



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas
Guanajuato



Clave del T ó S	TIPO	TRAMITE	SERVICIO X	FECHA DE ACTUALIZACION	02/02/2023
-----------------	------	---------	------------	------------------------	------------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y DONACIÓN DE MEDICAMENTO

Brindar atención de medicina general y dispensación del medicamento gratuito. Para lo cual se recibe de la población medicamento que ya no utilice, además del ya caducado para su correcta destrucción.

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LINEA) Presencial

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

- Ley general de salud
- Norma oficial mexicana NOM-176-SSA1-1996, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- Reglamento de insumos para la salud.
- Disposiciones Administrativas Municipales.

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

Toda persona que requiera del servicio médico y se apegue al proceso de atención del SMDIF. Que requiera por indicación médica, algún medicamento existente en botica; que guste donar medicamento en buen estado o entregue alguno para su debida destrucción.

PASOS

1.- Acudir a la institución para solicitar el servicio o agendar cita vía telefónica al 157 22 74 (Ext. 0).	4.- Para la recepción de medicamento, se acude con copia de la credencial y se llena la carta de donación que avala el donativo.
2.- Realizar el pago correspondiente.	5.- Para el desecho de medicamento caducado no es necesario ningún requisito, únicamente llevarlo.
3.- De encontrarse en existencia el medicamento recetado, se entrega de manera gratuita con el debido registro, al igual que a pacientes externos que lo soliciten.	6-

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 . Copia de la credencial de elector en caso de donación de medicamento a botica.	

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

No aplica

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 PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

Dra. Gpe. de Jesus Franco Gasca		1572274 (Ext.0)		or.rehabilitacio.jr.2018@gmail.com	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.			FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN		
Citas sujetas a agenda. Donación de medicamento a población, sujeto a su existencia.			Afirmativa Ficta		Negativa Ficta
					X
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.			No aplica		
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENSIÓN.			No aplica		
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.			ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO		
>Consulta médica general \$49 >Certificado o resumen médico \$60 >Curaciones \$49 >Toma de Glucosa \$40 >Toma de presión \$18 >Peso y talla \$18 >Aplicación de inyecciones \$18 >Donación o desecho adecuado de medicamento. Sin costo			Unicamente efectivo		
XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.					
Ninguna					
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Apego al proceso. Existencia del medicamento en botica.					
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.					
DEPENDENCIA O ENTIDAD		Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia			
AREA O DEPARTAMENTO		Coordinación de Rehabilitación. Medicina General			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.					
Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm					
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).					
DOMICILIO (S)		Adolfo López Mateos #103, Zona Centro, C.P. 38240			
TELEFONO (S)		(412) 15 7 22 74 Ext 0			
CORREO ELECTRÓNICO (S)		coord..rehabilitacion.jr.2018@gmail.com			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO					
DEPENDENCIA.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
SMDIF y Contraloría Municipal		(412)15 7 31 91 y 1578040 o 462482040		dif_juventino@outiook.com contraloria@juventinorosas.gob.mx	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO					
Recibo de pago.					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA				SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
DRA. MARIA GUADALUPE XOCONOXTLE ALDAMA					
					