Manual de Procedimientos de la Coordinación de Salud Municipal

	ELABORÓ	APROBÓ
NOMBRE	DR. CARLOS HERNAN CORTES CAMARA	C. BABE SEGURA CORDOVA
PUESTO	COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL	COORDINADOR DE MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN.

INDICE

INTRODUCCIÓN 3
OBJETIVO DEL MANUAL 4
LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS 5
DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS 7
CONTROL MÉDICO VENÉREO 7
EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN 12
OPERATIVO DE CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN 17
SUPERVISIÓN A GIROS NEGROS. 22
SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA CLÍNICA DE CONTROL VENÉREO 29
ATENCIÓN MÉDICA A LA CIUDADANÍA. 37
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: 47
SOLICITUD DE INSUMOS PARA LAS BRIGADAS MÉDICAS. 48
REQUISICIÓN DE COMPRA. 53
ELABORACIÓN Y TRÁMITE DE LA ORDEN DE PAGO. 58
TRANSFERENCIA Y/O AMPLIACIÓN DE RECURSOS. 63
SOLICITUD DE INSUMOS AL ALMACÉN. 68
ORDEN DE TRABAJO POR REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS. 72
REPORTE DE INCIDENCIAS 76
MOVIMIENTOS DE PERSONAL: ALTAS Y BAJAS. 81
CONSULTAS A CANES Y FELINOS QUE LLEGAN AL CENTRO DE CONTROL CANINO O BRIGADAS MÉDICAS 87
VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A CAUSA DE DEMANDA CIUDADANA POR CANES Y FELINOS 94
ADOPCIÓN DE CANES Y FELINOS 99
REGULACIÓN SANITARIA 107
LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN PARA CARNICERÍAS URBANAS. 117

INTRODUCCIÓN

El Manual de Procedimientos es elaborado con el propósito de brindar información, en forma clara de los procedimientos que esta Coordinación de Salud realiza para otorgar a los usuarios servicios de salud, que coadyuven a elevar la calidad de bienestar de la salud de la población.

Este documento constituye una herramienta, que ayuda a los servidores públicos a establecer sistemas de control, realización de tareas, comunicación eficiente, registro y transmisión oportuna de información.

Contiene el objetivo del manual y la descripción minuciosa de los procedimientos más importantes y frecuentes en la Coordinación de Salud. Incluye: Objetivo listado de Procedimientos, Desarrollo de Procedimientos, Fundamento Jurídico Administrativo, Descripción de Actividades, Diagramas de Flujo, Guía de llenado de formatos, formatos.

OBJETIVO DEL MANUAL

Servir de guía al personal del área para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, de la misma manera coordinar tareas que contribuyan a la eficiencia del servicio que se presta y evitar la duplicidad de funciones.

LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS

- Control médico venéreo
  - Control medico
  - Expedición de credencial de identificación
  - Operativo de control de la prostitución
  - Supervisión a giros negros
  - Solicitud de insumos para la clínica de control venéreo

- Atención médica a la ciudadanía
  - Atención Medica
  - Solicitud de insumos para brigadas medicas

- Enlace administrativo
  - Requisición de compra
  - Elaboración y trámite de la Orden de pago
  - Transferencia y/o ampliación de recursos
  - Solicitud de insumos al Almacén
  - Orden de trabajo por reparación y mantenimiento de vehículos
  - Reporte de incidencias
  - Movimientos de personal: Altas Y Bajas

- Control canino
  - consultas a canes y felinos que realizan en las Brigadas Medicas
  - Verificación Domiciliaria A Causa De Demanda Ciudadana Por Canes Y Felinos
  - Adopción De Canes Y Felinos

- Regulación Sanitaria
  - Informar de las actividades del programa sanitario.
  - Elaborar trámites administrativos, informe estadístico de las acciones realizadas

- Unidad Médica Móvil
  - Promoción de medidas preventivas de enfermedades propias de las mujeres, (prevención de Cáncer de mama)
  - Integrar información, reportes diarios y reportes mensuales

DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS
PROCEDIMIENTO 1
CONTROL MÉDICO VENÉREO

CONTROL MÉDICO VENÉREO

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 1, CONTROL MÉDICO VENÉREO

Efectuar el control médico a todas las personas que ejercen la prostitución para disminuir las enfermedades de transmisión sexual, efectuándoles revisiones médicas periódicas que ayuden a establecer diagnósticos oportunos, según lo contempla la Ley General de Salud y el Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- Artículo 134, fracción VIII y XIII, artículo 368, 393 y 396 de la Ley General de Salud
- Artículo 94 del Bando de Policía y Gobierno
- Artículo 4, 13 del Reglamento para el control y supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el Municipio de Centro.
- Artículos319, 320, 322, 323, 326 393 y 396 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco

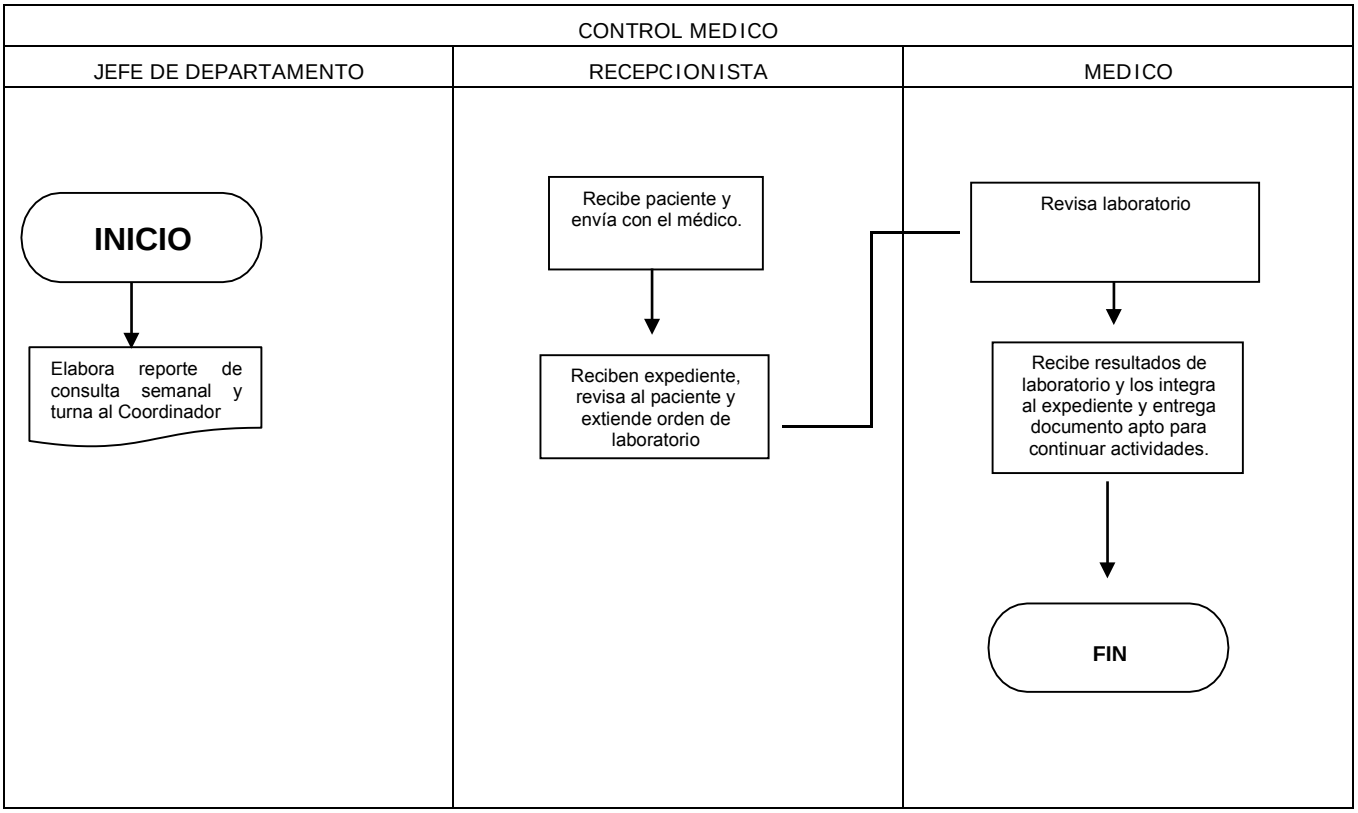
El horario de atención médica es de 10:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Departamento de Control Venéreo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Control Médico.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefe de departamento	Elabora reporte de consulta semanal y turna al coordinador	reporte
2	Recepcionista	Atiende y Registra datos del paciente y lo envía a realizar el pago	
3	Cajera del área de finanzas	Registra el cobro por cuota de recuperación de la consulta y entrega comprobante al ciudadano	Recibo de ingreso
4	Enfermera	Solicita el recibo de pago	Recibo de Ingreso
5	Médico.	Recibe al paciente, realiza consulta, diagnostica si se envía a estudios adicionales y se extiende orden estudios clínicos.	Reporte de laboratorio frotis realizado
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

COORDINACION DE SALUD
CLÍNICA DE CONTROL VENEREO
HOJA DIARIA

FECHA: 1 RESPONSABLE: 2

NUMERO	NOMBRE	LABORATORIOS				REALIZADOS					RESULTADOS						
		EDAD	NO. EXP	DIAGNOSTICO	S.D.P	MICOPLASMA	HEP. B Y C	PAPANICOLAO	VDRL	VIH	V.P.H	DISPLASIAS	SIFILIS	HEP. B Y C.	TRCOMONIASIS	GONORREA	VIH
3	4	5	6	7				8					9				

LLENADO DE LA HOJA DE CONTROL MEDICO

1) Fecha de Elaboración
2) Nombre del Prestador de servicio (Médico)
3) Número progresivo de asistentes
4) Nombre del paciente
5) Edad
6) No. De Expediente
7) Estudios de laboratorios realizados
8) Estudios de laboratorios resultados

PROCEDIMIENTO 2
EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 2, EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN

Con la finalidad de identificar a quienes realizan Comercio Carnal se expide credencial el cual contiene nombre, fotografía y fecha de vencimiento, integrando un padrón de sexo servidores, la credencial que los identifica debe contar con fecha de vigencia, sello y firma del responsable de la clínica.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- Artículo 12 y 368 de la Ley General de Salud
- Articulo 360 y 365 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículos 12 fracción II y 13 fracciones II del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.
- Artículos 7 del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro. La credencial se expide a toda persona que se identifique como sexo servidor o sexo servidora y que realicen actividades sexuales de tipo comercial en la vía pública o establecimientos clasificados como giros negros (bares, cantinas, centros nocturnos etc.)

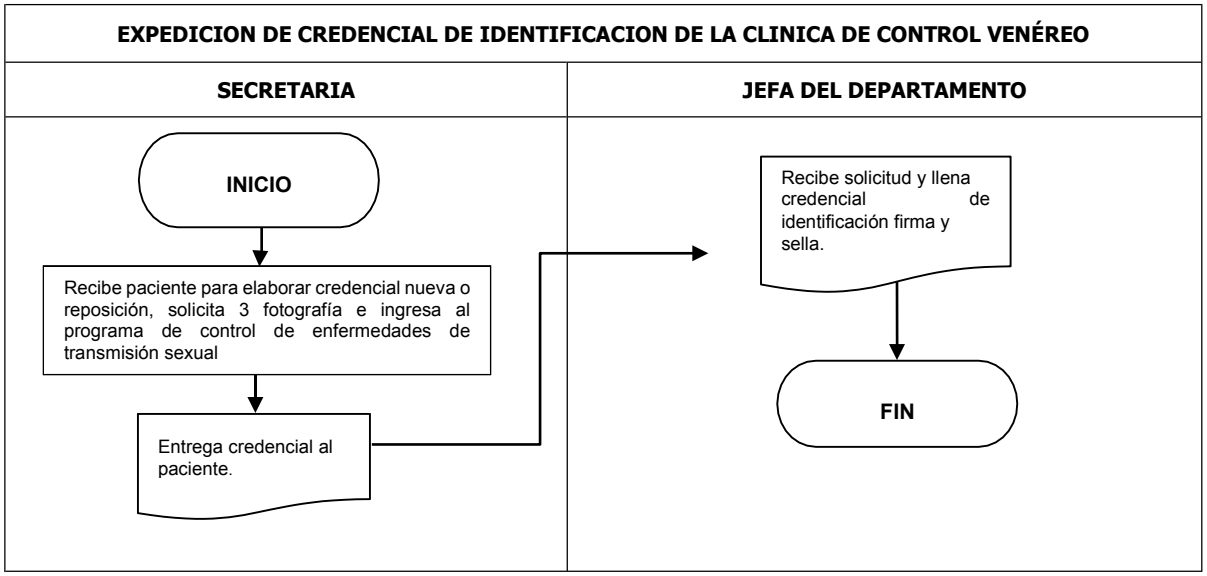
La expedición de la credencial será de lunes a viernes de 10:00 a 17:00 hrs.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud Municipal.	UNIDAD RESPONSABLE: Departamento de Control Venéreo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Expedición de credencial de identificación	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Secretaria	Recibe solicitud del paciente para elaborar o actualizar credencial para ingresar al padrón de control venéreo	Solicitud de ingreso al programa p.c.e.t.s.
2	Jefa del Departamento	Firma y sella la credencial y devuelve a la secretaria para entregarla al solicitante.	Credencial de acreditación en control de enfermedades Venéreas
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Formato en espera de ser autorizado por parte del área de **la Subcoordinación y así continuar con el protocolo**

LLENADO DE CREDENCIAL DE LA CLINICA CONTROL VENÉREO

FRENTE

1. Nombre del solicitante
2. Domicilio de la solicitante
3. Fecha de Expedición
4. No. De Expediente Clínico
5. Tipo de Sangre del solicitante
6. Número de Folio
7. Fotografía del solicitante

REVERSO

8. Vigencia
9. Nombre y Firma del Médico encargado
10. Nombre y firma del Coordinador
11. Dirección de la Clínica Control Venéreo

PROCEDIMIENTO 3

OPERATIVO DE CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 3, OPERATIVO DE CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN

Mantener vigilancia y control sobre actividades de prostitución en la vía pública o lugares no permitidos.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- Artículo 396, 398,399 y 400 de la Ley General De Salud.
- Artículo 388,391, 393, 394, 954, 396 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Los operativos se aplicarán de acuerdo al artículo 19 del reglamento para ejercer la prostitución.
- Los operativos se realizarán todos los días del año en turnos vespertino y nocturno, según artículo 20 del reglamento para ejercer la prostitución.
- Los supervisores se identifican con oficio de comisión, con credencial y uniforme, según artículo 21 y 22 fracciones. I, II, III, del reglamento para ejercer la prostitución.

Sanciones:

- Artículo 413 y 414 de la ley de salud del Estado de Tabasco
- Artículo 12 fracción VII,VIII, Y IX, artículo 25 fracción 1 Inciso A
- Artículo 53 fracción VIII del Bando de Policía y Buen Gobierno

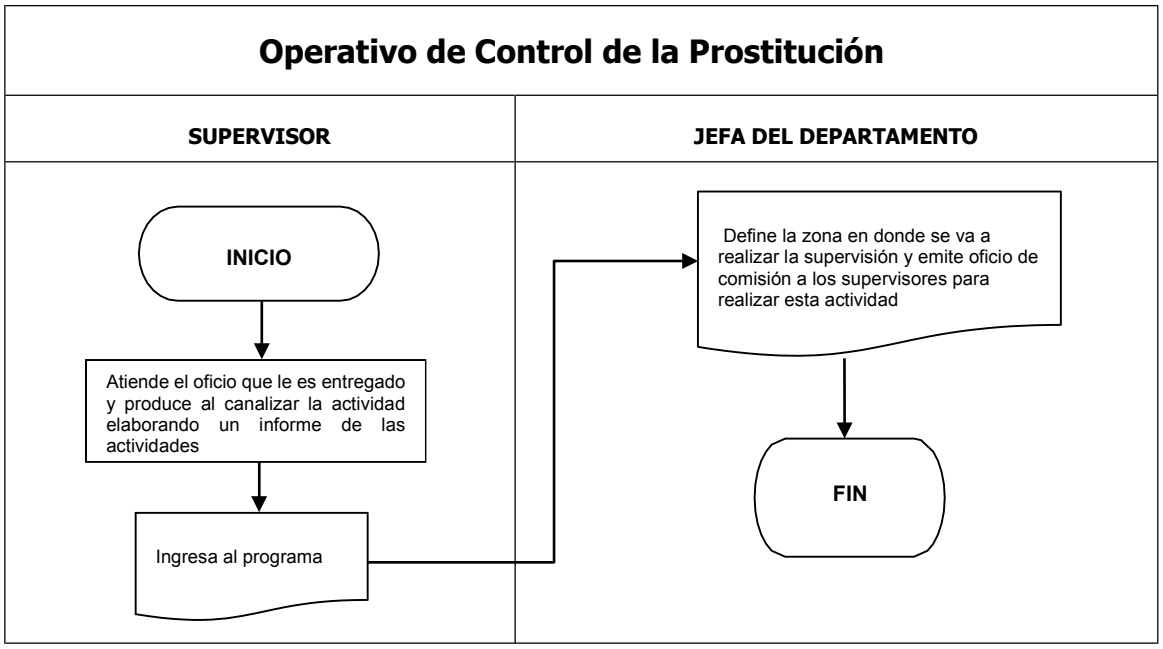
La persona que sea detenida por realizar actividades de prostitución en lugares y horas no permitidas será puesta a disposición del Juez Calificador quien determinará la sanción correspondiente artículo 12 fracción VII, VIII, IX del reglamento para ejercer la prostitución y artículo 53 Fracción VIII del bando de policía y gobierno.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA:	UNIDAD RESPONSABLE:
Coordinación de Salud	Departamento de Control Venéreo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Operativo control de la prostitución	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefe del Departamento	Define la zona en donde se va a realizar la supervisión y emite oficio de comisión a los supervisores que realizan esta actividad	Concentrado
2	Supervisor	Atiende el oficio que le es entregado y procede realizara la actividad elaborando un informe de las actividades realizadas así como las respectivas actas levantadas.	Solicitud de Ingreso al programa p.c.e.t.s.
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

VILLAHERMOSA, TABASCO A [1] DE [2] 2016

No. DE FOLIO: [3]

ASUNTO: OFICIO DE COMISION

C. _____
C. [4]
C. _____
C. _____
SUPERVISOR DE GIROS
P R E S E N T E

POR ESTE CONDUCTO INFORMO A USTED, QUE DEBERA PRESENTARSE EN EL ESTABLECIMIENTO DENOMINADO [5] CON DIRECCION [6] DE ESTA CIUDAD PARA REALIZAR LA SUPERVISION DE ESTE LOCAL, EN BASE A LO ESTABLECIDO A LOS ARTICULOS 14,16,Y 21 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 221 Y 223 DEL BANDO DE POLICIA Y GOBIERNO Y 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,20, Y 21 DEL REGLAMENTO PARA EL CONTROL DE LA SUPERVISION DE LAS PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCION Y LOS SITIOS DONDE SE PRESUMEN SE EJERCE EN EL MUNICIPIO DE CENTRO, DENTRO DEL HORARIO PREVIAMENTE ESTABLECIDO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MENCIONADO LOCAL.

NO OMITO MANIFESTAR QUE PARA LA PRESENTE ENCOMIENDA DEBERA PORTAR Y PONER A LA VISTA AL RESPONDABLE DEL ESTABLECIMIENTO A SUPERVISAR, LA CREDENCIAL VIGENTE QUE LE ACREDITE COMO SUPERVISOR, EXPEDIDA Y FIRMADA POR EL COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL Y ESTE OFICIO DE COMISION.

A T E N T A M E N T E
[7]

COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

C.C.P.-ARCHIVO/MINUTARIO.

LLENADO DE OFICIO DE COMISIÓN A SUPERVISOR DE GIROS.

1) Día al que corresponde el oficio de comisión.
2) Mes correspondiente al año de elaboración del oficio de comisión.
3) Número de folio asignado al oficio de comisión.
4) Nombre del personal comisionado a realizar la diligencia.
5) Nombre del establecimiento al que se presentará el personal comisionado.
6) Anotar el domicilio del establecimiento en donde se presentará el supervisor.
7) Firma del coordinador que autoriza realizar la supervisión.

PROCEDIMIENTO 4

SUPERVISIÓN A GIROS NEGROS.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 4, SUPERVISIÓN A GIROS NEGROS

Supervisar las condiciones de higiene y estado de salud , de los establecimientos , y de las personas que ahí laboren, y que se dediquen a actividades de diversión y prostitución etiquetados como giros negros respetando las recomendaciones que señala la Ley Estatal de Salud y el Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- Artículo 396, 396 Bis, 398, 399, 400, 401 de la Ley General de Salud.
- Artículo391, 393. 394, 395, 396 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco.
- Artículo 6 y 7 sujetos obligados, del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.
- Artículo 22 requisito de la Supervisión del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.
- Artículo 23 Levantamiento de acta circunstanciada del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.

Sanciones

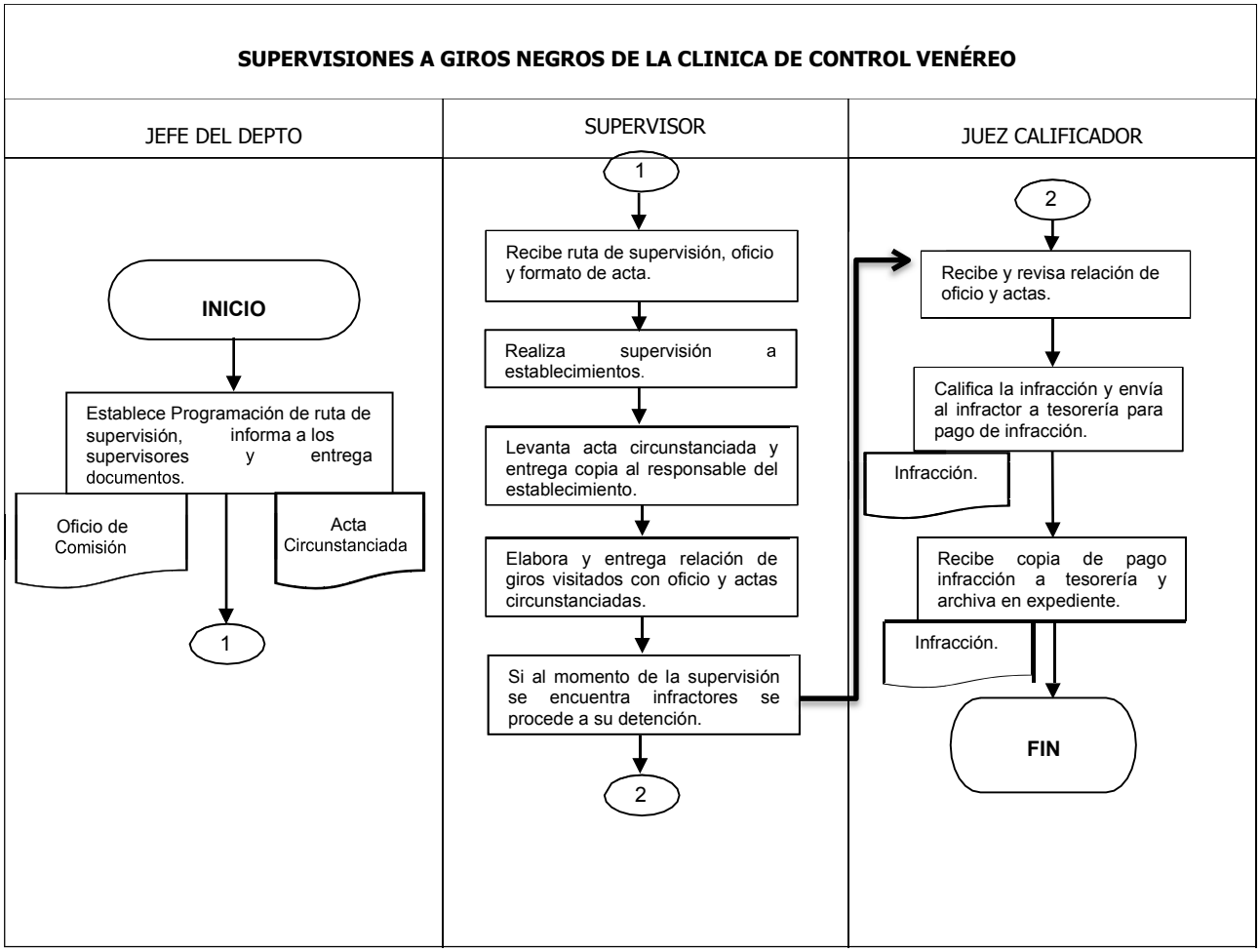
- Artículo 416, 417 de la ley general de salud
- Artículo 413, 414 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículo 12 fracción VII, VIII Y IX del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Departamento de Control Venéreo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Supervisiones a Giros Negros	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefe del Departamento	Revisa la programación para organizar las guardias de supervisiones a giros negros, establece rutas de supervisión reúne a los supervisores informa sobre las rutas, entrega oficios de comisión Y formatos de actas circunstanciadas.	Oficio de comisión, acta administrativa circunstanciada
2	Supervisor	Recibe indicaciones de las rutas a supervisar, oficios de comisión y actas circunstanciadas, realiza supervisión al establecimiento, levanta acta circunstanciada y entrega copia al responsable del establecimiento.	Infracción
3	Jefe del Departamento	Recibe y revisa relación de supervisiones a giros negros, asi como oficios de comisión y actas circunstanciadas elaboradas, y envía al juez calificador del ayuntamiento quien determina el monto de la sanción.	Oficio
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

VERIFICACION SANITARIA
FOLIO_____

ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA

En la ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las_____ Horas con _____minutos del día_____ del mes de_____ del año 2013 en el local que ocupa el establecimiento denominado _____ con Licencia de funcionamiento Nº_____ ubicado en la calle _____ Nº_____ entre las calles _____ y _____de la colonia _____ de esta ciudad se presente a los C.C. _____ en su carácter de Supervisores adscriptos a la Coordinación de Salud Municipal, sita en Av. Paseo Tabasco Nº 1401, Fracc. Tabasco 2000, de esta Ciudad Capital quienes se identifican con credenciales conteniendo sus fotografías, expedidas por la Coordinación de Salud Municipal del H. Ayuntamiento de Centro asignado, por el titular DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS, con vigencia del 01 de JUNIO del 2016 al 31 de Diciembre de 2016 y por medio del oficio de comisión Nº _____ de fecha _____expedido por el mismo titular, quienes actúan legalmente con los declarantes y testigos de asistencia que firman al margen y al calce de este documento, con fundamento en los Artículos 166, 173, 175, 180, 183, 190, 282, 388, 400, 401, 402, 409, 410, 411, 430, 431, 432, de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, y los Artículos 128, 129, 130, 131, Fracc. [illegible] del Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro, proceden a levantar Acta Circunstanciada de visita de supervisión de carácter legal al establecimiento denominado _____, con licencia Nº_____, colonia_____ propiedad del C. _____para los efectos legales y administrativos a que haya lugar. Acto seguido se da inicio a esta supervisión con la presencia del C. _____, identificándose con su _____ folio Nº_____ expedida por _____ en la que una fotografía que coincide con los rasgos del declarante, mismo que nos señala es el _____ de este establecimiento, y a quien se le apercibe de las penas en que incurren los falsos declarantes ante autoridades distintas a la judicial, protesta conducir con verdad por lo que proceden, como supervisores, a mostrarle identificación y el oficio de comisión antes descritas, solicitándole nos brinden, fracción V del citado Reglamento para el Control y la Supervisión de la persona que ejercen la prostitución, y los sitios donde se presumen se ejercen en el Municipio de Centro.

A lo que manifiesta el declarante que los revisa, recibe y firma de conformidad en el Oficio de Comisión, quedándose con su copia y devolviéndonos el original de este y la credencial de identificación, por lo que en términos del artículo 24 del mismo Reglamento se le requiere para que designe a dos testigos de asistencia quienes solo estarán presente para ver el desarrollo de esta diligencia firmándole al margen y al calce al final de la misma, advirtiéndole que en caso de no proporcionarlos, estos testigos de asistencia serán designado

Coordinación de Salud

por el supervisor, a lo que responde el declarante que esta de acuerdo que sean designados los C. C. _____ con domicilios en _____identificándose con _____ con fotografía y Nº_____ respectivamente.

A continuación se solicita al declarante los siguientes documentos: **Autorización por escrito expedido por la autoridad de Salud Estatal, Documento por escrito de fumigación.**
Así mismo realizamos una supervisión ocular encontrando las siguientes irregularidades:_____

lo que se le hace del conocimiento del C._____ en su carácter de _____ del establecimiento supervisado, haciéndole saber que estas irregularidades son motivos de sanciones, por lo que en uso de la voz, manifiesta que: _____ por lo que en este mismo acto se le concede al infractor un plazo de **CINCO DIAS HABILES** al día siguiente de la celebración de esta diligencia para que presente las manifestaciones que a su interés convengan, a demás de que en este mismo plazo, se regularicen en cumplimiento a las obligaciones que le sean ordenadas en el Capítulo IV del Reglamento para el Control y la Supervisión de las Personas que Ejercen la Prostitución.

Y los sitios en donde se presume se ejerce en el Municipio de Centro, debiéndoles presentar ante la coordinación de Salud Municipal del H. Ayuntamiento de Centro, ubicada en la Av. Paseo Tabasco Nº 1401 Fracc. Tabasco 2000, de esta Ciudad. Concluido el desahogo de las pruebas presentadas y agregadas a las

Coordinación de Salud

actuaciones de los documentos exhibidos, el titular de la de Salud Municipal, se reserva para dictar la resolución que al efecto corresponda, dando por terminado el levantamiento del Acta Administrativa Circunstanciada y, previa lectura que de la misma hacen en los que ellos intervinieron, la ratifican en sus respectivas declaraciones por contener la verdad de lo actuado y constarles lo mismo, firmando al margen y al alce para constancia.

EL PROPIETARIOS O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO	SUPERVISOR DE LA COORDINACION DE SALUD MUNICIPAL
C._____	C._____
SUPERVISOR DE LA COORDINACION DE SALUD MUNICIPAL	SUPERVISOR DE LA COORDINACION DE SALUD MUNICIPAL
C._____	C._____
TESTIGO DE ASISTENCIA	TESTIGO DE ASISTENCIA
C._____	C._____

LLENADO DE ACTA ADMINISTRATIVA CIRCUNSTANCIADA VENÉREO

1) Número que se le asigna como consecutivo.
2) Hora de inicio del llenado del acta.
3) Anotar día de inicio del llenado del acta.
4) Mes al que corresponde el llenado del acta.
5) Nombre del establecimiento.
6) Licencia que expide la autoridad competente para estos establecimientos.
7) Nombre de la calle en donde se encuentra ubicado el establecimiento.
8) Nomenclatura que tiene asignado el establecimiento para identificarlo.
9) Anotar como referencia las calles cercanas al establecimiento.
10) Localidad, colonia, villa, poblado y ranchería.
11) Describir nombre de los supervisores que realizan la diligencia.
12) Número oficio de comisión el cual es el documento que autoriza a los comisionados realizar la diligencia.
13) Fecha de expedición del oficio de comisión.
14) Nombre del establecimiento.
15) Número de licencia expedida por la autoridad para este tipo de establecimiento.
16) Nombre de la colonia en donde se ubica el establecimiento
17) Nombre del propietario del establecimiento.
18) Nombre del testigo.
19) Tipo de credencial con el que se identifica el testigo.
20) Número de folio de la identificación.
21) Nombre de la institución que expida la credencial que identifica al declarante.
22) Nombre de los testigos designado por el declarante
23) Describir identificación del testigo.
24) Número de folio de la identificación del testigo.
25) Anotar las irregularidades observadas durante el desarrollo de la diligencia.
26) Nombre de quien está presente en la diligencia.
27) Describir el cargo de quien atiende la diligencia.
28) Narrar lo que exprese la persona durante la diligencia.
29) Nombre y firma de los que intervinieron en esta acta.

FORMATO

Coordinación de Salud

Nº FOLIO: 1

VILLAHERMOSA, TABASCO A 2 DE 3 DE XXXX

C. JUEZ CALIFICADOR DEL 4 TURNO
DE SEGURIDAD PUBLICA
P R E S E N T E

Me permito poner a disposición a: 5 de _____ años de edad con domicilio: 6 por haber infringido los articulos 222 del Bando de Policía y Gobierno y 9 fracción II del Reglamento para el control de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el Municipio de Centro. Quien (es) fue (ron) sorprendidos en la calle: 7 de la colonia: _____ por los servidores adscriptos a esta Coordinación de Salud Municipal a mi cargo, siendo aproximadamente las 8 horas del mes 9 del año 10, para los efectos legales a que haya lugar. Quien porta los siguientes objetos personales:

11

OBSERVACIONES:

12

A T E N T A M E N T E

DR. FELICIANO WONG ORTIZ
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

RESPONSABLES DE LA DETENCION

SUPERVISOR: 13
SUPERVISOR: _____

14

EL JUEZ CALIFICADOR EN TURNO

LLENADO DE OFICIO DIRIGIDO AL JUEZ CALIFICADOR SEGURIDAD PÚBLICA

1) Folio.- anotar el número de control que se asigna como número consecutivo.
2) Día al que corresponde el documento que se expide.
3) Mes al que corresponde la incidencia.
4) Número de turno del Juez Calificador.
5) Nombre de la persona quien es puesta a disposición del Juez Calificador.
6) Domicilio de la persona puesta a disposición.
7) Nombre de la calle o entre que calles fue sorprendida la persona a disposición.
8) La hora en que se detiene a la persona puesta a disposición.
9) Mes correspondiente el año en que se realiza la detención.
10) Año correspondiente a la actividad que se realiza.
11) Describir objetos que porta la persona al momento de la detención.
12) Observaciones.- En este espacio se anotará lo que no se encuentre descrito en renglones anteriores.
13) Nombre de los supervisores que participan en la detención.
14) Nombre del Juez Calificador que recibe a la persona detenida.

PROCEDIMIENTO 5

SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA CLÍNICA DE CONTROL VENÉREO

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 5, SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA CLÍNICA DE CONTROL VENÉREO

Abastecer a la Clínica de Control Venéreo con los insumos que le permita llevar a cabo sus actividades, planeando adecuadamente el requerimiento de los materiales y equipos necesarios.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

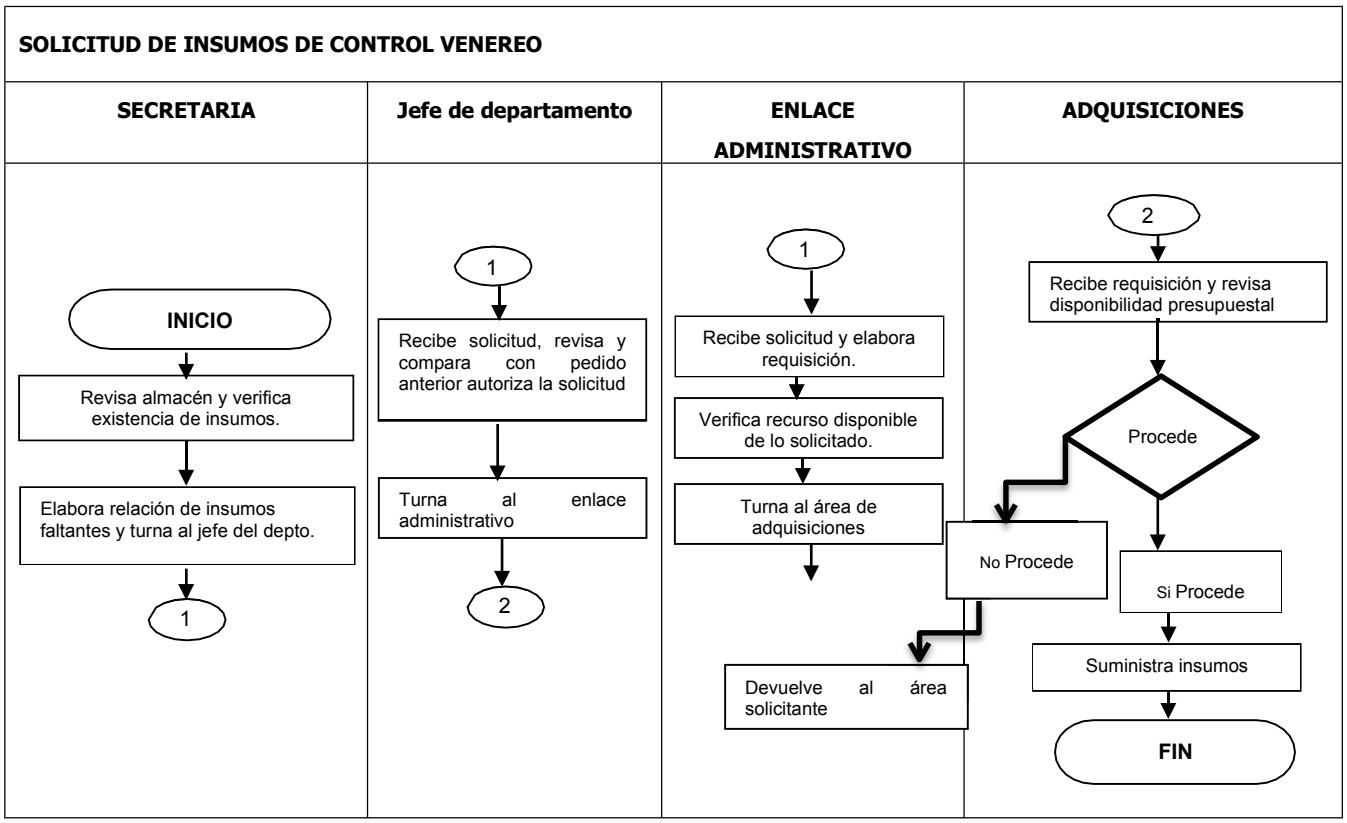
- La solicitud de insumos deberá ser elaborado por el Jefe del Departamento de la Clínica de Control Venéreo.
- El Enlace Administrativo será el responsable de suministrar los insumos solicitados.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Area de Control Venéreo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Solicitud de Insumos	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Secretaria	Revisa el almacén y verifica existencia de insumos, elabora solicitud de faltante y entrega al Jefe del Departamento.	
2	Jefe del Departamento	Recibe solicitud, revisa y compara con pedido anterior autoriza la solicitud y turna al enlace administrativo.	
3	Enlace administrativo	Recibe solicitud, elabora requisición y turna al área de adquisiciones para el trámite de compra.	Requisición
4	Adquisiciones	Procede a verificar disponibilidad presupuestal y realiza procedimiento de compras.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

SOLICITUD DE INSUMOS

FECHA: 1

N° CONSECUTIVO	CANTIDAD	DESCRIPCION DE LOS INSUMOS
2	3	4

SOLICITANTE

5

JEFE DEL DEPARTAMENTO

AUTORIZO

6

ENLACE ADMINISTRATIVO

LLENADO DEL FORMATO DE SOLICITUD DE INSUMOS

1) Día de la elaboración de la solicitud
2) Número consecutivo de lotes
3) Cantidad solicitada
4) Descripción de lo solicitado
5) Nombre y firma del departamento solicitante
6) Nombre y firma del enlace administrativo

DIRECCIÓN DE FOMENTO ECONÓMICO Y TURISMO

FICHA DE REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Unidad Administrativa (Secretaria, Dirección, Coordinación)	COORDINACION DE SALUD	Siglas de la Dependencia	CS
Subdirección, Departamento u homólogo	Subcoordinación de Salud Pública (Clínica de Control Venereo)		
Domicilio de la Unidad Administrativa	Simón Sarlat 217 Col. Centro		
Horarios de Atención al Público	Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 03:00 p.m.		
Homoclave (si tiene)	No cuenta con homoclave		
Nombre del trámite	Clínica de Control Venereo (Papeleta de Sanidad)		
Descripción del trámite o servicio	Consulta Médica a personas que se presumen ejercen la prostitución		
Vigencia	Semanal		
Requisitos del trámite o servicio	Asistencia a Consulta (Subsecuente sólo se pide No. De expediente).		
	Identificación Oficial (INE) vigente (Por primera vez)		
	CURP actualizada (Por primera vez)		
En caso de requerir inspección o verificación (Marcar con una "X")	(X)		

Fundamento jurídico que da origen al trámite	Nombre del ordenamiento	REGLAMENTO DEL BANDO DE POLICIA Y GOBIERNO(Fracción I, ART. 18, 20.22.24) BANDO DE POLICIA Y GOBIERNO DEL Municipio de centro Capítulo 7 Art. 215,216 217. Apartado 28 Fracc. B del Reglameno de la Administración Pública del Municipio de Centro. Y REGLAMENTO PARA EL CONTROL Y LA SUPERVISIÓN DE LAS PERSONAS QUE EJERCEN LA PROTITUCIÓN Y LOS SITIOS DONDE SE PRESUME QUE SE EJERCE EN EL MUNICIPIO DE CENTRO.					
	Fecha de publicación	Día	3	Mes	1	Año	2018
	Artículo						
	Fracción						
	Inciso						

Tipo de trámite o servicio	Solicitud de Información y Asesoramiento			
	Si seleccionaste otros, especifica			
¿Quién puede solicitar el trámite?	Representante Legal		Interesado	
	Tutor		Otro	
	En caso de seleccionar otro, especificar el tipo de persona que puede gestionar el trámite		CUALQUIER PERSONA FISICA O MORAL	
Costo del trámite o servicio (si aplica)	$168.98			

Fundamento jurídico del costo del trámite	Ámbito del ordenamiento						
	Nombre del ordenamiento	Ley de Hacienda Municipal del Estado de Tabasco					
	Fecha de publicación	Día	21	Mes	12	Año	2013
	Artículo	70,71, 72					
	Fracción	II, 74					
	Inciso						

Datos del funcionario para resolución del trámite	Nombre Completo	DRA. CANDY GPE. MORALES VIDAL
	Cargo	RESPONSABLE DE LA CLINICA
	Correo Electrónico	candy.morales@villahermosa.gob.mx
Teléfono	Teléfono (Lada)	3-16-17-14
	Extensión	S/N
Unidad de tiempo de plazo real		
Plazo promedio de resolución o conclusión del trámite	1 día hábil	

PROPUESTA DE SIMPLIFICACIÓN	Acceso al sistema de Atn. Ciudadana, medios de transporte para realizar las inspecciones.
	Solicitan un Área Jurídica que dictamine, para que no se mande al Juez calificador y tarde más la resolución, en el reglamento trae tabulador el juez considera hasta que rango puede multar. El servidor público propone que las multas se cobren a través de la administración municipal.

COMENTARIOS	El tema de las solicitudes de Atn. Ciudadana, les hace llegar peticiones que no se pueden atender, no tienen un catálogo establecido para que se le informa al usuario hasta que momento se les puede apoyar.
	La solicitud entra a través de atn. Ciudadana, si se presenta en la Coordinación lo remiten a la DAC para que allá realice la solicitud.
	A veces los usuarios se presentan en la Coordinación y al verificarlo no están cargados previamente a la plataforma.
	A la semana se reciben alrededor de 125 solicitudes.
	Se resuleven hasta 5-6 a la semana atrasadas.
	SUPERVISIONES A BARES
	SUPERVISIONES A CASA DE ASIGNACION
	Atención inmediata.
MODIFICACIONES AL MARCO JURÍDICO	Migración lo pide para dar un seguimiento.

MAPEO
1.- Inicio (Usuario).
2.- Acude al área de recepción de la Clínica de Control Venereo para solicitar los requistos. (Usuario).
3.- Se porporciona la información. (Clínica de Control Venereo).
4.- Va a su domicilio a recabar documentos. (Usuario).
5.- Regresa a entregar los requisitos solicitados (por primera vez)a la Clínica de Control Venereo . (Usuario).
6.- Cuando el usuario es subsecuente solo con el número de expediente se busca su expediente (Clínica de Control Venereo).
7.- Cumple con lo requerido? -SI, Se genera el pase de pago / -NO, Fin. (Clínica de Control Venereo).
8.-Realiza el pago? -SI, Se emite recibo de pago con el nombre de la persona. / -NO, Fin (Clínica de Control Venereo).
9.- Se envía al usuario a pasar al consultorio para su valoración. (Clínica de Control Venereo).
10.- De acuerdo al caso, se solicita(n) estudio(s) en un laboratorio externo. (Clínica de Control Venereo).
11.- Va a realizarse el(los) estudio(s) indicados previamente (Usuario).
12.- Regresa a la Coordinación de Salud con los resultados del laboratorio (Usuario).
13.- Todo en orden? -SI, Se realiza papeleta de Sanidad con sello de la Supervisión/ -NO, Fin (Clínica de Control Venereo).
14.-Recibe su Papeleta de Sanidad de Control Venereo (Usuario).
15.- FIN. (Usuario)
Nota. VIH Sida, VDRL Sifilis, se solicita actualización cada 3 meses, Papanicolao, Hepatitis B y C cada 6 meses

Resumen del proceso:
Tiempo total: 3 días habiles
Espera en cola: 4
Espera en casa: 1
Dependencias visitadas: 1
Número de viajes: 4
PROPUESTA
1.- Inicio (usuario).
2.- Consulta en la plataforma los requistos para inscribirse a la asistencia médica de control venereo. (Usuario).
3.- Adjunta de manera digitalizada su INE y CURP vigente (Primera vez), cuando es subsecuente proporciona su número de expediente. (Usuario).
4.-Cuando es primera vez, se genera un número de expediente (Digital)
5.- Cumple con lo requerido?.-SI, Se genera pase de pago de acuerdo al número de expediente. / -NO, Fin. (Digital).
6.- Realiza el pago? -Si, se le da fecha para presentarse a consulta de acuerdo a lo que se indique. (Digital).
7.- Se presenta en la Clínica de Control Venereo a valoración (Usuario)
8.- De acuerdo al caso se solicitan el(los) estudio(s) correspondiente en un laboratorio externo (Clínica de Control Venereo)
9.- Regresa con los resultados del labotario para que sean interpretados .(Usuario)
10.- Todo en orden? -SI, Se realiza papeleta de Sanidad con sello de la Supervisión/ -NO, Fin (Clínica de Control Venereo).
11.-Recibe su Papeleta de Sanidad de Control Venereo (Usuario).
12.- FIN. (Usuario)
Resumen del proceso:
Tiempo total: 2 días habiles
Espera en cola: 1
Espera en casa: 1
Dependencias visitadas: 1
Número de viajes: 2

PROCEDIMIENTO 6
ATENCIÓN MÉDICA A LA CIUDADANÍA.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 6, ATENCIÓN MÉDICA A LA CIUDADANÍA.

Atender la demanda de la población en forma directa o a solicitud de la Dirección de Atención Ciudadana para brindar atención médica y odontológica preventiva a través de brigadas en las localidades en donde no cuentan con asistencia médica continua y de igual forma atender los compromisos del C. Presidente Municipal con la Población.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

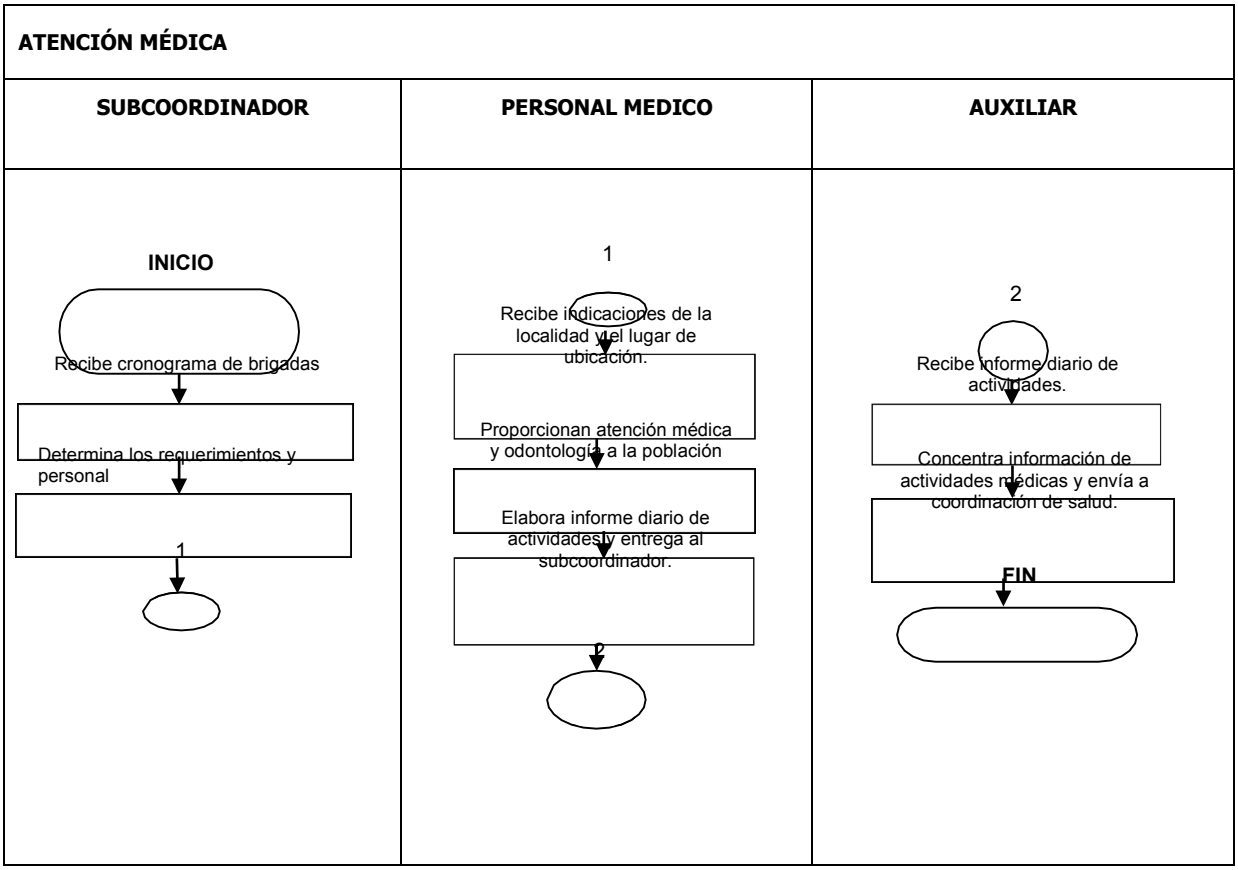
- Se otorgara servicio médico a la población mediante jornadas integrales en comunidades a través de solicitud hecha por la comunidad o por indicación del C. Presidente municipal o a solicitud de la Dirección de Atención Ciudadana.
- El servicio de atención médica y odontológica, así como los insumos utilizados son gratuitos.
- El médico a cargo de coordinar la brigada es el responsable de vigilar el cumplimiento del objetivo.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Departamento de Atención Médica
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Atención médica	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	subcoordinador	Recibe el cronograma de las brigadas a realizar y determina los requerimientos necesarios para el desempeño de actividades que se realizan durante cada una de las brigadas	
2	Brigada Médica	Proporciona consulta médica y odontológica a la población que asiste a recibir los servicios que brinda en cada comunidad programada	
3	Auxiliar	Concentra la información de las actividades realizadas por el servicio médico y envía a la Coordinación De Salud.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

FOLIO: 1
FECHA: 2
LOCALIDAD: 3

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO
4	5	6

DIAGNÓSTICO
7

FARMACIA	
NOMBRE DEL MEDICAMENTO/ PRESENTACION / INDICACIÓN	SURTIDO
8	9

NOMBRE DEL MEDICO Y CEDULA PROFESIONAL: 10

11	12	13
FIRMA DEL MEDICO	FIRMA DEL PACIENTE ORIGINAL	SELLO

LLENADO DE RECETA MÉDICA:

1) Número de folio
2) Fecha de expedición
3) Lugar donde se extiende la receta
4) Nombre del paciente.
5) Edad del paciente
6) Sexo del paciente
7) Diagnóstico del paciente
8) Describir los medicamentos prescritos por el médico
9) Número de medicamento a surtir
10) Nombre del médico y cedula profesional
11) Firma del médico que extiende la receta.
12) Firma del paciente que recibe la receta
13) Sello de la coordinación de salud.

FORMATO

Coordinación de Salud

ACTA DE DONACION

ACTA N° 1
PROYECTO: 2
PROGRAM 3
LOCALIDA 4

Siendo las 5 _____ as del día 6 _____ de 7 _____ de 8 _____, sito en 9 _____ 10 _____ d 11 _____ localiza la Coordinación de Salud Municipal, se reunieron los CC. _____

y _____ procediendo a elaborar la presente acta la cual tiene por objeto hacer constar que el Lic. Gerardo Gaudiano Rovirosa, Presidente Municipal del H. Ayu 12 nto de Centro, donó a través de la Coordinación de Salud los siguientes: _____

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD
13	14	15

No ha 16 otro asunto más que hacer constar, se da por terminada la presente acta a las ___ horas del día de su inicio, procediendo a firmar al calce los que en ella intervinieron.

POR EL DONANTE

17

_____

DR. ELIN GONZALEZ BANOS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

POR EL DONATARIO

18

_____

TESTIGOS DE ASISTENCIA

19

_____

DRA. ARCENIA SANCHEZ MORALES
SUBCOORDINACIÓN DE SALUD
PUBLICA DE LA COORDINACION DE
SALUD

20

_____

LIC. KARLA GUADALUPE GOMEZ PEREZ
ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA
COORDINACION DE SALUD

LLENADO DEL FORMATO DE ACTA DE DONACIÓN.

1) Número del acta consecutivo.
2) Número de proyecto al que corresponda el programa.
3) Número de programa presupuestario.
4) Localidad a la que pertenece el proyecto.
5) Hora de inicio del llenado del acta.
6) Fecha de formulación del acta.
7) Mes al que corresponde la fecha del acta.
8) Año al que corresponde la formulación del acta.
9) Domicilio del H. Ayuntamiento Constitucional de Centro.
10) Colonia en la que ubica el H. Ayuntamiento Constitucional de Centro.
11) Nombre de quien recibe el beneficio así como nombre del titular de la coordinación.
12) Describir tipo de Apoyo Proporcionado.
13) Descripción de los medicamentos.
14) Unidad de medida de los medicamentos.
15) Cantidad otorgada de medicamentos.
16) Hora en que se realiza el acta de donación.
17) Firma de quien otorga el medicamento.
18) Firma de quien recibe el medicamento.
19) Firma del encargado de atención médica.
20) Firma del enlace administrativo.

FORMATO

Coordinación de Salud

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
COORDINACION DE SALUD MUNICIPAL
HOJA DIARIA

LOCALIDAD: 1

FECHA: 2

RECEPCIONISTA 3

Nº	PACIENTE	EDAD	SEXO	SIGNOS VITALES			DIAGNOSTICO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
				T/A	GLUC	TEMP			
4									
	5	6	7		8		9	10	11

LLENADO DE HOJA DIARIA DE CONSULTA MEDICA EN BRIGADAS:

1. Nombre de la comunidad.
2. Fecha de atención médica.
3. Nombre del recepcionista.
4. Número consecutivo de beneficiarios
5. Nombre del paciente.
6. Edad del paciente.
7. Anotar femenino o masculino según sea el caso.
8. Toma de signos vitales
9. diagnostico
10. Número telefónico del paciente.
11. Correo electrónico

FORMATO

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO

JORNADAS DE ATENCION INTEGRAL EN COMUNIDADES

CALENDARIO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Nº	LUGAR QUE SE VISITA	FECHA														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1																
2																
3	2				3											
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

1

PENDIENTES POR ATENDER EN LAS JORNADAS DE ATENCION EN COMUNIDADES.

ATENDIDAS POR JORNADAS DE ATENCION INTEGRAL EN COMUNIDADES.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

1) Número consecutivo.

2) Descripción de las comunidades en donde se realizan las brigadas.

3) Fecha de brigadas a realizar.

PROCEDIMIENTO 7

SOLICITUD DE INSUMOS PARA LAS BRIGADAS MÉDICAS.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 7, SOLICITUD DE INSUMOS PARA LAS BRIGADAS MÉDICAS.

Abastecer oportunamente los insumos para realizar las brigadas médicas en las distintas comunidades para atender a la población con eficiencia y calidad.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

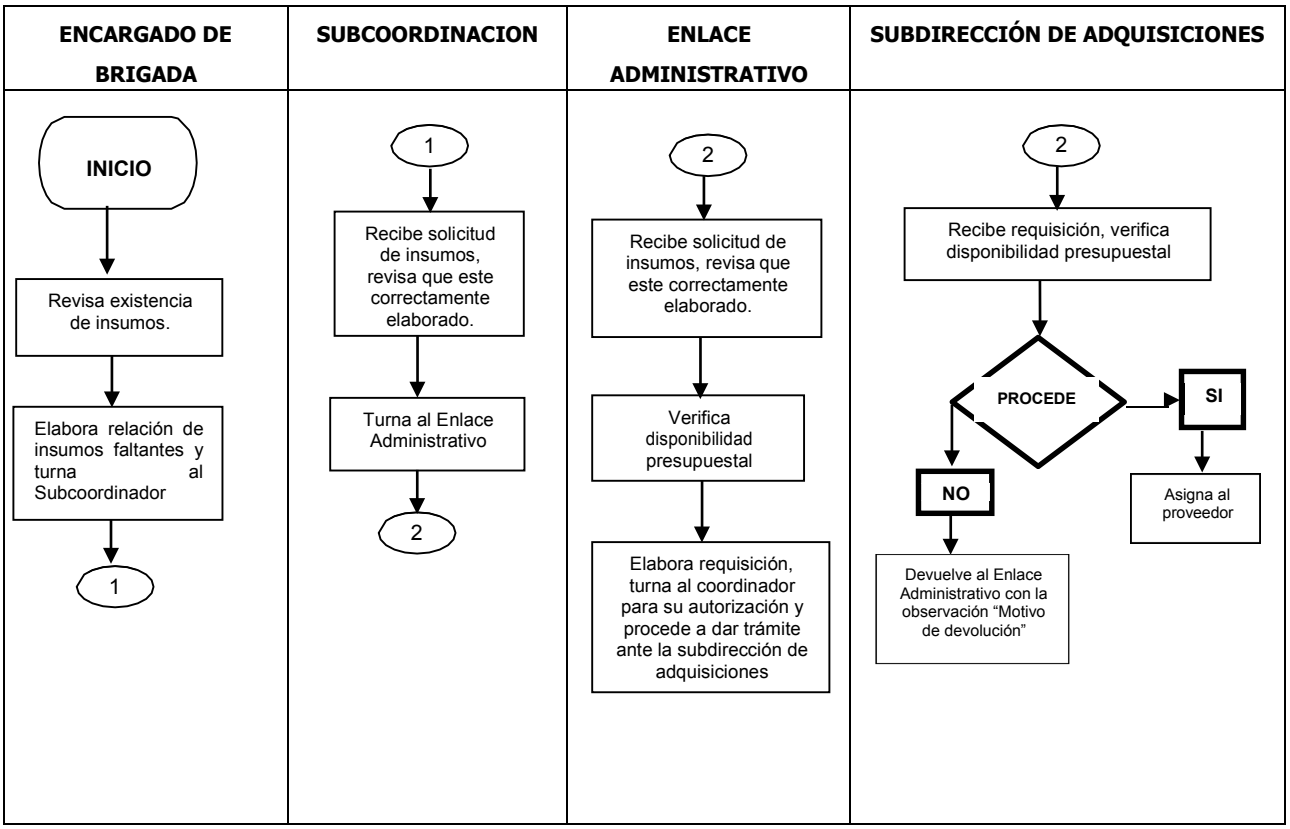
- La solicitud de insumos deberá ser elaborada por cada uno de los integrantes de la brigada medica
- La solicitud deberá realizarse con una periodicidad semanal, será recibida por el Subcoordinador quien gestionara los recursos
- El Enlace Administrativo será el responsable de suministrar los insumos solicitados.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Departamento de Atención Médica
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Solicitud de insumos	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Encargado de brigada	Revisa existencia de insumos Elabora solicitud comparándolas con el pedido anterior. Entrega solicitud de insumos al subcoordinador.	
2	Subcoordinador	Recibe solicitud de insumos del encargado de brigada, revisa y verifica que se encuentre debidamente elaborado turna al enlace administrativo.	
3	Enlace Administrativo	Recibe solicitud de insumo, verifica disponibilidad presupuestal y procede a elaborar la requisición de compras, turna al coordinador para autorización y realizar el trámite ante la subdirección de adquisiciones	Requisición
4	Subdirección de adquisiciones	Recibe, requisición, analiza disponibilidad presupuestal, verifica llenado del documento SI PROCEDE. – asigna al proveedor NO PROCEDE. – devuelve al Enlace Administrativo con la observación " motivo de la devolución"	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

FECHA:_____1_____

Lote	Cantidad	Unidad de medida	Descripción
2		4	5
	3		

LLENADO DE FORMATO DE INSUMOS:

1) Fecha.
2) Número consecutivo.
3) Cantidad.
4) Describir presentación del producto.
5) Descripción del producto.

PROCEDIMIENTO 8

REQUISICIÓN DE COMPRA.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 8, REQUISICIÓN DE COMPRA.

Sustentar las erogaciones generadas por la adquisición de bienes y materiales necesarios para la operatividad de la Coordinación.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

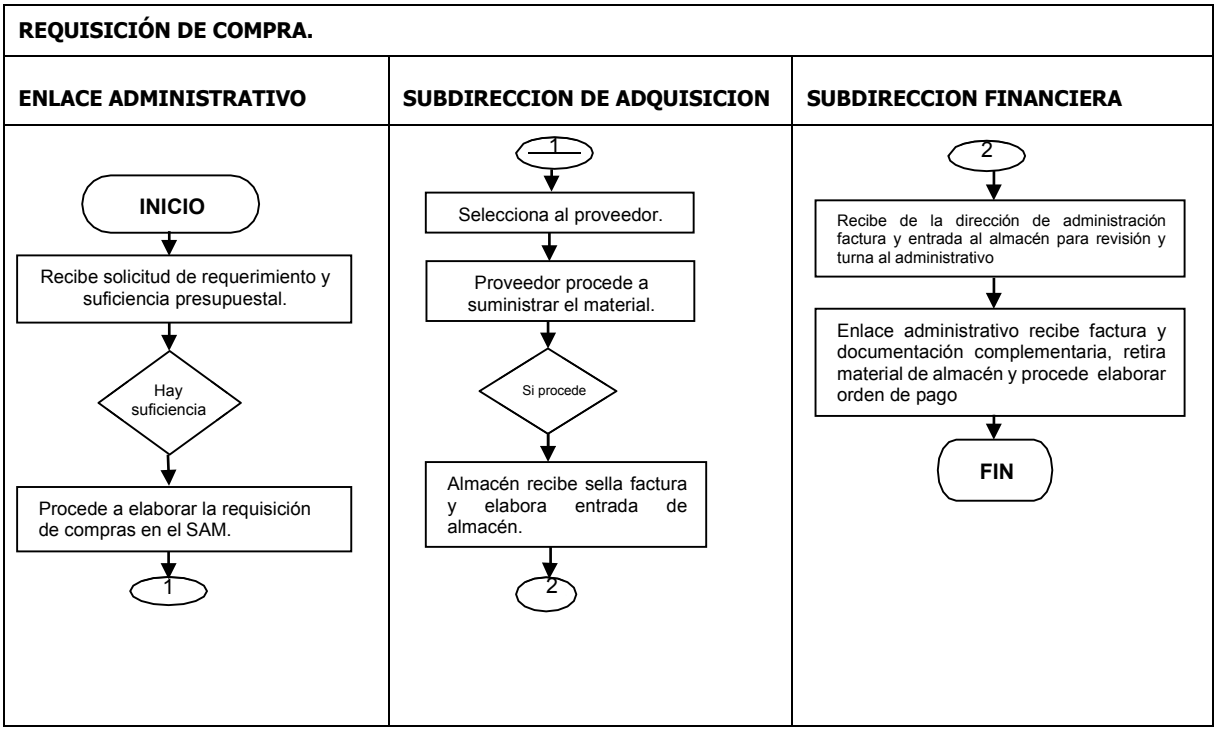
- Normatividad de acuerdo al manual de normas presupuestarias en concordancia con la emitida por el Órgano Superior de Fiscalización.
- Ley de Adquisiciones arrendamiento y prestación de servicios relacionados con bienes muebles.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones.
- Reglamento del Comité de Compras Del Municipio De Centro
- Lineamiento de la Dirección de Administración.
- El enlace administrativo es el área facultada para elaborar y tramitar requisiciones.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Requisición de Compra.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Enlace Administrativo	Recibe solicitud de requerimientos de las diversas áreas de la coordinación. Verifica disponibilidad presupuestal calendarizado por partidas en el (SAM). Si cuenta con suficiencia elabora requisición correspondiente turna al coordinador para firma.	Requisición
2	Coordinador	Firma requisición, oficio y turna al enlace administrativo, para que realice el trámite ante la subdirección de adquisiciones	Oficio
3	Subdirección de Adquisición	Recibe requisición y verifica suficiencia presupuestal, partida y proyecto que se menciona en el documento Si procede Inicia el procedimiento de compra seleccionando al proveedor que presente la mejor propuesta económica.	Requisición de compra
4	Proveedor	Suministra material en el almacén y recaba sello en factura original	Factura Y Entrada Almacén
5	Subdirección Financiera	Recibe factura y entrada de almacén y turna al enlace administrativo para elaborar la orden pago correspondiente.	Orden de Pago
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

H. Ayuntamiento Dirección Constitucional de Centro
Director de Administración

REQUISICION DE MATERIALES Y SUMINISTROS

REQ. NO.	FECHA

DIRECCION SOLICITANTE: MODALIDAD:	PEDIDO N°

Lote	Cantidad	unidad	Descripcion

Programa:	
Partida:	
Actividad Inst.:	
Finalidad:	
Funcion:	
Subfuncion:	
Subsubfuncion:	
Prog. Presupuest.:	
Objeto Del Gasto:	
Localidad:	
Presupuesto reservado:	

Observaciones

Solicita	Autoriza
Coordinador de Salud	Director de Administración

LLENADO DE REQUISICIÓN:

1) Número que identifica el consecutivo de requisición.
2) Día de elaboración
3) Dirección solicitante
4) Fuente de recursos
5) Numero de lotes.
6) Cantidad.
7) Unidad de medida.
8) Describir los conceptos que se van a adquirir.
9) Clave programática presupuestaria que identifica, proyecto, partida, objeto del gasto.
10) Lugar en donde se utilizara el gasto.
11) Firma del titular del área solicitante.
12) Autorización de la dirección de administración.

PROCEDIMIENTO 9

ELABORACIÓN Y TRÁMITE DE LA ORDEN DE PAGO.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 9, ELABORACIÓN Y TRÁMITE DE LA ORDEN DE PAGO.

Comprobar el ejercicio del gasto público, a través del documento que describe los niveles programáticos que se han ejercido.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- Normatividad de la contraloría municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- Integración completa con la documentación original necesaria para amparar el gasto efectuado

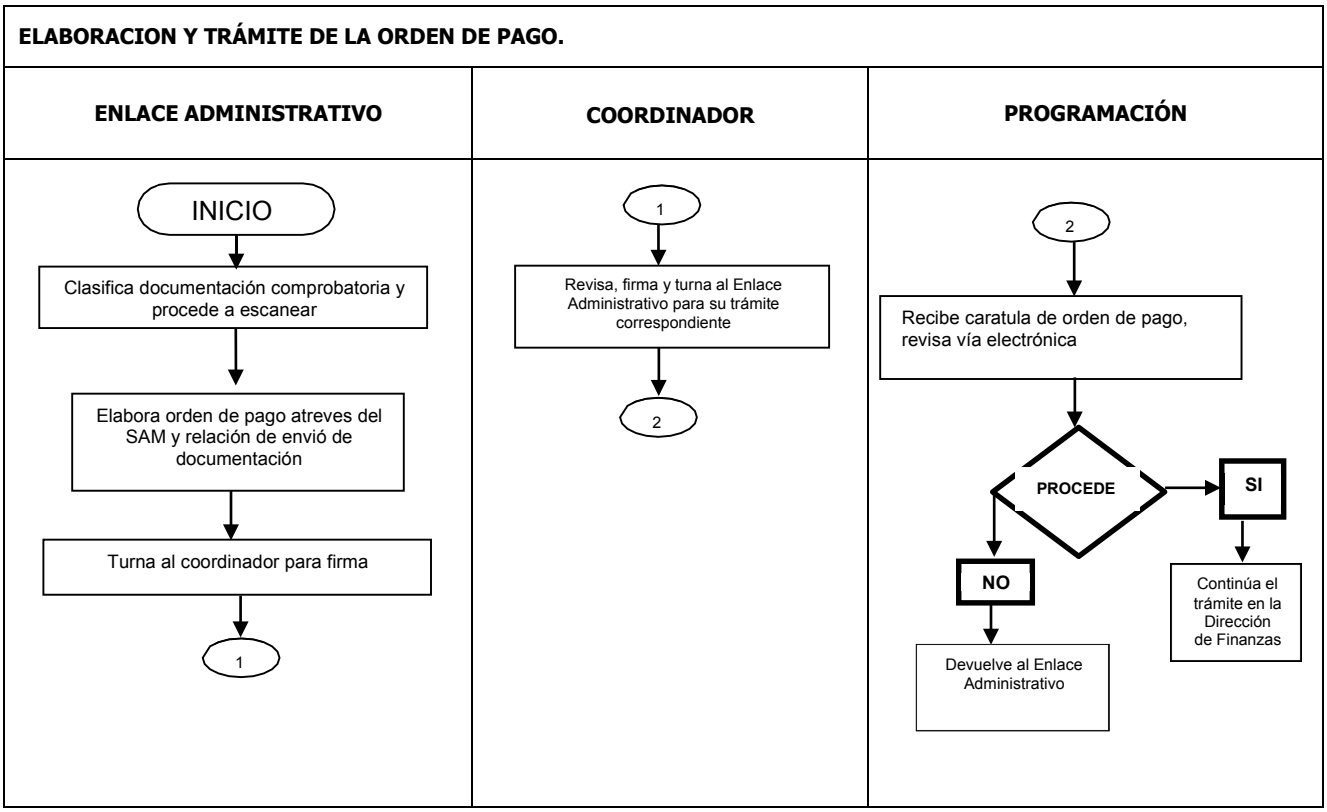
La orden de pago será elaborada a través del sistema SAM, y tramitar en tiempo y forma ante la Dirección de Programación.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud Municipal.	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Elaboración y Trámite de Orden de Pago.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Enlace Administrativo	Clasifica la documentación comprobatoria y se procede a escanear pedido, factura, cotización, requisición, entrada de almacén. Se imprime caratula y anexo de la orden de pago mediante el sistema SAM se sube la información en medio electrónico y procede a tramitar ante la Dirección De Programación, mediante relación y sirve como acuse de recibido	Sistema, relación y caratula
2	Coordinador	Revisa, firma y turna al enlace.	
3	Programación	Recibe documento y turna al departamento de revisión y verifica documentación vía electrónica en el sistema SAM, procede Si PROCEDE La orden de pago continua su trámite hacia la Dirección De Finanzas No PROCEDE Programación devuelve la orden de pago señalando en el espacio correspondiente las observaciones pertinentes de las razones de la devolución de la orden de pago. Corrige y/o cancela la orden de pago. Conecta con la act. 1	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
Orden de Pago

Tipo de gasto: RECURSOS PROPIOS

No. de Orden de Pago

Hoja 1 / 2

Beneficiario	Importe	Con letra

Concepto		Localidad 0001	Villahermosa	Municipio

UR	AI	FIN	FN	SF	PP	Programa	Partida	Concepto	Importe

de 2016	☐ Comprobación Vale	☐ Reembolso al fondo Fijo ☐ Concurso No.	IVA	
El titular del ramo	Suficiencia Presupuestal	Pagador	Descontado Vales	
			Total	
Coordinador de Salud			Crédito y retenciones	
Area que elabora: 24	Cadena de Seguridad Digital		Neto	

No. De Orden de Pago

informacion complementaria

Comprobacion de vales	Documentos Anexos

PROCEDIMIENTO 10

TRANSFERENCIA Y/O AMPLIACIÓN DE RECURSOS.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 10, TRANSFERENCIA Y/O AMPLIACIÓN DE RECURSOS.

Tramitar adecuación presupuestal para dar suficiencia a aquellas partidas que no cuentan con recursos disponibles para el cumplimiento de las metas y programas.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

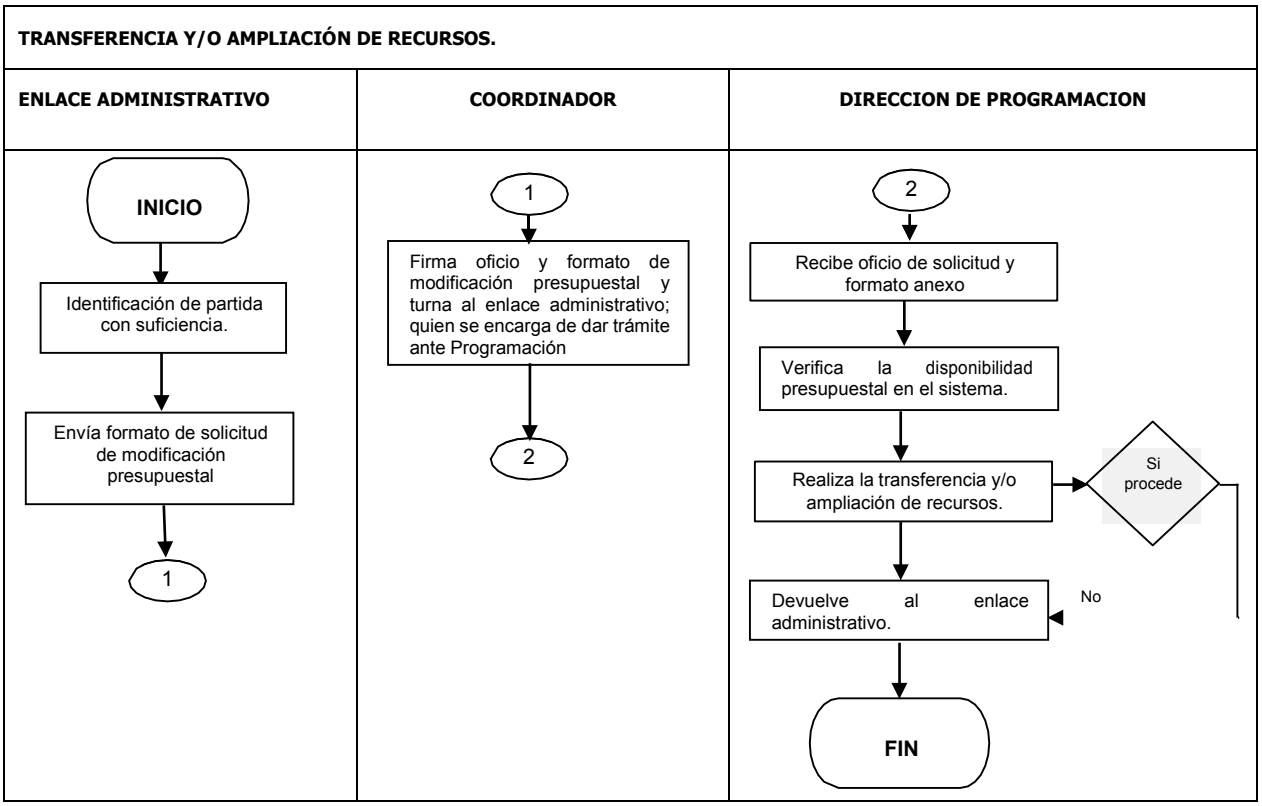
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- No deberán efectuar transferencia de recursos (reducciones) de proyectos de gastos de inversión a partidas del gasto corriente y de erogación extraordinarias.
- La partida sujeta a reducción deberá contar suficiencia presupuestal.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud.	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Transferencia y/o Ampliación de Recursos.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Enlace Administrativo	Identifica partida presupuestal con suficiencia de recursos susceptibles de transferencia. Solicita mediante oficio y formato de modificación presupuestal para transferencia y/o ampliación de recursos a la Dirección De Programación. Efectúa los movimientos internos en sus controles presupuéstales. Archiva copia de la documentación.	Oficio
2	Coordinador	Firma oficio y formatos anexos. Envía solicitud de modificación presupuestal a la Dirección De Programación.	
3	Dirección de Programación	Recibe solicitud revisa, analiza y procede a realizar la transferencia y/o suficiencia Si procede Recibe notificación de autorización de transferencia y/o ampliación de recursos por la Dirección De Programación. No Procede Recibe notificación de improcedencia	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO
MODIFICACION PRESUPUESTAL
FUENTE: _____

MUNICIPIO	CENTRO

DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES, SIRVASE REGISTRAR LAS ADECUACIONES AL PRESUPUESTO

No. DE ADECUACION	FECHA DD/MM/AA
	1

HOJA No.	DE
	2

FUENTE	CLAVE PROGRAMA	PROYECTO O ACTIVIDAD	PARTIDA	DESCRIPCION	H / $	UNIDAD DE MEDIDA	PRESUPUESTO INICIAL	AMPLIACIONES(+)	REDUCCIONES(-)	PRESUPUESTO MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
					H						
					$						
					H						
					$						
3	4	5	6	7	H		8	9	10	11	12
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
					H						
					$						
SUMAS IGUALES							-	-	-	-	

T..I
13
Nombre y Firma del Director de la Unidad Generadora del Gasto

FORMULO Y
14
mbre y Firma del Director de Programac

LLENADO DE FORMATO DE TRANSFERENCIAS:

1) Día de elaboración.
2) Numero de hojas.
3) Fuente de donde provienen los recursos.
4) Clave programática presupuestal.
5) Numero de proyecto.
6) Numero de partida presupuestal.
7) Descripción de la partida.
8) Anotar presupuesto inicial del proyecto que se trate.
9) Cantidad correspondiente a la ampliación y/o transferencia.
10) Cantidad que se reduce en la partida y/o proyecto del que se trate.
11) Cantidad modificada del proyecto.
12) Justificación motivo de la transferencia y/o ampliación.
13) Firma del titular del área solicitante.
14) Autorización de la dirección de programación.

PROCEDIMIENTO 11

SOLICITUD DE INSUMOS AL ALMACÉN.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 11, SOLICITUD DE INSUMOS AL ALMACÉN.

Cumplir con la normatividad establecida para el control de entradas, salidas y materiales y herramientas bajo resguardo del almacén, adquiridos con cargo al presupuesto autorizado de la coordinación.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

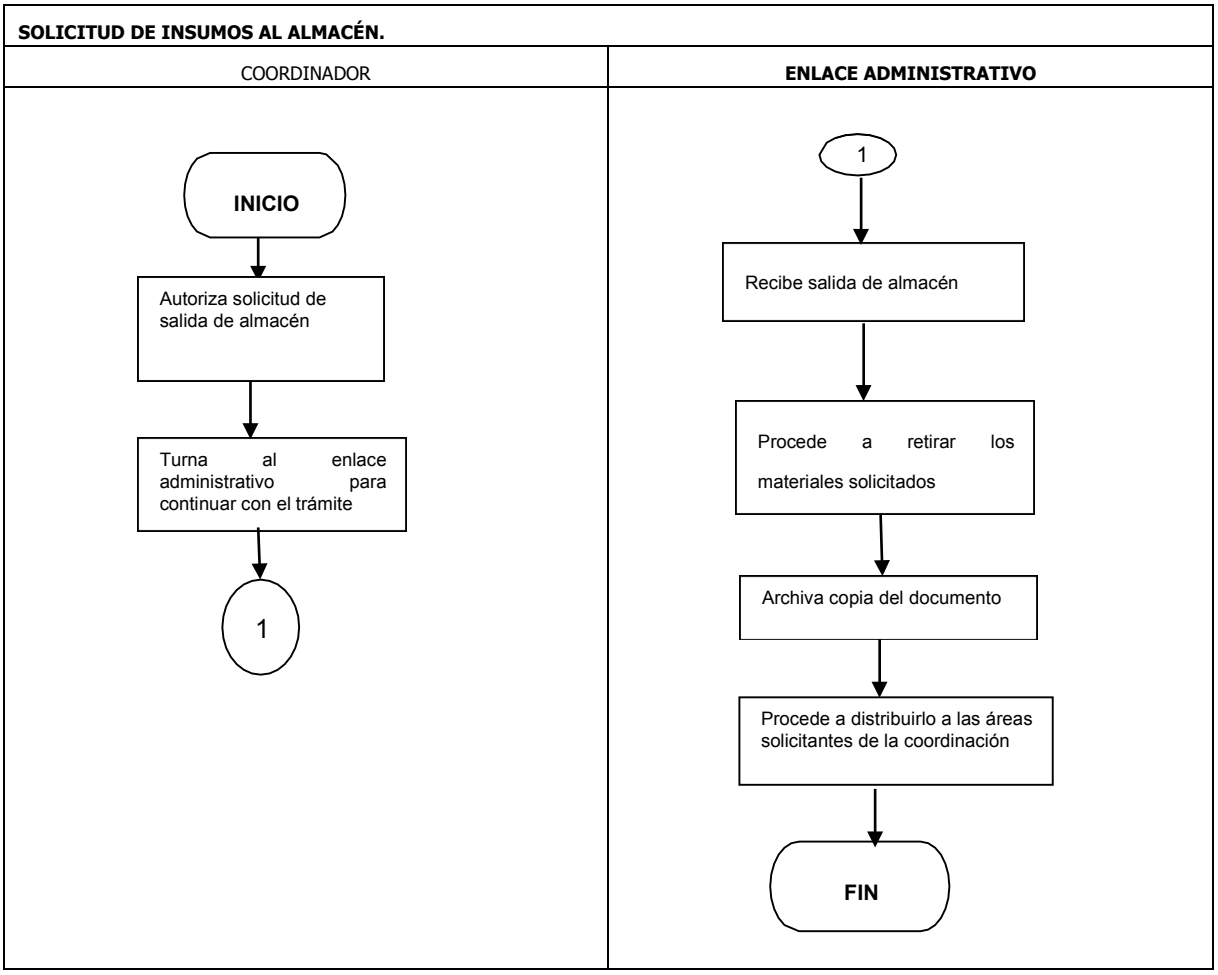
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el Órgano Superior de Fiscalización.
- Actualización mensual de los datos.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Solicitud de Insumos al Almacén.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Coordinador	Autoriza solicitud de salida de almacén y turna al enlace administrativo para continuar con el tramite	
2	Enlace Administrativo	Recibe salida de almacén y procede a retirar los materiales solicitados, archiva copia del documento y procede a distribuirlo a las áreas solicitantes de la coordinación	Salida de Almacén
		Termina Procedimiento	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

H. Ayuntamiento Constitucional de Centro

10 Dirección de Administración

Salida de Almacén	No. Salida	Fecha
Coordinación de Salud		

Proveedor :
Proyecto :
Partida :
Pedido: **Requisición:**
Entrada: **Tipo Salida:**
Remisión:
Concepto:

Lote	Descripción	Unid. Medida	Cantidad	Precio Unit.	Importe

Subtotal:
Descuento:
I.V.A:
Total general:

Autoriza **Recibe**

Enlace Administrativo **Nombre y firma**

PROCEDIMIENTO 12

ORDEN DE TRABAJO POR REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 12, ORDEN DE TRABAJO POR REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS

Documentar las erogaciones generadas por el servicio de reparación y mantenimiento de vehículos.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

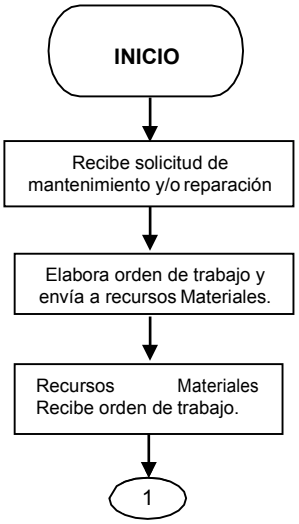
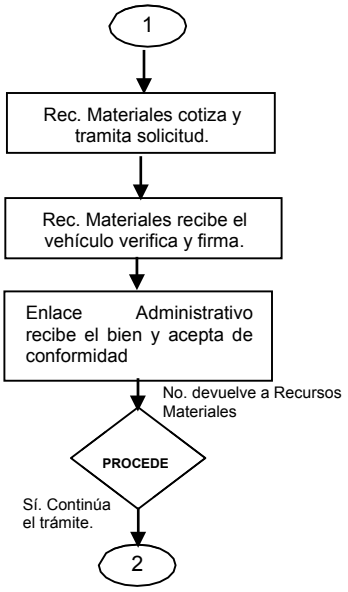
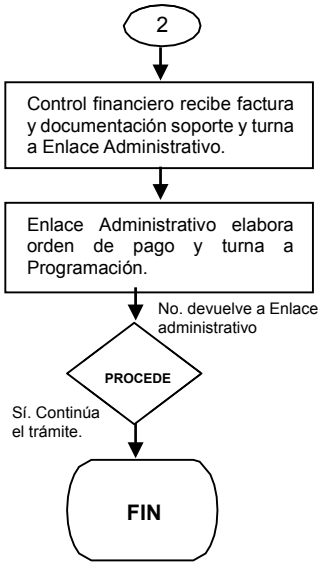
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- Lineamientos de la Dirección De Administración.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Orden de trabajo por reparación y mantenimiento de vehículos.	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Enlace Administrativo	Recibe memorándum de solicitud de servicios y/o mantenimiento de las diversas áreas de la coordinación. Elabora orden de trabajo debidamente requisitadas en original y copia turna a la subdirección de recursos materiales.	Memorándum Orden de trabajo
2	Subdirección de recurso. Mat.	Recibe orden de trabajo, cotiza y tramita la solicitud seleccionando al prestador de servicio (taller).	Cotización
3	Taller externo	Recibe el vehículo y copia de orden de trabajo, verifica el servicio y firma de conformidad. Elabora presupuesto y turna a recursos materiales para su aprobación y autorización de trabajo a realizar	
4	Subdirección de Recursos Materiales	Recibe trabajo realizado y factura del prestador de servicio ; para trámite correspondiente, archiva copia de la orden de trabajo y turna a control financiero	
5	Control financiero	Recibe factura, orden de trabajo y cotizaciones originales, verifica llenado de los documentos y turna a Coordinación De Salud y el Enlace Administrativo elabora orden de pago y turna a Programación.	
6	Programación	Revisa documentación, factura, orden de trabajo, cotización y llenado de orden de pago. Si procede Continua el tramite No procede Devuelve a la Coordinación De Salud para solventar observaciones.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

ORDEN DE TRABAJO POR REPARACION Y MANTENIMIENTO DE VEHICULOS.		
ENLACE ADMINISTRATIVO	**SUBDIRECCION DE RECURSOS MATERIALES**	**CONTROL FINANCIERO Y PROGRAMACION**
		

FORMATO

H. Ayuntamiento Constitucional de Centro
Dirección de Administración

ORDEN DE TRABAJO

Orden de Trabajo No.	Fecha

Unida Admiva.:	Datos del Vehiculo
Modalidad:	
Programa:	Tipo:
Partida:	Marca:
Actividad Inst:	Modelo:
Finalidad:	Placas:
Función:	Color
Subfunción:	
Subsubfunción:	
Prog. Presupuest.:	
Objeto del Gasto:	
Localidad:	

Area: ○ Mecanica ○ Electromecánica ○ Hojalateria y pintura ○ Alineación y Blanceo ○ Soldadura ○ Otros

Observaciones		
Prestador de Servicio		
Usuario		

Autorizó	Aceptó
Director de Administración	

PROCEDIMIENTO 13
REPORTE DE INCIDENCIAS

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 13, REPORTE DE INCIDENCIAS

Comprobar afectación presupuestal por el pago de sueldos y salarios así como proporcionar la información necesaria a la dirección de administración para el control de los movimientos de personal y pago oportuno.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

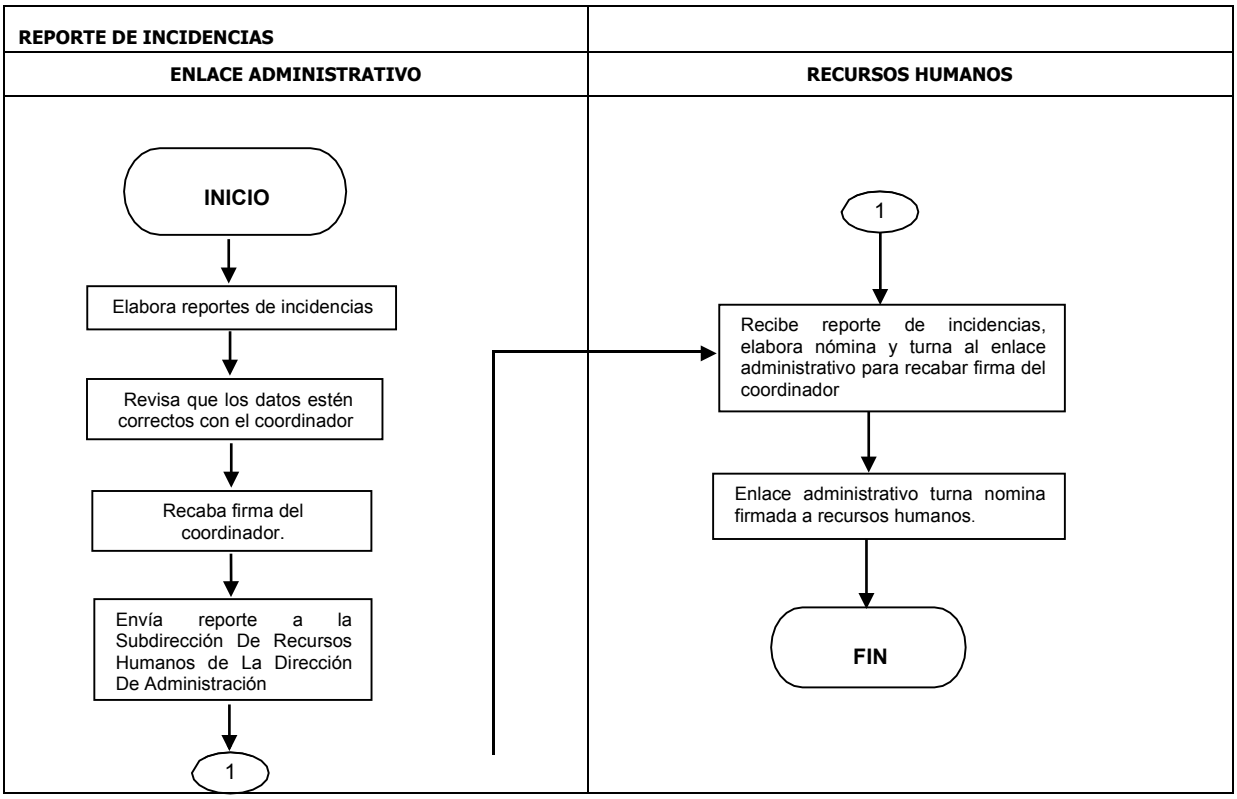
- Elaborar los reportes de incidencias por faltas, días económicos, días adicionales, vacaciones, incapacidad etc., y turna oportunamente a la Dirección de Administración.
- Los reportes que se turnen corresponderán a la quincena anterior.
- Las licencias y constancias médicas deberán presentarse oportunamente para su justificación.
- Todas las solicitudes de días económicos, permisos, etc., se realizaran conforme a lo establecido en las condiciones generales de trabajo del Ayuntamiento.
- Ley de responsabilidades de los servidores públicos del estado.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Reporte de incidencias	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Enlace Administrativo	Elabora los reportes de incidencias (faltas, vacaciones, días adicionales, etc.).Revisa con el Coordinador que los datos de los reportes están correctos. Recaba firma del Coordinador. Recibe de la Dirección De Administración la nómina procesada. Coteja información con el reporte de incidencias enviado y recaba firma del Coordinador en la nómina. Envía nomina a La Subdirección De Recursos Humanos de la Dirección De Administración para su trámite de pago.	Reporte Nómina Orden de pago
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

OFICIO: CS /xxxx/ 2016
VILLAHERMOSA, TAB., A XX DE XXXXX DE 2016

C. XXXXXX XXXXX XXXX
DIRECTORA DE ADMINISTRACION
PRESENTE

Por este medio envío a usted, reporte de Incidencias del personal adscrito a la Coordinación de Salud.

Nº de Empleado	Nombre	Incidencia	Fecha		Total Dias	R.F.C.
			Inicio	Termina		

Sin otro particular agradezco su atención prestada al mismo y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

COORDINADOR DE SALUD

C.c.p.- SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO
C.C.P. C.P. JEFE DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO
C.C.P. ARCHIVO/INJUTARIO

LLENADO DEL DOCUMENTO PARA REPORTAR LA INCIDENCIA:

1) Numero de oficio consecutivo.
2) Día de elaboración del oficio.
3) Nombre del titular de recursos humanos.
4) Número que corresponde al empleado.
5) Nombre correspondiente del empleado
6) Concepto de la incidencia.
7) Días que ampara la incidencia.
8) Total de días de incidencia.
9) Registro federal de contribuyentes.
10) Nombre y firma del titular del área.

PROCEDIMIENTO 14
MOVIMIENTOS DE PERSONAL: ALTAS Y BAJAS.

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 14, MOVIMIENTOS DE PERSONAL: ALTAS Y BAJAS.

Tramitar en tiempo y forma los movimientos de personal, mediante el registro de ingreso o solicitud de baja, con la finalidad de comprobar y documentar el expediente de cada trabajador.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

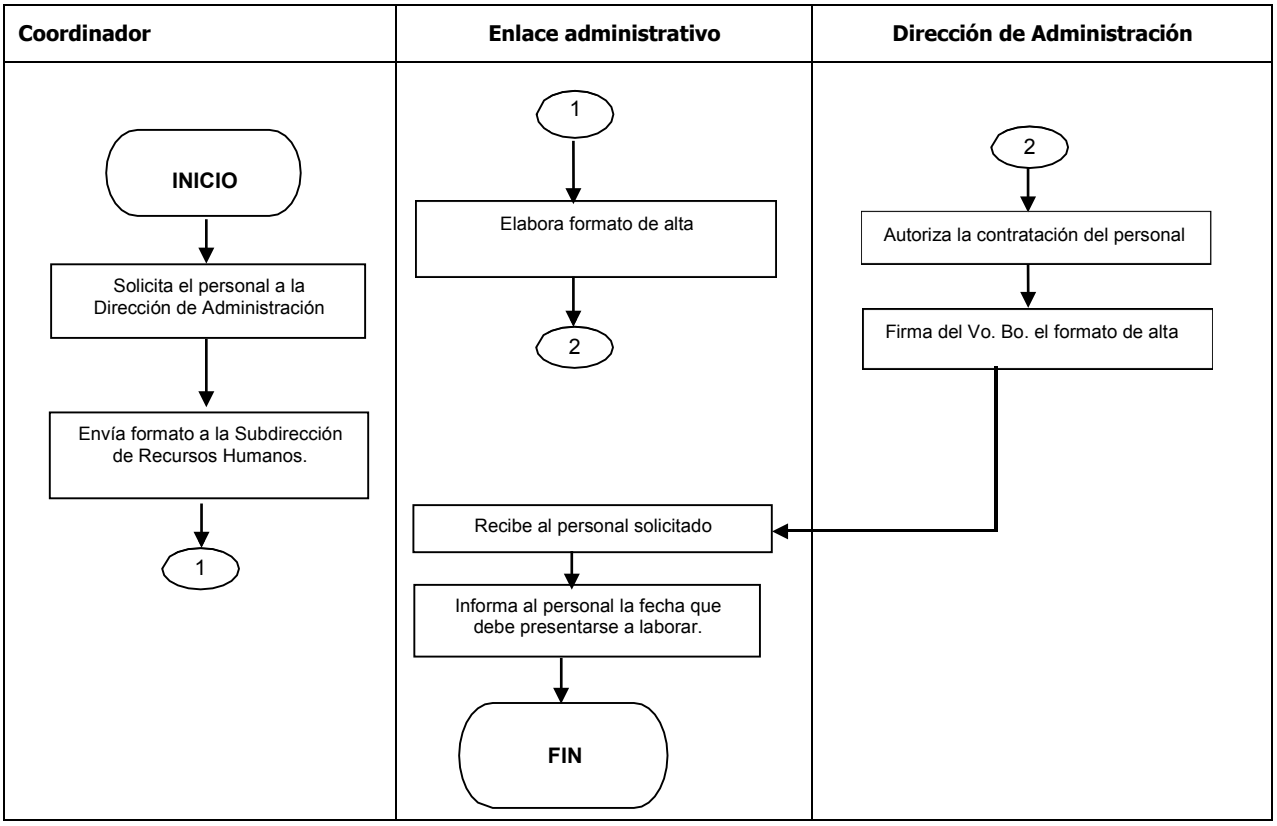
- Justificar la alta o baja del personal.
- Todo movimiento de personal se hará con autorización del Coordinador
- Archivar copia del trámite que se realice de cada trabajador.
- Los movimientos de personal se rigen de acuerdo a las condiciones generales de trabajo del Ayuntamiento.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

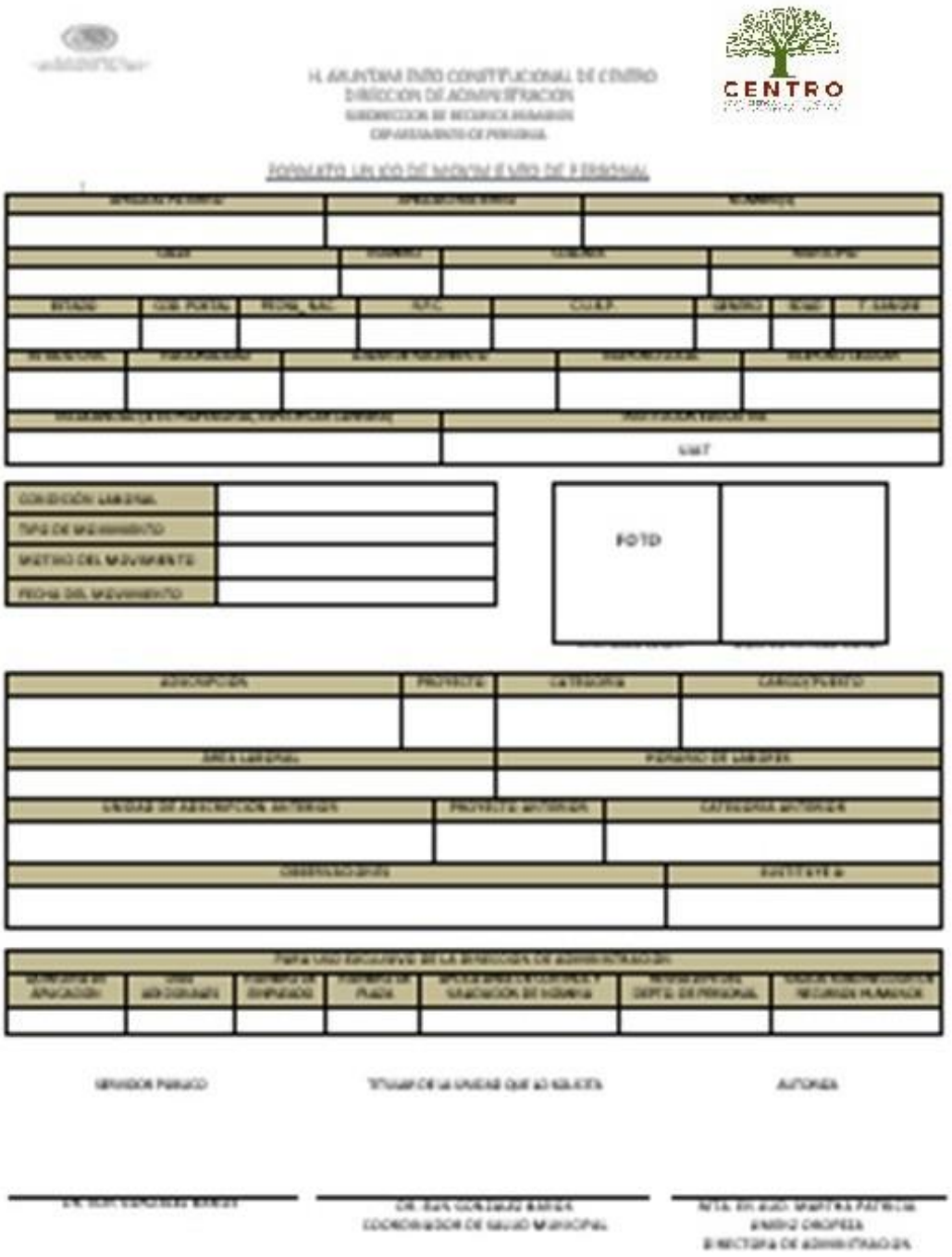
UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Movimientos de personal: alta y baja	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Coordinador	Solicita el personal requerido a la Dirección De Administración, Envía formato a la Subdirección De Recursos Humanos.	Oficio
2	Enlace Administrativo	Elabora formato de alta.	Alta
3	Dirección de Administración	Autoriza la contratación del personal. Firma del Vo. Bo. el formato de alta	
4	Enlace Administrativo	Recibe al personal solicitado, Informa la fecha que debe presentarse a laborar	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO



FORMATO

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
DIRECCION DE ADMINISTRACION
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FORMATO UNICO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL

CONDICION LABORAL	ALTA S	BAJA S	LICENCIA S
Base	Nuevo Ingreso	Renuncia	Con Goce de Sueldo
Confianza	Reingreso	Convenir al Servicio	Sin Goce de Sueldo
Eventual	Cambio de Adscripción	Abandono de Empleo	Enfermedad
Interino	Promoción	Defunción	Revocación
	Reanudación	Jubilación	Gravidez
	Reclasificación		
	Interinato		
	Reinstalación		

LLENADO DE FORMATO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL:

1) Nombre y apellidos de la persona.
2) Domicilio completo.
3) Fecha de nacimiento.
4) Registro federal de contribuyentes.
5) Clave única de registro de población.
6) Género.
7) Edad.
8) Tipo sanguíneo.
9) Estado civil.
10) Nacionalidad.
11) Describir ciudad y estado en donde nació.
12) Número telefónico.
13) Grado de estudio.
14) Condición laboral.
15) Tipo de movimiento.
16) Movimiento del movimiento.
17) Fecha de movimiento.
18) Adscripción, proyecto, categoría, cargo.
19) Horario de labores.
20) Firma del trabajador.
21) Firma del titular del área solicitante.
22) Firma de autorización de la Dirección de Administración

PROCEDIMIENTO 15

CONSULTAS A CANES Y FELINOS QUE LLEGAN AL CENTRO DE CONTROL CANINO O BRIGADAS MÉDICAS

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 15, CONSULTAS A CANES Y FELINOS QUE LLEGAN AL CENTRO DE CONTROL CANINO O BRIGADAS MÉDICAS

Atender la demanda de la población en forma directa a través del servicio de atención médica veterinaria otorgado en el Centro de Control Canino y/o en brigadas de salud canina y felina en diversas comunidades donde se programen dichos eventos, con la finalidad de cuidar la economía de los portadores de mascotas de estas especies y el bien estar de las mismas; así como la prevención de rabia y diversas enfermedades, así mismo, evitar la proliferación de perros y gatos mediante cirugías de esterilización.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

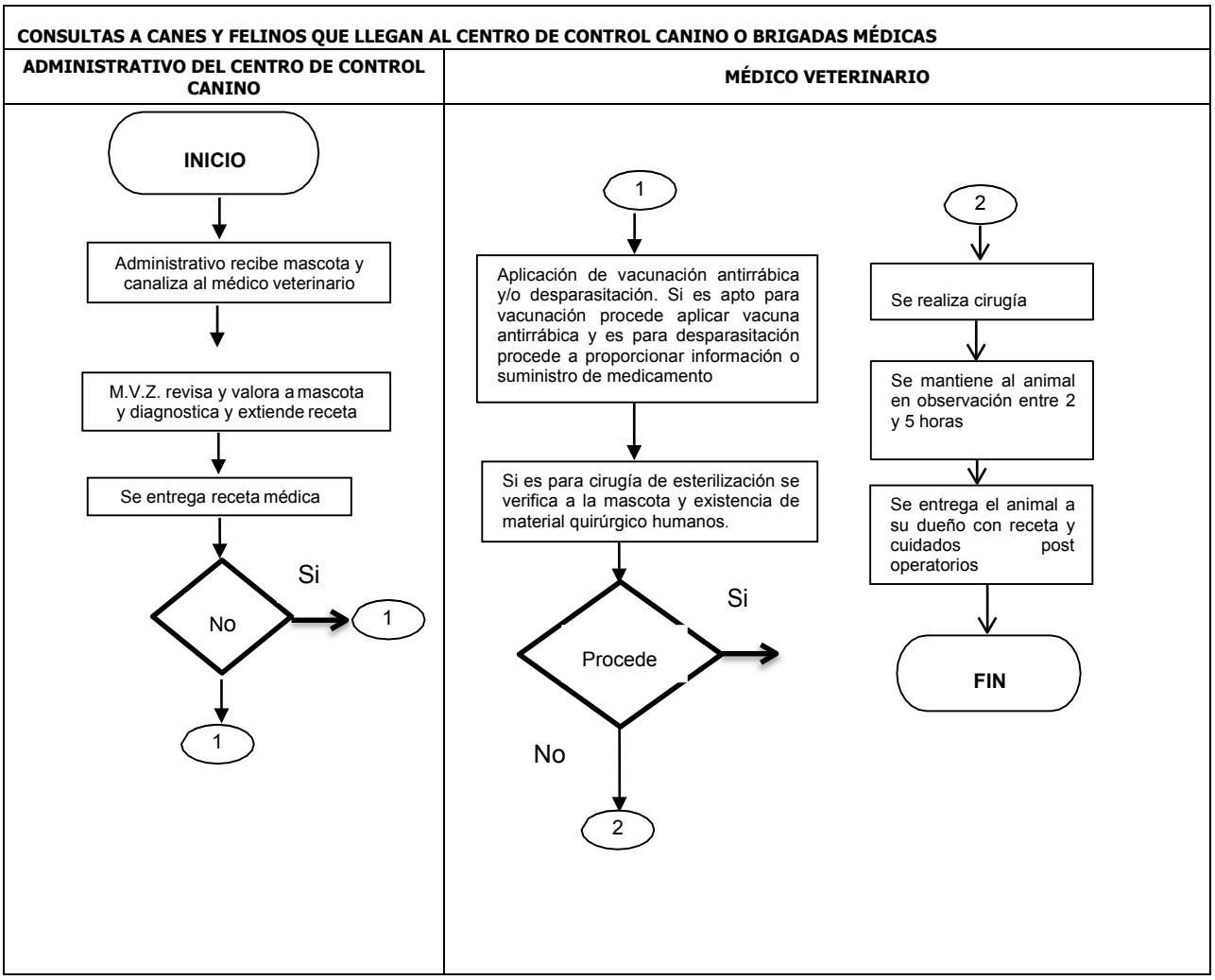
- Artículo 134 fracción V, artículo 409 410 de la Ley General de Salud
- Artículo 355 a 357 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículo 1 y 2 de la Ley Federal de Sanidad Animal
- Articulo 355 Prevención y control de la Rabia NOM-011-SSA2-1993
- Prevención y control de la Rabia NOM-001-SSA2-1993
- Vigilancia de la Rabia NOM-046-ZOO-1995
- Consultas preventivas y correctivas de pequeñas especies, como vacunación antirrábica, desparasitación y cirugías de esterilización.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: consultas a canes y felinos que llegan al Centro de Control Canino o Brigadas Médicas	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Administrativo del centro de control canino	Recibe mascota. Canaliza con el Médico Veterinario Zootecnista	Registro
2	Médico Veterinario	Revisa y valora mascota. Diagnostica y extiende receta. Aplicación de vacunación antirrábica, desparasitación. Si es para cirugía se programa y procede de esterilización se verifica que la mascota tenga ayuno mínimo de 12 horas, se verifica existencia de material quirúrgico, de no haber programa posterior dicha cirugía si no reagenda fecha posterior. Se mantiene a la mascota en observación pos operatorio y de 2 a 5 horas según sea el caso y se entrega a su dueño.	Receta médica. Comprobando de vacunación
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO
CONSULTA A CANES Y FELINOS

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
COORDINACION DE SALUD MUNICIPAL
HOJA DIARIA
DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

RESPONSABLE 3

LOCALIDAD: 1 FECHA 2

N°	NOMBRE DEL PROPIETARIO	NOMBRE DEL CANINO O FELINO	RAZA	EDAD	SEXO	CONCEPTO/ ATENCION OTORGADA					TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
						ANTIR-RABICA	TRIPLE	DESPARA-SITANTE	CARTILLA	ORIENTACION MEDICA		
1	5	6	7	8	9						11	12
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

4 10

LLENADO DE HOJA DIARIA DE CONSULTA A CANES Y FELINOS

1) Localidad a la que corresponde el módulo de ubicación de la consulta
2) Día de la consulta
3) Responsable de las anotaciones
4) Numero consecutivo de consultas
5) Nombre del propietario poseedor de canes y/o felinos
6) Nombre del canino y/o felino
7) Describir el tipo de raza
8) Edad del can o felino
9) Anotar hembra o macho
10) Atención Otorgada
11) Número telefónico del propietario del can o felino
12) Correo electrónico del dueño del can y/o felino

FORMATO
CONSULTA DE CANES Y FELINOS

El ayuntamiento de Centro tiene uno de los principales objetivos que es; que todos los Animales Caninos y Felinos cuenten con un control de vacunación y desparasitación

COORDINACION DE SALUD
AV. PASEO TABASCO N°1401
COL. TABASCO 2000
PALACIO MUNICIPAL

TELEFONO: 310-32-32 EXT. 2039

OficialCentro @OficialCentro

CENTRO DE CONTROL CANINO

NOMBRE: 1
FECHA DE NACIMIENTO: 2
RAZA: 3
COLOR: 4
PROPIETARIO: 5
DOMICILIO: 6
TELEFONO: 7

VACUNA	21 DIAS	FECHA DE APLICACION	15 DIAS DE VACUNACION	FECHA DE APLICACION	2 MESES DE VACUNACION	FECHA DE APLICACION	ANUAL DE VACUNACION
TRIPLE							

Desparasitación: 9

Constantes Fisiológicas:

	PERRO	GATO
TEMPERATURA RECTAL	39-39°C	38-38.5°C
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Cachorros de 110-120 por min. Adulto de 20-100 por min.	10 - 20 por min.
PULSO	Cachorros de 110-120 por min. Adulto de 20-100 por min.	100-140 por minuto
CELOS	Dos veces por año con duración de 21 días.	Frecuencia y duración varias veces por año durante 2 meses.
PERIODO DE GESTACIÓN	56-63 Dias	2 Meses

LLENADO DE CARTILLA DE VACUNACIÓN

1) Nombre de la mascota
2) Día mes y año de nacimiento de la mascota
3) Raza de la mascota
4) Color
5) Nombre del propietario
6) Domicilio del propietario
7) Número telefónico del propietario
8) Señalar fecha de aplicación de vacunas
9) Desparasitaciones aplicadas

PROCEDIMIENTO 16

VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A CAUSA DE DEMANDA CIUDADANA POR CANES Y FELINOS

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 16, VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A CAUSA DE DEMANDA CIUDADANA POR CANES Y FELINOS

Atender la demanda de la ciudadanía por quejas sanitarias, así como agresiones a personas.

II. FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

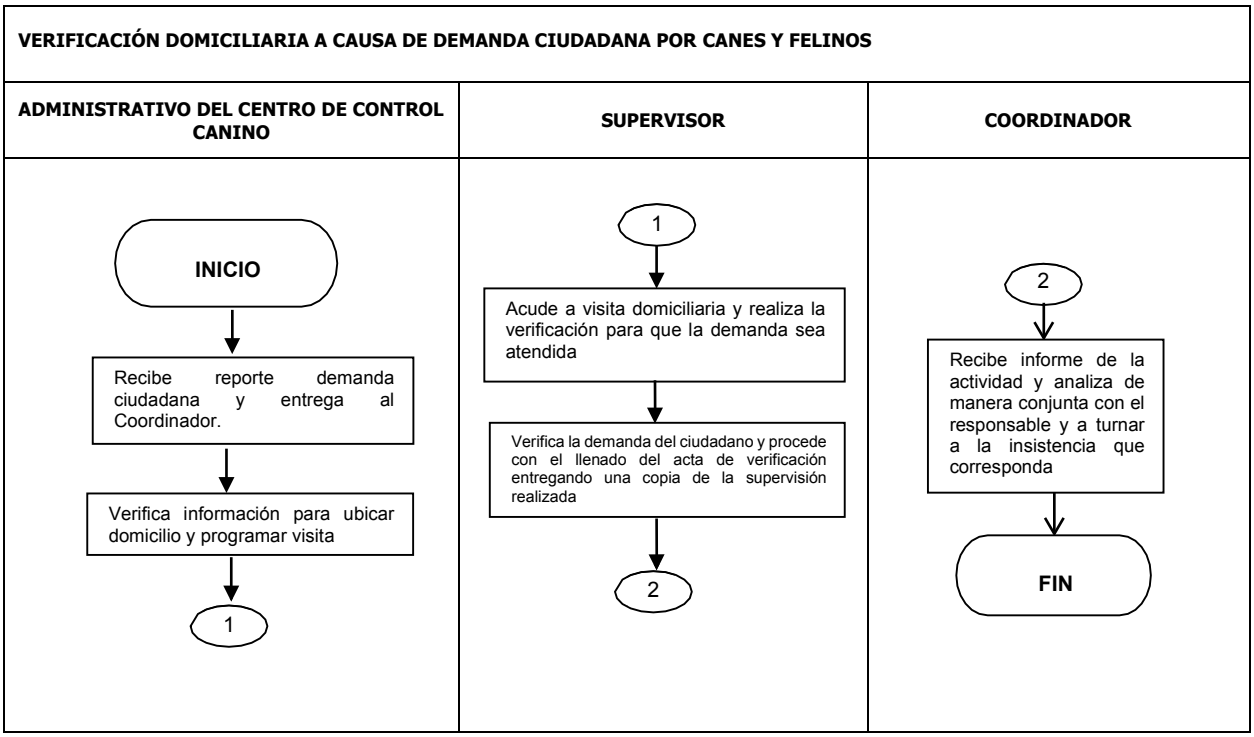
- Artículo 134 Fracción V, 398, 399, 400, 401 y 409, de la Ley General de Salud.
- Es obligación de todo dueño limpiar los desechos orgánicos, dentro y fuera de su propiedad. Articulo 33 y 40 del Reglamento del Control Canino.
- Si un canino o felino causa daños a propiedad ajena, el dueño será el responsable.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA:	UNIDAD RESPONSABLE:
Coordinación de Salud Municipal.	Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Verificación Domiciliaria A Causa De Demanda Ciudadana Por Canes Y Felinos	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Administrativo del centro de control canino	Recibe reporte de demanda ciudadana el cual se obtiene mediante el SIAC y/o documento entregado en la coordinación de salud, verifica información para ubicar domicilio turna al coordinador de salud para programar la supervisión	Registro
2	Supervisor	Recibe documento para acudir al domicilio indicado y realizar la verificación de la demanda que el ciudadano solicita sea atendida. Se identifica con la persona que se encuentra en el domicilio al momento de realizar la supervisión y verifican, lo señalo en la demanda del ciudadano inconforme proceda al llenado del acta y se les hace entrega de una copia del acta levantada, motivo de la demanda y turna al coordinador.	Oficio
3	Coordinador	El coordinador recibe información de la actividad realizada mediante supervisión, analiza demanda conjunto con el responsable del centro de control canino y procede a darle tramite a la instancia que corresponda	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

1

No. DE FOLIO: _____

2

[illegible] VERIFICACION DOMICILIARIA A PER[illegible]O SEEDORA S DE ANIMAN[illegible]O S/FELI[illegible]

3 4

En la Ciudad de Villahermosa, [illegible] del Estado de Tabasco, siendo las _____horas del día _____ del mes de_____ del 2016, el (los) suscritos CC. _____promotores de salud adscritos al Centro [illegible] Canino dependiente de la Coordinación de Salud, quienes se ide[illegible] vigente al _____ expedida por [illegible] misma que se pone a la vista del interesado, nos presentamos [illegible] domicilio ubicado en la calle _____ número _____ colon[illegible] _____teléfono _____ [illegible]ndido po[illegible] quien se identifica con _____ en su carácter de _____ a quien se le hace saber que con fundame[illegible] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano[illegible] II bis, de la Ley General de Salud, 1[illegible] de Sanidad A[illegible] 4 de los considerados del acuerdo de[illegible] Centro de Control canino, publicado en el Diario Oficial con fe[illegible]tubre de 2004, y Art. 5 y 10 del Reglamento del Centro de Control Canino publicado en el Periódico Oficial del estado, con fecha de publicación del 14 de agosto de 2010.

5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

OBSERVACIONES:

Coordinación de Salud

OBSERVACIONES

15

Coordinación de Salud

ATENTAMENTE

16

_____
DR. ELÍN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO

_____
VERIFICADOR SANITARIO

RECIBE

_____

LLENADO ACTA DE VERIFICACIÓN DOMICILIARIA
A PERSONAS POSEEDORAS DE ANIMALES CANINO.

1) Se anotara el número de folio del acta.
2) Aquí se coloca la hora del acta de poseedoras de animales caninos.
3) Día de la verificación domiciliaria.
4) Mes del acta de verificación poseedoras de animales caninos.
5) Nombre de quien realiza la verificación.
6) Identificación vigente del verificador.
7) Fecha de la vigencia de la identificación del verificador.
8) Domicilio del lugar verificado.
9) Número del establecimiento.
10) Nombre de la colonia donde se ubica el lugar.
11) Número telefónico del verificador.
12) Nombre de quien atiende el lugar.
13) Identificación de la persona identificada.
14) Se anota nombre del cargo de la persona identificada.
15) Se realiza anotaciones del lugar.
16) Aquí se ponen las firmas de los interesados.

PROCEDIMIENTO 17
ADOPCIÓN DE CANES Y FELINOS

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 17, ADOPCIÓN DE CANES Y FELINOS

Concientizar a la población del cuidado y protección animal, convivencia de las personas con las mascotas, así como la promoción del cuidado al medio ambiente.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

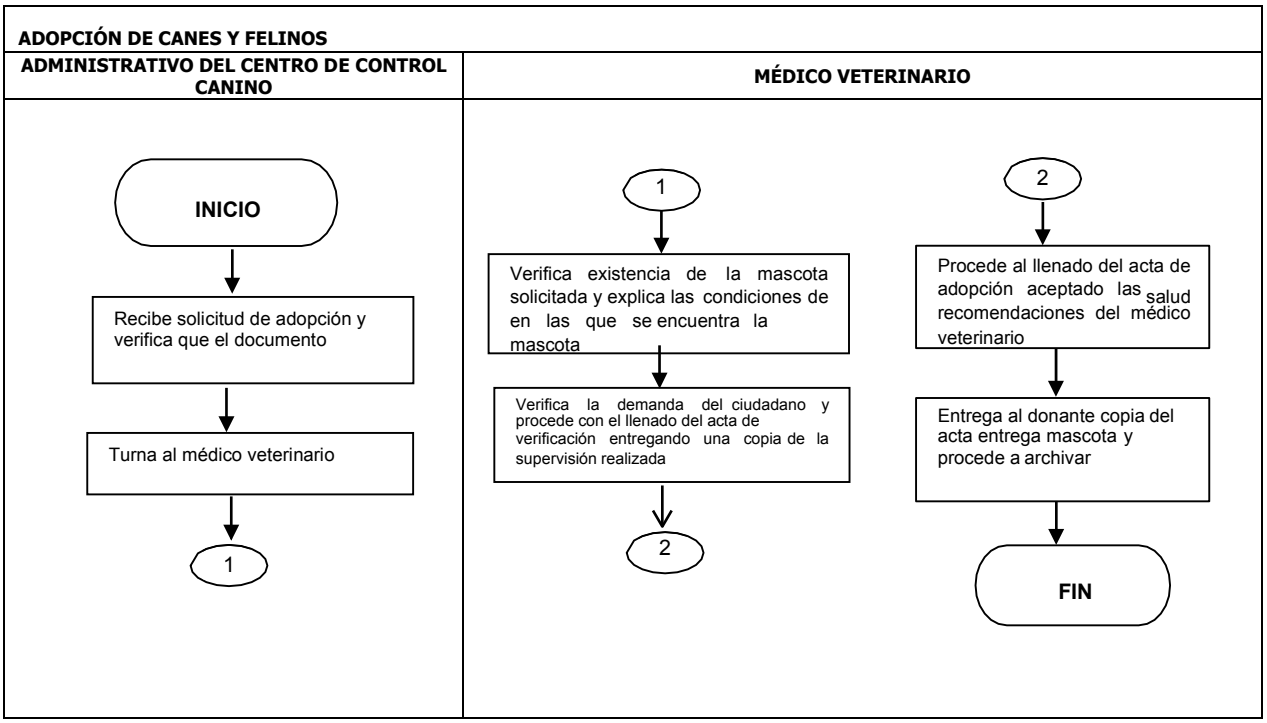
- Ley General de Salud
- Artículo 357 fracción III de la Ley Estatal de Salud
- Artículo 13 del Reglamento del Centro Control Canino

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Adopción de canes y felinos	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Administrativo Del Centro De Control Canino	Recibe solicitud de adopción y verifica que el documento contenga información general completa y turna al médico veterinario	Oficio de solicitud
2	Médico veterinario	Verifica existencia de la mascota solicitada por el adoptante y explica las condiciones de salud en las que se encuentra la mascota y si es de su agrado recibirlo en adopción procede a realizar el trámite llenado el formato de acta para tal fin	
3	Adoptante	Proporciona sus generales y se procede al llenado del acta de adopción aceptado las recomendaciones del médico veterinario y el estado de salud de la mascota	Acta de adopción
4	Administrativo	Entrega al donante copia del acta entrega mascota y procede a archivar , copia del acta firmada de recibido del nuevo propietario	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

COORDINACIÓN DE SALUD

CENTRO

CENTRO DE CONTROL CANINO
ACTA DE DONACION DE CANES Y FELINOS

FOLIO	
	1
FECHA	
DIA MES AÑO	2

DATOS DEL ADOPTANTE

Nombre completo 3

Domicilio 4

Edad 5

Ocupación 6

Número de miembros en la familia 7 personas 7 niños 7

Tienes otras mascotas 8

Especie y Raza 9

Edad de cada uno 10

Cuánto tiempo lleva con ellas 11

DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA

Nombre 12

Raza 13 Peso 14

Color 16 Marcas 18

Sexo 17 Vacunas si ○ No ○ Esterilización Si ○ No ○ Desparasitado Si ○ No ○

Estado Clínico 18 Indicaciones para las mascota 19

FORMATO DE ADOPCIÓN DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

1) Número consecutivo del acta de adopción.
2) Día, mes y año en que se realizó la adopción.
3) Nombre completo del que recibe en adopción.
4) Domicilio completo del que recibe en adopción la especie.
5) Edad del que recibe en adopción.
6) Ocupación que desempeña la persona que recibe en adopción.
7) Número de personas que habitan en el hogar en donde residiera el adoptado.
8) Describir si la familia cuenta con otra mascota.
9) Describir tipo de especie y raza de la mascota que ya se encuentra en el domicilio.
10) Edad de la o las mascotas que habiten en el domicilio del adoptante.
11) Tiempo que lleva la mascota vivienda en el domicilio del adoptante.
12) Nombre con el que se identifique la mascota.
13) Tipo de raza de la mascota.
14) Kilogramos que pesa la mascota que se va adoptar.
15) Color de la mascota.
16) Marcas que sirvan como medio para identificación se describirá en este espacio.
17) Sexo de la mascota.
18) Estado de salud que determinan clínicamente de acuerdo a su hoja de control médico.
19) Indicaciones del médico veterinario que recomendara.

DIRECCIÓN DE FOMENTO ECONÓMICO Y TURISMO

FICHA DE REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Unidad Administrativa (Secretaría, Dirección, Coordinación)	COORDINACION DE SALUD	Siglas de la Dependencia	CS
Subdirección, Departamento u homólogo	Subcoordinación de Salud Pública		
Domicilio de la Unidad Administrativa	Calle Planetario N° 122 A, Col. Tabasco 2000		
Horarios de Atención al Público	Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 03:00 p.m.		
Homoclave (si tiene)	No cuenta con homoclave		
Nombre del trámite	programa de atencion permanente para perros y gatos		
Descripción del trámite o servicio	Atención a la ciudadania con problemas relacionados con perros y gatos. (Vacunación, Desparacitación, Atención al maltrato animal, Atención a la denuncia ciudadana por cuestiones de insalubridad, Esterilización)		
Vigencia	No aplica		
Requisitos del trámite o servicio	Realizar la denuncia en Coordinación de Salud		
	Identificación Oficial (INE) vigente		
En caso de requerir inspección o verificación (Marcar con una "X")	(X)		

Fundamento jurídico que da origen al trámite	Nombre del ordenamiento	REGLAMENTO PARA LA PROTECCION Y CUIDADO DE LOS ANIMALES DEL MUNICIPIO DE CENTRO					
	Fecha de publicación	Día	22	Mes	5	Año	2018
	Artículo						
	Fracción						
	Inciso						
Tipo de trámite o servicio	Solicitud de Información y Asesoramiento						
	Si seleccionaste otros, especifica						

¿Quién puede solicitar el trámite?		Representante Legal		Interesado		
		Tutor		Otro		
		En caso de seleccionar otro, especificar el tipo de persona que puede gestionar el trámite				
Costo del trámite o servicio (si aplica)		Sin costo				
Fundamento jurídico del costo del trámite	Ámbito del ordenamiento					
	Nombre del ordenamiento					
	Fecha de publicación	Día		Mes		Año
	Artículo					
	Fracción					
	Inciso					
Datos del funcionario para resolución del trámite		Nombre Completo		ALFREDO QUEVEDO CAHERO		
		Cargo		RESPONSABLE DEL CENTRO DE CONTROL CANINO		
		Correo Electrónico		alfrdo.quevedo@villahermosa.gob.mx		
Teléfono		Teléfono (Lada)		3161714		
		Extensión		S/N		
Unidad de tiempo de plazo real						
Plazo promedio de resolución o conclusión del trámite		Depende de la solicitud, algunos se van a demanda. Varian de acuerdo a la naturaleza de la denuncia. Hasta 3 meses.				

PROPUESTA DE SIMPLIFICACIÓN	Acceso al sistema de Atn. Ciudadana, medios de transporte para realizar las inspecciones.
	Solicitan un Área Jurídica que dictamine, para que no se mande al Juez calificador y tarde más la resolución, en el reglamento trae tabulador el juez considera hasta que rango puede multar. El servidor público propone que las multas se cobren a través de la administración municipal.

COMENTARIOS	El tema de las solicitudes de Atn. Ciudadana, les hace llegar peticiones que no se pueden atender, no tienen un catálogo establecido para que se le informa al usuario hasta que momento se les puede apoyar.
	La solicitud entra a través de atn. Ciudadana, si se presenta en la Coordinación lo remiten a la DAC para que allá realice la solicitud.
	A veces los usuarios se presentan en la Coordinación y al verificarlo no están cargados previamente a la plataforma.
	A la semana se recien alrededor de 5-6 solicitudes.
	Se resuleven hasta 5-6 a la semana atrasadas.
	Antes se realizaba la DENUNCIA EN ATENCION CIUDADANA

MODIFICACIONES AL MARCO JURÍDICO	

MAPEO
1.- Inicio (Usuario).
2.- Llega a la Subcoordinación de Salud Pública a realizar la denuncia. (Usuario).
3.-Remiten al usuario a Atención Ciudadana. (Subcoordinación de Salud Pública).
4.-Llega a Atención Ciudadana y solicita realizar una denuncia (Usuario).
5.-Atienden la solicitud y la ingresan a la plataforma (Atención Ciudadana).
6.-Cumple con lo requerido? -SI, le otorgan el número DAC al usuario y dirigen la solicitud a la Subcoordinación de Salud Pública / - NO, Se le informa al usuario.Fin. (Atención Ciudadana).
7.-Se comunican con el usuario para solicitarle asista a la Subcoordinación (Subcoordinación de Salud Pública).
8.-Se presenta en la fecha indicada con los documentos solicitados por la Subcoordinación de Salud y su número DAC (Usuario).
6.-Cumple con lo requerido? -SI, programa fecha para inspección dentro de 2-3 días/ - NO, Se le informa al usuario.Fin. (Subcoordinación de Salud Pública).

8.-Se genera Acta de verificación(Subcoordinación de Salud Pública).
8.-Realiza Inspección en fecha programada (Subcoordinación de Salud Pública).
9-. Recibe copia de acta de verificación una vez realizada la inspección (Usuario).
10.- Se realizan 3 inspecciones en el domicilio establecido en la demanda con lapso de mínimo 20 días cada una. (Subcoordinación de Salud Pública).
11.-Se da tiempo al ciudadano para corregir la acción o problemática (Subcoordinación de Salud Pública).
12.- Se resolvió el caso?.-SI, se cierra el caso y se informa al usuario que se ha resuelto la solicitud. / -NO, Se emite oficio con reseña del caso a Juez Calificador (Jurisdicción de Seguridad Pública, mediante oficio con reseña del caso, copias del acta de verificación.)Fin. (Subcoordinación de Salud Pública).
13.-Le informa al enlace de Atención Ciudadana el resolutivo del servicio para que suba la información a la plataforma. (Subcoordinación de Salud Pública)
14.- Fin. (Subcoordinación de Salud Pública)
Resumen del proceso:
Tiempo total: 7 días habiles
Espera en cola: 3
Espera en casa:2
Dependencias visitadas: 2
Número de viajes: 5

PROPUESTA
1.- Inicio (usuario).
2.- Entra a la plataforma y realiza la denuncia en línea. (Usuario).
3.- Rellena un formato en línea que establece toda la información necesaria sobre la denuncia, sube su INE vigente y evidencias del caso. (Usuario)
4.- La denuncia tiene fundamentos? -SI, Se notifica al usuario que su denuncia está en proceso y se levanta el acta de verificación / -NO, Se le informa al usuario que no procede. (Digital).
5.- Se da fecha para realizar inspección en 2-3 días hábiles. (Digital).
6.- Se realiza la inspección en la fecha programada y se da plazo para corregir problemática (Subcoordinación de Salud Pública)
7-. Se envía copia de acta de verificación una vez realizada la inspección (Digital).
7-. Se envía copia de acta de verificación una vez realizada la inspección (Digital).
8.- Se resolvió la denuncia?. -SI, se cierra el caso y se notifica al usuario vía e-mail. / -NO, se pasa al Juez Calificador mediante oficio con reseña del caso (Subcoordinación de Salud Pública).
9.- El resolutivo del servicio se sube a la plataforma (Subcoordinación de Salud Pública)
10.- Fin.
Resumen del proceso:
Tiempo total: 4 días habiles
Espera en cola: 0
Espera en casa: 1
Dependencias visitadas: 0
Número de viajes: 0

PROCEDIMIENTO 18

REGULACIÓN SANITARIA

I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO 18, REGULACIÓN SANITARIA

Establecer conjunto de acciones preventivas en el municipio de Centro, para normar y controlar las condiciones sanitarias del medio, atreves de la protección y prevención de riesgo y a su vez evitar daños a la salud.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

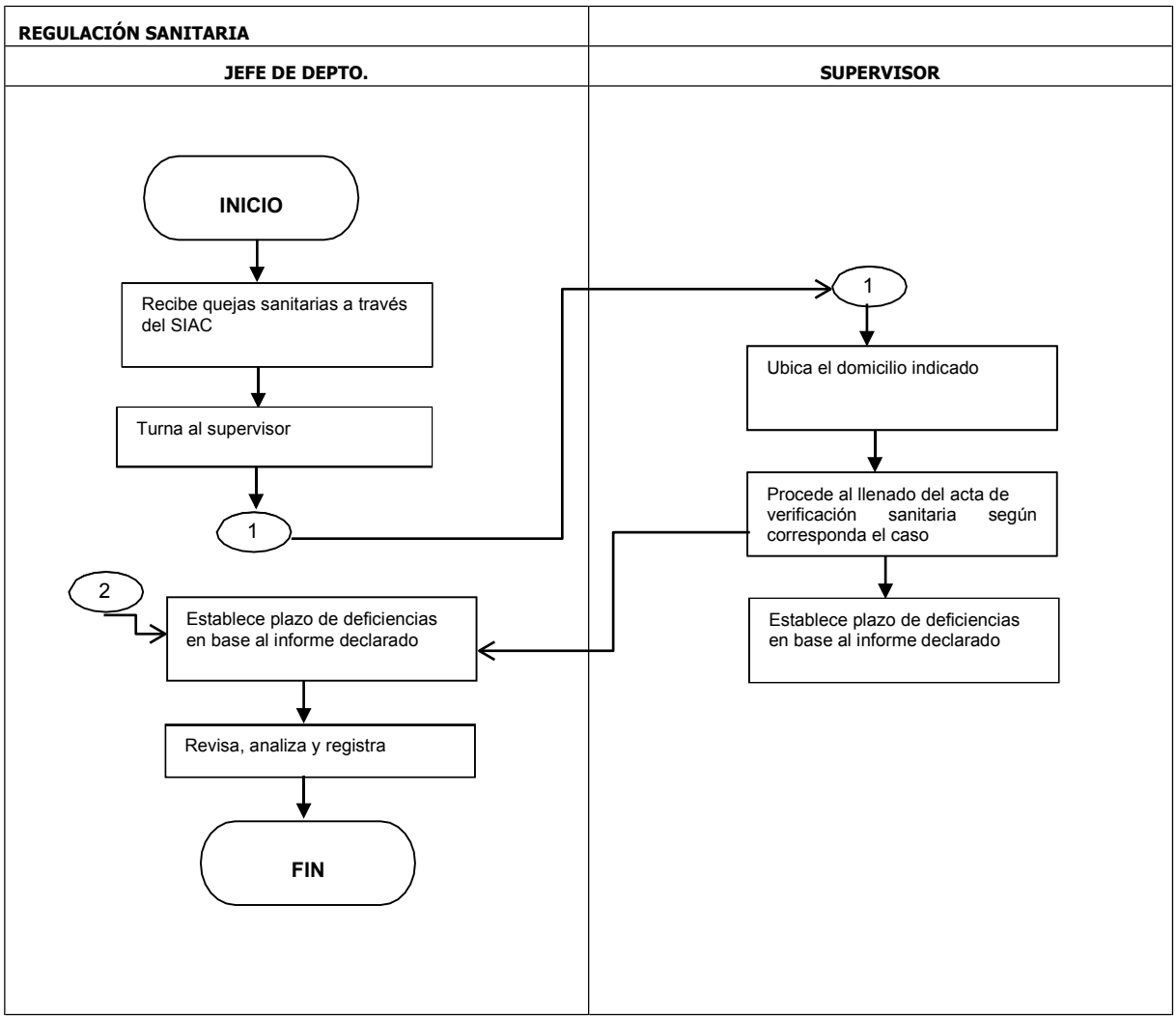
- Artículo 4, 5 apartado B, Artículo 15 Fracción VIII, Artículo 279, 307, 317 de la Ley estatal de salud
- Artículo 1, 2, 3, 4,5 del Bando de Policía y Gobierno del Municipio del Centro.
- Capítulo I Articulo 179 Disposiciones Generales
- Capítulo II: Higiene, Pureza y Calidad De Los Alimentos que se expendan al público. Art. 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104.
- Capítulo III: Establos Para Ganado Porcino, Bovino, Equino, Ovino, Aves De Corral, Basureros y Lugares Insalubres; Art. 105.
- Capítulo VI: Matanzas Rurales y Carnicerías Urbanas; Art. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 y 114.
- Capítulo V, Artículos 128, 130, 131, Vendedores Ambulantes
- Titulo noveno, Artículo 133, 134, 1356, 136, Comercio, industria y trabajo
- Titulo Décimo Segundo, Articulo 92 Salubridad y Asistencia

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: Enlace Administrativo
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Regulación sanitaria	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Jefe de depto.	-Recibe quejas sanitarias atreves del SIAC, oficios canalizados de otras dependencias, federales, estatales y municipales, atreves de la ventanilla y a su vez se realizan recorridos de inspección. -Sustanciar los procedimientos jurídico-administrativo respectivos por incumplimiento de las disposiciones de na normativa sanitaria -Recibe, analiza y registra.	SIAC Oficio
2	Supervisor .	Supervisor sanitario ubicara el domicilio indicado, procediendo al llenado del acta de verificación sanitaria según corresponda el caso Establece plazos para la corrección de deficiencias en base al informe declarado en el acta de verificación.	Acta o formato
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO

Coordinación de Salud

ACTA DE VERIFICACION PARA ZAHURDAS, BASUREROS Y LUGARES INSALUBRES

En la Ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco, siendo las 1 del día 2 del mes de 3 del 2018, el (los) suscritos CC. 4 verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) 5 con vigencia al 6 expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento denominado 7 con domicilio en la calle 8 N° 9 colonia 10 teléfono 11 atendido por 12 quien se identifica con 13 en su carácter de 14 a quien se le hace saber que con fundamentos a los Art. 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Art. 396, 399, 400 y 401 de la Ley General de Salud; Art. 105 Inciso C de la Ley del Bando de Policía y Gobierno, reglamento para regular las actividades realizadas para el funcionamiento de comercios públicos:

Coordinación de Salud

OBSERVACIONES

15

Coordinación de Salud

ATENTAMENTE 16

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA

LLENADO ACTA DE VERIFICACIÓN
PARA ZAHÚRDAS, BASUREROS Y LUGARES INSALUBRES.

1) Hora del acta de verificación
2) Día de la verificación.
3) Mes de verificación para acta de verificación.
4) Nombre de quien realiza la verificación.
5) Identificación vigente del verificador.
6) Fecha de la vigencia de la identificación del verificador.
7) Nombre del establecimiento.
8) Domicilio del establecimiento verificado.
9) Número del establecimiento.
10) Nombre de la colonia donde se ubica el lugar.
11) Número telefónico del establecimiento.
12) Nombre de quien atiende el lugar.
13) Identificación de la persona.
14) Cargo de la persona identificada a cargo del establecimiento.
15) anotaciones del lugar.
16) Firma de los interesados.
17) Observación verificada en el lugar.

FORMATO

ACTA DE VERIFICACION DE HIGIENE, PUREZA Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS QUE SE EXPENDEN AL PUBLICO

En la Ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco, siendo las ___ 1 ___ del día ___ 2 ___ del mes de ___ 3 ___ del año ___ 4 ___ el (los) suscritos CC. ___ 5 ___ Verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) ___ 6 ___ con vigencia al ___ 7 ___ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento Denominado ___ 8 ___ con domicilio en la calle ___ 9 ___ Nº ___ 10 ___ colonia ___ 11 ___ teléfono ___ 12 ___ atendido por ___ 13 ___ quien se identifica con ___ 14 ___ en su carácter de ___ 15 ___ a quien se le hace saber que con fundamentos en el TITULO DECIMO SEGUNDO CAPITULO II, ART. 181, 182 y 183 Reglamento para regular las actividades realizadas de vendedores de bebidas y alimentos y CAP. I ART. 156 FRACC. X sobre la propiedad y bienestar colectivo, de la Ley del Bando de Policía y Gobierno: ___ 16 ___

REQUISITOS INDISPENSABLES DE HIGIENE EN ESTABLECIMIENTOS 21

CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO	SI	NO
CUENTA CON UNA PERSONA QUE DESPACHA Y OTRA QUE COBRE.		
USAN FILIPINA O MANDIL Y GORRO BLANCO.		
MANEJA LOS ALIMENTOS HIGIÉNICAMENTE Y CON LOS UTENSILIOS REQUERIDOS.		
LAS PERSONAS QUE ATIENDEN SE ENCUENTRAN EN PERFECTO ESTADO DE SALUD.		
EL MATERIAL DEL PUESTO ES DE ALUMINIO, LAMINA GALVANIZADA O MADERA.		
CUBIERTA DE PINTURA IMPERMEABLE.		
CUENTA CON VITRINA CERRADA CON CRISTALES.		
LOS ALIMENTOS SE SIRVEN CON PINZAS, CUCHARAS Y CUCHARONES DE ACERO INOXIDABLE.		
CUENTA CON UN BOTE O TAMBO CON AGUA QUE TENGA TAPA Y LLAVE DE NARIZ Y UN RECIPIENTE PARA RECOGER LAS AGUAS SERVIDAS DE LAVADO DE MANO, TRASTES O UTENSILIOS.		
SUPERVISAR QUE LAS AGUAS Y DESECHOS SE TIREN EN EL DRENAJE, NO DEBIENDO DERRAMARSE POR NINGÚN MOTIVO EN LA VÍA PUBLICA.		
SUPERVISAR QUE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS SEAN PREPARADOS CON AGUA PURIFICADA, DEBIENDO SER COMPROBABLE SU PROCEDENCIA MEDIANTE FACTURA O RECIBO.		
PARA EL ENFRIAMIENTO DE LAS AGUAS SE UTILICE HIELO APTO PARA EL CONSUMO HUMANO, NO SIENDO DE BARRA FRACCIONADO.		
QUE CUENTEN POR LO MENOS CON DOS BOTES DE BASURA CON TAPA DE BALANCÍN PARA DEPOSITAR DESECHOS QUE SE GENEREN.		
MANTENER LIMPIOS SUS ALREDEDORES.		
REMITIR A L JUEZ CALIFICADOR, LAS ACTAS CIRCUNSTANCIADAS EN LAS QUE INCURRAN.		
SUPERVISAR QUE LAS AGUAS FRESCAS SE SIRVAN EN VASO DESECHABLES.		
CUENTA CON SANITARIOS QUE REÚNEN LAS CONDICIONES HIGIÉNICAS ADECUADAS.		
EL AGUA RESULTANTE DEL ASEO DE SUS BIENES LLEGA A LA VÍA PUBLICA O CAUSA PERJUICIOS A TERCEROS.		

Coordinación de Salud

ATENTAMENTE

17

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO
18
VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO
19
VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO
20
NOMBRE Y FIRMA

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE HIGIENE, PUREZA Y CALIDAD DE LOS ALIMENTOS QUE SE EXPENDEN AL PÚBLICO.

1) Hora de inicio de la verificación.
2) Día de inicio de la diligencia.
3) Mes correspondiente al día del llenado del formato.
4) Año al que corresponde la fecha del llenado del formato.
5) Nombre o nombres de los verificadores que intervienen durante la verificación.
6) Credencial de identificación.
7) Vigencia de la credencial de identificación.
8) Nombre del establecimiento que se está verificando.
9) Domicilio del establecimiento.
10) Número del local.
11) Anotar la localidad que le corresponde a dicho establecimiento.
12) Número telefónico del establecimiento o en su caso el de quien a tienda la diligencia.
13) Nombre de quien atiende la diligencia.
14) Credencial con la que se identifica la persona que atiende la diligencia.
15) Describir en calidad de que atiende la diligencia.
16) Observaciones encontradas durante la realización de la verificación el establecimiento.
17) Firma del responsable de la diligencia.
18) Firma del verificador sanitario.
19) Firma de un segundo verificar sanitario que interviene durante el desarrollo de la diligencia.
20) Firmar de recibido de un ejemplar del acta con la persona que se atendió la diligencia.
21) Requisitos mínimos de higiene que deben cumplir los establecimientos expendedores de alimentos

FORMATO

No. DE FOLIO:____ 1 _____ _

ACTA DE VERIFICACION DE MATANZAS RURALES

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las ____ 2 ___ del dia ___ 3 ___ del Mes de _____ 4 _____ el (los) Suscritos CC. _____ 5 _____

Verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) _____ 6 _____ con vigencia al ___ 7 _____ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento Denominado _____ 8 _____ con domicilio en la Calle _____ 9 _____ No. ___ 10 ___ Colonia _____ 11 _____ Teléfono ___ 12 ___ atendido por _____ 13 _____ Quien se identifica con _____ 14 _____ en su carácter de _____ 15 _____ a quien se le hace saber que con fundamentos en los Capitulos VI ART. 191,192,193,194,195,196,197,198 de la Ley del Bando de Policía y Gobierno, reglamento para regular las irregularidades desarrolladas en via pública:

_____
_____
_____ 16 _____
_____
_____
_____
_____
_____

17

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA MATANZAS RURALES	CUMPLE SI	CUMPLE NO
CUENTA CON LA AUTORIZACION DEL H. AYUNTAMIENTO		
ESTA SITUADA A UNA DISTANCIA NO MENOR DE 100 MTS. DE ESCUELAS, TEMPLOS, PARQUES, PANTEONES, CENTROS DE TRABAJO.		
CUENTA CON POSTE Y LUGAR DONSE REALIZA EL SACRIFICIO Y DESPIECE		
CUENTA CON TUBO Y GANCHOS DE ACERO INOXIDABLE PARA EL COLGADO DE CARNE		
CUENTA CON LAVAMANOS		
CUENTA CON TRONCO PICADOR		
CUENTA CON MESA DE CEMENTO PULIDO O VITRINA PARA EXHIBICION DE LA CARNE		
CUENTA CON TOMA DE AGUA EXTERIOR		
CUENTA CON DRENAJE O FOSA SEPTICA		
CUENTA CON PISO DE CEMENTO		
CUENTA CON TECHO DE CONCRETO O LAMINA DE ZINC		
CUENTA CON RECIBO O FACTURA DE COMPRA DE ANIMALES SACRIFICADOS O DE CARNE QUE SE EXPENDA EN SU NEGOCIO, PARA AVALAR SU PROCEDENCIA		
CUENTA CON UN PROGRAMA DE FUMIGACION TRISMETRAL		
PINTURA DEL LOCAL SEMESTRALMENTE		
CUENTA CON UN LUGAR CERRADO PARA LA RECOLECTA DE BASURA Y DESHECHOS PARA POSTERIORMENTE SER INCINERADOS COMO INDICA EL REGLAMENTO DE RASTROS		

ATENTAMENTE 18

_____
DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO
_____
VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO
_____
VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO
_____
NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO
_____
NOMBRE Y FIRMA

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE MATANZAS RURALES.

1) Número de folio de la verificación.
2) Aquí se coloca hora de la verificación rural.
3) Se coloca el día de la verificación realizada.
4) El mes correspondiente a la verificación.
5) Nombre del quien realiza la verificación.
6) Número de la credencial vigente del verificador.
7) Vigencia de la credencial presentada.
8) Nombre del establecimiento verificación rural realizada.
9) Domicilio del establecimiento.
10) Número del local
11) Nombre de la colonia donde se realiza el acta de verificación.
12) Número del teléfono del local verificado.
13) Nombre de la persona quien atiende el local.
14) Identificación la persona que atiende el local.
15) Cargo de la persona que atiende el local.
16) Observaciones durante la verificación.
17) Preguntas o encuesta respecto al local.
18) Firmas de los responsables en la verificación del acta.

FORMATO

CENTRO | motor del cambio | Coordinación de Salud Municipal

No. DE FOLIO: ___ 1 ___

ACTA DE VERIFICACION DE CARNICERIAS URBANAS

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las ___ 2 ___ del día ___ 3 ___ del Mes de ___ 4 ___ el (los) Suscritos CC. ___ 5 ___

Verificadores adscritos a la Coordinacion de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) ___ 6 ___ con vigencia al ___ 7 ___ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento Denominado ___ 8 ___ con domicilio en la Calle ___ 9 ___ No. ___ 10 ___ Colonia ___ 11 ___ Teléfono ___ 12 ___ atendido por ___ 13 ___ Quien se identifica con ___ 14 ___ en su carácter de ___ 15 ___ a quien se le hace saber que con fundamentos en los Capítulos VI ART. 191,192,193,194,195,196, 197, 198 de la Ley del Bando de Policía y Gobierno, reglamento para regular las irregularidades desarrolladas en vía pública:

___ 16 ___

CENTRO | motor del cambio | Coordinación de Salud Municipal

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA CARNICERIAS URBANAS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
CUENTA CON LA AUTORIZACION DEL H. AYUNTAMIENTO		
ESTA SITUADA A UNA DISTANCIA NO MENOR DE 100 MTS. DE ESCUELAS, TEMPLOS, PARQUES, PANTEONES, CENTROS DE TRABAJO.		
CUENTA CON POSTE Y LUGAR DONSE REALIZA EL SACRIFICIO Y DESPIECE		
CUENTA CON TUBO Y GANCHOS DE ACERO INOXIDABLE PARA EL COLGADO DE CARNE		
CUENTA CON LAVAMANOS		
CUENTA CON TRONCO PICADOR		
CUENTA CON MESA DE CEMENTO PULIDO O VITRINA PARA EXHIBICION DE LA CARNE		
CUENTA CON TOMA DE AGUA EXTERIOR		
CUENTA CON DRENAJE O FOSA SEPTICA		
CUENTA CON PISO DE CEMENTO		
CUENTA CON TECHO DE CONCRETO O LAMINA DE ZINC		
CUENTA CON RECIBO O FACTURA DE COMPRA DE ANIMALES SACRIFICADOS O DE CARNE QUE SE EXPENDA EN SU NEGOCIO, PARA AVALAR SU PROCEDENCIA		
CUENTA CON UN PROGRAMA DE FUMIGACION TRISMETRAL		
PINTURA DEL LOCAL SEMESTRALMENTE		
CUENTA CON UN LUGAR CERRADO PARA LA RECOLECTA DE BASURA Y DESHECHOS PARA POSTERIORMENTE SER INCINERADOS COMO INDICA EL REGLAMENTO DE RASTROS		

CENTRO | motor del cambio | Coordinación de Salud Municipal

ATENTAMENTE

DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

ENTREGADO	ENTREGADO
VERIFICADOR SANITARIO	VERIFICADOR SANITARIO
ENTREGADO	ENTREGADO
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN PARA CARNICERÍAS URBANAS.

1) Número de folio de la verificación.
2) Hora de la verificación urbana.
3) Día de la verificación realizada.
4) Mes correspondiente a la verificación.
5) Nombre del que realiza el acta de verificación.
6) Número de la credencial del verificador.
7) Vigencia de la credencial presentada.
8) Nombre del establecimiento.
9) Domicilio del establecimiento.
10) Número del local
11) Nombre de la colonia donde se realiza el acta de verificación.
12) Número del teléfono del local verificado.
13) Nombre de la persona quien atiende el local.
14) Identificación de la persona que atiende el local.
15) Cargo de la persona que atiende el local.
16) Observaciones durante la verificación
17) Preguntas o encuesta respecto al local.
18) Firmas de los responsables en la verificación del acta.

FORMATO

CENTRO

Coordinación de Salud Municipal

Folio N° 1

CITATORIO

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, Siendo las 2 horas del día 3 del mes de 4 del 2015.

El (los) C. Verificador (es) C. 5 quien se identifica con la credencial N° 6; expedida por la Coordinación de salud Municipal del H. Ayuntamiento Constitucional de Centro.

Con fundamento en los Artículos 191 Fracción III, Articulo 193 y Articulo 194 del Bando de Policía y Gobierno, los propietarios o encargados de los establecimientos están obligados a contar con autorización (Anuencia Municipal) para ejercer la venta de ganado bovino, porcino y aves de corral.

Se extiende el presente citatorio para tramite de Anuencia Municipal correspondiente al

Presente año, me constituyo en el domicilio ubicado en la:

calle 7 donde se encuentra el establecimiento denominado 8

Propiedad del C. 9

En este citatorio se le informa que deberá acudir el día 10 del mes de 11 del presente año y presentarse en la Coordinación de Jurídica de la Secretaría del H. Ayuntamiento, ubicada en la planta alta del edificio del Palacio Municipal, Tabasco 2000 en horario de 08:00 a-m. a 14:00 horas de lunes a viernes.

ATENTAMENTE

12

DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

13

NOMBRE Y FIRMA
RECIBIDO

NOTA: Presentar copia del aviso de funcionamiento otorgado por la Secretaría de Salud
Copia de la Anuencia Municipal del 2015.

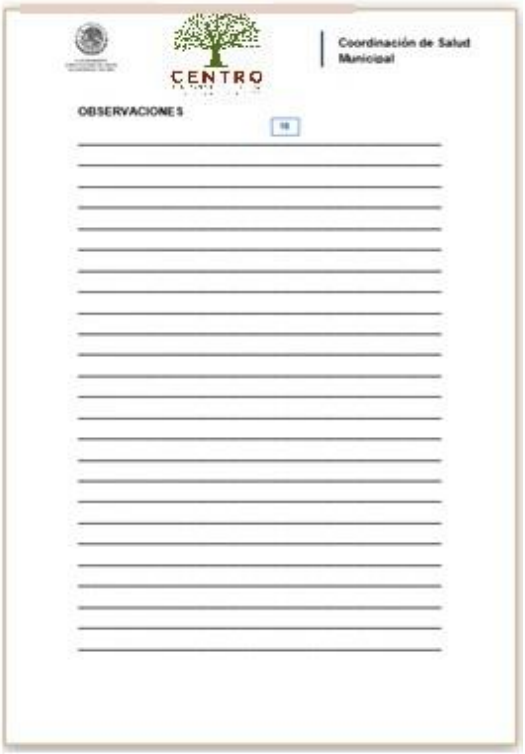
LLENADO DEL CITATORIO PARA TRÁMITE DE ANUENCIA MUNICIPAL.

1) Número de folio del citatorio.
2) Hora del citatorio.
3) Día del citatorio realizado.
4) Mes correspondiente al citatorio.
5) Nombre del que realiza el citatorio.
6) Número de la credencial vigente del verificador.
7) Nombre del domicilio donde se localiza el establecimiento.
8) Nombre del establecimiento a citar.
9) Nombre del propietario del establecimiento.
10) Día en el que acudirá al área jurídica.
11) Mes del que acudirá al ayuntamiento.
12) Firma del coordinador del área verificadora.
13) Nombre y firma de quien recibe el citatorio.

Coordinación de Salud Municipal

ACTA DE VERIFICACION PARA AGUAS NEGRAS Y PLUVIALES

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las ___ 1 ___ del día ___ 2 ___ del mes de ___ 3 ___ el (los) suscritos cc. ___ 4 ___ Verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) ___ 5 ___ con vigencia al ___ 6 ___ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento denominado ___ 7 ___ con domicilio en la calle ___ 8 ___ Nº ___ 9 ___ colonia ___ 10 ___ teléfono ___ 11 ___ atendido por ___ 12 ___ quien se identifica con ___ 13 ___ en su carácter de ___ 14 ___ a quien se le hace saber que con fundamentos en los Capítulos III ART: 184 inciso C de la Ley del Bando de Policía y Gobierno, reglamento para regular las actividades realizadas para el funcionamiento de comercios públicos: ___ 15 ___



Coordinación de Salud Municipal

OBSERVACIONES ___ 16 ___

Coordinación de Salud Municipal

ATENTAMENTE ___ 17 ___

DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

ENTREGADO — VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO — VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO — NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO — NOMBRE Y FIRMA

LLENADO ACTA DE VERIFICACIÓN PARA AGUAS NEGRAS Y PLUVIALES.

1) Hora del acta de verificación para aguas negras y pluviales.
2) Día de la verificación.
3) Mes de verificación para aguas negras y pluviales.
4) Nombre de quien realiza la verificación.
5) Identificación vigente del verificador.
6) Vigencia de la identificación del verificador.
7) Nombre del establecimiento.
8) Domicilio del establecimiento verificado.
9) Número del establecimiento.
10) Nombre de la colonia donde se ubica el establecimiento.
11) Número telefónico del establecimiento.
12) Nombre de quien atiende el lugar.
13) Identificación de la persona que atiende la diligencia.
14) Nombre del cargo de quien atiende la diligencia.
15) Observación verificada en el establecimiento.

FORMATO

CENTRO

Coordinación de Salud Municipal

ACTA DE VERIFICACION SANITARIA

En la ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las __1__ del día __2__ del Mes de __3__ el (los) Suscritos CC. __4__ Verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) __5__ con vigencia al __6__ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a la vista del interesado, nos presentamos en __7__ con domicilio en la calle __8__ No. __9__ Colonia __10__ Teléfono __11__ atendido por el Sr (a) __12__ quien se identifica con __13__ en su carácter __14__ a quien se le hace saber que con fundamentos en los Capitulo I Art. 178; Capitulo II Art. 183; Capitulo III ART. 184; Capitulo V Art. 131 de la Ley del Bando de Policía y Gobierno, de la inspección sanitaria del lugar:

__15__

OBSERVACIONES

CENTRO

Coordinación de Salud Municipal

__16__

CENTRO

Coordinación de Salud Municipal

ATENTAMENTE

DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO

__17__

ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA

LLENADO ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA.

1) Hora de inicio del acta de verificación.
2) Día de la verificación.
3) Mes de verificación para acta de verificación sanitaria.
4) Nombre de quien realiza la verificación.
5) Identificación vigente del verificador.
6) Fecha de la vigencia de la identificación del verificador.
7) Nombre del establecimiento.
8) Domicilio del establecimiento verificado.
9) Número del establecimiento.
10) Nombre de la colonia donde se ubica el establecimiento.
11) Número telefónico del establecimiento.
12) Nombre de quien atiende el lugar.
13) Identificación de la persona que atiende la diligencia.
14) Nombre del cargo de la persona que atiende la diligencia.
15) Se realiza anotaciones del lugar.
16) Se anota observaciones verificada en el establecimiento.
17) Firmas de los interesados.

FORMATO

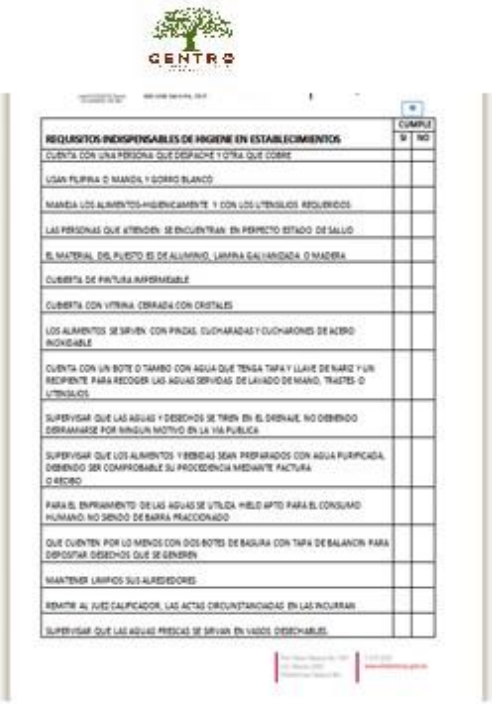
ACTA DE VERIFICACION DE AMBULANTAJE EN VIA PÚBLICA

CENTRO

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado, siendo las _____ del día _____ del Mes de _____ el (los) suscribe CC. _____

Verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) _____ con vigencia al _____ expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento Denominado _____ con domicilio en la Calle _____ No. _____ Colonia _____ Teléfono _____ atendido por _____ de _____

Quien se identifica con _____ en su carácter de quien se hace saber que con fundamentos en el Capitulo II ART 181, 182, 183, 128, 129, 130, 131 del Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro, Tabasco; y ART. 12 del Reglamento para regular las Actividades realizadas por Vendedores Ambulantes que expenden comestibles de cualquier naturaleza: _____



CENTRO

REQUISITOS INDISPENSABLES DE HIGIENE EN ESTABLECIMIENTOS	CUMPLE SI	CUMPLE NO
CUENTA CON UNA PERSONA QUE DESPACHE Y OTRA QUE COBRE		
USAN PUPINA O MANDIL Y GORRO BLANCO		
MANEJA LOS ALIMENTOS HIGIENICAMENTE Y CON LOS UTENSILIOS REQUERIDOS		
LAS PERSONAS QUE ATIENDEN SE ENCUENTRAN EN PERFECTO ESTADO DE SALUD		
EL MATERIAL DEL PUESTO ES DE ALUMINIO, LAMINA GALVANIZADA O MADERA		
CUBIERTA DE PINTURA IMPERMEABLE		
CUBIERTA CON VITRINA CERRADA CON CRISTALES		
LOS ALIMENTOS SE SIRVEN CON PINZAS, CUCHARADAS Y CUCHARONES DE ACERO INOXIDABLE		
CUENTA CON UN BOTE O TAMBO CON AGUA QUE TENGA TAPA Y LLAVE DE NARIZ Y UN RECIPIENTE PARA RECOGER LAS AGUAS SERVIDAS DE LAVADO DE MANO, TRASTES O UTENSILIOS		
SUPERVISAR QUE LAS AGUAS Y DESECHOS SE TIREN EN EL DRENAJE, NO DEBIENDO DERRAMARSE POR NINGUN MOTIVO EN LA VIA PUBLICA		
SUPERVISAR QUE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS SEAN PREPARADOS CON AGUA PURIFICADA, DEBIENDO SER COMPROBABLE SU PROCEDENCIA MEDIANTE FACTURA O RECIBO		
PARA EL ENFRIAMIENTO DE LAS AGUAS SE UTILIZA HIELO APTO PARA EL CONSUMO HUMANO, NO SIENDO DE BARRA PRACCIONADO		
QUE CUENTEN POR LO MENOS CON DOS BOTES DE BASURA CON TAPA DE BALANCIN PARA DEPOSITAR DESECHOS QUE SE GENEREN		
MANTENER LIMPIOS SUS ALREDEDORES		
REMITIR AL JUEZ CALIFICADOR, LAS ACTAS CIRCUNSTANCIADAS EN LAS INCURRAN		
SUPERVISAR QUE LAS AGUAS FRESCAS SE SIRVAN EN VASOS DESECHABLES		

OBSERVACIONES

CENTRO

CENTRO

ATENTAMENTE

DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

ENTREGADO — VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO — VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO — NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO — NOMBRE Y FIRMA

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE AMBULANTAJE EN VÍA PÚBLICA.

1) Hora de la verificación de ambulantaje en vía pública.
2) Día de la verificación realizada.
3) Mes correspondiente a la verificación.
4) Nombre del que realiza el acta de verificación.
5) Número de la credencial vigente del verificador.
6) Vigencia de la credencial presentada.
7) Nombre del establecimiento.
8) Domicilio del establecimiento.
9) Número del local
10) Nombre de la colonia donde se realiza el acta de verificación.
11) Número del teléfono del local verificado.
12) Nombre de la persona quien atiende el local.
13) Identificación de la persona entrevistada en la verificación.
14) Cargo de la persona identificada.
15) Observaciones del acta de ambulantaje en vía pública.
16) Aquí se realiza preguntas o encuesta respecto.
17) Firmas de los responsables en la verificación del acta.
18) Observaciones

FORMATO

ACTA DE VERIFICACIÓN

CENTRO

Folio No. CS/ 1 /2015
Orden de Verificación No. CS/ 2 /2015

Villahermosa, Tabasco; a ___ de ___ 3 ___ de 2013

EN 4 MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, SIENDO LAS 5 HORAS DEL DÍA 6 DE 7 DEL AÑO DOS MIL TRECE, EL SUSCRITO SUPERVISOR 8 ADSCRITO A LA COORDINACIÓN DE SALUD DEL H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, EN CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE VISITA ___ NUMERO CS/ 9 /2013 DE FECHA 10 DE 11 DEL AÑO 2013, EXPEDIDA POR EL COORDINADOR DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, ME CONSTITUYO EN EL DOMICILIO UBICADO EN: 12 DONDE SE ENCUENTRA EL ESTABLECIMIENTO 13 CON GIRO DE 14 PROPIEDAD DE 15 DENOMINADO 16 NUMERO DE LICENCIA Y/O PERMISO DE SANIDAD Y/O ANUENCIA MUNICIPAL 17 Y DESPUES DE CERCIORARME ACUCIOSAMENTE QUE ES EL DOMICILIO BUSCADO Y EL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE LA ORDEN DE VISITA, PROCEDO A REQUERIR LA PRESENCIA DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL, RESPONSABLE, ADMINISTRADOR, ENCARGADO U OCUPANTE DEL ESTABLECIMIENTO ANTES SEÑALADO, ATENDIENDO EL REQUERIMIENTO EL (LA) C. 18 QUIEN DIJO SER 19 A QUIEN LE SOLICITO SE IDENTIFIQUE CON DOCUMENTO OFICIAL, POR LO QUE EN ESTE ACTO SE IDENTIFICA CON 20

SEÑALANDO QUE 21 TIENE COMO DOMICILIO PARTICULAR EN 22 ANTE QUIEN ME IDENTIFICO CON LA CREDENCIAL OFICIAL NÚMERO 23 EXPEDIDA POR EL COORDINADOR DE SALUD, DOCUMENTO QUE CONTIENE FOTOGRAFÍA DEL SUSCRITO CON VIGENCIA DEL AÑO 2013, LA CUAL PONGO A LA VISTA DEL VISITADO, A QUIEN LE HAGO ENTREGA EN ESTE ACTO DE LA ORDEN DE VISITA ANTES DESCRITA, LA CUAL TIENE POR OBJETO Y ALCANCE LO SEÑALADO EN DICHA ORDEN, MANIFESTANDO EL VISITADO QUE 24

POR LO QUE CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 14, 16 Y 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; 64 Y 68 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TABASCO; 5 APARTADO B, INCISO VII; 15, FRACCIÓN II, 388, 391, 393, 394, 395, 396, 427 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO; 29 FRACCIONES I Y II, 47, 69, 71 Y 126 INCISO I) DE LA LEY ORGÁNICA DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE TABASCO; 28 APARTADO B, FRACCIÓN I, INCISO B) DEL REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE CENTRO; PROCEDO A INICIAR LA DILIGENCIA, APERCIBIÉNDOLO QUE DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 427 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, EN CASO DE QUE INTERFIERA O SE OPONGA AL EJERCICIO DE LA VERIFICACIÓN SE SANCIONARÁ CON ARRESTO HASTA POR TREINTA Y SEIS HORAS; POR LO QUE REQUIERO AL VISITADO DESIGNE DOS TESTIGOS PARA QUE ASISTAN A LA MISMA, APERCIBIÉNDOLO QUE DE NO HACERLO, SERÁN DESIGNADOS POR EL PERSONAL ACTUANTE, COMO LO DISPONEN EL ARTÍCULO 396 FRACCIÓN II, DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, POR LO QUE EL SUPERVISOR DESIGNA TESTIGOS, FUNGIENDO COMO TALES LOS CC. 25 Y 26 QUIENES ACEPTAN LA DESIGNACIÓN Y SE IDENTIFICAN CON 27 RESPECTIVAMENTE.

TODA VEZ QUE EL VERIFICADO 28 DESIGNÓ TESTIGOS, 29 PROCEDE LA DESIGNACIÓN POR PARTE DE ESTA AUTORIDAD, POR LO QUE 30 DESIGNA A 31

QUIENES ACEPTAN SU DESIGNACIÓN, Y SE IDENTIFICAN CON 32 A CONTINUACIÓN PROCEDO A REALIZAR LA VERIFICACIÓN EN LOS TÉRMINOS QUE HE HA SIDO ORDENADA POR EL COORDINADOR DE SALUD DEL H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS ORDENAMIENTOS LEGALES APLICABLES A ESTE CASO, PROCEDO EN ESTE MOMENTO A LEVANTAR EL ACTA CORRESPONDIENTE.

POR LO QUE EN ESTE ACTO SE HACEN CONSTAR LOS SIGUIENTES HECHOS: 33

PROLONGACIÓN DE PASEO TABASCO NÚM. 1401 TABASCO 2000, CENTRO, TABASCO.

CENTRO

SEGUIDAMENTE SE LE CONCEDE EL USO DE LA VOZ AL C. 34 PARA QUE MANIFIESTE CON RELACION AL ACTA QUE EN ESTE MOMENTO SE LEVANTA; QUIEN 35 MANIFIESTA: 36

ACTO SEGUIDO SE PROCEDE A DAR LECTURA A LA PRESENTE ACTA DE INSPECCIÓN AL VISITADO, Y UNA VEZ LEÍDA EN SU PRESENCIA Y DE LOS TESTIGOS DE ASISTENCIA; SE REQUIERE LA FIRMA DEL INTERESADO, QUEDANDO APERCIBIDO QUE EN CASO DE NEGARSE A FIRMAR O RECIBIR COPIA DE LA MISMA, NO AFECTARA LA VALIDEZ DE LA DILIGENCIA, POR LO QUE FIRMA LA PRESENTE DILIGENCIA; FIRMANDO LOS TESTIGOS DE ASISTENCIA SEÑALADOS, Y DÁNDOSE POR CONCLUIDA LA PRESENTE VERIFICACIÓN A LAS ___ HORAS 37 DÍA ___ DEL MES DE ___ DEL AÑO XXXX, HACIÉNDOSE ENTREGA AL VISITADO DEL ACTA, QUIEN EN SU CASO, SE OBLIGA A HACER ENTREGA DE LA MISMA AL PROPIETARIO O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO ARRIBA MENCIONADO O A SU REPRESENTANTE LEGAL.

VERIFICADOR	VISITADO
	38
TESTIGO	TESTIGO

PROLONGACIÓN DE PASEO TABASCO NÚM. 1401 TABASCO 2000, CENTRO, TABASCO.

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO.

1) Folio que corresponde al consecutivo de acta.
2) Número de folio asignado a la orden de verificación
3) Fecha del acta de verificación.
4) Localidad en donde se realizara la verificación.
5) Hora de inicio de la verificación.
6) Fecha corresponda a la verificación.
7) Mes al que corresponda la diligencia.
8) Nombre del supervisor.
9) Número de orden de visita asignado para llevar acabo la diligencia.
10) Fecha que corresponde a la orden de visita.
11) Mes al que corresponde la orden de visita.
12) Domicilio del establecimiento donde se presentó el supervisor
13) Descripción del giro al que se dedica el establecimiento a supervisar.
14) Nombre del propietario.
15) Nombre comercial del establecimiento.
16) Se anotara el número de anuencia, licencia o permiso.
17) Nombre de la persona que atendió la diligencia.
18) Describir el cargo de la persona que atiende la diligencia.
19) Anotar documento oficial con el que se identifica el que atiende la diligencia.
20) Anotar domicilio particular de la persona que atiende la diligencia.
21) Número de credencial oficial con el que se identifica la persona que realizara la verificación.
22) Se describirá lo que al interesado convenga narrar y que quede asentado en acta.
23) Nombres de las personas que fungirán como testigos.
24) Tipo de identificación de los testigos designados.
25) Nombres de los testigos que la autoridad designe, esto en caso de que el verificado no lo designe.
26) Describir el número de documentos que sirve como identificación a los testigos designados por la autoridad.
27) Se anotaran los hechos del desarrollo de la diligencia.
28) El visitado narrar lo que a su derecho convenga
29) Hora, día y año de la conclusión del acta
30) Firma de los que intervienen durante la diligencia.

FORMATO DE OFICIO DE COMISIÓN

COORDINACIÓN DE SALUD

1

Oficio No. CS/XXXXX/XXXX

2

Villahermosa, Tabasco; a ___ de_____ de XXXX

3

C. _____
P R E S E N T E .

En ejercicio de las facultades que me confieren los artículos los artículos 14, 16 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 64 y 68 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 5 Apartado B, Inciso VII; 15, fracción II, 388, 391, 393, 394, 395, 396, 427 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco; 29 fracciones I y II, 47, 69, 71 y 126 inciso l) de la Ley Orgánica de los Municipios del Estado de Tabasco; 28 Apartado B, fracción I, inciso b) del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Centro; se le informa que deberá constituirse en el domicilio ubicado en 4 _____; del municipio de Centro, Tabasco, para efectos de que el día _____ de 5 _____, en punto de las 6 _____ realice VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA , A FIN DE HACER CONSTAR DESCRIPTIVAMENTE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA DILIGENCIA, LAS DEFICIENCIAS O ANOMALÍAS SANITARIAS OBSERVADAS, EL NÚMERO Y TIPO DE MUESTRAS TOMADAS, O EN SU CASO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SE EJECUTEN; así como las omisiones o infracciones a las obligaciones establecidas por la Ley de Salud del Estado de Tabasco y el Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro.

En razón de lo anterior deberá sujetarse al procedimiento establecido por el artículo 396 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, debiendo identificarse con la credencial oficial expedida por ésta Coordinación, que lo acredita como Servidor Público; debiendo levantar acta pormenorizada de los hechos que ocurran y de las condiciones sanitarias específicas del establecimiento referido, haciendo constar en el acta, el nombre, identificación, domicilio y firma de los testigos. La diligencia señalada se llevará a efecto con el propietario, representante legal, responsable, administrador, encargado y ocupante del establecimiento, requiriéndolo para que designe a dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita, en cuya omisión o negativa serán designados por Usted. Una vez llevada a cabo la VERIFICACIÓN se hará entrega de la presente orden de visita a la persona con quien se entienda la diligencia, advertido el visitado que en caso de no recibirla y no firmar el acta circunstanciada o en su caso de infracción que se formule, se hará constar tal circunstancia en el propio instrumento en presencia de dos testigos y no se afectara la validez de la misma.

A T E N T A M E N T E

DR. ELÍN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

COORDINADOR DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO.

PROLONGACIÓN DE PASEO TABASCO NÚM. 1401 TABASCO 2000; CENTRO, TABASCO.

PROLONGACIÓN DE PASEO TABASCO NÚM. 1401 TABASCO 2000; CENTRO, TABASCO.

LLENADO DE FORMATO DE OFICIO DE COMISIÓN

1) Número del oficio asignado para control de consecutivo
2) Día de elaboración del oficio
3) Nombre de los supervisores comisionados
4) Domicilio en donde se realiza la diligencia
5) Día de la diligencia
6) Hora de la diligencia
7) Firma de titular de la unidad administrativa

FORMATO ORDEN DE VISITA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO, TABASCO, MÉXICO.

CENTRO

COORDINACIÓN DE SALUD

ORDEN DE VERIFICACIÓN 1

Orden de Verificación No. CS/XXXXX/XXXX

Villahermosa, Tabasco; a ___ de___ 2 ____ de XXXX

3

C. PROPIETARIO, ENCARGADO, ADMINISTRADOR O REPRESENTANTE LEGAL:
DOMICILIO: CERRADA SIN NOMBRE; RA. PAGO REAL DE LA VICTORIA 86280; CENTRO, TABASCO.
DENOMINACIÓN:

El H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Centro, Tabasco, por Conducto de la Coordinación de Salud, con el fin de practicar **VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA** al establecimiento arriba señalado; con fundamento en lo dispuesto por los artículos 14, 16 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 64 y 65 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 5 Apartado B, inciso VII; 15, fracción II, 388, 391, 393, 394, 395, 396, 427 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco; 29 fracciones I y II, 47, 69, 71 y 128 inciso i) de la Orgánica de los Municipios del Estado de Tabasco; 25 Apartado B, fracción I, inciso b) del Reglamento de Administración Pública del Municipio de Centro; se expide la presente orden de VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA para lo cual se comisiona al VERIFICADOR: 4

5 **NOMBRE DEL VERIFICADOR**

Adscrito a la Coordinación de Salud H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Centro, Tabasco; quien deberá identificarse con la Credencial que lo acredita como Servidor Público, expedida por el suscrito, para que se constituya en el lugar que ocupa el establecimiento arriba señalado, A FIN DE HACER CONSTAR DESCRIPTIVAMENTE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA DILIGENCIA, LAS DEFICIENCIAS O ANOMALÍAS SANITARIAS OBSERVADAS, EL NÚMERO Y TIPO DE MUESTRAS TOMADAS, O EN SU CASO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SE EJECUTEN; así como las Comisiones o infracciones a las obligaciones establecidas por la Ley de Salud del Estado de Tabasco y el Bando de Policía y Gobierno del Municipio de Centro; debiendo levantar acta pormenorizada de los hechos que ocurran y de las condiciones sanitarias específicas del establecimiento referido. La diligencia señalada se llevará a efecto con el propietario, representante legal, responsable, administrador, encargado y ocupante del establecimiento, debiendo designar a dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita; en cuya omisión serán designados por el servidor público que practica la verificación, haciendo constar en el acta, el nombre, identificación, domicilio y firma de los testigos. Una vez llevada a cabo la VERIFICACIÓN se hará entrega de la presente orden de visita a la persona con quien se entendió la diligencia, advirtiéndole al visitado que en caso de no recibirla y no firmar el acta circunstanciada o en su caso de infracción que se formule, se hará constar tal circunstancia en el propio instrumento en presencia de dos testigos y no se afectará la validez de la misma. 6 7 8

De igual forma se le apercibe que para el caso de que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones del verificador o autoridad sanitaria, se le sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas, de conformidad con el artículo 427 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco; sin perjuicio de la responsabilidad en que incurra de carácter penal.

A T E N T A M E N T E

9

DR. ELÍN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

PROLONGACIÓN DE PAGO TABASCO NÚM. 1401 TABASCO 2000; CENTRO, TABASCO.

LLENADO DE ORDEN DE VERIFICACIÓN

1) Numero consecutivo de orden
2) Día de elaboración
3) Nombre de la persona a quien se dirige la orden de verificación
4) Describir que es lo que se va a realizar
5) Nombre del verificador sanitario
6) Texto narrativo
7) Motivo de la orden de visita
8) Nombre de la diligencia realizada
9) Firma de quien autoriza la orden de verificación

DIRECCIÓN DE FOMENTO ECONÓMICO Y TURISMO

FICHA DE REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Unidad Administrativa (Secretaría, Dirección, Coordinación)	COORDINACION DE SALUD	Siglas de la Dependencia	CS
Subdirección, Departamento u homólogo	Subcoordinación de Salud Pública		
Domicilio de la Unidad Administrativa	Calle Planetario N° 122 A. Col. Tabasco 2000		
Horarios de Atención al Público	Lunes a Viernes de 08:00 a.m. a 03:00 p.m.		
Homoclave (si tiene)	No cuenta con homoclave		
Nombre del trámite	REGULACIÓN SANITARIA (Escurrimiento de aguas negras, criadores de cerdos malos olores, chiqueros que no cuentan con fosa séptica, restaurantes (en su mayoría comida china), lugares insalubres como basureros, matanzas.		
Descripción del trámite o servicio	ATENCION A LA CIUDADANIA CON PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUPERVISIONES VARIOS. Control de las actividades que se realizan en carnicerías, ambulante con expendio de alimentos y denuncias ciudadanas.		

Vigencia		Indefinida					
Requisitos del trámite o servicio		Formato de solicitud del servicio de regulación sanitaria					
		Identificación Oficial (INE) vigente					
En caso de requerir inspección o verificación (Marcar con una "X")		(X)					
Fundamento jurídico que da origen al trámite	Nombre del ordenamiento	Bando de Policía y Buen Gobierno del Municipio de Centro					
	Fecha de publicación	Día	1	Mes	1	Año	2018
	Artículo	185.186.187.189 (Carnicerías)					
	Fracción						
	Inciso						
Fundamento jurídico que da origen al trámite	Nombre del ordenamiento	Reglamento para Regular las actividades realizadas por los vendedores ambulantes					
	Fecha de publicación	Día		Mes		Año	
	Artículo	Art. 12					
	Fracción						
	Inciso						
Tipo de trámite o servicio		Autorizaciones, Certificados, Concesiones, Informes, Registros y Avisos					
		Si seleccionaste otros, especifica					
¿Quién puede solicitar el trámite?		Representante Legal		Interesado			
		Tutor		Otro			
		En caso de seleccionar otro, especificar el tipo de persona que puede gestionar el trámite					
Costo del trámite o servicio (si aplica)		Sin costo					
Fundamento jurídico del costo del trámite	Ámbito del ordenamiento						
	Nombre del ordenamiento						
	Fecha de publicación	Día		Mes		Año	
	Artículo						
	Fracción						
	Inciso						
Datos del funcionario para resolución del trámite		Nombre Completo		SIMON PRIEGO YANES			
		Cargo		RESPONSABLE DE SUPERVISIÓN			
		Correo Electrónico		simon.priego@villahermosa.gob.mx			
Teléfono		Teléfono (Lada)		993 316 17 14			
		Extensión					
Unidad de tiempo de plazo real							
Plazo promedio de resolución o conclusión del trámite		3 días hábiles					
PROPUESTA DE SIMPLIFICACIÓN		No cuentan con sello, las atribuciones únicamente solo de verificación (supervisores), las observaciones se realizan a través del juez calificador quien dictamina.					
		Que en la revalidación se consideren las verificaciones de la Coord. De Salud					

COMENTARIOS	de ambulantes se hacen 5 verificaciones diarias, de carnicerías depende de Fomento Económico,
	Matanzas rurales y urbanas,
	No tienen información de administraciones pasadas, es difícil levantar un censo sin vehículo para todas las carnicerías del municipio ya que no están registradas.
	Fiscalía les pide el censo de cuantas tienen rgistradas.
	3 días hábiles cuando es local, cuando está cerca de la ciudad. En el caso de las más lejanas tienen que acordar, con otras áreas la salida.
	Se atienden las denuncias ciudadanas que se reciben
	En el caso de ambulantes, regulan el uso y manejo de los alimentos, a veces realizan pláticas.
	En el caso de denuncias ciudadanas.
	Ejemplo, no se puede levantar a un ambulante que vende raspados con barra de hielo debido a que el Bando no especifica. En esos casos se turna al juez calificador, quien es el que determina que procede.
	Las denuncias son variables, alrededor de 5 mensuales.
	De ambulantes se hacen 5 verificaciones diarias, de carnicerías depende de Fomento Económico.
	la vigencia es Indefinida. Carnicería (Censo de carnicerías rurales y urbanas, se abre un expediente y se lleva un control para que se hagan visitas, se hacen visitas para que corrijan irregularidades, se turna al juez calificador en el caso de denuncias, se programa órden de visita, acta de verificación y gafete de verificación) Peticiones de Fomento Económico para carnicerías nuevas, se lleva un registro interno.
	El juez calificador atiende demandas de todo tipo, por ello tarda.
MODIFICACIONES AL MARCO JURÍDICO	Los Reglamentos limitan las actividades de los servidores públicos para operar.
	En el Bando de Policía y Buen Gobierno no se encuentra estipulado que las carnicerías se regularicen, no se les puede obligar a los usuarios.
	Solicitan un Área Jurídica que dictamine, para que no se mande al Juez calificador y tarde más la resolución, en el reglamento trae tabulador el juez considera hasta que rango puede multar. El servidor público propone que las multas se cobren a través de la administración municipal.

2.- Se realizan censos cada 3 meses, se analizan 3 visitas al año de cada expediente que abres (verificaciones cada 3 meses)

MAPEO
1.- Inicio (Usuario).
2.- Llega a la Subcoordinación de Salud Pública a realizar la denuncia. (Usuario).
3.-Remiten al usuario a Atención Ciudadana. (Subcoordinación de Salud Pública).
4.-Llega a Atención Ciudadana y solicita realizar una denuncia (Usuario).
5.-Atienden la solicitud y la ingresan a la plataforma (Atención Ciudadana).
6.-Cumple con lo requerido? -SI, Se otroga número DAC y se dirige la solicitud a Subcoordinación de Salud Pública / - NO, Se le comunica al usuario (Atención Ciudadana).
7.-Se comunican con el usuario para solicitarle asista a la Subcoordinación (Subcoordinación de Salud Pública).

PROPUESTA
1.- Inicio (usuario).
2.- Realiza la denuncia en línea. (Usuario).
3.- Rellena un formato en línea que establece toda la información necesaria sobre la denuncia, sube su INE vigente y evidencias del caso. (Usuario)
4.- La denuncia tiene fundamentos? -SI, Se le indica al usuario que su solicitud fue aprobada y se levante el acta de hechos / -NO, Se le informa al usuario que no procede. (Digital).
5.- Se da fecha para realizar inspección. (Digital).
6.- Se programan 3 inspecciónes en lugar indicado. (Subcoordinación de Salud Pública).
7.- Se realiza la primera inspección en la fecha programada y se da plazo para corregir problemática (Subcoordinación de Salud
8.- Se resolvió la denuncia?. -SI, se cierra el caso y se notifica al usuario vía e-mail. / -NO, se pasa al Juez Calificador mediante oficio con reseña del caso (Subcoordinación de Salud Pública).
9.- Fin. (Digital).
Resumen del proceso:
Tiempo total: 2 días habiles
Espera en cola: 0
Espera en casa: 1
Dependencias visitadas: 0
Número de viajes: 0