



Datos generales			
<b>1. Nombre del trámite o servicio</b>			
Certificado medico			
<b>2. Denominación de la Dependencia o Entidad responsable/unidad administrativa que otorga el trámite o servicio</b>			
Sistema DIF Municipal/ Centro de Rehabilitación Integral CRI			
<b>3. Descripción del trámite o servicio</b>			
Facilitar la mejoría clínica de los pacientes			
<b>4. ¿En qué casos debe solicitarse el trámite o servicio?</b>			
Cuando el usuario necesite un certificado medico			
<b>5. ¿Es un trámite o servicio?</b>		<b>6. Documento que se obtiene</b>	
Trámite		Certificado medico basico	
<b>8. Población objetivo</b>		<b>9. Tema</b>	
Poblacion en general		Asistencia social	
<b>10. Clasificación</b>		<b>11. Objetivo</b>	
Publico		Otorgamiento de apoyos a personas que requieran su certificado medico basico.	
<b>7. Vigencia</b>			
Cada 6 meses			
Requisitos de entrada			
<b>12. Requisitos</b>		<b>13. Descripción</b>	
Identificación oficial		Identificación oficial emitida por el Instituto Nacional Electoral (INE), Pasaporte o Cedula Profesional	
<b>14. Presentación</b>		Original	
15. Documentación complementaria en casos específicos			
<b>Requisitos</b>		<b>Descripción</b>	
No aplica		Persona Moral (Requisitos básicos mas los complementarios que sean aplicables)	
<b>Presentación</b>		No aplica	
No aplica		No aplica	
<b>16. Observaciones generales</b>			
Es importante mencionar que cada apoyo es diferente, dependiendo el contexto de la persona en situación vulnerable, a su vez se requieren documentos oficiales para validar cada apoyo			
<b>17. Modalidad del trámite o servicio</b>		<b>18. ¿Se requiere formato o escrito libre?</b>	
Presencial		Ambos	
<b>19. Nombre del(os) formato(s) para la gestión del trámite o servicio</b>			
Formato de estudio socioeconómico SMOIF, solicitud de apoyo y agradecimiento			
<b>20. ¿Personal del gobierno municipal acudirá a realizar algún tipo de inspección domiciliaria para otorgar el trámite o servicio?</b>			
No			
<b>21. ¿Qué información deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?</b>			
No aplica			
<b>22. Objetivo de la inspección, verificación o visita domiciliaria</b>			
No aplica			
<b>23. Concepto</b>		<b>24. Monto</b>	
Certificado medico basico		\$65.00	
Método de pago lugares de pago			
<b>25. Método de pago</b>			
Efectivo			
<b>26. Lugares donde se debe efectuar el pago</b>		<b>27. Domicilio de los lugares donde se debe efectuar el pago</b>	
Caja del Centro de Rehabilitación Integral CRI		Camino a las valculas sin numero Colonia el Carmen de San Martin Texmelucan CP 74000	
<b>28. Otros métodos de pago</b>			
No aplica			
<b>29. Sustento legal para su cobro (artículo(s), en su caso fracción(es) y nombre de la normatividad(es))</b>			
Artículo 44 Fracción I inciso b) de la Ley de Ingresos al Municipio de San Martín Texmelucan, para el ejercicio fiscal 2025			
<b>Plazo para la conclusión del trámite o servicio</b>			
<b>30. Días hábiles para otorgar el trámite o servicio</b>			
De 3 a 4 días hábiles			
<b>31. ¿Cuáles son los criterios para la resolución del trámite o servicio?</b>			
Cumplir con los requisitos			
<b>32. En caso de que no se cumpla con los criterios de resolución ¿cuál es el plazo en que el área administrativa responsable informará al solicitante?</b>			
Al momento se le hñace saber la documnetacion faltante para seguir con lo solicitado			
<b>33. ¿Por qué medios se le hará del conocimiento del solicitante que no cumple con los criterios de resolución y la propuesta de solución para para continuar con el trámite o servicio, así como el plazo máximo para solventar los requisitos faltantes?</b>			
De manera personal			
<b>34. Plazo máximo para que el solicitante cumpla con los criterios de resolución, una vez notificado de la prevención de faltantes u otro tipo de incumplimiento que establece el procedimiento del trámite o servicio</b>			
De tres a cuatro días hábiles			
<b>35. Derechos del usuario ante la negativa o la falta de respuesta (especificar si aplica la afirmativa o negativa ficta)</b>			
No aplica			
<b>Unidad Administrativa y Lugar(es) donde se realiza el trámite o servicio</b>			
<b>36. Nombre del área administrativa responsable del trámite o servicio</b>			
Centro de Rehabilitación Integral CRI			
<b>37. Dirección del área (calle, número interior y exterior, colonia, código postal y municipio)</b>			
Camino a las valculas sin numero Col. El Carmen San Martin Texmelucan			
<b>38. Correo electrónico de contacto para consultas sobre el trámite o servicio</b>		<b>39. Teléfono de atención para consultas sobre el trámite o servicio</b>	
cri@sanmartintexmelucan.gob.mx		2484843371	
<b>40. Horario de atención</b>		8:00am A 4:00pm	
<b>Fundamento jurídico del trámite o servicio</b>			
<b>41. Fundamento jurídico del trámite, requisitos, inspección, aplicación de afirmativa o negativa ficta, vigencia, criterios de resolución y plazo para informar al solicitante sobre faltante o incumplimientos en el procedimiento (artículo(s), en su caso, fracción(es) y nombre de la normatividad)</b>			
Artículo 20, pagina 11 de la Ley para el sistema de asistencia Social del Estado de Puebla Artículos 1, 2, 3, 4, 6, 32, 33 de la Ley Estatal de Salud.			
Información adicional			
<b>42. Enunciar información que considere importante sobre el procedimiento y resolución del trámite o servicio, en su caso, el hipervínculo en donde se pueda consultar</b>			
No aplica			
<b>Datos de quien valida la información:</b>			
<b>43. Nombre</b>		<b>44. Puesto</b>	
Luis Fernando Martinez Juarez		Director General de DIF Municipal	
Alejandro Jesus Garcia Jimenez		Director del CRI	
Gisela Gabriela Rivera Juarez		Jefatura Medicina General CRI	
<b>45. Firma</b>			
<b>46. Para interponer quejas y/o denuncias sobre trámites y servicios</b>			
<b>Nombre del área para interponer quejas o denuncias</b>		<b>Ubicación del área para interponer quejas o denuncias</b>	
Subcontraloría de Investigación y Contraloría Social (Contraloría municipal)		Boulevard Xicoltecanl No. 612 Colonia San Damian, San Martin Texmelucan, CP. 74000	
<b>Protesta ciudadana, quejas o denuncias de manera electrónica</b>			
<a href="https://appwebti.com/modulo_quejasdenuncias/">https://appwebti.com/modulo quejasdenuncias/</a>			
<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono de atención</b>	
quejasydenuncias@sanmartintexmelucan.gob.mx		248 156 99 12	
<b>Horario de atención</b>		Lunes a viernes de 09:00-17:00 horas	
<b>47. De uso exclusivo de la Contraloría Municipal</b>			
<b>Número de registro de trámite o servicio</b>			
CTS-SDIFM-076-2025			
<b>48. Pasos para realizar el trámite</b>			
<b>Presencial</b>			
Paso 1: Acudir a las instalaciones del CRI Mupinal,			
Paso 2: Entrega de los requisitos completos,			
Paso 3: Aceptación y aprobación de solicitud,			
Paso 4: Realizar tu pago			
<b>En línea</b>			
No aplica			
<b>De manera telefónica</b>			
No aplica			