

MEJORA REGULATORIA

FICHA DE TRÁMITES Y SERVICIOS

| | | | |
|---|---|--|---|
| Marcar con una "X" si se trata de un trámite o servicio: | Trámite | Servicio X | |
| Nombre y descripción del trámite o servicio: | CONSULTA PSICOLÓGICA | | |
| Nombre ciudadano del trámite o servicio: | CONSULTA PSICOLÓGICA | | |
| Homoclave que se le asigne: | | | |
| Dependencia o entidad que lo realiza: | -DIF/ COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA Y CLIPAM | | |
| Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste Leyes, Reglamentos, Manuales): | ARTÍCULOS: 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 3 Y 4 DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL; 26 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA; 3, 4 Y 5 DE LA LEY SOBRE EL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL; 28 FRACCIONES I, II, IV Y V DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA; 21FRACCIONES VI Y VII DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO DE SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA. | | |
| Datos Institucionales de contacto de la o el responsable del trámite o servicio: | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | DIRECCIÓN |
| | 222 296 62 34 222 296 62 33 221 573 1288 | psic.clipam.dif@gmail.com | AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810 SAN ANDRÉS CHOLULA |
| Ubicación, horario y días de atención: | AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810, SAN ANDRÉS CHOLULA, DE LUNES A VIERNES DE 09:00 AM A 05:00 PM. | | |
| ¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?: | CUALQUIER CIUDADANO PERTENECIENTE AL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS CHOLULA, EN CASO DE SER MENORES O PERSONAS INCAPACES, PRESENTARSE CON UN TUTOR. | | |
| Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria: | CARNET DE CONSULTAS | | |
| Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso): | <ul style="list-style-type: none"> -UNA COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA SOLICITANTE, EN CASO DE SER MENORES DE EDAD, DEL PADRE, MADRE O TUTOR. -ACTA DE NACIMIENTO CUANDO SOLO MENORES DE EDAD. -UNA COPIA DEL CURP ACTUALIZADO -UNA COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO. - EN CASO DE SER REFERIDO POR ALGUNA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN ES NECESARIO PRESENTAR OFICIO EMITIDO POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE PARA RECIBIR EL SERVICIO. - | | |
| Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral: | SERVICIO CIUDADANO | | |
| | ESCRITO LIBRE | FORMATO | |

| | | |
|--|---|---|
| Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por: | | X |
| Dirección URL de los formatos: | - FORMATO DE CARNET DE CONSULTAS https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/CARNET.pdf | |
| Proceso para realizar el trámite o servicio: | -INGRESAR DOCUMENTACIÓN EN LA COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA | |
| El trámite o servicio requiere inspección o verificación: | SI X | NO OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL: ARTÍCULOS 1,2, 3,7 Y 8 DE LA LEY DE ARCHIVO DEL ESTADO DE PUEBLA. |
| Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación: | EXPEDIENTE CLÍNICO | |
| En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora: | NO APLICA | HORARIOS DE ATENCIÓN: NO APLICA |
| Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio: | DE DOS A TRES SEMANAS HÁBILES DESPUÉS DE AGENDAR CITA. | APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA: NO APLICA |
| En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico: | SE LE NOTIFICA AL USUARIO UNA SEMANA ANTES DE SU CONSULTA, LA UNIDAD DE SALUD EN LA CUAL SERÁ ATENDIDA, ESPECIFICANDO DÍA, HORA Y UBICACIÓN, ASÍ COMO NUMERO DE CONTACTO DEL PSICÓLOGO TRATANTE. | |
| Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización: | EL TIEMPO ESTABLECIDO PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO SERÁ DETERMINADO POR EL PSICÓLOGO TRATANTE SEGÚN SEA EL CASO CLÍNICO Y EL TRATAMIENTO A SEGUIR. | |
| Fundamento jurídico para la vigencia: | NO APLICA. | |
| Criterios de resolución: | INDETERMINADO - REPORTES REFERIDOS (POR MALTRATO, OMISIÓN DE CUIDADOS, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SOLICITUD ESCOLAR) DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS COMO: SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (ESCUELAS DE GOBIERNO O PARTICULARES) FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE PUEBLA MINISTERIO PÚBLICO JURÍDICO DE CLIPAM MUNICIPAL O ESTATAL SISTEMA MUNICIPAL DIF ESTATAL O FEDERAL | |
| Canales de atención o modalidad (en línea, presencial y/o telefónica): | PRESENCIAL | |
| ¿Es posible agendar una cita? En caso de ser afirmativo indicar dirección URL y/o teléfono para agendar: | NO APLICA | |

| MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES | | | |
|--|---|--|---|
| Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio: | \$27.00 | | |
| Fundamento Jurídico para el cobro: | Art. 40 numeral 9 de la Ley de Ingresos del Municipio de San Andrés Cholula para el ejercicio fiscal 2024 | | |
| ¿En qué momento se realiza el cobro?: | SE REALIZA ANTES DE INGRESAR A CONSULTA EN CAJA O EN RECEPCIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN. | | |
| Forma de determinar el monto: | Ley de Ingresos del Municipio de San Andrés Cholula para el ejercicio fiscal 2024 | Medios o alternativas para realizar el pago: EFECTIVO | |
| Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla: | NO APLICA | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | |
| Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite: | NO APLICA | | |
| Datos de la autoridad responsable de atender quejas y denuncias: | Autoridad | Datos de contacto: (teléfono, correo electrónico) | Horarios de atención y domicilio: |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA CONTRALORÍA MUNICIPAL | Tel 222 403 7000 EXT 104 | DE 9:00 A 17:00 HORAS DE LUNES A VIERNES AVENIDA 16 DE SEPTIEMBRE #102, COLONIA CENTRO, SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA |

FORM.CM077/SEFOE2124/01/0522