

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:	CONSULTA DE NEUROLOGÍA		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	CONSULTA DE NEUROLOGÍA		
Homoclave que se le asigne:	SMDIF-2024-3133-024-A		
Dependencia o entidad que lo realiza:	SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA/ DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD		
Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste Leyes, Reglamentos, Manuales):	FUNDAMENTO LEGAL: 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 33 Ext 144	discapacidad.sach@gmail.com	3 SUR #1520 SANTA MARÍA CUACO SAN ANDRÉS CHOLULA
Ubicación, horario y días de atención:	09:00 – 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 INTELECTUAL O ALGÚN TRASTORNO.		
Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:	VALORACIÓN DE NEUROLOGÍA CON UN DIAGNÓSTICO CORRECTO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	1. ACUDIR A AGENDAR CITA (Pagar anticipo del 50% del monto total) 2. LIQUIDAR PAGO (Directamente con el médico)		
Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:	SERVICIO PARA PERSONA FÍSICA		
Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:	ESCRITO LIBRE	FORMATO	
	X		
Dirección URL de los formatos:	FORMATO DE CÉDULA DE INSCRIPCIÓN		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	1. USUARIO ASISTE A LA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 2. PREGUNTA POR LOS HORARIOS DE MEDICO NEURÓLOGO. 3. SE AGENDA CITA Y SE LE DA AL USUARIO LA FECHA Y HORA INDICADA. 4. EL USUARIO ASISTE EL DÍA MENCIONADO PARA LA REALIZACIÓN DE DICHO DOCUMENTO.		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI	NO X	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
Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:	COPIA DE VALORACIÓN DE NEURÓLOGO		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	2223082989	HORARIOS DE ATENCIÓN: 9:00-17:00 HORAS	
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	INMEDIATA	APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA: NO	
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:	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (1, 3 O 5 AÑOS SEGÚN SEA EL CASO)		
Fundamento jurídico para la vigencia:	NO APLICA		
Criterios de resolución:	DOCUMENTACIÓN VALIDADA POR UN MÉDICO ESPECIALISTA.		
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:	\$700.00MN		
Fundamento Jurídico para el cobro:	FUE POR CONVENIO		
¿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:	FUE POR CONVENIO	MEDIOS O ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO: EFECTIVO	
Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla:	N/A		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite:	PRESENTAR DOCUMENTACIÓN EN ORIGINAL Y UNA COPIA PARA SU PERTINENTE COTEJO		
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