

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| NOMBRE:  |  | TRÁMITE:   | SERVICIO:  | X  |
| Apoyo en Terapia de Lenguaje   |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN:   |  | Código de la Cédula  | ATZ/MR/SMDIF/006/2025  |  |
| Evaluación del desarrollo del habla, y apoyo para la estimulación del lenguaje.                        |  |  |  |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |  | Lineamientos de la atención psicológica y psiquiátrica, publicados en Gaceta de Gobierno el 07 de marzo de 2023.<br>Asociación Psicológica Americana APA. Manual de Procedimientos de UBRIS. Artículo 106, fracción III, del Reglamento Orgánico de Municipal. |  |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |  | No aplica  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:  | No aplica  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | DIRECCIÓN WEB  |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   |  | A petición del interesado. Cuando sea referido por otras instituciones. Cuando se presenten probables trastornos psiquiátricos o neurológicos.   |  |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA: |  | Sí   |  |  |
| REQUISITOS:  |  | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO   | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias                  | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |  |  |  |  |
| Identificación oficial vigente.  |  | Sí   | 1  | Manual de procedimientos de Psicología   |
| Acta de nacimiento y CURP. (menores de edad)   |  |  |  |  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |  |  |  |  |
| No aplica  |  |  |  |  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |  |  |  |  |
| No aplica  |  |  |  |  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO   |  | Acudir a realizar el trámite de forma presencial en las oficinas del Sistema Municipal DIF   |  |  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA  |  | Sujeto a disponibilidad de agenda. (8-15 días)   |  |  |
| COSTO:   |  | \$40.00  | Fundamento Jurídico: Código Financiero del Estado de México y Municipios |  |
| 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 la caja de la tesorería del Sistema Municipal DIF de Atizapán   |  |  |
| OTRAS ALTERNATIVAS:  |  | No aplica  |  |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE  |  | No aplica  |  |  |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA  |  | No opera.  |  |  |

|   |  |                             |  |                                    |            |  |  |
|---|--|-----------------------------|--|------------------------------------|------------|--|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:  |  |                             |  | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: |            |  |  |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Atizapán |  |                             |  | Área de Psicología                 |            |  |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:  |  |                             |  | Lic. Psic. Brenda Castillo Alonso  |            |  |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:   | Alfredo del Mazo            |  | NO. INT. Y EXT.:                   | Sin número |  |  |
| COLONIA:  | Centro   |                             | MUNICIPIO:                             | Atizapán                           |            |  |  |
| C.P.:   | 52500  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | 9:00 a 17:00 horas de lunes a viernes. |                                    |            |  |  |
| LADA:   | TELEFONOS:   | EXTS.:                      | FAX:                                   | CORREO ELECTRÓNICO:                |            |  |  |
|   | 713 131 5903   | 0                           |  |                                    |            |  |  |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO                                  |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| OFICINA:  | N/A  |                             |  |                                    |            |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                       | N/A  |                             |  |                                    |            |  |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:   | N/A                         |  | NO. INT. Y EXT.:                   | N/A        |  |  |
| COLONIA:  | N/A  |                             | MUNICIPIO:                             | N/A                                |            |  |  |
| C.P.:   | N/A  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | N/A                                    |                                    |            |  |  |
| LADA:   | TELEFONOS:   | EXTS.:                      | FAX:                                   | CORREO ELECTRÓNICO:                |            |  |  |
| N/A   | N/A  | N/A                         | N/A                                    | N/A                                |            |  |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES   | N/A  |                             |  |                                    |            |  |  |
| INFORMACIÓN ADICIONAL   |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:   | ¿Cuál es la duración del proceso psicológico?                  |                             |  |                                    |            |  |  |
| RESPUESTA:  | Es de acuerdo con el motivo de consulta y avance del paciente. |                             |  |                                    |            |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:   |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| RESPUESTA:  |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:   |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| RESPUESTA:  |  |                             |  |                                    |            |  |  |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS                                       |  |                             |  |                                    |            |  |  |
|   |  |                             |  |                                    |            |  |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p style="text-align: center;">ELABORÓ:</p> <div style="text-align: center;"> <p>Querén Gemina Francisco Aguilar</p> <p>Enlace de Mejora Regulatoria y secretaria técnica del Comité Interno de Mejora Regulatoria del Sistema Municipal DIF de Atizapán</p> </div> | <p style="text-align: center;">VISTO BUENO:</p> <div style="text-align: center;"> <p>Rocío Ortiz Rojo</p> <p>Presidenta del Comité Interno de Mejora Regulatoria y Directora del Sistema Municipal DIF de Atizapán</p> </div> | <p style="text-align: center;">FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">14/03/2024</p> |
|---|---|--|