



## Registro de Trámites y Servicios 2019 Municipio de Salvatierra, Gto.



HOMOCLAVE	SA-IMUS-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30	1	2020
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>					
Asesoría Psicológica					
<p>Forma parte del conjunto de servicios integrales que se proporcionan, buscando fortalecer a las mujeres que han vivido algún tipo de violencia, con la finalidad de disminuir el impacto, y que desde la perspectiva de género, las mujeres que buscan el apoyo identifiquen su situación de violencia, autoconcientizando la atención de las consecuencias que se generaron e impulsando su empoderamiento para el desarrollo integral.</p>					
<b>II. MODALIDAD.</b>					
Se realizará el servicio de forma profesional, con atención personalizada. Es un servicio gratuito, confidencial, oportuno, inmediato y/o programado (dependiendo de la naturaleza de la situación que se presente), cálido, humano, respetuoso, empático y con alto sentido resolutivo.					
<b>III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ley General de acceso de la Mujeres a una vida libre de violencia. Capítulo VI , título III y V, artículos 51 y 52 fracción.</li> <li>* Reglamento Interno de la Administración Publica del Municipio de Salvatierra, Gto. 2018- 2021</li> <li>* Reglamento Interno del Instituto de la Mujer Salvaterrense</li> </ul>					
Regularmente las solicitantes de servicio son mujeres, con antecedentes de violencia intrafamiliar. Buscan el apoyo de terapia para ellas, sus hijas e hijos y en algunas ocasiones su pareja.					
<b>PASOS</b>					
1. Solicitud de cita para terapia psicológica en el Instituto de la Mujer Salvaterrense.		4. Intervención en crisis (Apoyo y contención), detección y/o valoración.			
2. Presentarse en la fecha y hora en que se le programó su cita.		5. Inicio de proceso de terapia de acuerdo al tipo de apoyo psicológico que se requiere.			
3. Entrevista y elaboración de expediente con datos personales. (historia clínica)		6. Diagnóstico, evaluación y/o canalización a diversas áreas de atención especializada.			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.			
Solicitud presencial o por medio de un familiar.		No aplica en casos generales, salvo en casos especiales remitidos por Ministerio Público, Cerezo, Poder Judicial, etc.			
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>					
Presencial					
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>				<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
No se cuenta con un LINK				N/A	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>					
No se cuenta con ese servicio, excepto cuando pertenece a una red de mujeres.					
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>					
<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
Psic. Reynalda Hernández Vital		Oficina: (466) 16 1 24 44		<a href="mailto:msalvaterrense@gmail.com">msalvaterrense@gmail.com</a>	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
Inmediato en casos urgentes y en el caso de ser programado de una a tres semanas.			Afirmativa Ficta	N/A	Negativa Ficta
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>					
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.			N/A		
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>			<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
Servicio totalmente GRATUITO			N/A		



**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

N/A Sin embargo, el proceso de terapia consta de ocho sesiones, como máximo.

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Necesidad de solicitar el servicio de asesoría Psicológica

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

DEPENDENCIA O ENTIDAD	Instituto de la Mujer Salvaterrense
AREA O DEPARTAMENTO	Área de terapia psicológica
DOMICILIO (S)	Juárez # 114 Altos

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

Lunes a viernes, de 8:00 am a 3:30 pm.

**XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.**


DOMICILIO (S)	Juárez # 114 Altos
TELEFONO (S)	(466) 16 1 24 44
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:msalvaterrense@gmail.com">msalvaterrense@gmail.com</a>

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	01 466 66 30937 ext. 113	<a href="mailto:mcontraloria2018@gmail.com">mcontraloria2018@gmail.com</a>

**XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Se mantiene registro de usuarias en respaldo digital y archivo integral de la usuaria(o).

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
<p>P.D. Mónica Fabiola Nieto Domínguez Coordinadora del Instituto de la Mujer Salvaterrense</p>	

INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS MUJERES