

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato.			
HOMOCLAVE	SF-SM-05	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	14-sep-21
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
CONSULTA PSICOLÓGICA			
Tratamiento de terapia breve (10 sesiones) una sesión por semana de manera individual.			
II. MODALIDAD.			
Presencial.			
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Artículo 26 Fracción III 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.			
Se atienden a usuarios de mayores de 10 años, de forma individual.			
PASOS			
1. Acudir a la oficina de Salud Municipal.	4. Al término de las sesiones se realiza la alta, baja o canalización al paciente, según su status.		
2. Realizar ingreso en trabajo social (formato de registro), ingresando a una lista de espera, posterior se le asigna psicólogo (a) otorgando cita para el inicio del tratamiento y se elabora su expediente.	5. Fin del servicio.		
3. Al término de cada consulta, el paciente tendrá que pasar al área de cajas para realizar el pago correspondiente de acuerdo al estudio socioeconómico.			
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.			
Copia de credencia de elector.	No se requiere.		
Copia de comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses).			
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
Formato proporcionado por el área de trabajo social al momento de la entrevista.			
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.			
Con el objetivo de confirmar la información proporcionada por el paciente.			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Psic. Araceli Muñoz Rodríguez.	(476) 744 78 39.	psicosaludmpal@hotmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
Máximo 60 días hábiles.		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.			No se requiere.
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
Varía de acuerdo al estudio socioeconómico de \$ 10.00 a \$ 100.00		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.			
Que el paciente lo requiera (edad mínima de 10 años) y que acuda por voluntad propia.			
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 CAITARIS (Centro de Atención Integral y Tratamiento a las Adicciones y Riesgo Suicida).		
DOMICILIO (S):	Calle Venustiano Carranza, N°. 312, Oriente. Zona Centro.		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
De 8:30 a.m. a 9:00 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>	
---	--