

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|  |  |   |  |   |     |
|--|--|---|--|---|-----|
| NOMBRE:  |  |   | TRÁMIT<br>E  | SERVI<br>CIO:   | X   |
| <b>CITA DE PRIMERA VEZ PARA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO</b>  |  |   |  |   |     |
| DESCRIPCIÓN:   |  | Codigo de la Cédula:  |  |   |     |
| <b>CONSISTE EN OTORGAR UNA CITA PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO A LA POBLACION EN GENERAL A PARTIR DE LOS 6 AÑOS EDAD</b> |  |   |  |   |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |  | <b>ART. 115 CONSTITUCIONAL.</b><br><b>ART. 20 BIS, FRACCION I, DE LA LEY DE ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE MÉXICO.</b><br><b>ART 10 DE LA LEY DE VICTIMAS DEL ESTADO DE MÉXICO.</b> |  |   |     |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |  | N/A   |  | VICENCIA<br>DEL<br>DOCUMENT<br>O A<br>OBTENER:  | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   |  | SI  | NO<br>X  | DIRECCIÓN WEB   | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   |  | EN EL CASO DE QUE UNA PERSONA LO SOLICITE O SEA CANALIZADA POR EL DIF O POR ALGUNA INSTITUCION DE EDUCACION PUBLICA   |  |   |     |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA  |  | N/A   |  |   |     |
| REQUISITOS:  |  | ORIGINAL<br>anotar la<br>palabra SI o<br>NO   | COPIAS<br>anotar con<br>número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,   |     |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |  |   |  |   |     |
| N/A  |  | NO  | N/A  | N/A   |     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>  |  |   |  |   |     |
| N/A  |  | N/A   | N/A  | N/A   |     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>  |  |   |  |   |     |
| N/A  |  | N/A   | N/A  | N/A   |     |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO   |  | DEBERÁ PRESENTARSE EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y EN ESE MOMENTO SOLICITAR EL SERVICIO.   |  |   |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA:   |  | 2 DIAS HÁBILES  |  |   |     |
| COSTO:   |  | <b>GRATUITO</b>   |  | Fundamento Jurídico: <b>ART. 20 BIS, FRACCION I, DE LA Ley De Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México</b> |     |
| FORMA DE PAGO:   |  | EFECTIVO  | X  | TARJETA DE CRÉDITO  | X   |
|  |  | TARJETA DE DÉBITO   | X  | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)  | X   |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:   |  | N/A   |  |   |     |
| OTRAS ALTERNATIVAS:  |  | N/A   |  |   |     |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE  |  | QUE SE SOLICITE LA ATENCION PSICOLOGICA Y/O QUE SEAN CANALIZADAS POR EL DIF O POR UNA INSTITUCION EDUCATIVA MEDIANTE OFICIO.  |  |   |     |

|  |  |                                |   |                           |  |
|--|--|--------------------------------|---|---------------------------|--|
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:                                 |  | N/A                            |   |                           |  |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:   |  |                                | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                                    |                           |  |
| INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER |  |                                | INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER.   |                           |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:   |  | LCDA. ARACELI WIVROW CASTILLO. |   |                           |  |
| DOMICILIO:   | CALL E:  | AVENIDA DEL TRABAJO            | NO. INT. Y EXT:   | SIN NÚMERO                |  |
| COLONIA:   | LAS JOYAS  |                                | MUNICIPIO:  | CHICONCUAC                |  |
| C.P.:  | 56270  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    | LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 4:00 PM Y LOS SÁBADOS DE 9:00AM A 1:00PM |                           |  |
| LADA:  | TELEFONOS:   | EXTS:                          | FAX:  | CORREO ELECTRONICO:       |  |
| N/A  |  | N/A                            | N/A   | i.mujer@chiconcuac.gob.mx |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                      |  |                                |   |                           |  |
| OFICINA:   | SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. |                                |   |                           |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                  | ENCARGADA DE DESPACHO LILIANA RODRIGUEZ                      |                                |   |                           |  |
| DOMICILIO:   | CALL E:  | SANTA ANA                      | NO. INT. Y EXT:   | 5                         |  |
| COLONIA:   | LAS JOYAS  |                                | MUNICIPIO:  | CHICONCUAC                |  |
| C.P.:  | 56270  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:    | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 16:00 HORAS                              |                           |  |
| LADA:  | TELEFONOS:   | EXTS:                          | FAX:  | CORREO ELECTRONICO:       |  |
| 5959530763   |  | N/A                            | N/A   | dif@chiconcuac.gob.mx     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  | N/A  |                                |   |                           |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                                       |  |                                |   |                           |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  | ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA SE TOMA TERAPIA?                   |                                |   |                           |  |
| RESPUESTA:   | Una vez por semana.  |                                |   |                           |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  | ¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA SESIÓN?                               |                                |   |                           |  |
| RESPUESTA:   | 45 minutos aproximadamente                                   |                                |   |                           |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  | ¿Qué TIPO DE TERAPIA SE BRINDA?                              |                                |   |                           |  |
| RESPUESTA:   | Es terapia individual.                                       |                                |   |                           |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                           |  |                                |   |                           |  |

|   |  |                         |
|---|--|-------------------------|
| ELABORÓ:                             | VISTO BUENO:  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|  <p>GOBIERNO MUNICIPAL 2025-2031</p> |  | _____/_____/_____.      |
| INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER<br>LCDA. ARACELI WIVROW CASTILLO                     |  |                         |