

| MEJORA REGULATORIA  |  |  |   |
|---|--|--|---|
| FICHA DE TRÁMITES Y SERVICIOS   |  |  |   |
| Marcar con una "X" si se trata de un trámite o servicio:                              | Trámite  |  | Servicio<br>X   |
| Nombre y descripción del trámite o servicio:  | Otorgar terapias de rehabilitación en materia de prevención, detección, atención a las personas que padezcan alguna discapacidad visual, auditiva, motriz, sensorial, cognitiva, etc. Terapia de educación terapéutica especial (ETE)  |  |   |
| Nombre ciudadano del trámite o servicio:  | TERRAPIAS DE EDUCACIÓN TERAPEUTICA ESPECIAL  |  |   |
| Homoclave que se le asigne:   | SMDIF-2023-3133-006-A  |  |   |
| Dependencia o entidad que lo realiza:   | SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  |  |   |
| 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; 20 FRACCIONES I, II 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   |
|   | 2222966233   | rehabilitacion.sanandres2023@gmail.com | Calle 3 Sur 1520, Santa María Cuaco, C.P: 72810, San Andrés Cholula, Pue. (Unidad Básica De Rehabilitación-Sistema Municipal DIF)   |
| Ubicación, horario y días de atención:  | Ubicación: Calle 3 Sur 1520, Santa María Cuaco, Sistema Municipal DIF San Andrés Cholula, Pue. de: lunes a viernes de 9:00 -15:00 horas<br>horario de servicios:<br>Terapia de educación terapéutica especial (ET) 8:00-15:00 HRS.   |  |   |
| ¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:                   | Cualquier ciudadano que radique en el municipio y requiera el servicio de rehabilitación   |  |   |
| Documento o beneficio que obtiene la persona beneficiaria o usuaria:                  | Servicio de consultas de rehabilitación  |  |   |
| Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso): | 1 copia por documento:<br>A. Comprobante domicilio (no mayor a 3 meses)<br>B INE paciente y tutor<br>C. CURP del paciente (no mayor a 3 meses)<br>D. Acta de nacimiento del paciente (tamaño carta)<br>E. Fotografía tamaño infantil reciente  |  |   |
| Identificar si es un trámite o servicio para persona física o moral:                  | TRÁMITE PERSONA FÍSICA   |  |   |
| Señalar con una "X" si el trámite o servicio se realiza por:                          | Escrito libre  |  | Formato   |
|   | X  |  |   |
| Dirección URL de los formatos:  | N/A  |  |   |
| Proceso para realizar el trámite o servicio:  | 1. Paciente agenda cita en oficina de la coordinación de rehabilitación en el área de terapia de educación terapéutica especial para ser valorado por la licenciada responsable.<br>2. Una vez realizada su valoración médica, al paciente se le otorga un horario y carnet de citas para poder tomar sus terapias en un horario de 9:00 a 15:00 horas.<br>3. Paciente pasa a caja antes de recibir su terapia a pagar su respectiva cuota de recuperación y recibe el servicio.   |  |   |
| El trámite o servicio requiere inspección o verificación:                             | SI   | NO<br>X                                | FUNDAMENTO LEGAL:<br>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; 20 FRACCIONES I, II Y VI 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:               | EXPEDIENTE CLÍNICO  |   |   |
| En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:                           | Emmanuel Gregorio Paisano<br>Coordinador De Rehabilitación  | Horarios de atención:<br>9:00-17:00 Horas           |   |
| Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:  | Inmediato   | Aplica la afirmativa o negativa ficta:<br>NO APLICA |   |
| En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico:    | N/A   |   |   |
| Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:           | N/A   |   |   |
| Fundamento jurídico para la vigencia:  | N/A   |   |   |
| Criterios de resolución:   | Cumplir con la documentación y el pago correspondiente  |   |   |
| 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  |   |   |
| <b>MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES</b>                                    |   |   |   |
| Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:   | A. Educación terapéutica especial \$34.00 mxn por sesión  |   |   |
| Fundamento Jurídico para el cobro:   | Art. 40 numeral 10, 11, y 12, de la Ley de Ingresos del Municipio de San Andrés Cholula para el Ejercicio Fiscal 2025 |   |   |
| ¿En qué momento se realiza el cobro?:  | A. La terapia se paga directamente en caja del sistema municipal DIF.   |   |   |
| Forma de determinar el monto:  | Ley de Ingresos del Municipio de San Andrés Cholula para el ejercicio Fiscal 2025                                     | MEDIOS O ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO:<br>N/A |   |
| Vigencia de la línea de captura para realizar el pago en caso de requerirla:                             | N/A   |   |   |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |   |   |   |
| Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite:   | N/A   |   |   |
| 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<br>EXT 104                         | De 9:00 a 17:00 horas de lunes a viernes en avenida 16 de Septiembre #102, Colonia Centro, San Andrés Cholula, Puebla   |