

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:	PROGRAMAS SOCIALES Y APOYOS		
Nombre ciudadano del trámite o servicio:	ALBERGUE NICAN MOCAL		
Homoclave que se le asigne :	SMDIF-2024-3133-022-A		
Dependencia o entidad que lo realiza:	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA/ DIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL		
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) 2-96-62-33	TRABAJO.SOCIAL.SMDIFSA CH@GMAIL.COM	LATERAL ANILLO PERIFÉRICO S/N, SAN BERNARDINO TLAXCALANCINGO, SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
Ubicación, horario y días de atención:	LUNES A VIERNES 8:00-20:00 HRS. ALBERGUE NICAN MOCAL		
¿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:	ALBERGUE		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	TENER A UN PACIENTE HOSPITALIZADO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA		
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 SOLICITUD		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	<ul style="list-style-type: none"> - ACUDIR AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA - SOLICITAR UN PASE PARA PODER SE BENEFICIADO Y ACCEDER AL ALBERGUE NICAN MOCAL. - PRESENTAR PASE Y 2 COPIAS DE INE DE LA PERSONA O PERSONAS A ALBERGAR. 		
El trámite o servicio requiere inspección o verificación:	SI X	NO	OBJETIVO Y FUNDAMENTO LEGAL: REGLAS DE OPERACIÓN
Información que se deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación:	FORMATOS LLENADOS DE LA SOLICITUD		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	BELEM OCOTOXTLE GACHUPIN	HORARIOS DE ATENCIÓN: 09:00-17:00 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:	INMEDIATO		
Vigencia de la licencia, permiso, registros y demás resoluciones que se emitan o autorización:	INMEDIATO		
Fundamento jurídico para la vigencia:	REGLAS DE OPERACIÓN		
Criterios de resolución:	CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE REGLAS DE OPERACIÓN		

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:	GRATUITO		
Fundamento Jurídico para el cobro:	N/A		
¿En qué momento se realiza el cobro?:	N/A		
Forma de determinar el monto:	N/A	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		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Cualquier otra información que sea útil para que la persona beneficiaria o usuaria realice el trámite:	LAS PERSONAS ALBERGADAS DEBERÁN SER CANALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL DE CHOLULA		
Datos de la autoridad responsable de atender quejas y denuncias:	Autoridad	Datos de contacto: (teléfono, correo electrónico)	Horarios de atención y domicilio:
	CONTRALORÍA MUNICIPAL DE SAN ANDRÉS CHOLULA	TEL. 2222140230 EXT.124	LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 HORAS