



**Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Uriangato, Guanajuato.**



| | | | |
|---|--|---|-----------|
| HOMOCLAVE | UR-DF-S-02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 02-ene-26 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO | | | |
| Servicio Dental | | | |
| Atención Dental 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 Art. 20, Sección séptima; del inciso de a) al d) Disposiciones 2026 Sección Sexta Artículo 13 | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO | | | |
| Se brinda servicio dental a población abierta que lo requiera. | | | |
| PASOS | | | |
| 1.- Llegar el paciente al consultorio dental y se le realiza la historia clínica | 4.- el paciente acude a realizar el pago con la secretaria del SMDIF | | |
| 2.- Se hace la revisión del paciente y se le da el diagnóstico | 5.- El paciente regresa a entregar el recibo de pago | | |
| 3.- Se realiza el tratamiento dental necesario | | | |
| 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 | | | |
| Presencial | | | |
| 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 se requiere | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Dra. Brenda Roció Baeza Hernández | 4454575022 ext. 160 | difuriangatogto@gmail.com | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Inmediata | Afirmativa Ficta | Negativa Ficta | X |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | Inmediata | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | Inmediata | |
| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| A).- \$106.75 Consulta B).- \$175.81 extracción. C).- \$249.08 Limpieza D).- \$175 Amalgamas E)resina dental \$211.19 | | Efectivo en caja con Secretaria General | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | |
| todo el año | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Diagnostico y tratamiento. | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | SMDIF | | |
| ÁREA O DEPARTAMENTO | Consultorio dental | | |
| 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) | difuriangatogto@gmail.com | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | |
| DEPENDENCIA. | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Contraloría Municipal | (445) 457 5022 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 | | | |
| 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 | |  | |