB-2015 NOM-015-SSA-2023 NOM-016-SSA3-2012 NOM-024-SSA3-2012 NOM-025-SSA2-2014 NOM-030-SSA3-2013 NOM-034-SSA2-2013 NOM-035-SSA3-2012 NOM-039-SSA-2023		
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		SOLICITAR CITA MEDICA PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	10 MINUTOS.				
COSTO	\$ 50-00				
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO no	Si	TARJETA DE CRÉDITO no	TARJETA DE DÉBITO no	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) no
DONDE PODRA PAGARSE	CAJA				
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A				
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	N/A				
APLICACION DE LA ALTERNATIVA FICTA	N/A				

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:	
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO 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:	CALLE:	AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIA,	NO. INT. Y EXT.:		
COLONIA:	U.H. ARA 2	MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN		
C.P.:	56383	HORARIO Y DIAS DE ATENCION: LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 17:00PM			
LADA:	TELEFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:	
	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:	N/A	N/A	NO. INT. Y EXT.:	N/A	
COLONIA:	N/A	MUNICIPIO:	N/A		
C.P.:	N/A	HORARIO Y DIAS DE ATENCION: N/A			
LADA:	TELEFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
FORMATOS DESCARGABLES:		N/A			

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

RESPUESTA:

SI. EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

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

ELABORÓ:

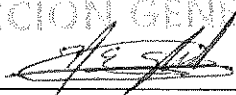


LIC. T.F. ALAN JOEL NICOLAS
CHAVEZ

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD

Vo.Bo.

DIRECCIÓN GENERAL



C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

17/09/2025.



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: 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: Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad. Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.</p> <p>3. Ley de Asistencia Social: 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. 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 LÍNEA?	S <input checked="" type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	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 ESTA 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 Anotar SI o NO	COPIAS anotar con número	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
I. IDENTIFICACION OFICIAL		1	N/A
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
N/A		N/A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A			N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	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		



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 PODRA 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. - 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 DIAS DE ATENCION:	LUNES A VIERNES A PARTIR DE LAS 9:00 AM A LAS 18:00 PM					

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:

17/09/2025


LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHAVEZ


C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO


DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y APOYO A LA
COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD


DIRECCIÓN GENERAL

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

CERTIFICADO MEDICO GENERAL

DESCRIPCIÓN:

SE BRINDAN LA ATENCIÓN MEDICA PARA OBTENER UN DOCUMENTO QUE EXPONE LOS ASPECTOS DE LA SALUD DEL PACIENTE.

FUNDAMENTO LEGAL:

Artículo no. 4 de la constitución mexicana parrafo 3,4 y 6
 Ley General de Salud
 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.
 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.
 Algunas otras normas oficiales mexicanas relacionadas con la atención médica son:
 NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso a los establecimientos de atención médica
 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada
 NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada
 NOM-031-SSA2-1999
 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.
 La NOM 024-SSA3-2012 establece los siguientes criterios:
 Intercambio de información entre SIREs
 Definición de datos mínimos para la identificación de personas
 Seguridad de la información y protección de datos
 Definición de catálogos y vocabularios mínimos
 Procedimiento de evaluación de la conformidad

DOCUMENTO A OBTENER:	SI CERTIFICADO MEDICO GENERAL.	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A
-----------------------------	-----------------------------------	--	-----

¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	S I X	DIRECCIÓN WEB	N/A
-------------------------------	-------------	----------------------	-----

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

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. 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 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.		

PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	SERVICIO INMEDIATO.							
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	<ul style="list-style-type: none"> - EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMIENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD. - NO SE PODRA DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRERSENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, SERA CANALIZADO A LA UNIDAD CORRESPONDIENTE. 							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A							
DEPENDENCIA U ORGANISMO:					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	AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS.				NO. INT. Y EXT.:	N/A	
	AL							
	LE							
	:							
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						

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 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	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. UBRIS: Unidad Básica de Rehabilitacion e Inclusion Social. URIS: Unidad de Rehabilitacion Integral Social. 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:

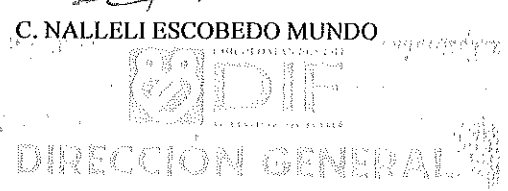
VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
17/09/2025.


LIC. ALAN JOEL NICOLAS CHÁVEZ


C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO


DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN Y APOYO A LA COMUNIDAD CON DISCAPACIDAD


DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO
SERVICIO DE ENFERMERIA.			X
DESCRIPCIÓN:			
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 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, PREVENCION 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 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 WEB	N/A
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			

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. 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 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.		

PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	SERVICIO INMEDIATO.								
COSTO:	LA TOMA DE SIGNOS VITALES NO TIENE COSTO. EXCPCION DE UNOS SERVCIOS		GLUCOSA: 20 PESOS APLICACION INTRAMUSCULAR: 15 PESOS A/T PRESION: 10 PESOS RETIRO DE PUNTOS C/U: 25 PESOS RETIRO DE IMPLANTE: 200 PESOS PAPANICOLAU: 250 PESOS SUTURA POR PUNTO: 25 PESOS RETIRO DE DIU: 180 PESOS COLOCACION DE DIU: 250 PESOS CURACION MENOR: 50 PESOS CURACION MEDIA: 50 PESOS PESO Y TALLA: 5 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"> - EL SERVICIO SE BRINDARÁ SI CUMPLE CON TODOS LOS LINEAMENTOS PRESTABLECIDOS POR LA UNIDAD. - NO SE PODRÁ DAR EL SERVICIO SI EL PACIENTE PRESENTA ESTADO DE SALUD INADECUADO, SERÁ CANALIZADO A LA UNIDAD CORRESPONDIENTE. 								
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA,	N/A								
DEPENDENCIA U ORGANISMO:					(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:				
DESARROLLO INTEGFRAL 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	AV. REAL DE GUADALUPE, ESQ. REAL DE DALIAS.				NO. INT. Y EXT.:	N/A		
	AL						N/A		
	LE								
	:								



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:	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	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. UBRIS- Unidad básica de Rehabilitacion Integral Social. URIS- Unidad de Rehabilitacion e Inclusion Social. 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.



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:
17/09/2025


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


C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO
DIRECCIÓN GENERAL



NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X
RETIRO Y COLOCACION DE SONDA VESICAL (FOLEY)				
DESCRIPCIÓN:				
SE BRINDA LA ATENCIÓN PARA EL RETIRO Y COLOCACION DE SONDA FOLEY (VESICAL)				
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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGIN AL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.	INDICACION MEDICA	N/A	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	NO	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	LA SONDA FOLEY REQUIERE DE CUIDADOS ESPECIALES PARA EVITAR INFECCIONES. LA HIGIENE REGULAR DEL ÁREA, EL CAMBIO PERIÓDICO DE LA BOLSA COLECTORA Y LA MONITORIZACIÓN DE POSIBLES SIGNOS DE INFECCIÓN SON ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	35 MINUTOS APROX		

COSTO:		\$250 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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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:	PROBLEMAS COMUNES Y CÓMO SOLUCIONARLOS
RESPUESTA:	<p>EL USO PROLONGADO DE UNA SONDA FOLEY PUEDE DERIVAR EN CIERTOS PROBLEMAS, COMO INFECCIONES URINARIAS, OBSTRUCCIONES Y MOLESTIAS LOCALES. ALGUNAS SOLUCIONES PARA ESTOS PROBLEMAS INCLUYEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASEGURAR UNA HIGIENE ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES. • REVISIÓN REGULAR POR PERSONAL DE SALUD PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE SEDIMENTOS QUE PUEDAN OBSTRUIR EL FLUJO URINARIO. • USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS EN CASOS DE INFECCIONES RECURRENTE.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

__12 / 09 / 2025__

DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCIA

G. NALLELI ESCOBEDO MUNDO,

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X
SUTURA POR PUNTO				
DESCRIPCIÓN:				
SE BRINDA LA ATENCIÓN DE HERIDAS POR TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA AYUDA DE CICATRIZACIÓN DE ALGÚN TEJIDO POR MEDIO DE MATERIALES DE SUTURA				
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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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
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	ONSERVAR DATOS DE INFECCION DE LA HERIDA.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	30 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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICOLOAPAN	MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLOAPAN		
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:	CHICOLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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:	¿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.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELIESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL



NOMBRE (1) PROCURADURÍA MUNICIPAL		TRÁMITE:	SERVICIO	X
		(2)		
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 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)	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 INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA (9)	N/A			

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



(22) DEPENDENCIA U. ORGANISMO:		(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
PROCURADURÍA MUNICIPAL		PROCURADORA		
(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA:	LIC. ROSA MARÍA CRUCES PINEDA			
(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	
		(26)		
LADA:	TELÉFONOS: (27)	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO (28)
	5559216827	N/A	N/A	difprocuraduriachicoloapan@gmail.com

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO (29)

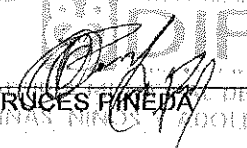
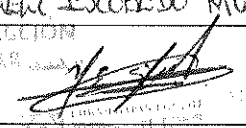
OFICINA:	N/A			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A			
DOMICILIO:	CALLE	N/A	NO. INT. Y EXT.:	N/A
COLONIA:	N/A	MUNICIPIO:	N/A	
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A	
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO
	N/A	N/A	N/A	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES:	N/A			

INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1 (31)	¿Dónde puedo realizar el reporte?
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)	¿Como puedo reportar una vulneración de derechos de niños?
RESPUESTA:	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.
PREGUNTA FRECUENTE 3 (33)	¿Dónde se puede ingresar por escrito mi solicitud para la reintegración de los niños?
RESPUESTA:	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.

ELABORÓ:  ROSA MARÍA CRUCES PINEDA	VISTO BUENO:  VALDEZ ESCOBEDO MUNDO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/09/2025
---	--	---------------------------------------


DIRECCIÓN GENERAL



Gobierno del
Estado de
México



MEXICO

(10) REQUISITOS	(11) ORIGINAL Anotar SI o NO	(12) COPIAS anotar con número	(13) FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO,
ASESORÍA JURÍDICA			
N/A	N/A	N/A	N/A
(14) PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL 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 DE RESPUESTA	En el momento de la solicitud.		
(16) COSTO	asesoría jurídica \$30		
(17) FORMA DE PAGO.	EFECTIVO	si TARJETA DE CRÉDITO	no TARJETA DE DÉBITO
(18) DÓNDE PODRÁ PAGARSE	Caja del SMDIF		
(19) OTRAS ALTERNATIVAS	N/A		
(20) CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE	N/A		



(21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:	N/A
---	-----

(22) DEPENDENCIA U ORGANISMO	(23) UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:
PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	PROCURADURÍA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

(24) TITULAR DE LA DEPENDENCIA	LIC. ROSA MARÍA CRUCES PINEDA
--------------------------------	-------------------------------

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

COLONIA:	CABECERA MUNICIPAL	MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN
----------	--------------------	------------	-------------

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


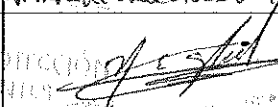
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----


INFORMACIÓN ADICIONAL (29)

PREGUNTA FRECUENTE 1 (31)	¿Dónde puedo solicitar la asesoría jurídica?
RESPUESTA:	En las instalaciones del SMDIF ubicado en calle Mina, número 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:  ROSA MARÍA CRUCES PINEDA DIRECCIÓN GENERAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	VISTO BUENO:  NALLELY ESCOBEDO MONDO DIRECCIÓN GENERAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/09/2025
---	---	---------------------------------------


DIRECCIÓN GENERAL



NOMBRE		TRÁMITE	SERVICIO
DESAYUNO ESCOLAR CALIENTE (DEC)			
DESCRIPCION			
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	<p>1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: 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: Artículo 27: Regula la promoción y educación para la salud, incluyendo acciones preventivas y de atención nutricional en la comunidad. Artículo 110: Establece los lineamientos para programas alimentarios y nutricionales dirigidos a la población vulnerable.</p> <p>3. Ley de Asistencia Social: 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. 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.</p>		
DOCUMENTO A OBTENER	N/A		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER N/A
¿SE REALIZA EN LINEA?	S I X	N O WEB	https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wpreregistro
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	PRIMER REGISTRO A SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA DEC.		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCION O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	ESTA SUJETO A INSPECCION POR PARTE DEL AREA DE ALIMENTACION DE DIFEM.		



PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	EN UN DÍA HÁBIL LE ENTREGAN UN RECIBO PARA SER BENEFICIARIO AL PROGRAMA DE DESAYUNO FRIO.							
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 CHICOLOPAN					DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIONALES			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA		C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO						
DOMICILIO	CALLE	CALLE MINA				NO. INT. Y EXT.:	N/A	
						5		
COLONIA:	CABECERA MUNICIPAL		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN				
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:	LUNES A VIERNES A PARTIR DE LAS 9:00 AM A LAS 06:00 PM					



LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (28)
55	59216827			direcciondif@chicoloapan.gob.mx

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	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES				

INFORMACIÓN ADICIONAL

PREGUNTA FRECUENTE 1	¿POR QUÉ MI HIJO NO FUE BENEFICIADO AL PROGRAMA DEF?
RESPUESTA:	PORQUE DEPENDERÁ DE LA ESCUELA SI ES BENEFICIADA ADEMÁS DEL PESO Y TALLA DEL MENOR.
PREGUNTA FRECUENTE 2	¿DÓNDE SE LLEVA A CABO EL REGISTRO PARA SER BENEFICIARIO?
RESPUESTA:	EN LA PAGINA https://appsj1.cggedomex.gob.mx:8443/difemf25/servlet/com.difemdes.wpreregistro
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 CHICULOAPAN	VISTO BUENO:  NALLELI ESCOBEDO MUNDO. DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICULOAPAN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17/09/2025
---	--	--



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:	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 MEDICO.				
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A				

REQUISITOS:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
RECETA MEDICA INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.	S I	OPCIONAL	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	CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y 'PREVIAMENTE LO RECETE UN MEDICO.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	35 MINUTOS APROX		
COSTO:	\$60 MXN		

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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICOLOAPAN	MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLOAPAN		
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:	CHICOLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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:	¿NECESITO TENER MI RECETA?
RESPUESTA:	SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:				TRÁMITE:	SERVICIO:	X
SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO I.M.						
DESCRIPCIÓN:						
SE BRINDA EL SERVICIO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR , INDICADA POR MEDICO.						
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 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</p>					
DOCUMENTO A OBTENER	N/A			VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?				SI	NO	DIRECCIÓN WEB
					x	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			

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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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

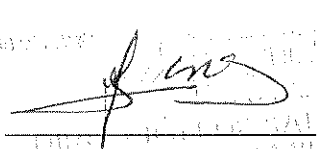
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

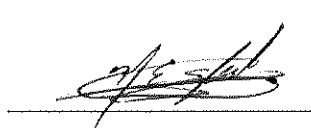
INFORMACIÓN ADICIONAL

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:	¿NECESITO TENER MI RECETA?
RESPUESTA:	SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA, ASI MISMO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PODRA IDENTIFICAR DOSIS, VIA Y PACIENTE CORRECTO A QUIEN SE LE ADMINISTRARA EL FARMACO INDICADO.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.


**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**


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

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

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. 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 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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
INDICACION MEDICA	N/A	N/A	<p>Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley General de Salud.</p> <p>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</p>
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	<p>RECOMIENDA NO HACER USO DE LOS COTONETES, PASADORES U OTROS OBJETOS PEQUEÑOS PARA LIMPIARSE LOS OÍDOS, YA QUE SE PUEDEN DAÑAR LOS OÍDOS, AL GRADO DE OCASIONAR UNA PERFORACIÓN TIMPÁNICA Y SE PUEDE PROVOCAR UN TAPÓN DE CERUMEN.</p>		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	30 MINUTOS APROX		

COSTO:		\$60 MXN POR C/OIDO							
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					

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:	¿EL PROCEDIMIENTO ES DOLOROSO?
RESPUESTA:	SI TE DUELE UN LAVADO ÓTICO, ES COMÚN EXPERIMENTAR DOLOR COMO RESULTADO DE LA IRRITACIÓN DEL CANAL AUDITIVO O DEL TÍMPANO.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
APLICACIÓN DE PUNTAS NASALES				
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. 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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGIN AL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
RECETA MEDICA INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.	S I	OPCIONAL	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 LO RECETE UN MEDICO.		
PLAZO MÁXIMO DE 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 CHICOLOAPAN						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	CHICOLOAPAN				
C.P.	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN:	SERVICIO DE 24 HRS, 365 DÍAS DEL AÑO					

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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

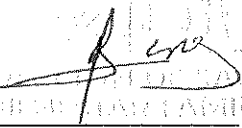
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

INFORMACIÓN ADICIONAL

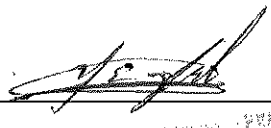
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?
RESPUESTA:	SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿QUE OTROS SERVICIOS HAY?
RESPUESTA:	ODONTOLOGIA
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿NECESITO TENER MI RECETA?
RESPUESTA:	SI ES IMPORTANTE LLEVAR SU RECETA
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.



**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**



**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

15 / 09 / 2025

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:			TRÁMITE:	SERVICIO	X
ATENCIÓN DE HERIDAS (CURACIÓN)					
DESCRIPCIÓN:					
SE BRINDA LA ATENCIÓN DE HERIDAS POR PARTE DE ENFERMERÍA.					
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 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</p>				
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 MEDICO.				
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A				

REQUISITOS:	ORIGIN AL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
INDICADA U VALORADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.	S I	OPCIONAL	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	NO	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	OBSERVAR QUE LA HERIDA NO PRESENTE SINTOMAS DE INFECCIÓN.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	30 MINUTOS APROX		

COSTO:		CURACIÓN MAYOR \$80 MXN CURACIÓN MEDIANA \$60 MXN CURACIÓN MENOR \$45 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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		

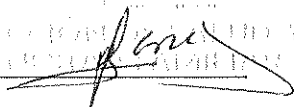
INFORMACIÓN ADICIONAL


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

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:


DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA
 Céd. Prof. 782535


C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.
 DIRECCIÓN GENERAL

 12 / 09 / 2025

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. NOM-001-SSA2-1993 NOM-005-SSA2-1993 NOM-005-SSA3-2010 NOM-030-SSA2-1993 NOM-243-SSA12010 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 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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO					
PERSONAS FÍSICAS								
N/A	NO	N/A	Artículo no. 4 de la constitución Mexicana párrafo 3,4 y 6 Ley 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		N/A						
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	10 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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICULOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICULOAPAN		MUNICIPIO:	CHICULOAPAN
C.P.:	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES de 7 :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:		DIF SANTA ROSA CHICULOAPAN		
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:	CHICULOAPAN 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

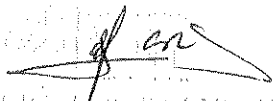
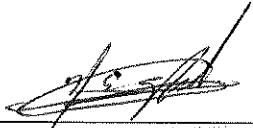
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

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	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR
DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.

DIRECCIÓN GENERAL

Cad. Pol. / 112575

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:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artículo no. 4 de la Constitución Política Mexicana párrafo 3 ,4 y 6. 2. Ley General de Salud. 3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 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. 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. 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. 7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad. 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. 9. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. 10. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. 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. 12. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. 13. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. 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 A OBTENER:	N/A
¿SE REALIZA EN LÍNEA?	S	N	DIRECCIÓN	N/A
	I	O	WEB	
	x			

CASOS EN LOS QUE EL TRAMITE 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 TRAMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A

REQUISITOS:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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	DEBE DE ACUDIR A LA UNIDAD DE MANERA PRESENCIAL PARA SACAR CITA, SE LE DA LA INFORMACION DE LOS DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR, LOS CUALES TIENEN QUE ESTAR VIGENTES, ASÍ MISMOS 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
DONDE PODRÁ PAGARSE:	CAJA							
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A							
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE:	N/A							
APLICACION 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 UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSIÓN SOCIAL. 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		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
FORMATOS 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 MÉDICINA 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:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

17/09/2025.


LIC. T.F. ALAN JOEL NICOLAS
CHAVEZ


C. NELLELI ESCOBEDO
MUNDO.

DIRECCION GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO		X	
LAVADO OFTAMOLOGICO							
DESCRIPCIÓN:							
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							
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	DIRECCIÓN WEB			
			x	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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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	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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICOLOAPAN		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLOAPAN		
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:	CHICOLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	Lunes a Viernes de 7:00 a 22:00 HRS 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

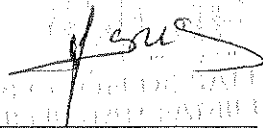
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A
----------------------------	-----

INFORMACIÓN ADICIONAL

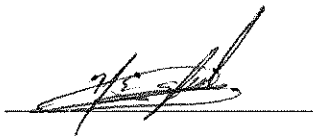
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿HAY SERVICIO TODO EL DÍA?
RESPUESTA:	SI, ÚNICAMENTE EN ALFA Y OMEGA.
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿POR QUÉ ES IMPORTANTE REALIZARME UN LAVADO OFTAMOLÓGICO?
RESPUESTA:	EL LAVADO DE OJOS ES CRUCIAL PARA LA PREVENCIÓN DE DAÑOS OCULARES A LARGO PLAZO. AL ELIMINAR RÁPIDAMENTE LOS IRRITANTES, 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:	PUEDEN 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**
Ced. Prof. 782575



**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
RETIRO DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO				
DESCRIPCIÓN:				
SE REALIZA UNA INCISIÓN MENOR A NIVEL DEL TEJIDO SUBDERMICO, ASI MISMO LOGRAR RETIRAR EL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO.				
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 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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
CUANDO LO SOLICITE EL USUARIO Y PREVIAMENTE LO VALORE EL PERSONAL DE SALUD.	OPCIONAL		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	NO	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	LA PACIENTE DEBE OBSERVAR QUE NO PRESENTE SINTOMAS DE INFECCIÓN.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	35 MINUTOS APROX		
COSTO:	\$250 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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:	¿COMO SE QUE MI HERIDA NO PRESENTA INFECCION?
RESPUESTA:	<p>LOS SIGNOS DE QUE UNA HERIDA ESTÁ INFECTADA INCLUYEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN EL LUGAR DE LA HERIDA. • MUCHA HINCHAZÓN EN EL LUGAR DE LA HERIDA. • SECRECIÓN DE LA HERIDA, SOBRE TODO SI SALE PUS DE LA HERIDA (LÍQUIDO BLANCO AMARILLENTO). • LA HERIDA, O LA PIEL QUE LA RODEA, SE SIENTE CALIENTE AL TACTO. • ENROJECIMIENTO QUE SE EXTIENDE POR LA PIEL ALREDEDOR DE LA HERIDA. • OTROS SIGNOS DE INFECCIÓN EN EL ORGANISMO, COMO FIEBRE, DOLORES GENERALES O MALESTAR GENERAL
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ GARCÍA

C. NALLELI ESCOBEDO MUNDO.

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
CONSULTA DE NUTRICIÓN				
DESCRIPCIÓN:				
SE BRINDA LA ATENCIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN HUMANA Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS Y METABÓLICOS, ASÍ COMO LA RELACIÓN CON LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y ESTADO DE SALUD HUMANA, EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.				
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:	PLAN ALIMENTICIO		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 MEDICO.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A			

REQUISITOS:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
N/A	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:	\$50 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 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:	MARTES Y VIERNES 8:00HRS A 17:00 HRS.					

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

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICOLOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICOLOAPAN		MUNICIPIO:	CHICOLOAPAN
C.P.:	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	JUEVES 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:		DIF SANTA ROSA CHICOLOAPAN		
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:	CHICOLOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES Y MIERCOLES de 9:00 a 18:00 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:	¿PARA LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE ES NECESARIO DEJAR DE CONSUMIR AZÚCARES Y GRASAS?
RESPUESTA:	NO, AL CONTRARIO, PODEMOS INCLUIR TODOS LOS GRUPOS DE ALIMENTOS SIEMPRE Y CUANDO CUIDEMOS CANTIDAD Y FRECUENCIA DE CONSUMO, ASÍ COMO VERIFICAR QUE NO EXISTAN ALTERACIONES EN ANÁLISIS CLÍNICOS.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

C. NALLELI ESCOBEDO

MUNDO.

DIRECCIÓN GENERAL

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE			TRÁMITES	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIOS	<input type="checkbox"/>
REGISTRO PARA APOYOS FUNCIONALES						
DESCRIPCIÓN			Codigo de la Cédula			
Trámite mediante el cual se registra a personas que se les dificulta adquirir sillas de ruedas, andaderas, muletas, bastones, etc.; esta situación dificulta su calidad de vida por tal motivo se les brinda el aparato funcional que requieren.						
FUNDAMENTO LEGAL		Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad Ley de Asistencia Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 3 y 4 Reglas de Operación del Programa <ul style="list-style-type: none"> • 				
DOCUMENTO A OBTENER		N/A			VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER	N/A
¿SE REALIZA EN LÍNEA?		SI	NO x	DIRECCIÓN WEB		
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE		Cuando las personas se encuentren situación vulnerable o cuenten con las características del programa				
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA		Se verifica que la persona beneficiaria reciba el apoyo				
REQUISITOS		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO		
PERSONAS FÍSICAS						
INE CURP ACTUALIZADA Y CERTIFICADO ACTA DE NACIMIENTO COMPROBANTE DE DOMICILIO O CONSTANCIA DE RESIDENCIA ACTUAL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y/O CERTIFICADO MEDICO ESTUDIO-SOCIECONOMICO			1	Ley General de Desarrollo Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 32 Ley de Asistencia Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 6, fracción II Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 16 y 17 Reglas de operación del programa		
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS						
INSTITUCIONES PÚBLICAS						
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO		1- Presentarse a solicitar el apoyo 2- Traer la documentación solicitada completa				



	3-Estar pendiente de cualquier información para ver si resultaron beneficiarios 4-Estar sujetos a espera de visita domiciliaria para verificar que se esté utilizando el apoyo.			
PLAZO MAXIMO DE RESPUESTA	Indefinido			
COSTO	N/A			
FORMA DE PAGO N/A	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DONDE PODRA PAGARSE	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	N/A			
APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A			

DEPENDENCIA U ORGANISMO		UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE		
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chicoloapan		Dirección de Asistencia Social		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA		Nalleli Escobedo Mundo		
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas	
LADA	TELEFONOS	EXTS.	FAX	CORREO ELECTRONICO
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO				
OFICINA:	Asistencia Social			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA		Evelyn Elia Rodríguez Martínez		
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas	
LADA	TELEFONOS	EXTS.	FAX	CORREO ELECTRONICO
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A
FORMATOS DESCARGABLES	N/A			
INFORMACIÓN ADICIONAL				
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Cómo puedo obtener este tipo de apoyos?			
RESPUESTA:	Hay que acudir al área de dirección de asistencia social a solicitar el apoyo que requiere; para que se le pueda brindar la información.			



II. AYUNTAMIENTO 2025 - 2027

CHICOLOAPAN
AL SERVICIO DEL PUEBLO

RESPUESTA:	Hay que acudir al área de dirección de asistencia social a solicitar el apoyo que requiere; para que se le pueda brindar la información.
PREGUNTA FRECUENTE 2	¿Quiénes son beneficiarios de este tipo de apoyos?
RESPUESTA:	Personas con discapacidad y adultos mayores
PREGUNTA FRECUENTE 3	¿En cuánto tiempo me entregan el aparato después de realizar la solicitud?
RESPUESTA:	No hay tiempo definido sin embargo los apoyos se reciben 2 veces al año
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	

<p>ELABORÓ:</p> <p><i>Evelyn Rodríguez Martínez</i></p> <p>Evelyn Elia Rodríguez Martínez</p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>VISTO BUENO:</p> <p><i>NALLELI ESCOBEDO MUNDO</i></p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>____/____/____</p>
--	---	--

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE		TRÁMITE	X	SERVICIO
REGISTRO PARA APOYO ALIMENTARIO PARA EL BIENESTAR DIFEM				
DESCRIPCIÓN		Codigo de la Cédula		
Trámite mediante el cual una persona en situación vulnerable solicita su incorporación al programa de apoyo alimentario para el bienestar DIFEM. Consiste en entregar documentación, realizar un estudio socioeconómico y, en caso de cumplir los requisitos, recibir periódicamente una despensa con productos básicos.				
FUNDAMENTO LEGAL	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 4° Ley de Asistencia Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 6, fracción I y II Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 8 y 9 Ley General de Desarrollo Social (LGDS) <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 32 y 33 			
DOCUMENTO A OBTENER	N/A		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER	N/A
¿SE REALIZA EN LÍNEA?	SI	NO x	DIRECCIÓN WEB	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	Cuando las personas se encuentren situación vulnerable o cuenten con las características del programa			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	Si está en continua supervisión por parte de personal administrativo del DIF estatal.			
REQUISITOS	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO	
PERSONAS FÍSICAS				
INE CURP ACTA DE NACIMIENTO COMPROBANTE DE DOMICILIO O CONSTANCIA DE RESIDENCIA VIGENTE RESUMEN CLINICO, CERTIFICADO MEDICO O DE DISCAPACIDAD EN CASO DE SER POR PADRES Y MADRES SOLTEROS; ACTA Y CURP DE LOS NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EN CASO DE SER MENORES DE EDAD ACTA		1	Ley General de Desarrollo Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 32 Ley de Asistencia Social <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 6, fracción II Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 16 y 17 Reglas de operación del programa local	



CURP				
RESUMEN CLINICO, CERTIFICADO MEDICO O DE DISCAPACIDAD. Y DE SU TUTOR INE Y COMPROBANTE DE DOMICILIO				
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	1-Presentarse a solicitar el apoyo 2- traer la documentación solicitada completa 3-aplicación del estudio-socioeconomico 4-Estar pendiente de cualquier información para ver si resultaron beneficiarios			
PLAZO MAXIMO DE RESPUESTA	Indefinido			
COSTO	N/A			
FORMA DE PAGO N/A	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	N/A			
APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICIA	N/A			

DEPENDENCIA U ORGANISMO			UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE		
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Chicoloapan			Dirección de Asistencia Social		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA		Nalleli Escobedo Mundo			
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5	
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan	
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION	Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas		
LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRONICO	
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A	
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:	Asistencia Social				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA	Evelyn Elia Rodríguez Martínez				
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5	



II. AYUNTAMIENTO 2025 - 2027

CHICOLOAPAN
AL SERVICIO DEL PUEBLO

COLONIA:		Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:		Chicoloapan	
C.P.:		56370		HORARIO Y DIAS DE ATENCION:		Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas	
LADA		TELÉFONOS		EXTS		FAX	
+52		55 59 21 68 27		N/A		N/A	
FORMA(S) DESCARGABLES		N/A					
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1		¿Quiénes pueden recibir este apoyo?					
RESPUESTA:		Población de 6 años a 64 años Que padezcan alguna enfermedad crónico-degenerativa Discapacidad Que se encuentren con carencia alimentaria o desnutrición Madres y padres solteros Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia					
PREGUNTA FRECUENTE 2		si ya cuento con algún programa de bienestar ¿puedo ingresar al programa?					
RESPUESTA:		No, ya que no se puede contar con dos programas de carácter federal y/o estatal					
PREGUNTA FRECUENTE 3		Si tengo 64 años o más ¿aun puedo ingresar al programa?					
RESPUESTA:		No , porque las reglas del programa no lo permiten					
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							

ELABORÓ: Evelyn Elia Rodríguez Martínez <hr/> NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: NAYLELI ESCOBEDO MUNDO <hr/> NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: ____/____/____
---	---	---

DIRECCION GENERAL



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE	TRÁMITES	X	SERVICIOS
REGISTRO PARA APOYOS EXTRAORDINARIOS			
DESCRIPCIÓN	Código de la Cédula		
<p>Trámite mediante el cual se registra a personas o familias que requieren apoyos extraordinarios por situaciones urgentes o emergencias. El proceso comienza con la recepción de una carta de petición por parte de los solicitantes. Posteriormente, una vez entregado el apoyo, se realiza una visita domiciliaria para verificar que el recurso se esté utilizando correctamente.</p>			
FUNDAMENTO LEGAL	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 4º <p>Ley de Asistencia Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 6, fracción I, II y III <p>Ley General de Desarrollo Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 3 fracción VI y 32 <p>Reglas de Operación del Programa</p>		
DOCUMENTO A OBTENER	N/A		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER
	N/A		
¿SE REALIZA EN LÍNEA?	SI	NO x	DIRECCIÓN WEB
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	Cuando las personas se encuentren situación vulnerable o cuenten con las características del programa		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	Si está en continua supervisión por parte de personal administrativo del DIF estatal.		
REQUISITOS	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
<p>CARTA DE PETICION</p> <p>INE</p> <p>CURP ACTUALIZADA Y CERTIFICADO</p> <p>COMPROBANTE DE DOMICILIO O CONSTANCIA DE RESIDENCIA ACTUAL</p>		1	<p>Ley General de Desarrollo Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 32 <p>Ley de Asistencia Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 6, fracción II <p>Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 16 y 17 <p>Reglas de operación del programa</p>
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS			
INSTITUCIONES PÚBLICAS			

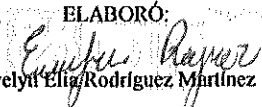



PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	1- Presentarse a solicitar el apoyo 2- Traer la documentación solicitada completa 3- Estar pendiente de cualquier información para ver si resultaron beneficiarios			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	Indefinido			
COSTO	N/A			
FORMA DE PAGO N/A	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	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		Dirección de Asistencia Social		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA		Nalleli Escobedo Mundo		
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan
C.P.:	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN	Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas	
LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO				
OFICINA	Asistencia Social			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA		Evelyn Elia Rodríguez Martínez		
DOMICILIO	CALL E:	Calle Mina	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	Cabecera Municipal San Vicente		MUNICIPIO:	Chicoloapan
C.P.:	56370	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN	Lunes a viernes 9:00 – 18:00 horas	
LADA	TELEFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
+52	55 59 21 68 27	N/A	N/A	N/A
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A			
INFORMACIÓN ADICIONAL				
PREGUNTA FRECUENTE 1	¿Cómo puedo obtener este tipo de apoyos?			



PREGUNTA FRECUENTE 2	¿Quiénes son beneficiarios de este tipo de apoyos?
RESPUESTA:	Personas de más de 18 años que lo soliciten y lo requieran pertenecientes a Chicoloapan
PREGUNTA FRECUENTE 3	¿Qué tipos de apoyos son los que se han estado otorgando?
RESPUESTA:	Se han estado otorgando Laminas Tinacos Cobertores y colchonetas
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	

ELABORÓ:  Evelyn Elia Rodríguez Martínez NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: NALLELI ESCOBEDO MUNDO  NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: ____/____/____
--	--	---

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:			TRÁMITE:	SERVICIO	X
RETIRO Y COLOCACION DE SONDA VESICAL (FOLEY)					
DESCRIPCIÓN:					
SE BRINDA LA ATENCIÓN PARA EL RETIRO Y COLOCACION DE SONDA FOLEY (VESICAL)					
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	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:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
INDICADA POR UN MEDICO DONDE INCLUYA FIRMA Y CEDULA DE QUIEN LA PREINSCRIBE.	INDICACION MEDICA	N/A	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
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	LA SONDA FOLEY REQUIERE DE CUIDADOS ESPECIALES PARA EVITAR INFECCIONES. LA HIGIENE REGULAR DEL ÁREA, EL CAMBIO PERIÓDICO DE LA BOLSA COLECTORA Y LA MONITORIZACIÓN DE POSIBLES SIGNOS DE INFECCIÓN SON ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	35 MINUTOS APROX		

COSTO:		\$250 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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:	PROBLEMAS COMUNES Y CÓMO SOLUCIONARLOS
RESPUESTA:	<p>EL USO PROLONGADO DE UNA SONDA FOLEY PUEDE DERIVAR EN CIERTOS PROBLEMAS, COMO INFECCIONES URINARIAS, OBSTRUCCIONES Y MOLESTIAS LOCALES. ALGUNAS SOLUCIONES PARA ESTOS PROBLEMAS INCLUYEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASEGURAR UNA HIGIENE ADECUADA PARA REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES. • REVISIÓN REGULAR POR PERSONAL DE SALUD PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE SEDIMENTOS QUE PUEDAN OBSTRUIR EL FLUJO URINARIO. • USO DE ANTIBIÓTICOS, PROFILÁCTICOS EN CASOS DE INFECCIONES RECURRENTE.
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO,**

DIRECCIÓN GENERAL



NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO	X
CERTIFICADO MEDICO				
DESCRIPCIÓN:				
SE BRINDAN LA ATENCIÓN MEDICA PARA OBTENER UN DOCUMENTO QUE EXPONE LOS ASPECTOS DE LA SALUD DEL PACIENTE.				
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:	DOCUMENTO CERIFICADO MEDICO		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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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	N/A.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	20 MINUTOS APROX		

COSTO:		\$40 MXN LUNES A VIERNES							
		\$60 MXN SABADO Y DOMINGOS E DIAS FESTIVOS							
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							
APLICACION 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 DIAS DE ATENCION:			SERVICIO DE 24 HRS, 365 DIAS DEL AÑO				
LADA	TELÉFONOS:(27)			EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRONICO:(28)			

01	5522893624 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx
----	--------------------------	-----	-----	----------------------------------

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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:		DIF SANTA ROSA CHICOLAPAN		
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 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:	¿CUENTAN CON ALGUN OTRO SERVICIO?
RESPUESTA:	SI, ODONTOLOGIA
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025


DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCÍA

Ced. Prof. 1827307


C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.


DIRECCIÓN GENERAL

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 LEGAL:
 Artículo no. 4 de la constitución mexicana parrafo 3,4 y 6
 Ley General de Salud
 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.
 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.
 Algunas otras normas oficiales mexicanas relacionadas con la atención médica son:
 NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso a los establecimientos de atención médica
 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada
 NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de los consultorios de atención médica especializada
 NOM-031-SSA2-1999
 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A
-----------------------------	-----	--	-----

¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	S I	N O	DIRECCIÓN WEB	N/A
		x		

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

REQUISITOS	ORIGINAL Anotar SI o NO	COPIAS anotar con número	FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO
PERSONAS FÍSICAS			
1. CURP DEL TUTOR 2. CURP DEL MENOR 3. PESO Y TALLA DEL MENOR 4. COMPROBANTE DE DOMICILIO		1 1 1 1	N/A
PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS			
N/A			N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
N/A			N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	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.		



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
DONDE PODRA 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.							
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:	CALLE:	CALLE MINA				NO. INT. Y EXT.:	5 N/A	
COLONIA:	CABECERA MUNICIPAL		MUNICIPIO:	CHICOLAPAN				
C.P.:	56370	HORARIO Y DIAS DE ATENCION:	LUNES A VIERNES A PARTIR DE LAS 9:00 AM A LAS 06:00 PM					



LADA	TELÉFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO (28)
55	59216827			direcciondif@chicoloapan.gob.mx

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 DIAS DE ATENCIÓN:			
LADA	TELÉFONOS	EXTS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
01 55		N/A	N/A	<u>De los asuntos</u>
FORMATO(S) DESCARGABLES				


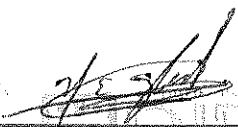
INFORMACIÓN ADICIONAL

PREGUNTA FRECUENTE 1	¿POR QUÉ MI HIJO NO FUE BENEFICIADO DEL PROGRAMA DEC?
RESPUESTA:	ESTO DEPENDERÁ SI LA ESCUELA ES BENEFICIADA, ADEMÁS DEL PESO Y TALLA DEL MENOR.
PREGUNTA FRECUENTE 2	¿DÓNDE SE LLEVA A CABO EL REGISTRO PARA SER BENEFICIARIO?
RESPUESTA:	EN LA PAGINA https://appsjl.cggedomex.gob.mx:8443/difemc25/servlet/com.difemdes.wpreregistro
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 CHICULOAPAN	VISTO BUENO:  ----- NALLELI ESCOBEDO MUNDO DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF CHICULOAPAN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 17/09/2025
--	--	--



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 CONTROLAR 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-008-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	DIREC CIÓN 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 SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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	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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
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 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:		DIF SANTA ROSA CHICOLLOAPAN		
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 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:	¿PUEDO DESAYUNAR ANTES DE REALIZARME LA PRUEBA?
RESPUESTA:	NO, SE RECOMIENDA QUE SEA EN AYUNO CON UN TIEMPO DE 8 HRS
PREGUNTA 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.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

12 / 09 / 2025



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 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-008-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 ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA			N/A		

REQUISITOS:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURÍDICO- 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. 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	N/A.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	30 MINUTOS APROX		

COSTO:		\$40 MXN LUNES A VIERNES \$60 MXN SABADO Y DOMINGOS E DIAS FESTIVOS \$60 MXN TURNO NOCTURNO							
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 CHICHOLOAPAN						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		CHICHOLOAPAN		
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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICULOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICULOAPAN	MUNICIPIO:	CHICULOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICULOAPAN		
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:	CHICULOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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:	¿CUENTAN CON ALGUN OTRO SERVICIO?
RESPUESTA:	SI, ODONTOLOGIA
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿PUEDO LLEVAR MI CONTROL DE HIPERTENSION O DIABETES?
RESPUESTA:	SI, EN LAS UNIDADES LOS PODEMOS ATENDER
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS	
N/A	

ELABORÓ:

Vo.Bo.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

 12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCIA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL

NOMBRE:		TRAMITE:		SERVICIO	X
RETIRO DE SUTURA POR PUNTO					
DESCRIPCION:					
SE BRINDA EL SERVICIO DE RETIRO DE MATERIAL DE SUTURA INDICADO POR UN MÉDICO PARA UNA MEJORA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS					
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 LINEA?	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:	ORIGINAL SI O NO	COPIAS	FUNDAMENTO JURIDICO- 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. 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
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 SIGNOS DE INFECCION.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	20 MINUTOS APROX		
COSTO:	\$25 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 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 5575842772	N/A	N/A	alfayomegadif@chicoloapan.gob.mx

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

OFICINA:		DIF CENTRAL		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		C. SILVIA CAROLINA RIOS MORENO		
DOMICILIO:	Calle	MINA (DIF CENTRAL) CABECERA MUNICIPAL DE CHICULOAPAN	NO. INT. Y EXT.:	5
COLONIA:	SAN VICENTE CHICULOAPAN	MUNICIPIO:	CHICULOAPAN	
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:		DIF SANTA ROSA CHICULOAPAN		
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:	CHICULOAPAN DE JUÁREZ, MÉXICO	
C.P.:	56376	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES DE 7:00 a 22:00 HRS 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:	¿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.

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

12 / 09 / 2025

**DR. MARCO ANTONIO
RAMÍREZ GARCÍA**

**C. NALLELI ESCOBEDO
MUNDO.**

DIRECCIÓN GENERAL