

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:	"CAMBIANDO VIDAS CON DIADEMAS OSEAS"		
Homoclave que se le asigne:	SMDIF-2025-3133-004-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.smdifsach@gmail.com	3 Sur Núm. 1520 Barr. Santa María Cuaco, 72810, San Andrés Cholula, Pue.
Ubicación, horario y días de atención:	Lunes a viernes 9:00-17:00 hrs. Dirección de Trabajo Social		
¿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:	Apoyo en especie		
Requisitos para realizar el trámite o servicio (agregar número de copias en su caso):	Ser residente del Municipio de San Andrés Cholula, presentar documentación requerida por la dirección de trabajo social 1 copia de acta de nacimiento (solo si es menor de edad) 1 copia de INE vigente (solicitante y/o tutor) 1 copia de CURP actualizado (solicitante) 1 copia de comprobante de domicilio actualizado 1 copia de certificado médico o de 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:	formatos llenados al momento de la solicitud		
Proceso para realizar el trámite o servicio:	Acudir a la dirección de trabajo social del sistema DIF municipal llevar documentación completa requerida dependiendo del programa solicitado, llenar formatos con información personal		
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:	1 copia de acta de nacimiento (solo si es menor de edad) 1 copia de INE vigente (solicitante y/o tutor) 1 copia de CURP actualizado (solicitante) 1 copia de comprobante de domicilio actualizado 1 copia de certificado médico o de discapacidad		
En caso afirmativo, datos de contacto de la persona inspectora o verificadora:	Belem Ocototlle Gachupin	Horarios de atención: 8:00-17:00 h	
Tiempo máximo de resolución del trámite o Servicio:	3 meses	Aplica la afirmativa o negativa ficta: Negativa ficta	
En su caso, plazo de prevención a la persona beneficiaria o usuaria, así como su fundamento jurídico:	1 día		
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 y telefónica		
¿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:	La selección de los beneficiados es de acuerdo con su estado de vulnerabilidad, discapacidad y de acuerdo al número de apoyos que se cuenten en dicha dirección.		
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