

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:	EXPEDICION DE CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
Homoclave que se le asigne:			
Dependencia o entidad que lo realiza:	SISTEMA MUNICIPAL DIF DE SAN ANDRES CHOLULA COORDINACION DE SALUD		
Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste Leyes, Reglamentos, Manuales):	Artículos 115 fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 102 y 103 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla; artículos 2 fracción V, 4, 8, 16 fracciones I, IV, 17 y 150 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla 1, 7, 8, 14 fracción VIII, 28, 41, 43 y 91 Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal del Honorable Ayuntamiento de San Andrés Cholula; y 1, 6 fracción I, 8 y 12 del Reglamento Interior del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia del Honorable Ayuntamiento de San Andrés Cholula		
Datos Institucionales de contacto de la o el responsable del trámite o servicio:	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN
	222 296 6234	Coordinación.salud.difsach@gmail.com	AV. MAXIMINO A. CAMACHO 607, SANTIAGO XICOTENCO, 72810 SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
Ubicación, horario y días de atención:	08:00 a 20:00		
¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:	PUBLICO EN GENERAL		

Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:	CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	-NA		
Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:	FISICA		
Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:	ESCRITO LIBRE		FORMATO
			X
Dirección URL de los formatos:	EL FORMATO ES LLENADO POR EL ESPECIALISTA AL MOMENTO DE LA CONSULTA		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	ACUDIR A LAS INSTALACIONES DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE SAN ANDRÉS CHOLULA SOLICITAR EL SERVICIO CUBRIR EL PAGO CORRESPONDIENTE AL CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI	NO X	OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL:
Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:	GRUPO SANGUINEO IMPRESO NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANTE O EN SU CASO LA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR.		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	NA	HORARIOS DE ATENCIÓN: 08:00 A 20:00	
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	INMEDIATO	APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA: NO APLICA	
En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico:	NA		

Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:	3 MESES		
Fundamento jurídico para la vigencia:	NA		
Criterios de resolución:	CUBRIR EL PAGO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO		
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:	NA		
MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES			
Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:	\$64.00		
Fundamento Jurídico para el cobro:	Art.. 40 numeral 1 de la Ley de Ingresos del Municipio de San Andrés Cholula para el ejercicio fiscal 2024		
¿En qué momento se realiza el cobro?:	PREVIO A RECIBIR LA ATENCION (VENTANILLA)		
Forma de determinar el monto:	LEY DE INGRESOS	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:	NA		
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