

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

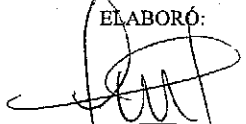
### CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                    |  | TRÁMI<br>TE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SERVICI<br>O:                                  |  | X                                   |  |
| Atención Integral para Prevención de las Adicciones                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
| DESCRIPCIÓN:                                                                                                                                                                                                                               |  | Código de la Cédula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | DS-001-2025-PREADIC                            |  |                                     |  |
| Realización de eventos culturales en los planteles educativos para prevención de adicciones, pláticas y talleres sobre prevención de consumo de sustancias, orientación y consecuencias, canalización a dependencias que así lo requieran. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:                                                                                                                                                                                                                          |  | Ley General de Salud, Capítulo 1º, Artículo 2 y 3; Capítulo 5º, Artículo 61, 61 BIS, 64 BIS y 65; Capítulo 6º, Artículo 67; Capítulo 7º, Artículo 72.<br>Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Capítulo 1º, Artículos 2 y 3; Capítulo 2º, Artículo 7; Capítulo 3º, Artículo 9 y 10.<br>Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Capítulo 1º, Artículo 2 y 3.<br>NOM-028-SSA2-2009                                                                                                   |  |                                                |  |                                     |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:                                                                                                                                                                                                                       |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:              |  | N/A                                 |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?                                                                                                                                                                                                                      |  | S<br>I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | NO<br>X                                        |  | DIRECCIÓN WEB                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  | N/A                                 |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:                                                                                                                                                                                               |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                                     |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                                                                      |  | El paciente será sujeto a un estudio socioeconómico por trabajador/a social para validar estado socioeconómico en caso de requerir acompañamiento psicológico individual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                |  |                                     |  |
| REQUISITOS:                                                                                                                                                                                                                                |  | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | COPIAS anotar con número la cantidad de copias |  | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. |  |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                        |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | N/A                                            |  | N/A                                 |  |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                        |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | N/A                                            |  | N/A                                 |  |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                     |  |
| 1. Presentar oficio del plantel de cualquier nivel educativo solicitando la plática o taller                                                                                                                                               |  | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |  | N/A                                 |  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                                                           |  | Entregar en las instalaciones el oficio expedido por la institución solicitante o en su caso agendar una visita vía telefónica a esta misma para agendar y observar las dudas o detalles de lo solicitado.<br>1. Asistir a las instalaciones y solicitar fecha para atención psicológica la cual se le dará de manera inmediata y se solicitará identificaciones para armado de expediente.<br>2. Se entrega carnet para agendar próximas citas, así como el especialista solicita el recibo del pago el día de la atención. |  |                                                |  |                                     |  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                                                  |  | La respuesta se expide mediante oficio físico o por correo electrónico en un máximo de 2 días<br>Vía telefónica, dando respuesta durante el mismo día que se entregó el oficio a las instalaciones.<br>Si se requiere atención psicológica individual se agenda cita inmediatamente, fecha sujeta a disponibilidad del psicólogo.                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                     |  |
| COSTO:                                                                                                                                                                                                                                     |  | Gratuito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | N/A                                            |  |                                     |  |
| FORMA DE PAGO:                                                                                                                                                                                                                             |  | EFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | N / A                                          |  | TARJETA DE CRÉDITO                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  | TARJETA DE DÉBITO                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                |  | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)          |  |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                                                                                                                                                                                                                       |  | Casa DIF - Dirección de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                     |  |
| 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 Almoloya de Juárez |       |                                                                                    |                              | Dirección de Salud                 |            |                     |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                                        |       |                                                                                    |                              | Mónica Pastor Guadarrama           |            |                     |     |
| DOMICILIO:                                                                        |       | CALL E:                                                                            | Camino a Cabecera 3ª Sección | NO. INT. Y EXT.:                   |            | 16                  |     |
| COLONIA:                                                                          |       | Centro                                                                             |                              | MUNICIPIO:                         |            | Almoloya de Juárez  |     |
| C.P.:                                                                             | 50900 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                                        |                              | Lunes a viernes<br>9 am a 4 pm     |            |                     |     |
| LADA:                                                                             |       | TELÉFONOS:                                                                         |                              | EXTS.:                             |            | FAX:                |     |
| N/A                                                                               |       | 725 136 2269                                                                       |                              | N/A                                |            | N/A                 |     |
|                                                                                   |       |                                                                                    |                              | CORREO ELECTRÓNICO:                |            |                     |     |
|                                                                                   |       |                                                                                    |                              | smalmoloya@gmail.com               |            |                     |     |
| 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.:    |     |
|                                                                                   |       |                                                                                    |                              |                                    |            |                     | N/A |
| COLONIA:                                                                          |       | N/A                                                                                |                              |                                    | MUNICIPIO: |                     | N/A |
| C.P.:                                                                             | N/A   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:                                                        |                              | N/A                                |            |                     |     |
| LADA:                                                                             |       | TELÉFONOS:                                                                         |                              | EXTS.:                             |            | FAX:                |     |
| N/A                                                                               |       | N/A                                                                                |                              | N/A                                |            | N/A                 |     |
|                                                                                   |       |                                                                                    |                              |                                    |            | CORREO ELECTRÓNICO: |     |
|                                                                                   |       |                                                                                    |                              |                                    |            | N/A                 |     |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                                           |       |                                                                                    |                              |                                    |            |                     |     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                                                             |       |                                                                                    |                              |                                    |            |                     |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                                             |       | ¿Se puede hacer referencia a centros psiquiátricos?                                |                              |                                    |            |                     |     |
| RESPUESTA:                                                                        |       | Sí                                                                                 |                              |                                    |            |                     |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                                             |       | ¿Con una consulta psicológica se termina la adicción?                              |                              |                                    |            |                     |     |
| RESPUESTA:                                                                        |       | No, es necesario un acompañamiento por un periodo largo                            |                              |                                    |            |                     |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                                             |       | ¿Los familiares de las personas con adicciones también necesita apoyo psicológico? |                              |                                    |            |                     |     |
| RESPUESTA:                                                                        |       | Sí                                                                                 |                              |                                    |            |                     |     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                                 |       |                                                                                    |                              |                                    |            |                     |     |
| N/A                                                                               |       |                                                                                    |                              |                                    |            |                     |     |

|                                                                                     |                                                                                     |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                                                                            | VISTO BUENO:                                                                        | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|  |  | 18/03/2025              |
| M.C. MÓNICA PASTOR GUADARRAMA                                                       | LIC. GABRIELA ROJAS                                                                 |                         |

