



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>	
Atención y recepción de adolescentes en estado de riesgo.					
DESCRIPCIÓN:			Código de la Cédula		
Atención a adolescentes remitidos por Oficial Conciliador, canalizados por padres de familia o instituciones educativas, con la finalidad de recibir un tratamiento psicoterapéutico y reorienten su conducta.					
FUNDAMENTO LEGAL:		Artículo 203, 204 y 205 del Bando Municipal de Villa Victoria 2024.			
DOCUMENTO A OBTENER:		Constancia de asimilación de tratamiento.		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: Tiempo necesario de terapia.	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI	NO	DIRECCIÓN WEB	
			<input checked="" type="checkbox"/>		
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		A petición de parte.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA		NO APLICA			
REQUISITOS:		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>					
1.- Acta de nacimiento del menor		SI	1	Lineamiento XVII fracción IV de los lineamientos generales de operación de las Preceptorías Juveniles de Reintegración y Reinserción Social.	
2.- Credencial de elector del padre o tutor		SI	1		
3.- Comprobante de domicilio		SI	1		
4.- Autorización por escrito del padre, madre o tutor, y hacerse acompañar por ellos.		SI			
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>					
No aplica		ORIGINAL	COPIA(S)	No aplica	
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>					
-Escrito de solicitud de servicio		SI	1	Lineamiento XVII fracción IV de los lineamientos generales de operación de las Preceptorías Juveniles de Reintegración y Reinserción Social.	
-Acta de nacimiento del menor		SI	1		
-Credencial de elector del padre o tutor		SI	1		
-Comprobante de domicilio		SI			
-Autorización por escrito del padre, madre o tutor, y hacerse acompañar por ellos.					
<b>OTROS (Oficial Conciliador del municipio)</b>					
-Acta de calificación administrativa		SI	1	Lineamiento XVII fracción IV de los lineamientos generales de operación de las Preceptorías Juveniles de Reintegración y Reinserción Social.	
-Puesta a disposición de la comisaría de seguridad pública		SI	1		
-Acta de nacimiento del menor		SI	1		
-Comprobante de domicilio		SI			
-Hacerse acompañar de su padre, madre o tutor					
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO					
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		30 minutos			
COSTO:		Fundamento Jurídico: Lineamiento XVII fracción IV de los lineamientos generales de operación de las Preceptorías Juveniles de Reintegración y Reinserción Social.			
FORMA DE PAGO:		Gratuito			
		EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)

DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	No aplica
OTRAS ALTERNATIVAS:	No aplica
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE	Que los padres o tutores acepten el tratamiento.
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	Tratamiento Psicoterapéutico a través del Cuerpo Técnico Interdisciplinario

DEPENDENCIA U ORGANISMO:		UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:		
Secretaría del H. Ayuntamiento		Módulo de Prevención y Tratamiento de Adolescentes		
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		Mtra. en D. Laura Colín Santana		
DOMICILIO:	CALLE:	Av. Lázaro Cárdenas, s/n edificio administrativo, segundo piso.	NO. INT. Y EXT.:	No aplica
COLONIA:	Centro	MUNICIPIO:	Villa Victoria	
C.P.:	50960	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: De lunes a viernes de 09:00 am a 17:00 hrs		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
		No aplica	No aplica	No aplica
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>				
OFICINA:	Preceptoría Juvenil de Reintegración y Reinserción Social de Almoloya de Juárez			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	Lic. Martha Itzel García Pacheco			
DOMICILIO:	CALLE:	Palacio Municipal, planta baja calle Morelos	NO. INT. Y EXT.:	
COLONIA:	Centro	MUNICIPIO:	Almoloya de Juárez	
C.P.:	50900	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
NO APLICA	NO APLICA	138	No aplica	No aplica
FORMATO(S) DESCARGABLES	No aplica			
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>				
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿En cuánto tiempo se nota el cambio en la conducta del adolescente?			
RESPUESTA:	Va de acuerdo a la disponibilidad y cooperación del adolescente, ya que el tratamiento tiene una duración de 3 a 9 meses.			
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Cómo puedo ayudar a mi hijo?			
RESPUESTA:	Asistiendo con él a sus terapias y mejorando las relaciones en la familia			
PREGUNTA FRECUENTE 3:	No aplica			
RESPUESTA:	No aplica			
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>				

	ELABORÓ:	VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
	LIC. MONICA MONDRAGON SEGUNDO NOMBRE COMPLETO	 MTRA. EN D. LAURA COLÍN SANTANA NOMBRE COMPLETO	15 - MARZO - 2024