

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato.			
HOMOCLAVE	SF-SM-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	14-sep-21
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
CONSULTA NUTRICIONAL			
Atención a pacientes que presente alguna alteración fisiopatológica o nutricional que tiene como principal objetivo el modificar o reforzar sus hábitos alimenticios y de nutrición, mediante la valoración clínica e instauración de un plan de alimentación de acuerdo a las condiciones que éste presenta.			
II. MODALIDAD.			
Presencial.			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Artículo 26 Fracción VI de las Disposiciones Administrativas de Recaudación del Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2021.			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Servicio para todo paciente que lo solicite mediante una previa cita y asignación de espacio.			
PASOS			
1. Acudir a la oficina de Salud Municipal.	4. La alta del paciente se efectúa hasta que el área de nutrición lo determine.		
2. El paciente espera la atención del nutriologo de acuerdo a la cita programada.			
3. al termino de la consulta el paciente tendra que pasar al área de recepción para realizar el pago correspondiente (según su cuota establecida) en el área de caja.			
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 LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. José Guadalupe Pérez García.	(476) 744 78 39 .	gpe_peg@hotmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
1 día.	Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	XXXX
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		
\$80,00	En efectivo en la caja 1 y caja 2 de las oficinas de Salud Municipal.		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
Trámite de atención permanente.			
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Deacuerdo a la situación actual del paciente.			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS.			
DEPENDENCIA O ENTIDAD:	Dirección de Salud Municipal.		
ÁREA O DEPARTAMENTO:	Coordinación Médica.		
DOMICILIO (S):	Calle Venustiano Carranza, N°. 312, Oriente. Zona Centro.		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
De 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Lunes a Viernes.			
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			
DOMICILIO (S):	Calle Venustiano Carranza, N°. 312, Oriente. Zona Centro.		
TELÉFONO (S):	(476) 744 78 39.		
CORREO ELECTRÓNICO (S):	salud@sanfrancisco.gob.mx		
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO			
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal.	(476) 744 78 47.	contraloria@sanfrancisco.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
No se requiere.			
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.		SELLO DE LA DIRECCIÓN.	

<p>Psic. Roberto Jonatan Saldaña Navarro Director de Salud Municipal.</p>	
---	--