



## Registro de Trámites y Servicios Municipio de Uriangato, Guanajuato



<b>HOMOCLAVE</b>	UR-DF-S-10	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	21-ene-26
------------------	------------	-------------------------------	-----------

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO**

**CONSULTA MEDICA**

Atención medica general a población abierta

**II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)**

Presencial

**III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO**

Ley de ingresos para el municipio de Uriangato 2026, Artículo 20 fracción a)

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

Población abierta con algún padecimiento agudo, enfermedad crónica, certificado medico para tramites y servicios en especifico.

**PASOS**

1.- El paciente acude a realizar el pago con la secretaria	4.- Se otorga tratamiento farmacológico y medidas generales
2.- Llega el paciente al consultorio y se le realiza la historia clínica	
3.- Se hace la exploración física	

**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

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

N/A

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**


N/A	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>
	N/A

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

N/A

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

<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

Dr. Ismael Domínguez Moreno		4454575022 ext.160		<a href="mailto:difuriangatogto@gmail.com">difuriangatogto@gmail.com</a>	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
Inmediato		Afirmativa Ficta		Negativa Ficta	X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.				Inmediato	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.					
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
\$106.75			Efectivo en caja con Secretaria General		
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
Inmediata o a evolución					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Mejoría del paciente que acude a consulta					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		SMDIF			
ÁREA O DEPARTAMENTO		Área Medica			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).					
DOMICILIO (S)		Salvador Urrutia 139 Fraccionamiento Revolución Uriangato Guanajuato			
TELÉFONO (S)		4454575022 ext.160			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		<a href="mailto:difuriangatogto@gmail.com">difuriangatogto@gmail.com</a>			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría Municipal		(445) 457 5022 ext. 114		<a href="mailto:contralor@uriangato.gob.mx">contralor@uriangato.gob.mx</a>	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO					
Copia del recibo de pago					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA			SELLO DE LA DIRECCIÓN		
 C. Rosa María Rodríguez Martínez Directora General de Sistema Municipal DIF			 <b>SMDIF</b> SISTEMA MUNICIPAL DIF "CON AMOR Y FE" 2024-2027		