



GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO			
Dependencia o Entidad	H. Ayuntamiento de Palmar de Bravo, Puebla.		
Unidad Administrativa	Sistema Municipal DIF, Palmar de Bravo Puebla.		
Señale si es trámite o servicio	Servicio		
Nombre del trámite o servicio	Terapia psicológica,		
Descripción del trámite o servicio	Se realiza asesoría, orientación y apoyo emocional a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y familias, así como derivación a otros profesionales o áreas del SMDIF para una atención multidisciplinaria.		
Modalidad (si existe)	Presencial	Tipo de trámite	Constancia de asistencia, reporte psicológico, informe psicológico.
¿Quién puede solicitar el trámite?	la persona mayor de edad interesada en recibir terapia psicológica o madre/padre/tutor de la persona que requiere del servicio. se prioriza la atención a personas en situación de vulnerabilidad y/o emergencia social pertenecientes al municipio de palmar de bravo, pue.		
Fundamento Jurídico	Ley General de Salud, Capítulo VII, titulado "Salud Mental", artículo 72.		
Describa con lenguaje claro, sencillo y conciso el caso en que debe o puede realizarse el trámite	Los motivos más frecuentes son: problemas de conductas (impulsividad, agresividad, robo), déficit de inteligencia emocional, duelo por separación de padres, entre otros.		
DATOS DEL CONTACTO			
Nombre	Sarahi Almeida Juárez	Teléfono	249-126-35-15
Cargo	Psicóloga del SMDIF, Palmar de Bravo Pue.	Correo	sarahi.almeida.1ev@gmail.com
OFICINAS DE ATENCIÓN			
Nombre de la unidad responsable	Sistema Municipal DIF/ Coordinación de Salud/Área de Salud Mental	Horario de atención	Lunes a viernes de 09:00 a 17:00 horas Sábado de 09:00 - 14:00 horas.
Dirección	Calle José Joaquín Pesado, No. 202, Colonia Centro, Palmar de Bravo, Puebla.	Correo	smdifpalmardebravo2024@gmail.com

escribiendo un nuevo porvenir



GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO			
MEDIO DE PRESENTACIÓN			
Pasos a seguir	Si requiere de atención psicológica: 1.- Solicitar terapia Psicológica con un oficio dirigido a la presidenta del SMDIF especificando la canalización al área de Salud Mental. 2.- Con base en la agenda se le brinda un horario de atención especificando día y hora para asistir a sesión. 3.- En la primera sesión presentar los documentos requeridos: CURP, Acta de nacimiento, INE y comprobante de domicilio, los cuales se entregan en copia. 4.- Continuar asistiendo a terapia de acuerdo con el horario establecido.		
¿Es posible agendar una cita para la realización del trámite o servicio?	No aplica	¿Es posible agendar la cita en línea?	No aplica
FORMATO			
¿Se presenta algún formato? SI/NO	No aplica	Formato	No aplica
Nombre del formato	No aplica	¿Es posible descargar el(los) formato(s) en línea desde algún sitio web del sujeto obligado?	No aplica
REQUISITOS			
Nombre del requisito	Persona mayor de edad: 1.- Una copia del CURP. 2.- Una copia del Acta de nacimiento. 3.- Una copia del INE. 4. Una copia del comprobante de domicilio. Persona menor de edad: 1.- Una copia del CURP. 2.- Una copia del Acta de nacimiento, 3.- Una copia del INE del tutor y una copia del comprobante de domicilio del tutor.		
Fundamento jurídico	No aplica		
CONSERVAR LA INFORMACIÓN			
¿Este trámite requiere conservar información para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?	No aplica.		
MONTO DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTOS APLICABLES			

- escribiendo un nuevo porvenir -



GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO			
Indicar monto	No aplica	Medios disponibles de pago	No aplica
Fundamento jurídico	No aplica		
CRITERIO DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE			
¿Es suficiente cumplir con la totalidad de los requisitos en tiempo y forma para obtener una resolución favorable de este trámite o servicio? SI/NO		No	
Señale la metodología para llevar a cabo la resolución del trámite o servicio		El número de sesiones dependerá de la situación particular de cada paciente	
INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN			
¿Este trámite requiere inspección o verificación?	No aplica	Nombre de la inspección o verificación	No aplica
Fundamento jurídico	No aplica		
PLAZO DE PREVENCIÓN			
El plazo con el que cuenta el sujeto obligado para prevenir al solicitante	No aplica	Plazo para que el interesado cumpla con la prevención	No aplica
PLAZO MÁXIMO			
Señale el plazo que tiene el sujeto obligado para resolver	12 meses		
FICTA			
Señale el tipo de ficta, si aplica	No aplica		
VIGENCIA			

-escribiendo un nuevo porvenir-



GOBIERNO MUNICIPAL DE PALMAR DE BRAVO			
Señale la vigencia	5 años		
INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA			
Indique el sector al que va dirigido el trámite	Población en general del municipio de Palmar de Bravo, Puebla.	¿La resolución de este trámite está vinculada con la presentación de otros trámites, los cuales en conjunto se encuentran orientados al cumplimiento de una misma actividad?	No
¿La resolución es requisito de otro trámite o servicio?	No		
INFORMACIÓN ESTADÍSTICA			
Número de solicitudes aceptadas	73	Número de solicitudes rechazadas	0
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Información Adicional	Sin Observación.		

escribiendo un nuevo porvenir