

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato.				
HOMOCLAVE	SF-SM-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	10-oct-21	
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
<b>CONSULTA MÉDICA GENERAL</b>				
Servicio que consta de una instancia de encuentro entre médico y paciente con el objetivo de resolver problemas de salud-enfermedad que éste presenta, instaurando una evaluación clínica, un diagnóstico y tratamiento médico.				
<b>II. MODALIDAD.</b>				
Presencial.				
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
Artículo 26 Fracción I de las Disposiciones Administrativas de Recaudación del Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2021.				
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>				
La consulta medica se otorga a todo paciente que así lo solicite, con el fin de resolver su problema de salud-enfermedad u orientacion clinica del mismo, sin previa cita o asignación de espacio.				
<b>PASOS</b>				
1. Acudir a la oficina de Salud Municipal.	4. Al término de la consulta, el paciente tendrá que pasar al área de <del>recepción para colocar sello oficial en caso de receta</del>			
2. Pasar al área de recepción para solicitar información.	5. Realizar el pago correspondiente en el área de caja.			
3. Se envía al área médica al paciente para llevarse a cabo la consulta (tomar turno en caso de que se requiera).	6. Fin del trámite.			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>			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.	
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>				
No se requiere.				
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
No se tiene.			No se tiene.	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>				
No se requiere.				
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
<b>NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
Dr. José Guadalupe Pérez García.		(476) 744 78 39 .		gpe_pegas@hotmail.com
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
1 día.		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	XXXX
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>			No se requiere.	
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>			No se requiere.	
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
\$95.00		En efectivo en la caja 1 y caja 2 de las oficinas de Salud Municipal.		
<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>				
Servicio de atención permanente.				
<b>XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>				
Que el paciente lo requiera de acuerdo a su situación.				
<b>XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS.</b>				
<b>DEPENDENCIA O ENTIDAD:</b>		Dirección de Salud Municipal.		
<b>ÁREA O DEPARTAMENTO:</b>		Coordinación Médica.		
<b>DOMICILIO (S):</b>		Calle Venustiano Carranza, N°. 312, Oriente. Zona Centro.		
<b>XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.</b>				
De 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Lunes a Viernes.				
<b>XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.</b>				
<b>DOMICILIO (S):</b>		Calle Venustiano Carranza, N°. 312, Oriente. Zona Centro.		
<b>TELÉFONO (S):</b>		(476) 744 78 39.		

<b>CORREO ELECTRÓNICO (S):</b>	salud@sanfrancisco.gob.mx	
<b>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</b>		
<b>DEPENDENCIA</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
Contraloría Municipal.	(476) 744 78 47.	contraloria@sanfrancisco.gob.mx
<b>XVIII INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>		
Receta Médica.		
<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.</b>	<b>SELLO DE LA DIRECCIÓN.</b>	
Dr. Arturo Nieto Cabrera Director de Salud Municipal.		