

MEJORA REGULATORIA			
FICHA DE TRÁMITES Y SERVICIOS			
Marcar con una "X" si se trata de un trámite o servicio:	TRÁMITE X		SERVICIO
Nombre y descripción del trámite o servicio:	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		
Homoclave que se le asigne:			
Dependencia o entidad que lo realiza:	SISTEMA MUNICIPAL DIF DE SAN ANDRÉS CHOLULA PUEBLA		
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; 1, 9, 10 Y 11 DE LA LEY DE PROTECCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PARA EL ESTADO DE PUEBLA; 28 FRACCIONES I, III, V, VI, X y XII DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DEL HONORABLE AYUNTAMIENTO SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA. 25FRACCIONES I, II Y III 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	discapacidad.sach@gmail.com	Av. Maximino A. Camacho 607, Santiago Xicotenco, 72810 San Andrés Cholula, Pue
Ubicación, horario y días de atención:	Av. Maximino A. Camacho 607, Santiago Xicotenco, 72810 San Andrés Cholula, Pue 9:00-17:00 Horas Lunes a Viernes		
¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:	Cualquier ciudadano que pertenezca al Municipio de San Andrés Cholula que presente alguna discapacidad con un documento avalado por el médico especialista.		
Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:	Certificado de Discapacidad		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	1 copia de acta de nacimiento 1 copia de CURP 1 copia de comprobante domiciliario 1 copia de INE (en caso de ser menor de edad del padre o tutor) 3 Fotografías infantiles 1 copia del resumen o valoración por un médico especialista correspondiente a la discapacidad.		
Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:	Persona física		
Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:	ESCRITO LIBRE		FORMATO
			X

Dirección URL de los formatos:	EL LLENADO DEL FORMATO DE CÉDULA DE INSCRIPCIÓN ES REALIZADO POR EL PERSONAL ADSCRITO A LA COORDINACIÓN DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario asiste a la Coordinación de Atención Especializada para personas con Discapacidad. 2. Pregunta por el certificado de Discapacidad. 3. Traer los documentos de manera física y completos para crear el expediente clínico y extender el Certificado de Discapacidad avalado por DIF NACIONAL 4. Se le da un formato con la fecha y hora señalada para que se presente en área médica. 5. Se comparte expediente completo a coordinación de salud para que esta misma pueda realizar el certificado, por el personal competente a ello (médicos). 6. El usuario asiste el día mencionado para la realización de dicho documento. 		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI	NO X	FUNDAMENTO LEGAL: ARTÍCULOS: 4
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:	22230829898		HORARIOS DE ATENCIÓN: 9:00-17:00 Horas
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	7 días hábiles	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:	No aplica		
Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:	1 AÑO		
Fundamento jurídico para la vigencia:	NA		
Criterios de resolución:	Traer la documentación de forma inmediata para poder otorgar fecha.		
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		
MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES			
Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:	\$120.00MN		
Fundamento Jurídico para el cobro:	Ley de ingresos del Municipio de San Andrés Cholula ART. 40 Numeral 4		
¿En qué momento se realiza el cobro?:	Antes de pasar a sala de espera para que se pueda realizar dicho documento.		
Forma de determinar el monto:	Ley de ingresos del Municipio de San Andrés Cholula Ejercicio Fiscal 2024	Medios o alternativas para realizar el pago: Efectivo	

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:			
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