

ANEXO P
PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL
ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

CAPITULO	Monto total	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1000	1,667,320.00	122,246.30	122,246.30	122,246.34	140,466.18	122,246.30	122,246.30	122,246.30	122,246.30	122,246.30	122,246.30	122,246.30	304,390.78
2000	149,333.00	-	-	-	149,333.00	-	-	-	-	-	-	-	-
3000	133,347.00	2,037.20	2,037.20	2,037.20	2,401.93	22,037.20	22,037.20	22,037.20	12,037.20	22,037.20	12,037.20	4,198.12	8,412.15
5000	50,000.00	-	-	50,000.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	2,000,000.00	124,283.50	124,283.50	174,283.54	292,201.11	144,283.50	144,283.50	144,283.50	134,283.50	144,283.50	134,283.50	126,444.42	312,802.93



**Procuraduría Estatal de Protección de Niñas, Niños y
Adolescentes**

**Coordinación de Atención Psicológica a Niños con Síndrome
de Alienación Parental.**

CARTA COMPROMISO

Guanajuato, Guanajuato., _____ de _____ de 20____

Quien suscribe, C. _____,
madre, padre, tutor o usuario, acepto y me comprometo a dar cumplimiento preciso con las citas en día y hora que el personal de la Coordinación de Atención Psicológica a Niños con Síndrome de Alienación Parental de la Procuraduría Estatal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato, indique, a fin de dar cumplimiento a lo indicado por el juzgado según consta en el expediente _____; teniendo por entendido que de incumplir con la asistencia se notificara al juzgado para que se tomen las acciones correspondientes.

Así mismo es menester informarle que sus datos personales están protegidos conforme a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública para el Estado y los Municipios de Guanajuato.

ACEPTO

NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN

PERSONAL DE LA CAPNSAP - PEPNNA - SDIFEG