

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia perteneciente al Municipio de Jalpan de Serra Querétaro (SMDIF) con domicilio en Heroico Colegio Militar esq. Con Hidalgo S/N Col. Centro, C.P 76340 es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, con el objeto de que los mismos sean utilizados para la realización de un trámite y/o servicio. En el entendido que, la negativa a proporcionarlos, impedirá que la dependencia o entidad competente pueda realizar las gestiones solicitadas por el ciudadano. Los datos serán protegidos conforme a lo dispuesto por *la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Querétaro, los lineamientos que establecen los parámetros, modalidades y procedimientos para la portabilidad de datos personales* y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Para qué finalidades se recabarán sus datos personales?

Los datos personales que recabaremos de usted, serán utilizados con el fin de gestionar su participación ante la convocatoria, programa o servicio, con beneficio social a su persona. Así como para el uso estadístico para la medición de datos para la futura creación de programas y servicios en beneficio a la población perteneciente al Municipio de Jalpan de Serra del Estado de Querétaro.

Dichas finalidades requieren de su consentimiento

COORDINACIÓN	PARA QUE UTILIZA SUS DATOS PERSONALES
Trabajo Social	<p>Se recaban los datos con la finalidad de ser partícipes de los siguientes apoyos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traslados médicos a la Ciudad de Querétaro “Moviendo vidas”. • Aplicar el 25% de descuento en la adquisición de boleto en transporte Flecha Amarilla. • Apoyo en la obtención de pañales. • Apoyo de prótesis mamarias. • Apoyo con vale para aplicarlos en el Instituto Mexicano de Oftalmología.

	Así como con fines estadísticos para el inventario, presupuesto, control y gestión de futuros apoyos sociales.
Albergue Hospitalario	Los documentos requeridos son principalmente para el registro del personal que accede al servicio de albergue, para mantener un control adecuado en el uso de las instalaciones y un historial en archivo de quien obtuvo asilo y/o servicios en el Albergue Hospitalario.
Programas Alimentarios	Los documentos requeridos son para la participación en los siguientes programas: <ul style="list-style-type: none"> • Programa Desayuno Modalidad Caliente • Programa Desayuno Modalidad Fría • Lactantes Menores de 6-24 meses • Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia • Menores de 2-5 años 11 meses no escolarizados • Menores de 6-17 años 11 meses y personas con discapacidad • Adultos Mayores
Centro de Día	La documentación es requerida con la finalidad de resguardo y como método de contacto por cualquier emergencia médica relacionada con los adultos mayores beneficiados por los servicios del Centro de Día, así como con fines estadísticos y llevar un control del número de personas inscritas a los programas.
Centro de Atención infantil	La finalidad de la solicitud de la información es poder realizar: pre inscripción, inscripción, reinscripción y baja estudiantil.
Procuraduría de Atención y Protección Integral a Personas Adultas Mayores	Los documentos son requeridos para solicitar apoyo, asesoría o asistencia en la Procuraduría. En caso de la realización de algún reporte vía telefónica se solicitan los datos con fines de dar seguimiento al reporte.
Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	Los documentos son solicitados con el fin de prestar servicios como los son: <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría Jurídica • Representación • Convenios de pensión • Guarda y custodia provisionales • Comparecencias • Vistas domiciliarias • Atención psicológica • Peritajes psicológicos y trabajo social Así como la creación de expedientes en los que se lleva información de cada persona que obtiene un servicio.

Unidad de Rehabilitación Básica	La documentación es solicitada con el fin de fomentar la prestación del servicio y con el propósito de la creación de un expediente clínico así como la realización de un estudio socioeconómico.
--	---

¿Qué datos personales se recabarán?

Para llevar a cabo las finalidades antes señaladas utilizaremos los siguientes datos personales:

COORDINACIÓN	DOCUMENTACIÓN DE DATOS PERSONALES REQUERIDA
Trabajo Social	La documentación requerida es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • CURP (En caso de que sean menores de edad los tutores firman una Carta Responsiva proporcionada en las oficinas de trabajo social). • Realización de estudio socio económico. • Comprobante de visto bueno por parte de autoridad auxiliar del beneficiario (guarda cuartel, delegado o subdelegado). • Comprobante de domicilio solamente cuando su domicilio es distinto al que tiene registrada su credencial de INE. • Copia de credencial INE (Instituto Nacional Electoral) del beneficiario del programa social (Se requiere una copia de INE del acompañante del beneficiario en el programa "Moviendo Vidas").
Albergue Hospitalario	La documentación requerida es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Copia de credencial INE (Instituto Nacional Electoral).
Programas Alimentarios	La documentación requerida es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Copia de credencial INE • CURP del beneficiario • Copia de comprobante de domicilio • Croquis de cómo llegar a su domicilio
Centro de Día	La documentación requerida es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Copia de INE • CURP del beneficiario • Credencial INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) • Copia de comprobante de domicilio • Copia de INE de algún familiar responsable
Centro de Atención infantil	La documentación requerida es: <ul style="list-style-type: none"> • Original y copia de acta de nacimiento • 2 copias de cartilla de vacunación del menor

	<ul style="list-style-type: none"> • CURP del menor • Certificado médico del menor • Constancia de trabajo de los padres de familia • Carta de motivos • Estudios de laboratorio (coproparasitoscópico en serie III, exudado faríngeo, grupo sanguíneo y factor RH). • 4 fotos de papá, mamá y niño@.
Procuraduría de Atención y Protección Integral a Personas Adultas Mayores	<p>La documentación física requerida para las asesorías es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de INE • Datos de contacto <p>La información requerida por vía telefónica es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre completo de quien realiza el reporte • Se solicita un número de teléfono • Referencias precisas del lugar donde se encuentra la persona reportada • Referencias de la persona que está siendo reportada
Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	<p>La documentación requerida es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Original y copia de Acta de nacimiento • Original y copia de CURP • Original y copia de credencial INE <p>Original y copia de comprobante de domicilio</p>

<p>Unidad de Rehabilitación Básica</p>	<p>La documentación requerida es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copia de credencial INE• Copia de CURP (Clave Única de Registro de Población)• Nota de referencia sobre el servicio solicitado• Datos de contacto• Estados físico y mental• Información antecedentes familiar y médicos• Nivel de estudios• Pertenencia a su pueblo, etnia o región• Ingresos personales familiares• Religión que profesa• Actividad laboral• Firma autógrafa <p>Debido a que los documentos solicitados son en su mayoría Datos Personales Sensibles se anexa a continuación el documento de Aviso de Privacidad y la Carta de Consentimiento Informado que se maneja en la Unidad Básica de Rehabilitación</p>
---	--



Aviso de Privacidad Simplificado correspondiente a la Unidad Básica de Rehabilitación

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

La Unidad Básica de Rehabilitación Jalpan de Serra, presenta el siguiente Aviso de Privacidad Simplificado en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), su reglamento (RLFPDPPP) y demás normativa aplicable; en donde damos a conocer nuestro compromiso por salvaguardar su privacidad y le comunicamos qué hacemos con sus datos personales.

¿Con qué finalidad recabaremos sus datos personales?

- Creación, estudio, análisis, actualización y conservación de expediente clínico.
- Informar sobre su atención médica y/o terapéutica.
- Emisión de recibos por los servicios prestados.
- Registro y análisis de información en salud.
- Conservación de registros, prestación de servicios en el futuro y en general dar seguimiento a la atención del usuario.
- Informar avisos varios de su interés.

¿Qué datos personales le solicitaremos?

- Datos de identificación y de contacto.
- Firma autógrafa.
- Actividad laboral.
- Nivel de estudios
- Derechohabencia

¿Qué datos personales considerados como sensibles le solicitaremos?

- Estado de salud físico y mental presente y pasado.
- Historial de salud física y mental familiar.
- Información genética
- Pertenencia a un pueblo, etnia o región.
- Religión que profesa.
- Ingresos económicos personales y familiares.
- Horario y lugar de trabajo.
- Estructura, tipo de construcción y equipamiento de su casa.

De acuerdo al artículo 9 de la Ley de protección de datos personales, requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales sensibles, por lo que le solicitamos indique si Autoriza o Rechaza el tratamiento de sus datos sensibles o bien describa cuales autoriza y cuales rechaza:

Autorizo que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del titular o responsable

Rechazo que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del titular o responsable

¿Con quién podríamos compartir sus datos?

En caso de ser necesario, podemos compartir sus datos con:

- Gabinetes de estudios clínicos, para agendar estudios que usted requiera.





DIF
JALPAN
LATIENDO JUNTOS
ADMINISTRACIÓN 2024-2027



- Profesionales de la salud interconsultantes.

Si usted no desea que se compartan sus datos personales con otras personas o instituciones, por favor manifieste su negativa a continuación.

Autorizo que mis datos personales puedan ser transferidos a terceros conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.
Nombre y firma autógrafa del titular o responsable

Rechazo que mis datos personales sean transferidos a terceros conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.
Nombre y firma autógrafa del titular o responsable

¿Qué derechos tengo para proteger mi información personal?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (**Acceso**). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que este desactualizada, sea inexacta o incompleta (**Rectificación**); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (**Cancelación**); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (**Oposición**). Estos derechos se conocen como derechos **ARCO**.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos **ARCO**, favor de ponerse en contacto con nosotros:

Unidad Básica de Rehabilitación, Jalpan de Serra.

Domicilio: Heroico Colegio Militar Esquina con Hidalgo S/N, Col. Centro, C.P. 76340, Jalpan de Serra, Querétaro.

Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 3:30 p.m.

Correo electrónico: ubr_estrella@hotmail.com

Aviso de Privacidad Integral

La información anteriormente citada está sujeta a las disposiciones que marca nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que puede consultar en las Oficinas de la Unidad Básica de Rehabilitación, Jalpan de Serra.

Declaro bajo protesta de decir verdad que he leído, éste Aviso de Privacidad Simplificado y entiendo plenamente su alcance y contenido. Por medio del presente otorgo mi consentimiento para que se traten mis datos personales, de acuerdo a este aviso de privacidad que exige la ley.

Nombre completo del Titular o Responsable

Firma _____

Fecha _____



Carta de Consentimiento Informado correspondiente a la Unidad Básica de Rehabilitación

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN JALPAN



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. Exp. del Paciente: _____ Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ Edad: ____ Sexo: ____
Nombre del Tutor: _____ Edad: ____ Sexo: ____

Declaro haber informado de manera leal y verdadera los datos sobre mi estado físico y de salud (o del paciente) y Acepto que se me aplique tratamiento fisioterapéutico que puede consistir en: ejercicios terapéuticos, masoterapia, termoterapia, hidroterapia y/o electroterapia, considerando mis características personales e individuales de acuerdo a los protocolos estándares y siguiendo las indicaciones terapéuticas de mi médico tratante, con respecto a mi diagnóstico de: _____

_____, y para la finalidad que me ha indicado; Igualmente reconozco y acepto que hay riesgos y/o efectos secundarios en dicho tratamiento, por lo que me responsabilizo de informar a mi fisioterapeuta tratante de cualquier molestia que llegase a presentar durante o posterior a mi tratamiento, así como de cualquier otra actividad o tratamiento alterno relacionado con mi diagnóstico y de las valoraciones subsecuentes, con la finalidad de poder realizar ajustes al mismo.

Doy mi consentimiento el cual he tomado libremente y entendiendo que puedo rehusarme o negarme al mismo en cualquier momento, antes o durante la realización de mi tratamiento.

Doy mi Consentimiento

Niego mi Consentimiento

Nombre y Firma del Paciente o
Tutor (a)

Nombre y Firma del Paciente o
Tutor (a)



¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Todos los datos personales son recabados de forma directa de las personas participantes en la respectiva coordinación que oferta el programa, servicio o convocatoria. A través de vía física y presencial. En caso de que el beneficiario sea menor de edad, debe ser siempre en compañía y con previa autorización de un tutor legal.

Con excepción de la **Procuraduría de Atención y Protección Integral a Personas Adultas Mayores y la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes** que realiza la recolección mediante llamada telefónica únicamente al atender reportes por esta vía de comunicación.

¿Con quién compartimos su información y para qué fines?

En la **Coordinación de Trabajo Social** se comparten los datos personales recabados con el **Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro** (DIF ESTATAL). Con fines estadísticos para la presupuestación de apoyos en beneficio del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la familia perteneciente al Municipio de Jalpan de Serra.

La **Coordinación de Programas Alimentarios** comparte vía digital los datos recabados con el **Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro** (DIF ESTATAL). Con el fin de cumplir satisfactoriamente las revisiones por parte del Estado.

Mecanismos y medios para manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos para finalidades y transferencias que requieren el consentimiento.

A través de los medios de obtención de los datos personales, usted podrá determinar de manera libre los datos personales a otorgar, salvo que exista alguna obligación legal a proporcionarlos, por lo que usted puede manifestar su negativa o determinar la limitación a ciertos tratamientos al momento en que tiene acceso al registro del servicio, programa o convocatoria. Adicionalmente, para cualquier asunto relacionado también podrá establecer comunicación directa al correo electrónico o presencialmente, en las oficinas correspondientes a la Unidad de Transparencia del SMDIF, a fin de que se oriente sobre el alcance de la negativa respecto al tratamiento de datos personales, la revocación del consentimiento y los medios disponibles para tal efecto.

Fundamento legal para realizar el tratamiento de datos personales

El SMDIF tratará los datos personales antes señalados con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, 7 y 13 de la **Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Querétaro**; y los artículos 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 Y 20 de la **Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Querétaro**.

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted podrá presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (Derechos ARCO) a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la siguiente dirección: <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/>

(Inicio-> solicitudes -> datos personales)

Asimismo, también podrá realizar su solicitud de ejercicio de los derechos **ARCO** ante nuestra Unidad de Transparencia (UT), por correo electrónico o mediante escrito presentado en la propia UT, cuyos datos de contacto con los siguientes:

Nombre de la titular de la UT: Lic. Citlalli Huerta Castillo

Domicilio de la UT: Heroico Militar esq. Con Hidalgo S/N Col. Centro C.P 76340

Teléfono: 441 296 1611

Portabilidad de datos personales

El Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Jalpan de Serra actualmente no maneja formatos estructurados y comúnmente utilizados para la portabilidad de datos personales.

Carta compromiso de confidencialidad, no divulgaciones, reserva y resguardo de información y datos personales

Todos los empleados y/o servidores públicos que laboren en el SMDIF perteneciente al Municipio de Jalpan de Serra, tienen la responsabilidad de firmar la siguiente carta con fines de resguardar la información correspondiente a las labores del SMDIF, incluyendo los datos personales de la ciudadanía, así como fomentar el comportamiento ético y profesional.



CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, NO DIVULGACIÓN, RESERVA Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES

Jalpan de Serra, Oax, a ____ de ____ de ____.

LIC. NIDIA ISABEL ÁLVAREZ HERNÁNDEZ
DIRECTORA DEL SMDIF
P r e s e n t e

El que suscribe C. _____, acepta las condiciones de resguardo, reserva, custodia y protección de la seguridad y confidencialidad de la información, datos personales y de todo tipo de documentos propiedad del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF), con motivo del trabajo, servicio social, prácticas profesionales, empleo, cargo o comisión.

El presente compromiso me responsabiliza respecto de la información que me sea proporcionada por el SMDIF, ya sea de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática u holográfica, contenida en cualquier tipo de documento, que puede consistir en: expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, estadísticas o bien, cualquier otro registro que documente el ejercicio de las facultades, funciones y competencias del área en que me encuentro, sin importar su fuente o fecha de elaboración.

La información que me sea proporcionada podría ser considerada, según el caso, como reservada, privilegiada y confidencial, en los términos de las leyes aplicables, por lo que me obligo a protegerla, reservarla, resguardarla y no divulgarla, utilizándola única y exclusivamente para llevar a cabo y cumplir con las actividades y obligaciones que expresamente me sean conferidas por el SMDIF.

Es mi responsabilidad no reproducir, hacer pública o divulgar a terceros la información objeto de la presente Carta, y de cumplir con las medidas de seguridad adecuadas al tipo de documento con el que se trabaje.

Mi obligación de confidencialidad no es aplicable en los siguientes casos:

- Cuando la información se encontrará en el dominio público en el momento en que me sea suministrada o, una vez suministrada, ésta acceda al dominio público.
- Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación.
- Cuando la información fuera desarrollada o recibida legítimamente de terceros, de forma totalmente independiente a su relación con el SMDIF.

Me obligo a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto de la presente en el supuesto de que cese la relación o prestación del servicio con el SMDIF por cualquier motivo.

Nombre completo: _____
Puesto, Cargo: _____
Área: _____

ATENTAMENTE



Carta de exclusión de responsabilidad civil y/o penal para traslado con fines de atención médica (educativa, cultural, deportiva)

Se solicita la firma de los ciudadanos que requieran algún tipo de traslado por el SMDIF.



CARTA DE EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL PARA TRASLADO CON FINES DE ATENCIÓN MÉDICA (EDUCATIVA, CULTURAL, DEPORTIVA)

Jalpan de Serra, Querétaro a ____ de _____ DEL AÑO 2024.

Yo, _____ en mi calidad de ciudadano, mayor de edad y _____ con _____ domicilio en: _____ respetuosamente manifiesto y expongo:

Por este medio hago constar que solicité el apoyo de un traslado para _____ al Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) de Jalpan de Serra, Qro., el día ____ de _____ del 2024, mismo que se me ha autorizado, en el vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____ Placas: _____ con Tarjeta de circulación número: _____, propiedad del Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) Jalpan de Serra, Qro. Asignando como chofer al C. _____.

Atento a lo expuesto, manifiesto que al solicitar el apoyo, acepto que el servicio de apoyo del traslado con vehículo oficial del Municipio y chofer trabajador del mismo, son de naturaleza social, sin fines de lucro y a título de servicio social, por ello manifiesto que me hare responsable del cuidado de mi persona, tanto como de mis objetos personales y/o pertenencias, comportamiento y de sus consecuencias, antes, durante y después de culminar la atención que sirvan prestar en el transporte, para efecto de que pueda ser aceptada mi solicitud, manifiesto que soy una persona física, mayor de edad, de escasos recursos económicos, en pleno usos de mis facultades legales y acepto que soy el único responsable del cuidado de mi persona, así como de mis objetos personales y/o pertenencias.

Manifiesto y reconozco que soy el único responsable de mi estado de salud e integridad física y mental. Que el traslado, es bajo mi entera responsabilidad y consentimiento, por lo que eximo al Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) del Municipio de Jalpan de Serra, Qro. y al Chofer el C. _____ de cualquier tipo de responsabilidad por los sucesos, eventualidades, accidentes, lesiones, daños, muerte, entre otros, derivados de mi traslado vehicular.



- I. Acepto incondicionalmente que el apoyo que se me ofrece parte a petición mía.
- II. El apoyo que se me otorga parte de la buena fe y como servicio social.
- III. Ante eventualidades o casos fortuito como accidentes, lesiones, daños, muerte, entre otros que se pudiesen suscitar con motivo de mi traslado, RENUNCIO a ejercer acción civil o penal, por daño moral, daños, lesiones o afectación patrimonial en contra del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) de Jalpan de Serra, Qro.
- IV. Renuncio a pedir, exigir o demandar pago alguno por atención médica y/o gastos que pudieran generarse derivados por casos fortuito como accidentes, lesiones, daños, muerte, entre otros que se pudiesen suscitar con motivo de mi traslado.

PROTESTO LO NECESARIO

C. _____



Domicilio de la Unidad de Transparencia

La Unidad de Transparencia del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia se encuentra ubicada en Heroico Colegio Militar S/N Col. Centro Jalpan de Serra, Querétaro. C.P 76340.

Nombre de la titular de la UT: Citlalli Huerta Castillo

Horario de atención: 8:00 am a 15:30 horas de lunes a viernes

Correo electrónico: transparenciadifjalpan@gmail.com

Número telefónico: 441 296 1611

¿Cómo puede conocer los cambios realizados a este aviso de privacidad?

En caso de que el presente aviso de privacidad sufra modificaciones, cambios o actualizaciones, usted podrá tener conocimiento de ello a través del apartado de Avisos de Privacidad en el portal oficial del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Jalpan de Serra, a través de la Unidad de Transparencia dentro de nuestras instalaciones.

Datos de contacto adicionales para atención al público

A fin de obtener más información o atender sus dudas respecto al tratamiento de datos personales para acciones de solicitud a ser beneficiario de un servicio, programa o convocatoria, se le sugiere establecer comunicación a través de cualquiera de los siguientes medios de contacto del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Jalpan de Serra:

Correo electrónico: smdifjalpandeserra@hotmail.com

Número de teléfono: 441 296 1611

Presencialmente en el domicilio ubicado en: Heroico Colegio Militar esq. Con Hidalgo S/N Col. Centro C.P 76340

Fecha de elaboración: 19 de Noviembre del 2024

Última actualización: Sin actualizaciones