

**FICHA TECNICA**

| FECHA DE ACTUALIZACIÓN  |  |  | DEPENDENCIA MUNICIPAL   |
|---|--|--|---|
| DÍA   | MES  | AÑO  | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA<br>(DIF SANTIAGO) |
| 30  | MARZO  | 2017   |   |
| HOMOCLAVE DEL TRAMITE   | NOMBRE DEL TRÁMITE   |  | VIGENCIA DEL TRAMITE  |
| DIF-PROEF-PSICOLOGIA-01   | CONSULTAS PSICOLOGICAS   |  | PERMANENTE  |
| PLAZO MAXIMO PARA LA RESOLUCION DEL TRAMITE   | DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE  |  |   |
| INMEDIATO   | ATENCIÓN PSICOLÓGICA A NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS, TERAPIAS DE PAREJA Y FAMILIARES. |  |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE   |  |  |   |
| CUANDO EL PACIENTE SOLICITA EL SERVICIO, CUANDO MANDAN OFICIOS DE ESCUELAS, DE LA PGJ, CODE Ó DIF NL. |  |  |   |
| EL TRAMITE REQUIERE FIRMA, VALIDACION, CERTIFICACION O AUTORIZACION DE OTRA DEPENDENCIA?              |  | INDICAR DEPENDENCIA  |   |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                    |  | NO APLICA.   |   |
| TIPO DE TRAMITE   | EL TRÁMITE SE REALIZA CON ESCRITO LIBRE  | EL TRÁMITE SE REALIZA CON FORMATO TIPO: (INDICAR TIPO Y ANEXAR COPIA)          |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO<br><input type="checkbox"/> EMPRESARIAL                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                     | FORMATO DE ENTREVISTA INICIAL Y FORMATO DE SEGUIMIENTO                         |   |
| DATOS QUE DEBEN ASENTARSE EN EL TRAMITE   |  | DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE AL TRAMITE                                     |   |
| NOMBRE, TELEFONO, DIRECCION Y FECHA DE NACIMIENTO   |  | NO APLICA.   |   |
| MONTO A PAGAR   |  | FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA O FORMA EN QUE SE DETERMINA EL MONTO A PAGAR |   |
| \$50.00 (CINCUENTE PESOS) POR CONSULTA DE 45 MIN A 01 HORA.   |  | EN BASE AL ESTUDIO SOCIOECONOMICO DE LA PERSONA.                               |   |
| LUGAR PARA REALIZAR EL PAGO   |  | FORMA DE PAGO  | ALTERNATIVAS DE PAGO  |
| DIF SANTIAGO  |  | X EFECTIVO   | NO APLICA.  |
|   |  | TARJETA  |   |
|   |  | CHEQUE   |   |
|   |  | PAGO EN LÍNEA  |   |

**FICHA TECNICA**

| EL TRAMITE APLICA   |  | FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO DEL TRÁMITE   |                      |
|---|--|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> AFIRMATIVA FICTA<br><input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVA FICTA                         |  | REGLAMENTO ORGANICO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DE SANTIAGO, NUEVO LEON<br>ARTICULO 25 FRACCION I , XXI. |                      |
| DEPENDENCIA ANTE LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE   |  |   |                      |
| COORDINACION DE PROGRAMAS ESTATALES Y FEDERALES.  |  |   |                      |
| FORMAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO  |  |   |                      |
| TRÁMITE PERSONAL<br>(HORARIO DE ATENCIÓN)   |  | TRÁMITE VÍA TELEFÓNICA<br>(HORARIO DE ATENCIÓN)   | TRÁMITE POR INTERNET |
| DE 08:00 A 16:00 HORAS  |  | NO APLICA   | NO APLICA            |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA  |  |   |                      |
| EVA LIDIA CHAVEZ GARCIA.  |  |   |                      |
| DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA   |  | TELÉFONO  | CORREO ELECTRÓNICO   |
| CALLE JARDINES DE LA BOCA, No. 200, COLONIA<br>JARDINES DE LA BOCA.   |  | 22-85-36-77   | dif@santiago.gob.mx  |
| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE  |  |   |                      |
| EVALUACION PSICOLOGICA PARA DETERMINAR LA GRAVEDAD DE LA PROBLEMÁTICA..   |  |   |                      |
| EL TRAMITE<br>REQUIERE<br>INSPECCION  | DEPENDENCIA RESPONSABLE                | OBJETIVO DE LA INSPECCION O VERIFICACION  |                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO   | COORDINACION DE PROGRAMAS<br>ESTATALES | TRANSPARENCIA   |                      |
| OBSERVACIONES   |  |   |                      |
| EN EL CASO QUE EL PACIENTE TENGA UNA PROBLEMÁTICA GRAVE DE RIESGO PARA EL O A TERCEROS, SE<br>CANALIZARA A PSIQUIATRIA. |  |   |                      |
| ELABORÓ   |  | APROBÓ  |                      |
| LIC. JESUS VALDES GALVAN.   |  | LIC. SARA MARCELA CABELLO CAVAZOS.  |                      |
| NOMBRE, FIRMA Y CARGO   |  | NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA  |                      |