



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| NOMBRE DEL TRÁMITE                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TRÁMITE:                                                                       |                                    |
| ATENCIÓN PRIMARIA PARA PERSONAS CON ADICCIONES                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SERVICIO:                                                                      | X                                  |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA REDUCIR LOS DIFERENTES TIPOS DE ADICCIONES PRINCIPALMENTE ALCOHOL TABACO E INHALANTES NOCIVOS QUE DAÑAN SU BIENESTAR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| CLAVE DE IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                 | DSPW-01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                |                                    |
| FUNDAMENTO JURÍDICO                                                                                                                                                                     | NOM-035-STPS-2018 Y NOM-028-SSA2-2009<br>ley general de salud capítulo II art. 185 y art 187.<br>ley general de salud capítulo III art. 188 y art 190.<br>ley general de salud capítulo XI art 276 y art 277<br>ley general de salud capítulo VII art 72 Bis art 72 terc, art 73 art 75 art 76.<br>BM-2026 capítulo IX dirección de salud art 104 y 105 |                                                                                |                                    |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                                                                                                     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                                              | N/A                                |
| MODALIDAD                                                                                                                                                                               | HÍBRIDO<br>(ANEXAR LINK)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRESENCIAL                                                                     | DE PUNTA A PUNTA<br>(ANEXAR LINK)  |
|                                                                                                                                                                                         | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                                                                             | N/A                                |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE                                                                                                                                             | 1.- CONSUMO DE SUSTANCIA DE MANERA EXCESIVA AFECTANDO SU SALUD FÍSICA Y MENTAL .<br>2.- EVALUACIÓN MÉDICA O PSICOLÓGICA QUE DETERMINE QUE UNA PERSONA NECESITA ATENCIÓN PARA ABORDAR LA ADICCIÓN .<br>3.- CANALIZACIÓN POR INSTITUCIONES PÚBLICAS (SEGURIDAD PÚBLICA, JUEZ CONCILIADOR, ETC.)                                                           |                                                                                |                                    |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA                                                                                   | CUYO OBJETIVO SEA INSTITUCIONALIZAR AL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| REQUISITOS                                                                                                                                                                              | ORIGINAL ANOTAR LA PALABRA SI O NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO LA CANTIDAD DE COPIAS (simple, notarial, certificado) | FUNDAMENTO JURÍDICO ADMINISTRATIVO |
| PERSONAS FÍSICAS                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| SI                                                                                                                                                                                      | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0                                                                              | NO APLICA                          |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| N/A                                                                                                                                                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0                                                                              | N/A                                |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| N/A                                                                                                                                                                                     | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 0                                                                              | N/A                                |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                        | Acudir a la oficina de la dirección de salud para solicitar el servicio de UAPA                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                               | 5 días Hábiles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |                                    |
| COSTO                                                                                                                                                                                   | GRATUITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FUNDAMENTO JURÍDICO                                                            | N/A                                |
| FORMA DE PAGO                                                                                                                                                                           | EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TARJETA DE CRÉDITO                                                             | TARJETA DE DÉBITO                  |
|                                                                                                                                                                                         | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NO                                                                             | NO                                 |
| ¿DÓNDE PODRÁ PAGARSE?                                                                                                                                                                   | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                    |
| OTRAS ALTERNATIVAS                                                                                                                                                                      | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                    |
| PLAZO CON EL QUE CUENTA EL SUJETO OBLIGADO PARA PREVENIR AL SOLICITANTE, Y EL PLAZO CON EL QUE CUENTA ESTE ÚLTIMO PARA CUMPLIR CON LA PREVENCIÓN                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                    |



5 días hábiles

CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL  
TRÁMITE

N/A

APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA O  
NEGATIVA PCTA

FORTALECER REDES DE APOYO EN CASA,  
ASESORÍA EN CONSULTA.

| DEPENDENCIA Y ORGANISMO                    |                                                    | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE                          |                                                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIRECCIÓN DE SALUD                         |                                                    | DIRECCIÓN DE SALUD                                         |                                                                                                |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA                  |                                                    | WINDY SEGURA AGUILAR                                       |                                                                                                |
| DOMICILIO                                  |                                                    |                                                            |                                                                                                |
| CALLE                                      | ISIDRO FABELA S/N                                  | NO. INT. Y EXT.                                            | 017                                                                                            |
| COLONIA                                    | CENTRO                                             | MUNICIPIO                                                  | ALMOLOYA DEL RIO                                                                               |
| C.P.                                       | 52540                                              | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN LUNES A VIERNES DE 8:00 a 15:00 |                                                                                                |
| LADA                                       | TELÉFONOS                                          | EXT.                                                       | CORREO ELECTRÓNICO                                                                             |
| 713                                        | 7131316273                                         | N/A                                                        | N/A                                                                                            |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO     |                                                    |                                                            |                                                                                                |
| OFICINA                                    | SMDIF                                              |                                                            |                                                                                                |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA           | MACADALENA CONTRERAS GUZMAN                        |                                                            |                                                                                                |
| DOMICILIO                                  |                                                    |                                                            |                                                                                                |
| CALLE                                      | ACOEDUCTO                                          | NO. INT. Y EXT.                                            | S/N                                                                                            |
| COLONIA                                    | CENTRO                                             | MUNICIPIO                                                  | ALMOLOYA DEL RIO                                                                               |
| C.P.                                       | 52540                                              | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN 9:00 A 17:00 hrs                |                                                                                                |
| LADA                                       | TELÉFONOS                                          | EXT.                                                       | CORREO ELECTRÓNICO                                                                             |
| 713                                        | 7123802830                                         | N/A                                                        | <a href="mailto:direccion@smdif.almoLOYAderio.gob.mx">direccion@smdif.almoLOYAderio.gob.mx</a> |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                    |                                                    | N/A                                                        |                                                                                                |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                      |                                                    |                                                            |                                                                                                |
| PREGUNTA FRECUENTE                         | ¿ DONDE PUEDO SOLICITAR LA AYUDA ?                 |                                                            |                                                                                                |
| RESPUESTA:                                 | DIRECCIÓN DE SALUD UBICADA EN ISIDRO FABELA CENTRO |                                                            |                                                                                                |
| PREGUNTA FRECUENTE                         | ¿USTEDES SE ENCARGAN DE ANEXAR A MI FAMILIAR ?     |                                                            |                                                                                                |
| RESPUESTA:                                 | NO, LA ASISTENCIA ES AMBULATORIA                   |                                                            |                                                                                                |
| PREGUNTA FRECUENTE                         | ¿ PUEDO ACUDIR DE MANERA ANÓNIMA ?                 |                                                            |                                                                                                |
| RESPUESTA:                                 | SI, LOS DATOS RECABADOS SON CONFIDENCIALES         |                                                            |                                                                                                |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS CON LINK |                                                    |                                                            |                                                                                                |
| N/A                                        |                                                    |                                                            |                                                                                                |

|                                                         |                                                             |                                               |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ELABORÓ:<br><br>WINDY SEGURA AGUILAR<br>NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO:<br><br>WINDY SEGURA AGUILAR<br>NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br><br>26 / 02 / 2026 |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

ALMOLOYA  
DEL RÍO  
Ayuntamiento 2025 - 2027

DIRECCIÓN  
DE SALUD

ALMOLOYA  
DEL RÍO  
Ayuntamiento 2025 - 2027

DIRECCIÓN  
DE SALUD