

OFICIO Núm. CM-1075/2019

Hoja 1 de 2

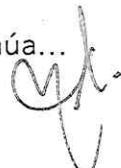
~~MARCELA IBARRA MATEOS  
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL  
P R E S E N T E~~

Con fundamento en el Capítulo III de la Ley General de Mejora Regulatoria; Capítulo III de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Puebla; los artículos 2250 fracción X, 2253 y 2260 del Código Reglamentario para el Municipio de Puebla; 6 fracción II, 12 fracción II y 15 fracciones I, IV, V y XVI del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal del H. Ayuntamiento del Municipio de Puebla; en respuesta a su OFICIO Núm. SEDESO-409/2019 en el cual solicita se exente de presentar el Análisis de Impacto Regulatorio (AIR) relativo a la creación del Formato Único de Registros de Personas Usuarias de los Centros de Desarrollo Comunitario (CDS) y Centros Integradores de Servicios (CIS), me permito informarle que se ha verificado lo siguiente.

- a) No genera costos de cumplimiento;
- b) No crea nuevas obligaciones para los particulares;
- c) Modifica el trámite *Inscripción a cursos, talleres, consultas y servicios en los Centros de Desarrollo Comunitario* simplificando y facilitando el cumplimiento; y
- d) No reduce, ni restringe derechos o prestaciones para los particulares.

Por lo anterior, considerando que no se recibieron opiniones, ni comentarios derivados del proceso de consulta pública, llevado a cabo del 03 de junio al 05 de julio del presente, sobre la Agenda Regulatoria que incluye el Proyecto de Regulación en mención, como Autoridad de Mejora Regulatoria del Ayuntamiento del Municipio de Puebla y con base en la normatividad aplicable, dictamino como procedente la exención de Análisis de Impacto Regulatorio para la creación del Formato Único de Registros de Personas Usuarias de los Centros de Desarrollo Comunitario (CDS) y Centros Integradores de Servicios (CIS). Se sugiere continuar con el procedimiento para su entrada en vigor, una vez que haya sido asignado el número de registro correspondiente por la Subcontraloría de Evaluación y Control.

Continúa...



Los elementos esenciales que no podrán ser objeto de modificación en el Formato Único de Registros de Personas Usuarias de los Centros de Desarrollo Comunitario (CDS) y Centros Integradores de Servicios (CIS), serán todos aquellos que incluye el documento en cuanto al contenido. Podrán sufrir modificación sin perjuicio del dictamen de exención, siempre y cuando la modificación sea a la forma del formato y el contenido se mantenga sin generar costos de cumplimiento, sin crear obligaciones para particulares y sin reducir o restringir derechos. De lo contrario, se sujetará al procedimiento de Análisis de Impacto Regulatorio previsto por la normatividad.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, A 09 DE SEPTIEMBRE DE 2019  
"PUEBLA, CIUDAD INCLUYENTE"

MARIO DAVID RIVEROLL VÁZQUEZ  
CONTRALOR MUNICIPAL



- C. c. p María Fernanda Sánchez Anaya.- Enlace de Mejora Regulatoria de la Secretaría de Desarrollo Social.- Para su conocimiento [fernanda.s.anaya@gmail.com](mailto:fernanda.s.anaya@gmail.com).  
Presente.-  
Mayela Lora Solís.- Directora de la Unidad de Mejora Regulatoria.- Para su seguimiento.- [umrpue1821@gmail.com](mailto:umrpue1821@gmail.com) Presente.  
Aurora Virginia Parada Salomón.- Subcontralora de Evaluación y Control, Para su seguimiento.- [secde.cm1418@gmail.com](mailto:secde.cm1418@gmail.com).-Presente  
Archivo  
Folio: 7078  
AVPS/MAS/jam

No. de matrícula		Fecha de registro			
Curso al que asiste			Día	Mes	Año

**DATOS DE LA USUARIA O USUARIO**

Foto (No aplica para CIS)	Nombre:					
		Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno		
Firma o huella	Fecha de nacimiento:		Edad:		Sexo:	F M
	Domicilio:				No. Exterior	No. Interior
		Calle				
	Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional, etc.					
		Tel. de casa	Tel. de trabajo	Celular		
	Correo electrónico:					

**SALUD**

¿Padece alguna enfermedad o alergia?	Sí	No	¿Cuál?		Tipo de sangre:	
--------------------------------------	----	----	--------	--	-----------------	--

Afiliado a:	IMSS	ISSSTE	ISSSTEP	SSA	SEG. POPULAR	Otro:	
-------------	------	--------	---------	-----	--------------	-------	--

No. de afiliación	
-------------------	--

**DATOS DE LAS Y LOS TUTORES**

Llenar únicamente si la o el usuario es menor de edad:

Nombre(s) madre o tutor	Apellido paterno	Apellido materno	Teléfono	Firma
Nombre(s) padre o tutor	Apellido paterno	Apellido materno	Teléfono	Firma
Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia	Apellido paterno	Apellido materno	Teléfono	

Por este medio manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que es bajo mi responsabilidad que mi menor hijo (a) se encuentre en las instalaciones de los Centros Integradores de Servicios y/o los Centros de Desarrollo Comunitario del Honorable Ayuntamiento del municipio de Puebla, manifestando que conozco los riesgos que implica su estancia en dicho centro. Por ello, desde este momento deslindo de cualquier responsabilidad civil, penal, administrativa y de cualquier otra índole a la Secretaría de Desarrollo Social del Honorable Ayuntamiento del municipio de Puebla, por los percances que pudiesen ocurrir durante la estancia de mi menor hijo (a) en las instalaciones de los Centros Integradores de Servicios y/o de los Centros de Desarrollo Comunitario.

Firma de la madre, padre o tutor: \_\_\_\_\_

El aviso de privacidad de datos personales se encuentra contenido en el Portal de Gobierno Abierto del H. Ayuntamiento del municipio de Puebla, en la sección correspondiente a la Secretaría de Desarrollo Social, la cual podrá consultar a través del siguiente link: <https://bit.ly/2CsXFYD> o código QR:



