

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:	Programas 1 "Cambiando Vidas con aparatos ortopédicos"		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	- Inscripción a programa		
Homoclave que se le asigne:			
Dependencia o entidad que lo realiza:	Coordinación de trabajo social del Sistema municipal DIF de San Andrés Cholula		
Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste Leyes, Reglamentos, Manuales):	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución política de los Estado Unidos Mexicanos. - Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. - Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal del Honorable Ayuntamiento de San Andrés Cholula, Puebla. - Reglamento interior del Sistema para el Desarrollo Integral Familia del Honorable Ayuntamiento del Municipio de San Andrés Cholula, Puebla. 		
Datos Institucionales de contacto de la o el responsable del trámite o servicio:	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN
	222 296 6234	Trabajo.social.smdifsach@gmail.com	Coordinación de trabajo social del Sistema Municipal DIF: Av. Maximino Ávila Camacho 607, Santiago Xicotenco, San Andrés Cholula, Puebla.
Ubicación, horario y días de atención:	Lunes a viernes 9:00 a 15:00 horas.		
¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:	Cualquier residente del Municipio de San Andrés Cholula que requiera el apoyo y que se encuentre en estado de vulnerabilidad.		
Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:	Al inscribirse a un programa, se otorga un número de folio.		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	<p>"Cambiando Vidas con aparatos ortopédicos"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de la credencial de elector (de la persona solicitante y en caso de ser menor de edad, del tutor). • Copia del acta de nacimiento (solo aplica para personas menores de edad). • Clave única de registro de población (CURP) actualizada. • Copia del comprobante de domicilio actualizado (CFE, cable, o teléfono) 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado y dictamen médico del año 2024 (el certificado médico aplica en la solicitud de silla de ruedas, muletas y bastones canadienses, así como en las personas menores de 60 años que requieran cualquier aparato ortopédico) 		
Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:	Es un trámite para persona física.		
Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:	ESCRITO LIBRE		FORMATO
			X
Dirección URL de los formatos:	<p>Formato solicitud de apoyo https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATOS/TRABAJO%20SOCIAL/SOLICITUD%20DE%20APOYO-2024.pdf</p> <p>https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATOS/TRABAJO%20SOCIAL/RECIBO%20DONACION%202024.pdf</p> <p>https://transparencia.sach.gob.mx/archivos_pnt/DIF/FORMATOS/TRABAJO%20SOCIAL/ESTUDIO%20SOCIOECONOMICO%202024.pdf</p>		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	<ol style="list-style-type: none"> 1- Acudir con la documentación solicitada al lugar de recepción de ventanilla de acuerdo con las convocatorias de los programas. 2- Una vez presentada la documentación completa y que sea correcta, se procede al llenado de formatos de acuerdo con la información proporcionada por el/la solicitante. 3- En caso de resultar beneficiado del programa, una vez inscrito, el personal adscrito a DIF se comunicará a los números de teléfono que hayan proporcionado el día de inscripción, con la finalidad de indicarle la fecha, horario y lugar de entrega del apoyo solicitado. 		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI	NO (X)	OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL: ARTÍCULO 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:	<p>Toda la documentación presentada el día de inscripción quedará bajo la coordinación de trabajo social del Sistema Municipal DIF, para fines de acreditación y comprobación de los apoyos otorgados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de la credencial de elector (de la persona solicitante y en caso de ser menor de edad, del tutor). • Copia del acta de nacimiento (solo aplica para personas menores de edad). • Clave única de registro de población (CURP) actualizada. • Copia del comprobante de domicilio actualizado (CFE, cable, o teléfono). • Certificado o dictamen médico. • Formatos que contienen formación como: firma de la persona solicitante, edad, sexo, números telefónicos, estado civil, ingresos y egresos mensuales. 		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	Nombre y firma del servidor público.		HORARIOS DE ATENCIÓN: Los horarios que indique las convocatorias o en su caso en el horario de atención al público en general de oficinas. Lunes a viernes 9:00 a 15:00 horas
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	Para los programas: Aproximadamente 30 días hábiles	APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA: APLICA NEGATIVA FICTA	

En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico:	NEGATIVA		
Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:	NEGATIVA		
Fundamento jurídico para la vigencia:	NEGATIVO		
Criterios de resolución:	NEGATIVA		
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:	AFIRMATIVA 222 296 6234		
MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES			
Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:	GRATUITO		
Fundamento Jurídico para el cobro:	NA		
¿En qué momento se realiza el cobro?:	NA		
Forma de determinar el monto:	NA	Medios o alternativas para realizar el pago: NA	
Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla:	NA		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite:	El trámite lo puede realizar un familiar directo de la persona que requiere el apoyo.		
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	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