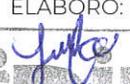
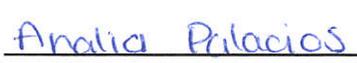


REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMIT E:	SERVICIO:
Terapia psicológica			
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula	
Consiste en el acompañamiento profesional para reconocer cuales son los asuntos vitales que te llevan a situaciones negativas.			
FUNDAMENTO LEGAL:	Artículo 72 Bis. El proposito de los servicios de la salud mental es la preocupación y bienestar potencial individual		
DOCUMENTO A OBTENER:	N/A	VIGENCIA DEL DOCUMENT O A OBTENER:	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	Cuando la persona presente depresión		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	N/A		
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,
PERSONAS FÍSICAS			
	N/A	N/A	N/A
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS			
	N/A	N/A	N/A
INSTITUCIONES PÚBLICAS			
	N/A	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	Puede variar dependiendo la agenda del psicólogo.		
COSTO:	\$ 35.00	Fundamento Jurídico	
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	En el area de recepción DIF Malinalco		
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A		
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE	Personas con problemas psicologicos		
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A		

DEPENDENCIA U ORGANISMO:			UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
SM DIF Malinalco			Terapia psicológica.		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA: DIF Malinalco					
DOMICILIO:	CALL E:	Carretera Malinalco-Chalma		NO. INT. Y EXT.:	SN
COLONIA:	Barrio San Juan		MUNICIPIO:	Malinalco	
C.P.:	52440	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	Lunes a Viernes 8:30 hrs a 17:00hrs		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
719	1471034	SN	SN	dmalinalco@gmail.com	
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO					
OFICINA:	NA				
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	NA				
DOMICILIO:	CALL E:	NA		NO. INT. Y EXT.:	N/A
COLONIA:	NA		MUNICIPIO:	NA	
C.P.:	NA	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	NA		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
NA	NA	NA	NA	NA	
FORMATO(S) DESCARGABLES					
INFORMACIÓN ADICIONAL					
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Cuántas sesiones son necesarias?				
RESPUESTA:	dependera de los procesos y problemáticas a tratar.				
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Cuanto dura cada sesión?				
RESPUESTA:	45 min.				
PREGUNTA FRECUENTE 3:					
RESPUESTA:					
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS					

ELABORÓ:  Yunitzi Cullay Cruz NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO:  Analicia Prilacios NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 / 02 / 24
---	--	---

