

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Canalización a clínica especializada. | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | | SMDIF/24/2025 | | | | | |
| Se canaliza al paciente a una clínica especializada dependiendo la patología que presente para su atención y tratamiento. | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial 00455 A3-2012, Ley de asistencia social del Edomex y municipios. • Art. 3 fracción I y II de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de asistencia social denominados Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia. • Bando Municipal 2025. • Leyes, acuerdos, reglamentos, decretos y lineamientos relativos a la materia. | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Hoja de referencia. | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: 1 semana | | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB No Aplica | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Cuando así lo solicite el familiar o responsable del paciente que presenta alguna patología que no pueda ser atendida en el Sistema Municipal DIF de Jocotitlán. | | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | No Aplica | | | | | | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | |
| Ser habitante del Edomex (en caso de ser de otro Estado se atenderá por única ocasión). | | No | 00 | Para la correcta conformación del expediente del paciente. | | | | | |
| Que sea derechohabiente de algún sistema de salud. | | No | 00 | | | | | | |
| Cumplir con los lineamientos generales para el ingreso a la clínica de salud mental "Ramon de la Fuente" del DIFEM (solo en caso de psiquiatría). | | No | 00 | | | | | | |
| Diagnóstico médico. | | No | 00 | | | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | |
| No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | |
| No Aplica | | No Aplica | No Aplica | No Aplica | | | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | <ul style="list-style-type: none"> • Se solicita atención Psicológica de manera presencial o vía telefónica • Se Agenda y se notifica al solicitante. • El paciente realiza el pago correspondiente en la marea de caja de la institución. • La Psicóloga aplica una sesión. • Se canaliza al paciente a la institución correspondiente si requiere atención Psiquiátrica. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 1 día hábil | | | | | | | |
| COSTO: | | Gratuito | | Fundamento Jurídico: No Aplica | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | No Aplica | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | No Aplica | | | | | | | |

| | |
|--|------------------------------------|
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE | Disponibilidad de Recursos Humanos |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No Aplica |

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|-------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Jocotitlán, México. | | Coordinación Psicología | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: Lic. Alondra Belém Mondragón Alcántara | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: Elvira Hernández Gómez | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: Barrios Sanjuan | MUNICIPIO: Jocotitlán | | |
| C.P.: 50700 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | de lunes a viernes de 9:00 hrs. a 17:00 hrs. | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: |
| 712 | 1230184 | No Aplica | No Aplica |
| CORREO ELECTRÓNICO: Difjoco2527@gmail.com | | | |

| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------|-------------|
| OFICINA: | No Aplica | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | No A plica | | |
| DOMICILIO: | CALLE: No Aplica | NO. INT. Y EXT.: | No Aplica |
| COLONIA: No Aplica | MUNICIPIO: No Aplica | | |
| C.P.: No Aplica | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | No Aplica | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: |
| No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| CORREO ELECTRÓNICO: No Aplica | | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No Aplica | | |

| INFORMACIÓN ADICIONAL | |
|-----------------------------------|--|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cuándo se realiza la canalización a otras instituciones? |
| RESPUESTA: | Cuando no se puede brindar el tratamiento en el Sistema Municipal DIF de Jocotitlán. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿El servicio tiene algún costo? |
| RESPUESTA: | No, es totalmente gratuito. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Ustedes cubren el costo del ingreso a una clínica especializada? |
| RESPUESTA: | No, nosotros solamente canalizamos. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | 28/08/2025. |
| Lic. Rosa Guadalupe Salinas Salazar | Lic. Alondra Belém Mondragón Alcántara | |

