

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

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

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
| HOMOCLAVE | SF-SM-04 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| CONSULTA NUTRICIONAL | | | |
| Atención a pacientes que presente alguna alteración fisiopatológica o nutricional que tiene como principal objetivo el modificar hábitos alimenticios y de nutrición, mediante la valoración clínica e instauración de un plan de alimentación de acuerdo a las presentes. | | | |
| II. MODALIDAD. | | | |
| Presencial. | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Ley de ingresos para el Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2024. | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | |
| Servicio para todo paciente que lo solicite mediante una previa cita y asignación de espacio. | | | |
| PASOS | | | |
| 1. Acudir a la oficina de Salud Municipal. | 4. La alta del paciente se efectúa hasta que el área de nutrición lo determine. | | |
| 2. El paciente espera la atención del nutriólogo de acuerdo a la cita programada. | | | |
| 3. Al término de la consulta el paciente pasa al área de recepción para realizar el pago correspondiente (según su cuota establecida) en el área de caja. | | | |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN O AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA 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 | |
| L.N. José Arturo Carrillo Ojeda | (476) 744 78 39 . | salud@sanfrancisco.gob | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | |
| 1 día. | Afirmativa Ficta | | Negativa Ficta |
| 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 PA |
| \$84.00 | | En efectivo en la caja 1 y caja 2 de las oficinas de Salud |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | |
| Trámite de atención permanente. | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | |
| De acuerdo a la situación actual del paciente. | | |
| 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 SERVICIO. | | |
| No se requiere. | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN. | | SELLO DE LA DIRECCIÓN |
| Dr. Arturo Nieto Cabrera Director de Salud Municipal. | | |



27-mar-24

car o reforzar sus
condiciones

ABO.

etermine.

CIÓN, CERTIFICACIÓN,
DEPENDENCIA O

FORMATO

TRÓNICO

[.mx](#)

XXXX

AGO

d Municipal.

CO

gob.mx

TRÁMITE O

ÓN.