

REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Registro de Trámites y Servicios Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato.			
HOMOCLAVE	SF-SM-02	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO			
Documento donde se plasma un testimonio escrito acerca del estado de salud actual de un paciente, extendido por el profesional de la salud a solicitud del interesado, luego de la debida constatación del mismo a través de la asistencia, examen y valoración.			
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.			
El trámite de certificado médico se realiza a solicitud del paciente que lo requiera, con plena validez legal, para los diferentes procedimientos administrativos en el que sea requerido.			
PASOS			
1. Acudir a la oficina de Salud Municipal.	4. Al término de la entrega del certificado el paciente tendrá que pagar el costo del certificado para colocar sello oficial.		
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.		
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA ENTIDAD QUE LO EMITE.	
Tipo sanguíneo y factor RH (tramitado por alguna institución o autoridad competente).		Laboratorio de Análisis Clínicos.	
(Mencionar a paciente que debe acudir con diagnóstico ya comentado por médico tratante o padecimiento descrito en hoja por esta misma) esto en el caso de acudir con una Institución interna del Municipio.		Transporte Municipal (se menciona en el formato de solicitud para conducir).	
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 Luis Rey Herrera Pérez	(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
\$104.00		En efectivo en la caja 1 y caja 2 de las oficinas de Salud
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
15 días después de su expedición.		
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 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

ional médico a

ABO.

trámites o

asar al área de recepción

CIÓN, CERTIFICACIÓN,
DEPENDENCIA O

la licencia de

FORMATO

TRÓNICO

[.mx](#)

XXXX

