



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de San Francisco del Rincón, Gto.



HOMOCLAVE	SF-SM-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	15	JULIO	2019
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.					
CONSULTA DENTAL					
II. MODALIDAD.					
PRESENCIAL					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
ARTÍCULO 30 FRACCIÓN III DE LAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DE RECAUDACIÓN DEL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCÓN, GUANAJUATO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2019.					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
INCLUYE EL DIAGNÓSTICO INICIAL AL PACIENTE, OFRECIENDO SERVICIOS DE LIMPIEZA, RESINAS, EXTRACCIONES, FLUOR Y CURACIONES EN LA UNIDAD MÉDICA MÓVIL.					
PASOS					
1. ACUDIR A LA OFICINA DE SALUD MUNICIPAL			4. AL TERMINO DE LA CONSULTA EL PACIENTE TENDRA QUE PASAR AL ÁREA DE RECEPCIÓN		
2. PASAR AL ÁREA DE RECEPCIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN			5. REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN EL ÁREA DE CAJA.		
3. EL O LA DENTISTA REVISAR AL PACIENTE CON EL OBJETO DE VERIFICAR QUE SE PUEDA LLEVAR ACABO LA CONSULTA (tomar turno en caso de que se requiera)			6. FIN DEL TRÁMITE.		
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.				SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
NO SE REQUIERE				NO SE REQUIERE	
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
NO SE REQUIERE					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.				FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
NO SE TIENE				NO SE TIENE	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.					
NO SE REQUIERE					
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
DRA. SARA ELENA PACHECO GONZÁLEZ		(476) 744 78 00 EXT. 6502		Sara.E.Pacheco@outlook.es	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
1 DÍA			Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				NO SE REQUIERE	

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		INDEFINIDO
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
\$ 73.00		EN EFECTIVO EN LA CAJA 1 Y CAJA 2 DE LAS OFICINAS DE SALUD MUNICIPAL
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
TRAMITE DE ATENCIÓN PERMANENTE		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
QUE EL PACIENTE LO REQUIERA DEACUERDO A SU SITUACIÓN		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MUNICIPAL	
AREA O DEPARTAMENTO	COORDINACIÓN MÉDICA	
DOMICILIO (S)	CALLE VENUSTIANO CARRANZA, N° 312 ORIENTE. ZONA CENTRO	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
LUNES A VIERNES DENTRO DEL HORARIO DE 8:30 A.M. A 4:00 P.M.		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	CALLE VENUSTIANO CARRANZA, N° 312 ORIENTE. ZONA CENTRO	
TELEFONO (S)	(476) 744 78 39	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	salud@sanfrancisco.gob.mx	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	(476)744 78 00 EXT. 2104 Y 2129	contraloria@sanfrancisco.gob.mx
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
RECETA MÉDICA (en caso de que requiera medicamento)		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.
LIC. PSIC. ROBERTO JONATAN SALDAÑA NAVARRO DIRECTOR DE SALUD MUNICIPAL		