



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO:		X	
<b>ATENCION PSICOLOGICA</b>							
DESCRIPCIÓN:							
Atender a la población vulnerable que solicite el servicio de orientación psicológica a través de consultas.							
FUNDAMENTO LEGAL:		Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Artículo 41 fracción X y XIV					
DOCUMENTO A OBTENER:		CARNET			VIGENCIA:		NAX
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI	NO X	DIRECCIÓN WEB		NA	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:				Adolescentes y adultos			
REQUISITOS:				ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radicar en el municipio.</li> <li>• Mayores de 12 años.</li> <li>• Acudir de manera voluntaria y puntual a sus citas.</li> </ul> <p>No presentar más de tres inasistencias consecutivas en sus citas.</p>				NA	NA	NA	
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>							
NA				NA	NA	NA	
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>							
				NA	NA	NA	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:		NA			TIEMPO DE RESPUESTA:		NA
COSTO:		<b>\$40.00</b>					
FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	X	TARJETA DE CRÉDITO	N A	TARJETA DE DÉBITO	N A
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		Recepción					
OTRAS ALTERNATIVAS:		NA					
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		NA					



<b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>				<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>			
Unidad de Rehabilitación e Integración Social "Soumaya Domit"				Subdirección de Servicios de Salud			
<b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>		L.C.H. HÉCTOR DÍAZ LANDA					
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	Belisario Domínguez			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	07	
<b>COLONIA:</b>	La Mota			<b>MUNICIPIO:</b>	Lerma de Villada		
<b>C.P.:</b>	<b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>		9:00 a 18:00 hrs. De Lunes a Viernes				
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>			<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	
728	2821672			107	NA	diflermasalud@outlook.com	
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
<b>OFICINA:</b>		NA					
<b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>		NA					
<b>DOMICILIO:</b>	<b>CALLE:</b>	NA			<b>NO. INT. Y EXT.:</b>	NA	
<b>COLONIA:</b>	NA			<b>MUNICIPIO:</b>	NA		
<b>C.P.:</b>	NA	<b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>		NA			
<b>LADA:</b>	<b>TELÉFONOS:</b>			<b>EXTS.:</b>	<b>FAX:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	
NA	NA			NA	NA	NA	
<b>MUNICIPIOS QUE ATIENDE:</b>							
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
<b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>		¿Necesito algún documento para que me otorguen la consulta?					
<b>RESPUESTA:</b>		No, si se presenta en las instalaciones del SMDIF Lerma y solicita el servicio es suficiente.					
<b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>		¿Qué horario tienen para las consultas?					
<b>RESPUESTA:</b>		El horario de atención es de 9 de la mañana a 6 de la tarde, pero tienes que presentarte para que te den día y hora de consulta.					
<b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>		¿En cuántas consultas me curo?					
<b>RESPUESTA:</b>		Depende del padecimiento de cada persona y el progreso que manifiestes en cada sesión.					
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							

<b>ELABORÓ:</b>  L.C.H. HÉCTOR DÍAZ LANDA SUBDIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD  <hr/> NOMBRE COMPLETO	<b>VISTO BUENO:</b>  MARISOL MOTE MARTINEZ DIRECTORA DEL SMDIF DE LERMA  <hr/> NOMBRE COMPLETO	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>  29 DE JUNIO DEL 2020
---	---	--