

## REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato.				
HOMOCLAVE	SF-SM-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	14-sep-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 médica se otorga a todo paciente que así lo solicite, con el fin de resolver su problema de salud-enfermedad u orientación clínica del mismo, sin previa cita o asignación de espacio. La atención médica que se otorga es esencial y ambulatoria.				
<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 para colocar sello oficial en caso de receta.		
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

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Receta Médica.

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