

## MEJORA REGULATORIA

### FICHA DE TRÁMITES Y SERVICIOS

|   |  |  |
|---|--|--|
| Marcar con una "X" si se trata de un trámite o servicio:                              | Trámite  | Servicio<br>X  |
| Nombre y descripción del trámite o servicio:  | ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE CLIPAM (CLINICA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN AL MALTRATO)  |  |
| Nombre ciudadano del trámite o servicio:  | ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE CLIPAM   |  |
| Homoclave que se le asigne:   | SACH-SMDIF-CPC   |  |
| Dependencia o entidad que lo realiza:   | -DIF/ COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA Y CLIPAM  |  |
| Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enlista Leyes, Reglamentos, Manuales):     | ARTÍCULOS: 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 167, 168 Y 172 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 3 Y 4 DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL; 26 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA; 161, 162, 165 Y 166 DE LA LEY ESTATAL DE SALUD; 3, 4 Y 5 DE LA LEY SOBRE EL SISTEMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOCIAL; 28 FRACCIONES I, III, IV, V, Y VI DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA Y 21 FRACCIONES II Y VII DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO DE SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA. |  |
| Datos Institucionales de contacto de la o el responsable del trámite o servicio:      | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO   |
|   | 222 296 62 34<br>222 296 62 33<br>221 573 12 88  | <a href="mailto:juridicodclipamdif@gmail.com">juridicodclipamdif@gmail.com</a> |
|   | DIRECCIÓN  |  |
|   | AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810, SAN ANDRÉS CHOLULA.  |  |
| Ubicación, horario y días de atención:  | AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810 SAN ANDRÉS CHOLULA, DE LUNES A VIERNES EN UN HORARIO DE 09:00 AM A 05:00 PM.  |  |
| ¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:                   | CUALQUIER CIUDADANO PERTENECIENTE AL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS CHOLULA, EN CASO DE SER MENORES O PERSONAS INCAPACES, PRESENTARSE CON UN TUTOR.   |  |
| Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:                  | DETERMINAR DE ACUERDO A LO DETECTADO EM EL ESTUDIO, PLAN DE TRAMINETO DE PROCESO TERAPEUTICO, DONDE LA PERSONA TRABAJE LOS INDICADORES EMOCIONALES Y PSICOLÒGICOS QUE MEJOREN SU CALIDAD DE VIDA.  |  |
| Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso): | -UNA COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA SOLICITANTE, EN CASO DE SER MENORES DE EDAD, LA COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR.<br>-UNA COPIA DE OFICIO EN CASO DE SER REFERIDO POR ALGUNA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN, EMITIDO POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE PARA RECIBIR EL SERVICIO.  |  |
| Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:                  | SERVICIO CIUDADANO   |  |
| Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:                          | Escrito libre  | Formato  |
|   |  | X  |
| Dirección URL de los formatos:  | - FORMATO DE FICHA DE INICIO REPORTE CLIPAM.   |  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | <a href="https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20FICHA%20E%20INICIO%20CLIPAM%20%28CPC2022%29.pdf">https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20FICHA%20E%20INICIO%20CLIPAM%20%28CPC2022%29.pdf</a><br>- FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA<br><a href="https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20VISITA%20DOMICILIARIA%20%28CPC2022%29.pdf">https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20VISITA%20DOMICILIARIA%20%28CPC2022%29.pdf</a>  |   |   |
| Proceso para realizar el trámite o servicio:  | -INGRESAR DOCUMENTACIÓN EN LA COORDINACIÓN DE CLIPAM  |   |   |
| El trámite o servicio requiere inspección o verificación:   | SI<br>X   | NO  | Objetivo y fundamento legal:<br>ARTÍCULOS 1,2, 3,7 Y 8 DE LA LEY DE ARCHIVO DEL ESTADO DE PUEBLA. |
| Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:            | - EXPEDIENTE DEL USUARIO O REPORTE.   |   |   |
| En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GUADALUPE LIZET DELGADILLO MARTINEZ, COORDINADORA DE CLIPAM Y PSICOLOGÍA. CEL 22 15 73 12 88.</li> <li>- YAIR LEONEL TECUANHUEY CORTEZ, ANALISTA / JURÍDICO DE CLIPAM. NÚMERO DE CONTROL 5316. CEL. 2215731288</li> <li>- REYNA PETLACALCO MANCILLA, TRABAJADORA SOCIAL, NÚMERO DE CONTROL 5462. CEL. 2215731288.</li> <li>- PERSONAS AUTORIZADAS CON LAS QUE SE ENCUENTRAN EN <a href="https://sach.gob.mx/registro-municipal-de-visitas-domiciliarias/">https://sach.gob.mx/registro-municipal-de-visitas-domiciliarias/</a> EN EL APARTADO DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</li> </ul> |   | Horarios de atención:<br><br>DE 09:00 AM A 05:00 PM<br>DE LUNES A VIERNES                         |
| Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:   | 15 DÍAS POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DEL REPORTE.   | Aplica la afirmativa o negativa ficta:<br>NO APLICA |   |
| En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico: | NO APLICA   |   |   |
| Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:        | LAS NECESARIAS SEGÚN SEA EL CASO .  |   |   |
| Fundamento jurídico para la vigencia:   | NO APLICA   |   |   |
| Criterios de resolución:  | DEPENDIENDO LA SITUACIÓN SE ESTABLECE EL PLAN DE ACCIÓN IDONEO A LA PROBLEMÁTICA DETECTADA, COMO PUEDE SER 1.- VISITA DOMICILIARIA/ 2.- MEDIACIÓN O /3.- ACOMPAÑAMIENTO DE DENUNCIA (EN ALGUNOS CASOS SE REQUIERE REPORTAR AL ESTADO LAS VALORACIONES PSICOLÓGICAS)   |   |   |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Canales de atención o modalidad (en línea, presencial y/o telefónica):                                   | PRESENCIAL   |   |  |
| ¿Es posible agendar una cita? En caso de ser afirmativo indicar dirección URL y/o teléfono para agendar: | NO APLICA  |   |  |
| <b>MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES</b>                                    |  |   |  |
| Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:   | GRATUITO   |   |  |
| Fundamento Jurídico para el cobro:   | NO APLICA  |   |  |
| ¿En qué momento se realiza el cobro?:  | NO APLICA  |   |  |
| Forma de determinar el monto:  | NO APLICA  | Medios o alternativas para realizar el pago:<br>NO APLICA |  |
| Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla:                             | NO APLICA  |   |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |  |   |  |
| Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite:   | NO APLICA  |   |  |
| Datos de la autoridad responsable de atender quejas y denuncias:   | Autoridad  | Datos de contacto:<br>(teléfono, correo electrónico)      | Horarios de atención y domicilio:  |
|  | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA CONTRALORÍA MUNICIPAL | Tel 222 403 7000 EXT 104                                  | DE 9:00 A 17:00 HORAS DE LUNES A VIERNES AVENIDA 16 DE SEPTIEMBRE #102, COLONIA CENTRO, SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA |

FORM.CM077/SEFOE2124/01/0522