

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:	CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR		
Homoclave que se le asigne:	SMDIF-2024-3133-009-A		
Dependencia o entidad que lo realiza:	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA/ DIRECCION DE SALUD		
Fundamento jurídico del trámite o proceso (Enliste Leyes, Reglamentos, Manuales):	FUNDAMENTO LEGAL: 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) 2-96-62-33	coordinacion.salud.difsach@gmail.com	3 sur núm. 1520 Barr. Santa María Cuaco, 72810, San Andrés Cholula, Pue.
Ubicación, horario y días de atención:	8:00-20:00 hrs.		
¿Quién puede o debe realizar el trámite o servicio y en qué casos?:	PÚBLICO 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):	REALIZAR EL PAGO DE CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR EN LA CAJA INDISPENSABLE TRAER SU GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH.		
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:	FORMATOS LLENADOS AL MOMENTO DE LA CONSULTA MEDICA		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACUDIR A LA CASA DE SALUD MÁS CERCANA A SU LOCALIDAD O AL SISTEMA DIF MUNICIPAL</li> <li>- PAGAR EL COSTO POR CONCEPTO DE CONSULTA DENTAL</li> </ul>		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI	NO X	OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL: N/A
Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:	N/A		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	N/A		HORARIOS DE ATENCIÓN: 8:00-17:00 H
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	INMEDIATO		APLICA LA AFIRMATIVA O NEGATIVA FICTA: N/A
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:	CUBRIR EL PAGO		
Canales de atención o modalidad (en línea, presencial y/o telefónica):	N/A		

¿Es posible agendar una cita? En caso de ser afirmativo indicar dirección URL y/o teléfono para agendar:	N/A		
<b>MONTOS DE LOS DERECHOS, PRODUCTOS Y APROVECHAMIENTO APLICABLES</b>			
Indicar el costo o si es gratuito el trámite o servicio:	\$72.00		
Fundamento Jurídico para el cobro:	ART. 40 NUMERAL 1 DE LA LEY DE INGRESOS DEL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS CHOLULA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2025		
¿En qué momento se realiza el cobro?:	PREVIO A LA ATENCIÓN		
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:	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:	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