

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



HOMOCLAVE	SF-SM-03	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	14-sep-21
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
<b>CONSULTA DENTAL</b>			
Servicio en el cual se le permite al ciudadano solucionar algunos de los problemas dentales que pudiera llegar a presentar, así como concienciar a la sociedad de la importancia de cuidar la salud dental a través del seguimiento y la prevención.			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
Presencial.			
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Artículo 26 Fracción IV 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 dental se realiza cuando el paciente lo requiera y solicite condicionado a los servicios dentales que se pueden realizar en esta institución (limpieza dental, aplicación de resina, curación, extracción o aplicación tópica de flúor).			
<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 recepción.		
2. Pasar al área de recepción para solicitar información.	5. Realizar el pago correspondiente en el área de caja.		
3. La dentista revisa al paciente con el objeto de verificar que se pueda llevar 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>			
NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Dr. José Guadalupe Pérez García.	(476) 744 78 39 .	gpe_peg@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 <b>XXXX</b>
<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>		Indefinido.	
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>	
\$80.00		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>			
Trámite 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	

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 DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
Dr. Arturo Nieto Cabrera Director de Salud Municipal.	