



| Datos generales | | | |
|---|---|---|--|
| 1. Nombre del trámite o servicio | | | |
| Apoyos Auxiliares Auditivos | | | |
| 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 | | | |
| Facilitar la mejora clínica de los pacientes | | | |
| 4. ¿En qué casos debe solicitarse el trámite o servicio? | | | |
| En caso de requerir apoyo de auxiliares auditivos | | | |
| 5. ¿Es un trámite o servicio? | 6. Documento que se obtiene | | 7. Vigencia |
| Trámite | No aplica | | Permanente |
| 8. Población objetivo | 9. Tema | 10. Clasificación | 11. Objetivo |
| Poblacion en general | Asistencia Social | Público | Otorgamiento de apoyos a personas que soliciten auxiliares auditivos |
| Requisitos de entrada | | | |
| 12. Requisitos | | 13. Descripción | 14. Presentación |
| 1- Identificación oficial | | Unicamente se acepta Identificación Oficial emitida por el Instituto Nacional Electoral (INE) | Copia |
| 2- Comprobante de domicilio | | Recibo de comision federal electoral (CFE) no mayor a 3 meses | Copia |
| 3- Audiometría | | Se solicita de manera obligatoria y presentar el documento | Original |
| 15. Documentación complementaria en casos específicos | | | |
| Requisitos | | Descripción | Presentación |
| Persona Moral (Requisitos básicos mas los complementarios que sean aplicables) | | | |
| No aplica | | No aplica | No aplica |
| 16. Observaciones generales | | | |
| No aplica | | | |
| 17. Modalidad del trámite o servicio | | 18. ¿Se requiere formato o escrito libre? | |
| Presencial | | Formato | |
| 19. Nombre del(os) formato(s) para la gestión del trámite o servicio | | | |
| Solicitud de apoyo y agradecimiento | | | |
| 20. ¿Personal del gobierno municipal acudirá a realizar algún tipo de inspección domiciliaria para otorgar el trámite o servicio? | | | |
| Si | | | |
| 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 | | | |
| Corroborar que el solicitante requiera el apoyo | | | |
| 23. Concepto | | 24. Monto | |
| No aplica | | No aplica | |
| Método de pago lugares de pago | | | |
| 25. Método de pago | | | |
| No aplica | | | |
| 26. Lugares donde se debe efectuar el pago | | 27. Domicilio de los lugares donde se debe efectuar el pago | |
| No aplica | | No aplica | |
| 28. Otros métodos de pago | | | |
| No aplica | | | |
| 29. Sustento legal para su cobro (artículo(s), en su caso fracción(es) y nombre de la normatividad(es)) | | | |
| No aplica | | | |
| Plazo para la conclusión del trámite o servicio | | | |
| 30. Días hábiles para otorgar el trámite o servicio | | | |
| De 3 a 4 días hábiles | | | |
| 31. ¿Cuáles son los criterios para la resolución del trámite o servicio? | | | |
| Cumplir con los requisitos | | | |
| 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? | | | |
| Al momento se le hace saber la documentación faltante para seguir con lo solicitado | | | |
| 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? | | | |
| De manera personal | | | |
| 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 | | | |
| De tres a cuatro días hábiles | | | |
| 35. 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 | | | |
| 36. Nombre del área administrativa responsable del trámite o servicio | | | |
| Centro de Rehabilitación Integral CRI | | | |
| 37. Dirección del área (calle, número interior y exterior, colonia, código postal y municipio) | | | |
| Camino a las valvulas sin numero Col. El Carmen, San Martín Texmelucan | | | |
| 38. Correo electrónico de contacto para consultas sobre el trámite o servicio | 39. Teléfono de atención para consultas sobre el trámite o servicio | 40. Horario de atención | |
| cri@sanmartintexmelucan.gob.mx | 2484843371 | 8:00am A 4:00pm | |
| Fundamento jurídico del trámite o servicio | | | |
| 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) | | | |
| 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 | | | |
| 42. Enunciar información que considere importante sobre el procedimiento y resolución del trámite o servicio, en su caso, el hipervinculo en donde se pueda consultar | | | |
| No aplica | | | |
| Datos de quien valida la información: | | | |
| 43. Nombre | 44. Puesto | 45. Firma | |
| Luis Fernando Martinez Juarez | Director General de DIF Municipal | | |
| Alejandro Jesus Garcia Jimenez | Director del CRI | | |
| Gisela Gabriela Rivera Juarez | Jefatura de medicina General CRI | | |
| 46. 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 Xicoltecanl No.612 Colonia San Damian, San Martín Texmelucan CP. 74000 | |
| Protesta ciudadana, quejas o denuncias de manera electrónica | | | |
| https://appwebdli.com/modulo_quejasydenuncias/ | | | |
| Correo electrónico | Teléfono de atención | Horario de atención | |
| quejasydenuncias@sanmartintexmelucan.gob.mx | 248 156 99 12 | Lunes a viernes de 09:00-17:00 horas | |
| 47. De uso exclusivo de la Contraloría Municipal | | | |
| Número de registro de trámite o servicio | | | |
| CTS-SDIFM-077-2025 | | | |
| 48. Pasos para realizar el trámite | | | |
| Presencial | | | |
| Paso 1: Acudir a las instalaciones del CRI Municipal, | | | |
| Paso 2: Entregar los requisitos completos, | | | |
| Paso 3: Aceptación y aprobación de solicitud, | | | |
| Paso 4: Otorgamiento de apoyo | | | |
| En línea | | | |
| No aplica | | | |
| De manera telefónica | | | |
| No aplica | | | |