

**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS**

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

<b>HOMOCLAVE</b>	SF-SM-05	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
<b>CONSULTA PSICOLÓGICA</b>			
Tratamiento de terapia breve (10 sesiones) una sesión por semana de manera individual.			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
Presencial.			
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Ley de ingresos para el Municipio de San Francisco del Rincón, Guanajuato para el Ejercicio Fiscal 2024.			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>			
Se atienden a usuarios de 10 años de edad en adelante de forma individual.			
<b>PASOS</b>			
1. Acudir a la oficina de Salud Municipal.	4. Al término de las sesiones se realiza la alta, baja o canalización al status.		
2. Realizar ingreso en trabajo social (formato de registro), Ingresando a una lista de espera, posterior se le asigna psicólogo (a) otorgando cita para el inicio del tratamiento y se elabora su expediente.	5. Fin del servicio.		
3. Al término de cada consulta, el paciente tendrá que pasar al área de cajas para realizar el pago correspondiente de acuerdo al estudio socioeconómico.			
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>			<b>SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA ENTIDAD QUE LO EMITE.</b>
En el caso de los menores de edad venir acompañados de un adulto.			No se requiere.
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>			
Formato proporcionado por el área de trabajo social al momento de la entrevista.			
<b>VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.</b>			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL</b>
No se tiene.			No se tiene.
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.</b>			
Con el objetivo de confirmar la información proporcionada por el paciente.			
<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>	
Psic. Irma Alejandra García Manríquez	(476) 744 78 39	coordinacion.caitaris@sanf	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>		<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>	
Máximo 60 días hábiles.		<b>Afirmativa Ficta</b>	<b>Negativa Ficta</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>		No se requiere.
<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>		<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PA</b>
Varía de acuerdo al estudio socioeconómico de \$ 11.00 a \$ 109.00		En efectivo en la caja 1 y caja 2 de las oficinas de Salud
<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 (edad mínima de 10 años) y que acuda por voluntad propia.		
<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 CAITARIS (Centro de Atención Integral y Tratamiento a las Adicciones y Riesgo	
<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 9:00 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 Ext 1342	
<b>CORREO ELECTRÓNICO (S):</b>	<a href="mailto:salud@sanfrancisco.gob.mx">salud@sanfrancisco.gob.mx</a>	
<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.	<a href="mailto:contraloria@sanfrancisco.gob.mx">contraloria@sanfrancisco.gob.mx</a>
<b>XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL SERVICIO.</b>		
No se requiere.		
<b>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN.</b>		<b>SELLO DE LA DIRECCIÓN</b>
<p style="text-align: center;">Dr. Arturo Nieto Cabrera Director de Salud Municipal.</p>		



27-mar-24

ABO.

paciente, según su

CIÓN, CERTIFICACIÓN,  
DEPENDENCIA O

FORMATO

TRÓNICO

francisco.gob.mx

XXXX

AGO

d Municipal.

Suicida).

CO

[gob.mx](http://gob.mx)

TRÁMITE O

ÓN.