



Registro de Trámites y Servicios 2019 Municipio de Uriangato



I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

SERVICIO DENTAL

atención a pacientes que requieren algún tratamiento dental como extracción, limpieza o curación dental.

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)

PRESENCIAL

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

* Ley sobre el sistema Estatal de asistencia social art 1 y ley orgánica municipal

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO

SE BRINDA EL SERVICIO DENTAL A TODOS LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN, SE DEBE ATENDER A CUALQUIER TIPO DE PERSONA QUE REQUIERA EL SERVICIO MIENTRAS CUMPLA CON EL PAGO REQUERIDO.

PASOS

- | | |
|---|---|
| 1.- Llega el paciente al consultorio dental | 4.-se realiza el tratamiento dental si el paciente lo acepta |
| 2.-se hace la revisión al paciente | 5- el paciente acude a realizar el pago correspondiente con la secretaria |
| 3.-se hace el diagnostico del paciente y se le informa el tratamiento | 6-el paciente entrega el recibo de pago al dentista. |

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO

SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE

- | | |
|--|--|
| 1. realización de historia clínica del paciente | |
| 2. atención del paciente | |
| 3. el paciente realiza el pago correspondiente | |
| 4. registro del paciente en el libro de registro | |

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

otro medio

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO


no aplica

no aplica

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

no aplica

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Brenda Rocío Baeza Hernández		01 445 45 8 61 02		dif@uriangato.gob.mx	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN			
en el momento que llega el paciente		Afirmativa Ficta	NO	Negativa Ficta	SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				inmediato	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.				inmediato	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
DEPENDIENDO DEL SERVICIO			Inmediato		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
Todo el año					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Este programa es para personas de bajos recursos y de población marginada					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		DIF MUNICIPAL			
ÁREA O DEPARTAMENTO		DENTAL			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
De Lunes Viernes de 9:00 am a 3:30 pm					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).					
DOMICILIO (S)		SALVADOR URRUTIA #139 FRACCIONAMIENTO REVOLUCION COL. CENTRO			
TELÉFONO (S)		445 4586102			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		dif@uriangato.gob.mx			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		44575022 ext 114		contralor@uriangato.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO					
HISTORIA CLÍNICA					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA				SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 Directora Rosa Morales Reyes				