SAN MARTÍN TEXMELUCAN

CONTRALORÍA MUNICIPAL

# Cédula de Trámites y Servicios
## Contraloría Municipal
## Dirección de Mejora Regulatoria

| Datos generales | | | |
|---|---|---|---|
| **1. Nombre del trámite o servicio** | | | |
| Ingreso al Centro de Rehabilitación Integral | | | |
| **2. Denominación de la Dependencia o Entidad responsable/unidad administrativa que otorga el trámite o servicio** | | | |
| Sistema DIF Municipal / Centro de Rehabilitación Integral CRI | | | |
| **3. Descripción del trámite o servicio** | | | |
| Obtencion de un carnet de citas, en el cual se agenden las posteriores consultas que ofrece el CRI Municipal | | | |
| **4. ¿En qué casos debe solicitarse el trámite o servicio?** | | | |
| Cuando el solicitante desee obtener un servicio que oferta el CRI Municipal | | | |
| **5. ¿Es un trámite o servicio?** | **6. Documento que se obtiene** | | **7. Vigencia** |
| Servicio | No aplica | | Permanente |
| **8. Población objetivo** | **9. Tema** | **10. Clasificación** | **11. Objetivo** |
| Población en general | Asistencia social | Público | Obtener carnet de ingreso al CRI |

| Requisitos de entrada | | |
|---|---|---|
| **12. Requisitos** | **13. Descripción** | **14. Presentación** |
| 1. Identificación oficial | Identificación Oficial emitida por Instituto Nacional Electoral (INE)/ | Copia |
| 2. Acta Nacimiento | Documento presentado de cualquier formato que valide sus datos | Copia |
| 3. Clave Unica de Registro de Población (CURP) | De la persona que va ingresar ya sea adulto o menor de edad | Copia |
| 3. Fotografía tamaño infantil | Blanco y negro o a color del paciente | Original |
| 4. Comprobante de domicilio | Presentar copia de comprobante de domicilio (recibo de luz, | Original |

| 15. Documentación complementaria en casos específicos | | |
|---|---|---|
| **Requisitos** | **Descripción** | **Presentación** |
| No aplica | No aplica | No aplica |
| | | |

| 16. Observaciones generales | |
|---|---|
| El tiempo aproximado de atención es de treinta minutos | |
| **17. Modalidad del trámite o servicio** | **18. ¿Se requiere formato o escrito libre?** |
| Presencial | Sí, Formato |
| **19. Nombre del(os) formato(s) para la gestión del trámite o servicio** | |
| Formato de estudio socioeconómico SMDIF | |
| **20. ¿Personal del gobierno municipal acudirá a realizar algún tipo de inspección domiciliaria para otorgar el trámite o servicio?** | |
| Sí | |
| **21. ¿Qué información deberá conservar para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o servicio?** | |
| Fotografías de la visita | |
| **22. Objetivo de la inspección, verificación o visita domiciliaria** | |
| Se realiza verificación domiciliaria para validar en casos específicos y determinar la viabilidad de exentar pago, se les expida por parte del CRI el carnet de citas. | |

| Costo | |
|---|---|
| **23. Concepto** | **24. Monto** |
| Cuota de recuperación por consulta de medicina General del CRI, para su valoración y determinar a que área o | $ 62.00 |
| | |

| Método de pago lugares de pago | |
|---|---|
| 25. Método de pago | |
| Efectivo | |
| **26. Lugares donde se debe efectuar el pago** | **27. Domicilio de los lugares donde se debe efectuar el pago** |
| Cajas del Centro de Rehabilitación Integral CRI | Camino a las válvulas sin numero Colonia El Carmen de San Martín Texmelucan CP 74000 |
| **28. Otros métodos de pago** | **29. Datos del método de pago** |
| No aplica | No aplica |
| **30. Sustento legal para su cobro (nombre de la normatividad(es), artículo(s), en su caso fracción(es))** | |
| Artículo 44 Fracción I inciso a) de la Ley de Ingresos del Municipio de San Martín Texmelucan, para el Ejercicio Fiscal 2024 | |

| Plazo para la conclusión del trámite o servicio |
|---|
| **31. Días hábiles para otorgar el trámite o servicio** |
| 3 dias habiles |
| **32. ¿Cuáles son los criterios para la resolución del trámite o servicio?** |
| Cumplir con los requisitos |
| **33. 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?** |
| Al momento se le hace saber la documentación faltante para seguir con lo solicitado |
| **34. ¿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?** |
| De manera personal |

| |
|---|
| **35. 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** |
| No aplica |
| **36. Derechos del usuario ante la negativa o la falta de respuesta (especificar si aplica la afirmativa o negativa ficta)** |
| No aplica |
| **Unidad Administrativa y Lugar(es) donde se realiza el trámite o servicio** |
| **37. Nombre del área administrativa responsable del trámite o servicio** |
| Centro de Rehabilitación Integral CRI |
| **38. Dirección del área (calle, número interior y exterior, colonia, código postal y municipio)** |
| Camino a las Válvulas s/n, Col. El Carmen, San Martín Texmelucan. |

| 39. Correo electrónico de contacto para consultas sobre el trámite o servicio | 40. Teléfono de atención para consultas sobre el trámite o servicio | 41. Horario de atención |
|---|---|---|
| cri.sanmartin.contacto@gmail.com | 2484843371 | Lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas |

| |
|---|
| **Fundamento jurídico del trámite o servicio** |
| **42. 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 (nombre de la normatividad, artículo(s), en su caso, fracción(es))** |
| Artículo 20, pagina 11 de la Ley para el sistema de asistencia Social del Estado de Puebla.<br>Artículos 1, 2, 3, 4, 6, 32, 33 de la Ley Estatal de Salud. |
| **43. Enunciar información que considere importante sobre el procedimiento y resolución del trámite o servicio, en su caso, el hipervínculo en donde se pueda consultar** |
| |

| Datos de quien valida la información: | | |
|---|---|---|
| **44. Nombre** | **45. Puesto** | **46. Firma** |
| Leticia Garcia Acosta | Directora General DIF Municipal | |
| Jalum Vazquez Yamak | Directora del CRI | |
| Gisela Gabriela Rivera Juárez | Jefatura Medicina General CRI | |

| 47. Para interponer quejas y/o denuncias sobre trámites y servicios | |
|---|---|
| **Nombre del área para interponer quejas o denuncias** | **Ubicación del área para interponer quejas o denuncias** |
| Subcontraloría de Investigación y Contraloría Social (Contraloría Municipal) | Boulevard Xicoténcatl No. 612 Colonia San Damián, San Martin Texmelucan, CP 74000 |

| Protesta ciudadana, quejas o denuncias de manera electrónica | | |
|---|---|---|
| https://forms.gle/vi7VbxfPvZ6D4qTm7 | | |
| **Correo electrónico** | **Teléfono de atención** | **Horario de atención** |
| quejaodenunciaciudadana@gmail.com | 248 156 99 12 | Lunes a viernes de 09:00-17:00 horas |

| |
|---|
| **48. De uso exclusivo de la Contraloría Municipal** |
| **Número de registro de trámite o servicio** |
| CTS-SDIFM-074-2024 |
| **49. Pasos para realizar el trámite** |
| **Presencial** |
| **Paso 1:** Acudir a las instalaciones de CRI Municipal<br>**Paso 2:** Entregar los requisitos completos.<br>**Paso 3:** Aceptación de solicitud.<br>**Paso 4:** Realizar el pago. |
| **En línea** |
| No aplica |
| **De manera telefónica** |
| No aplica |