

## MEJORA REGULATORIA

### FICHA DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Marcar con una "X" si se trata de un trámite o servicio:	TRÁMITE	SERVICIO X	
Nombre y descripción del trámite o servicio:	CONSULTAS MÉDICA/ CERTIFICADOS		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	CONSULTAS MÉDICA/ CERTIFICADOS		
Homoclave que se le asigne:	SACH-SMDIF-CS		
Dependencia o entidad que lo realiza:	-DIF/ COORDINACIÓN DE SALUD		
Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste 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, VI, Y IX DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA; 19 FRACCIONES I, IV Y VI 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	DIRECCIÓN
	222 296 62 34 222 296 62 33	<a href="mailto:salud.smdifsach@gmail.com">salud.smdifsach@gmail.com</a>	AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810, SAN ANDRÉS CHOLULA
Ubicación, horario y días de atención:	AV. MAXIMINO A. CAMACHO 606, 72810, SANANDRES CHOLULA, DE LUNES A VIERNES 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:	RECETA MÉDICA CERTIFICADO MÉDICO		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UNA COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA SOLICITANTE, EN CASO DE SER MENORES DE EDAD, DEL PADRE, MADRE O TUTOR.</li> <li>- UNA COPIA DE CARTILLA DE VACUNACIÓN.</li> <li>- EN CASO DE SER REFERIDO POR ALGUNA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN ES NECESARIO PRESENTAR OFICIO EMITIDO POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE PARA RECIBIR EL SERVICIO.</li> </ul>		
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:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO <a href="https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20CERTIFICADO%20MEDICO%20.pdf">https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20CERTIFICADO%20MEDICO%20.pdf</a></li> <li>- FORMATO DE RECETA MEDICA <a href="https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20RECETA%20MEDICA%20.pdf">https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATO%20DE%20RECETA%20MEDICA%20.pdf</a></li> </ul>		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SMDIF, PAGAR EL COSTO DE SU CONSULTA Y ESPERAR A QUE SE A ATENDIDO POR EL MÉDICO EN TURNO.		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación: (es importante verificar si para este servicio no se necesita ningún tipo de inspección o verificación)	SI X	NO	OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL:  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 CLÍNICO		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	NO APLICA		HORARIOS DE ATENCIÓN: DE 08:00 AM A 08:00 PM
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	INMEDIATO	APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICHA.: 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:	NO APLICA		
Fundamento jurídico para la vigencia:	NO APLICA		
Criterios de resolución:	CUALQUIER PERSONA QUE REQUIERA EL SERVICIO MÉDICO, PARA LOS FINES QUE A ELLOS CONVENGAN.		
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:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consulta médica</td> <td>\$25.50</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado médico escolar</td> <td>\$61.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Revisión dental</td> <td>\$30.50</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado deportivo</td> <td>\$61.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consulta nutricional</td> <td>\$25.50</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado laboral</td> <td>\$88.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consulta psicológica</td> <td>\$25.50</td> <td><input type="checkbox"/> Electrocardiograma</td> <td>\$117.00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terapia ocupacional</td> <td>\$24.50</td> <td><input type="checkbox"/> Mastografía</td> <td>\$523.50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terapia física</td> <td>\$29.50</td> <td><input type="checkbox"/> Ultrasonido</td> <td>\$291.50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje</td> <td>\$24.50</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado especial</td> <td>\$58.50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Servicios odontológicos</td> <td>\$29.50</td> <td colspan="2">(físico, auditivo, visual, oral, general)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">(amalgamas, resinas, extracciones, curaciones, profilaxis)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Consulta médica	\$25.50	<input type="checkbox"/> Certificado médico escolar	\$61.00	<input type="checkbox"/> Revisión dental	\$30.50	<input type="checkbox"/> Certificado deportivo	\$61.00	<input type="checkbox"/> Consulta nutricional	\$25.50	<input type="checkbox"/> Certificado laboral	\$88.00	<input type="checkbox"/> Consulta psicológica	\$25.50	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	\$117.00	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	\$24.50	<input type="checkbox"/> Mastografía	\$523.50	<input type="checkbox"/> Terapia física	\$29.50	<input type="checkbox"/> Ultrasonido	\$291.50	<input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje	\$24.50	<input type="checkbox"/> Certificado especial	\$58.50	<input type="checkbox"/> Servicios odontológicos	\$29.50	(físico, auditivo, visual, oral, general)		(amalgamas, resinas, extracciones, curaciones, profilaxis)			
<input type="checkbox"/> Consulta médica	\$25.50	<input type="checkbox"/> Certificado médico escolar	\$61.00																																				
<input type="checkbox"/> Revisión dental	\$30.50	<input type="checkbox"/> Certificado deportivo	\$61.00																																				
<input type="checkbox"/> Consulta nutricional	\$25.50	<input type="checkbox"/> Certificado laboral	\$88.00																																				
<input type="checkbox"/> Consulta psicológica	\$25.50	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	\$117.00																																				
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	\$24.50	<input type="checkbox"/> Mastografía	\$523.50																																				
<input type="checkbox"/> Terapia física	\$29.50	<input type="checkbox"/> Ultrasonido	\$291.50																																				
<input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje	\$24.50	<input type="checkbox"/> Certificado especial	\$58.50																																				
<input type="checkbox"/> Servicios odontológicos	\$29.50	(físico, auditivo, visual, oral, general)																																					
(amalgamas, resinas, extracciones, curaciones, profilaxis)																																							
Fundamento Jurídico para el cobro:	ARTÍCULO 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 102 Y 103 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE PUEBLA; 2 Y 5 DEL CÓDIGO FISCAL Y HACENDARIO PARA EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS CHOLULA; 1, 2 Y 40 DE LA LEY DE INGRESOS DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS CHOLULA, PARA EL EJERCICIO FISCAL CORRESPONDIENTE																																						
¿En qué momento se realiza el cobro?:	ANTES DE LA CONSULTA, EN EL ÁREA DE CAJA O RECEPCIÓN.																																						
Forma de determinar el monto:	DE ACUERDO A LA LEY DE INGRESOS. MUNICIPAL.	Medios o alternativas para realizar el pago: EFECTIVO																																					
Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla:	NO APLICA DEBIDO A QUE EL PAGO ES INMEDIATO.																																						
<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: (teléfono, correo electrónico)	Horarios de atención y domicilio:																																				
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA CONTRALORÍA MUNICIPAL	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