

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

| Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato. | | | |
|--|----------|--|---------------------------------|
| HOMOCLAVE | SF-SM-03 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 14-sep-21 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| CONSULTA DENTAL | | | |
| 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. | | | |
| II. MODALIDAD. | | | |
| Presencial. | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Artículo 26 Fracción IV 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. | | | |
| 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 tónica de fluor). | | | |
| PASOS | | | |
| 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. | |
| 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_pegas@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. | | | |
| Que el paciente lo requiera de acuerdo a su situación. | | | |
| 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. | | | |
| Receta Médica (en caso de que requiera medicamento). | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN. | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | |
| | | | |

