

Manual de Procedimientos de la Coordinación de Salud Municipal

ELABORÓ		APROBÓ
NOMBRE	DR. FELICIANO WONG ORTIZ	C. MIGUEL ANTONIO RUEDA DE LEÓN RUEDA DE LEÓN
PUESTO	COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL	COORDINADOR DE MODERNIZACIÓN E INNOVACIÓN.

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	3
II. LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS	5
III. DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS	6
IV. CONTROL MÉDICO VENÉREO	6
V. EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL DE IDENTIFICACIÓN	11
VI. OPERATIVO DE CONTROL DE LA PROSTITUCIÓN	16
VII. SUPERVISIÓN A GIROS NEGROS.	21
VIII. SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA CLÍNICA DE CONTROL VENÉREO	28
IX. ATENCIÓN MÉDICA A LA CIUDADANÍA.	33
X. SOLICITUD DE INSUMOS PARA LAS BRIGADAS MÉDICAS.	44
XI. REQUISICIÓN DE COMPRA.	49
XII. ELABORACIÓN Y TRÁMITE DE LA ORDEN DE PAGO.	54
XIII. TRANSFERENCIA Y/O AMPLIACIÓN DE RECURSOS.	59
XIV. SOLICITUD DE INSUMOS AL ALMACÉN.	64
XV. ORDEN DE TRABAJO POR REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS.	68
XVI. REPORTE DE INCIDENCIAS	72
XVII. MOVIMIENTOS DE PERSONAL: ALTAS Y BAJAS.	77
XVIII. CONSULTAS A CANES Y FELINOS QUE LLEGAN AL CENTRO DE CONTROL CANINO O BRIGADAS MÉDICAS	83
XIX. VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A CAUSA DE DEMANDA CIUDADANA POR CANES Y FELINOS	90
XX. ADOPCIÓN DE CANES Y FELINOS	95
XXI. REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	100

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.
- Artículos 319, 320, 322, 323, 326 393 y 396 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco

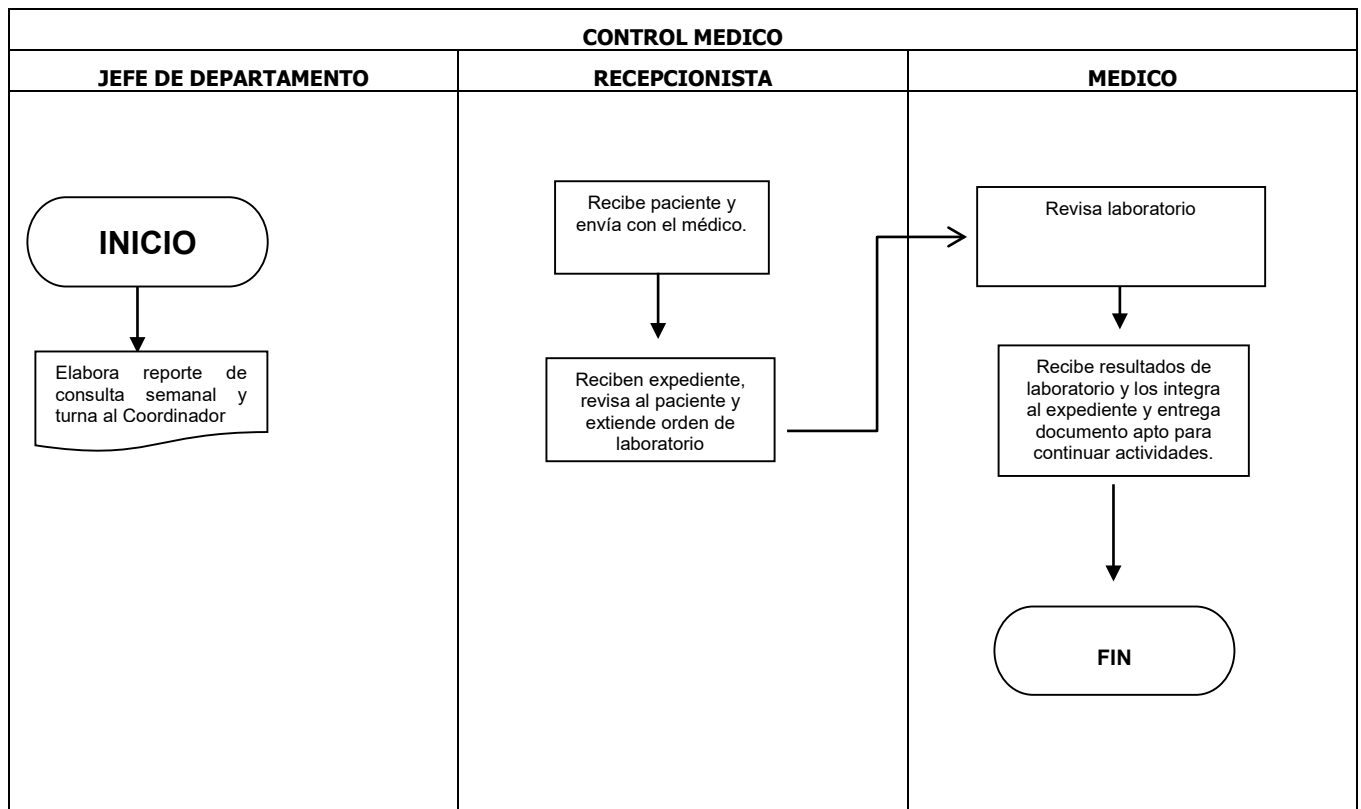
El horario de atención médica es de 10:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

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



[illegible]

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
- Artículo 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.)

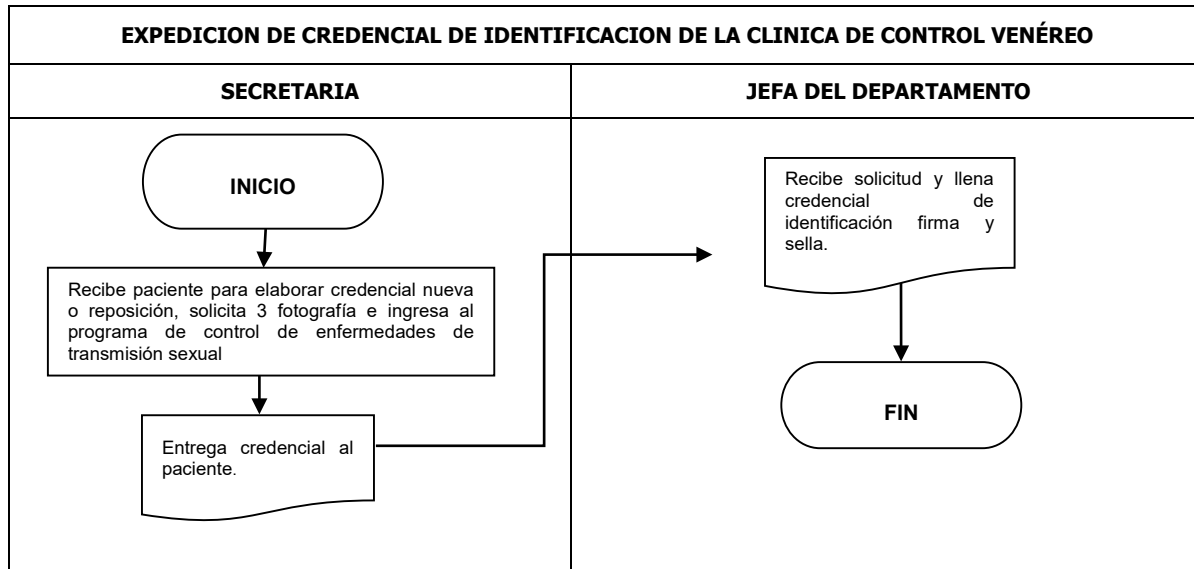
La expedición de la credencial será de lunes a viernes de 10:00 a 17:00 hrs.

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

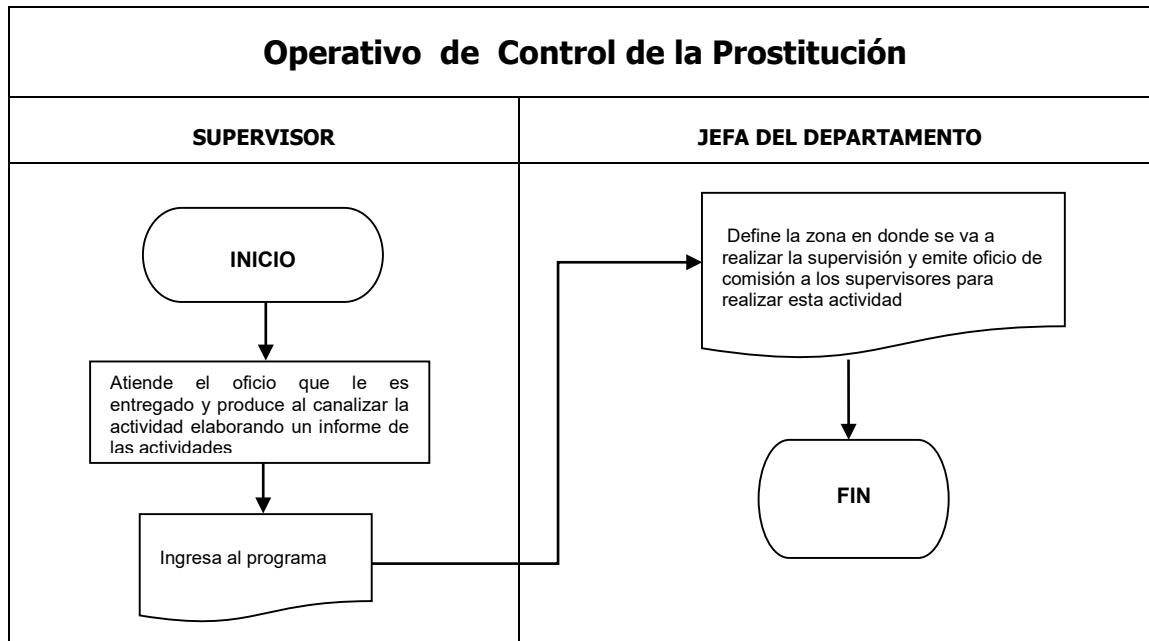
La persona que sea detenida por realizar actividades de prostitución en lugares y horas no permitidas será puesta a disposición del Juez Calificador quien determinará la sanción correspondiente artículo 12 fracción VII, VIII, IX del reglamento para ejercer la prostitución y artículo 53 Fracción VIII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

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud	UNIDAD RESPONSABLE: 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 DE 2016

No. DE FOLIO:

ASUNTO: OFICIO DE COMISION

C. _____
C. _____
C. _____
C. _____
C. _____
SUPERVISOR DE GIROS
PRESENTE

POR ESTE CONDUCTO INFORMO A USTED, QUE DEBERA PRESENTARSE EN EL ESTABLECIMIENTO DENOMINADO CON DIRECCION 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.

ATENTAMENTE

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.
- Artículo 391, 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

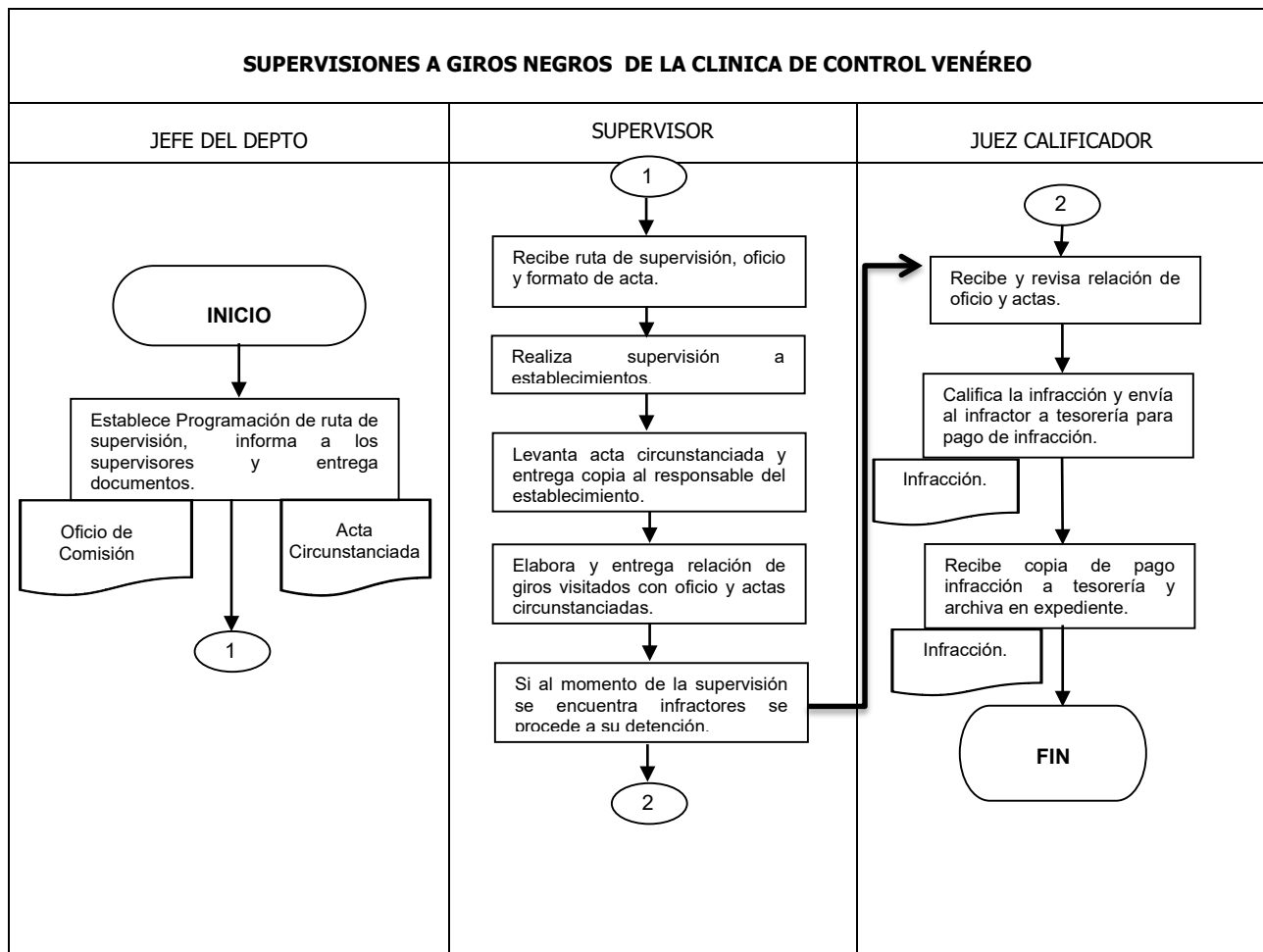
- Artículo 416, 417 de la ley general de salud
- Artículo 413, 414 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículo 12 fracción VII, VIII Y IX del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio de Centro.

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, así 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



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 N° _____ ubicado en la calle _____ N° _____ entre las calles _____ y _____ de la colonia _____ de esta ciudad se presenta a los C.C. _____ en su carácter de Supervisores adscritos a la Coordinación de Salud Municipal, cita en Av. Paseo Tabasco N° 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 SAÑOS, con vigencia del 01 de JUNIO del 2016 al 31 de Diciembre de 2016 y por medio del oficio de comisión N° _____ 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, 262, 365, 400, 401, 402, 408, 410, 411, 430, 431, 432, de la Ley de Salud del Estado de Tabasco, y los Artículos 120, 129, 130, 131, Fracc. I, II, III 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 N° _____ 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 N° _____ 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 incurrirán los falsos declarantes ante autoridades distintas a la judicial, protesta con verdad por lo que proceden, como supervisores, a mostrarle identificación y el oficio de comisión antes descritos, solicitándole nos brinden, fracción V del citado Reglamento para el Control y la Supervisión de la persona que ejerce 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 devolviéndoles 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 firmándola al margen y al calce al final de la misma, advirtiéndole que en caso de no proporcionarlos, estos testigos de asistencia serán designado

Dr. Elin González Saños
Cul. Tabasco 2000
Villahermosa Tabasco, Méx.
1 292 2222
www.villahermosa.gob.mx



actuales de los documentos exhibidos, el titular de la de Salud Municipal, se reserva para dictar la resolución que al efecto corresponde, 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 constantes lo mismo, firmando al margen y al alce para constancia.

EL PROPIETARIO O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

SUPERVISOR DE LA COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL

TESTIGO DE ASISTENCIA



por el supervisor, a lo que responde el declarante que esta de acuerdo que sean designados los C. C. _____ con domicilio en: _____ identificándose con _____ con fotografía y N° _____ respectivamente.

A continuación se solicita al declarante los siguientes documentos: Autorización por escrito expedida por la autoridad de Salud Estatal, Documento por escrito de fumigación. Así mismo realizamos una supervisión oculta 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 DÍAS HÁBILES al día siguiente de la celebración de esta diligencia para que presente las manifestaciones que a su interés convergen, 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, debiéndolas presentar ante la coordinación de Salud Municipal del H. Ayuntamiento de Centro, ubicada en la Av. Paseo Tabasco N° 1401 Fracc. Tabasco 2000, de esta Ciudad. Concluido el desarrollo de las pruebas presentadas y agregados a las

Dr. Elin González Saños
Cul. Tabasco 2000
Villahermosa Tabasco, Méx.
1 292 2222
www.villahermosa.gob.mx



actuales de los documentos exhibidos, el titular de la de Salud Municipal, se reserva para dictar la resolución que al efecto corresponde, 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 constantes lo mismo, firmando al margen y al alce para constancia.

EL PROPIETARIO O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO

SUPERVISOR DE LA COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL

TESTIGO DE ASISTENCIA

SUPERVISOR DE LA COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL

SUPERVISOR DE LA COORDINACIÓN DE SALUD MUNICIPAL

TESTIGO DE ASISTENCIA

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



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
VILLAHERMOSA, TAB. MÉX.



**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 6 años de edad con domicilio: 7 por haber infringido los artículos 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: 8 de la colonia: 9 por los servidores adscriptos a esta Coordinación de Salud Municipal a mi cargo, siendo aproximadamente las 10 horas del mes 11 del año 12, para los efectos legales a que haya lugar. Quien porta los siguientes objetos personales:

13

OBSERVACIONES:

14

ATENTAMENTE

DIEGO GONZALEZ BANOS
COORDINADOR DE LA COORDINACIÓN DE SALUD

RESPONSABLES DE LA DETENCIÓN

SUPERVISOR: 15

SUPERVISOR: _____

16

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.

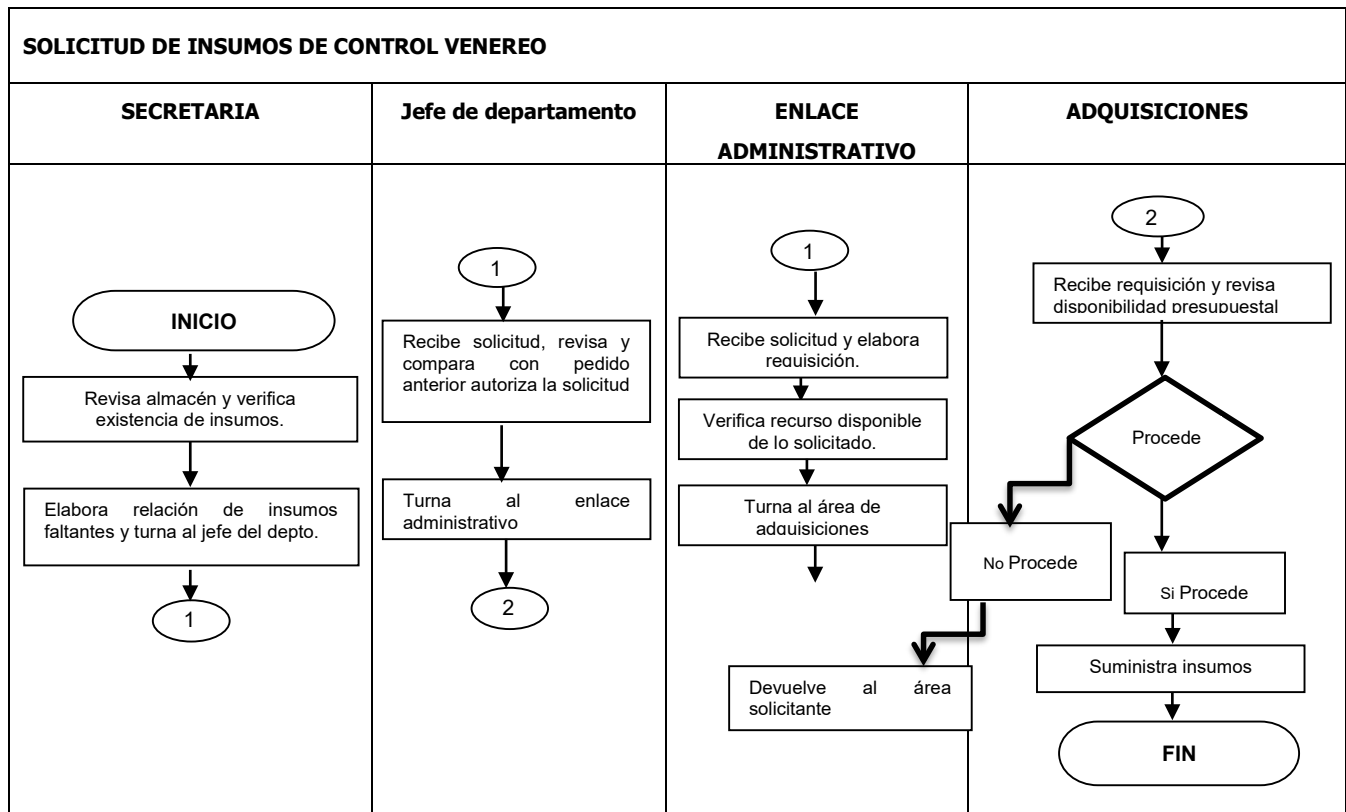
II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

- 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
<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

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

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

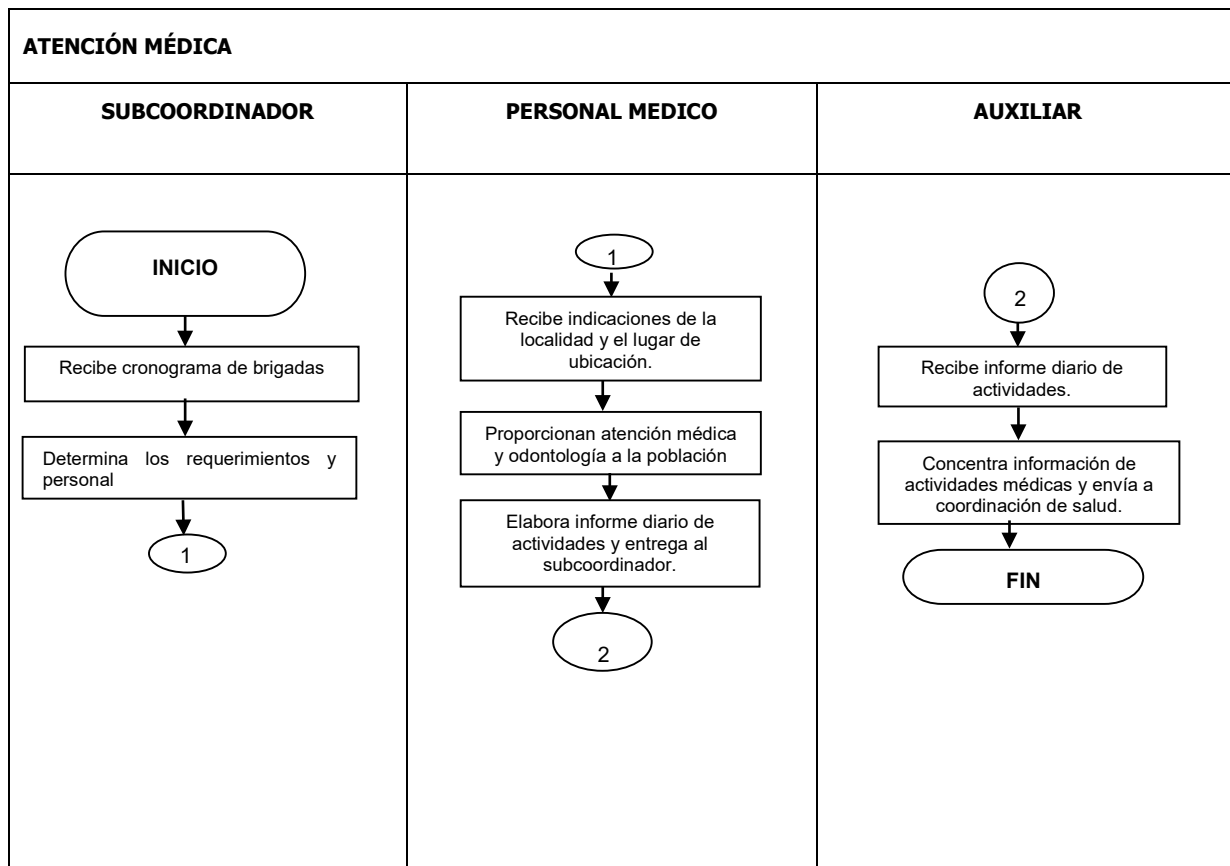
- Se otorgara servicio médico a la población mediante jornadas integrales en comunidades a través de solicitud hecha por la comunidad o por indicación del C. Presidente municipal o a solicitud de la Dirección de Atención Ciudadana.
- El servicio de atención médica y odontológica, así como los insumos 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
FIRMA DEL MEDICO

12
FIRMA DEL PACIENTE
ORIGINAL

13
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

PROGRAMA: 3

LOCALIDAD: 4

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

y 12 procediendo a elaborar la presente acta la cual tiene por objeto hacer constar que el Lic. Gerardo Gaudiano Rovirosa, Presidente Municipal del H. Ayuntamiento 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 17 horas del día de su inicio, procediendo a firmar al calce los que en ella intervinieron.

POR EL DONANTE

17

LIC. ELIN GONZÁLEZ BANOS
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

POR EL DONATARIO

18

TESTIGOS DE ASISTENCIA

19

DRA. ARGENIA SANCHEZ MORALES
SUBCOORDINACIÓN DE SALUD
PÚBLICA DE LA COORDINACIÓN DE SALUD

20

LIC. KARLA GUADALUPE GOMEZ PEREZ
ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA
COORDINACIÓN 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.



3

[illegible]

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																
1	2			3												
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																

 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

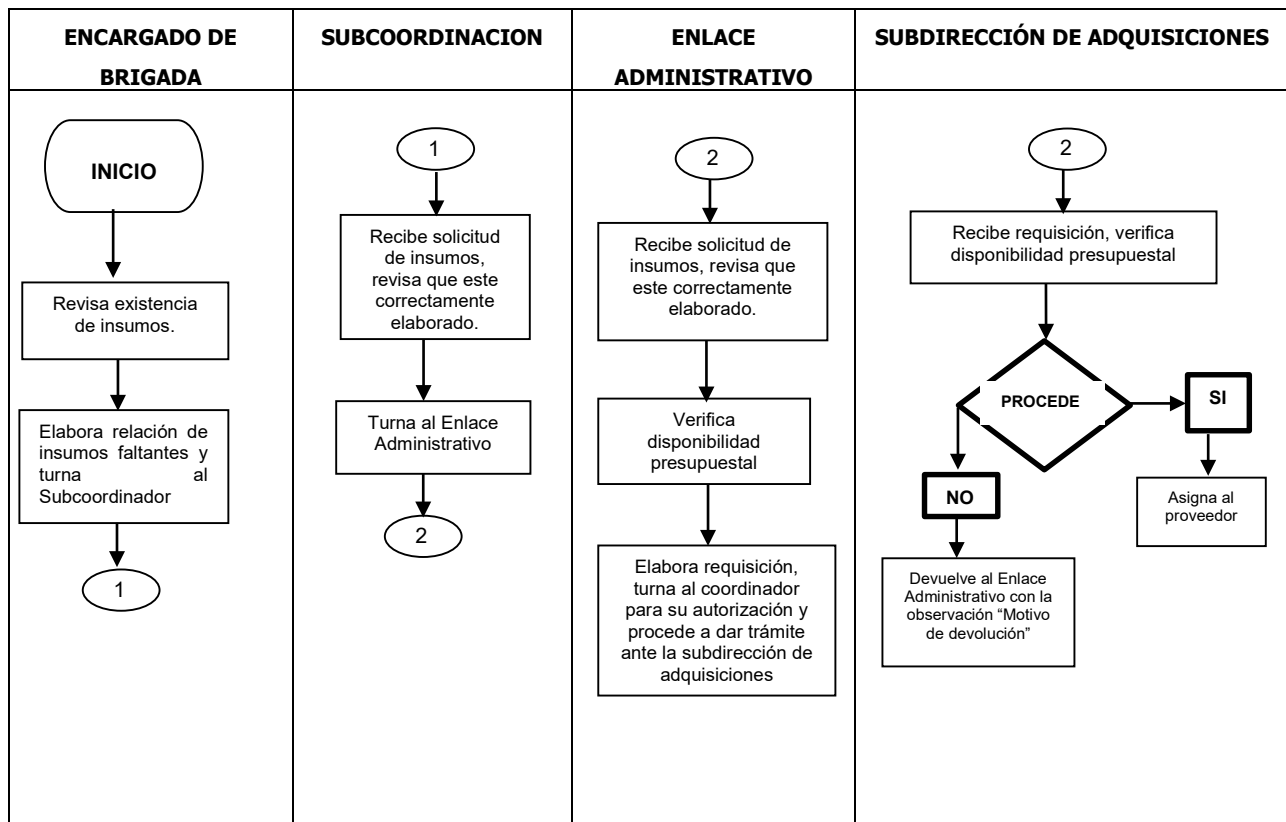
- La solicitud de insumos deberá ser elaborada por cada uno de los integrantes de la brigada medica
- La solicitud deberá realizarse con una periodicidad semanal, será recibida por el Subcoordinador quien gestionara los recursos
- El Enlace Administrativo será el responsable de suministrar los insumos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



**FECHA:**

1

[illegible]

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

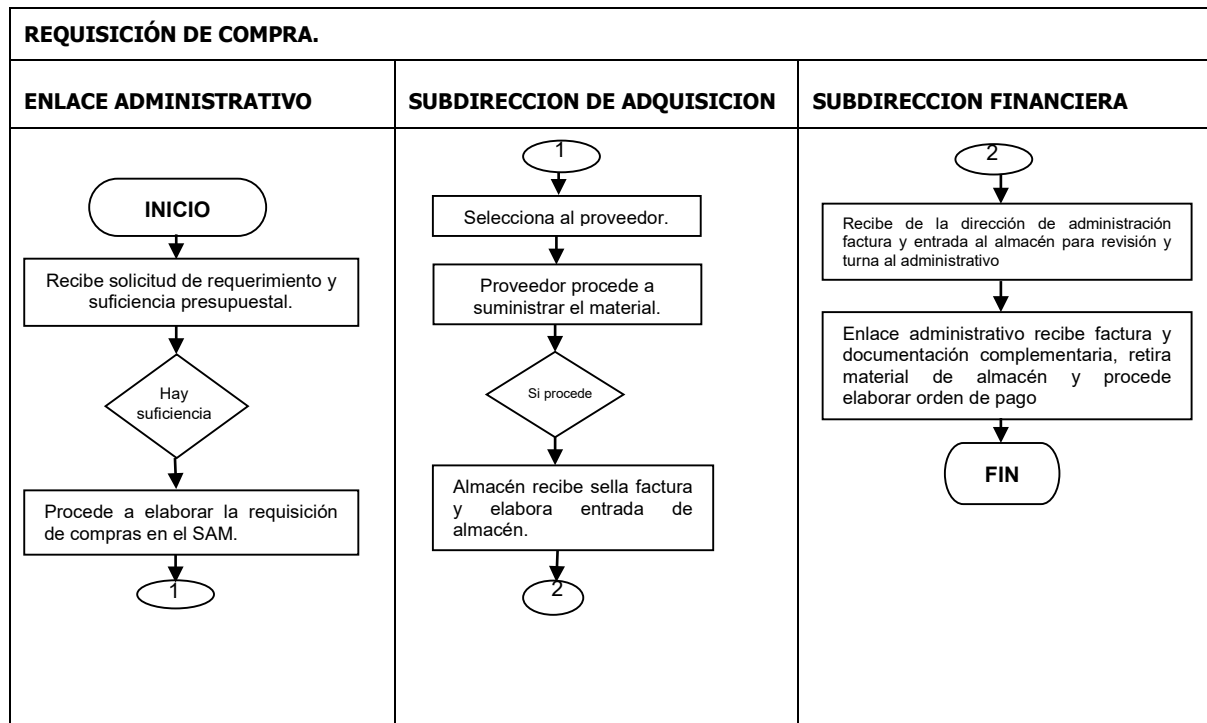
- Normatividad de acuerdo al manual de normas presupuestarias en concordancia con la emitida por el Órgano Superior de Fiscalización.
- Ley de Adquisiciones arrendamiento y prestación de servicios relacionados con bienes muebles.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones.
- Reglamento del Comité de Compras 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:			PEDIDO N°	
MODALIDAD:				
Lote	Cantidad	unidad	Descripción	
Programa:			Observaciones	
Partida:				
Actividad Inst.:				
Finalidad:				
Función:				
Subfunción:				
Subsubfunción:				
Prog. Presupuest.:				
Objeto Del Gasto:				
Localidad:				
Presupuesto reservado:				
Solicita Coordinador de Salud			Autoriza 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

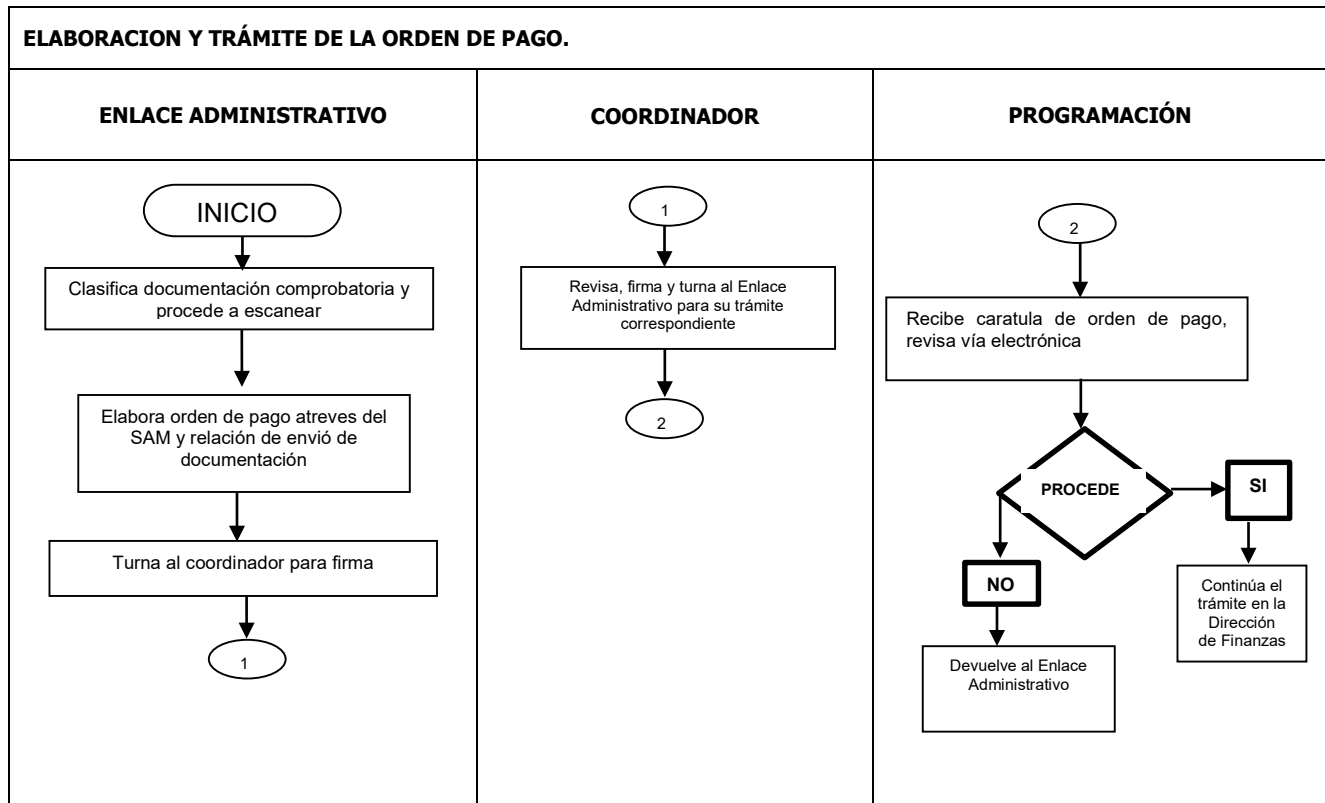
- Normatividad de la contraloría municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- Integración completa con la documentación original necesaria para amparar el gasto efectuado

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



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD

FORMATO



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
Orden de Pago

No. de Orden de Pago

Tipo de gasto: RECURSOS PROPIOS

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			Credito y retenciones
Area que elabora	24	Cadena de Seguridad Digital	
			Neto



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD



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

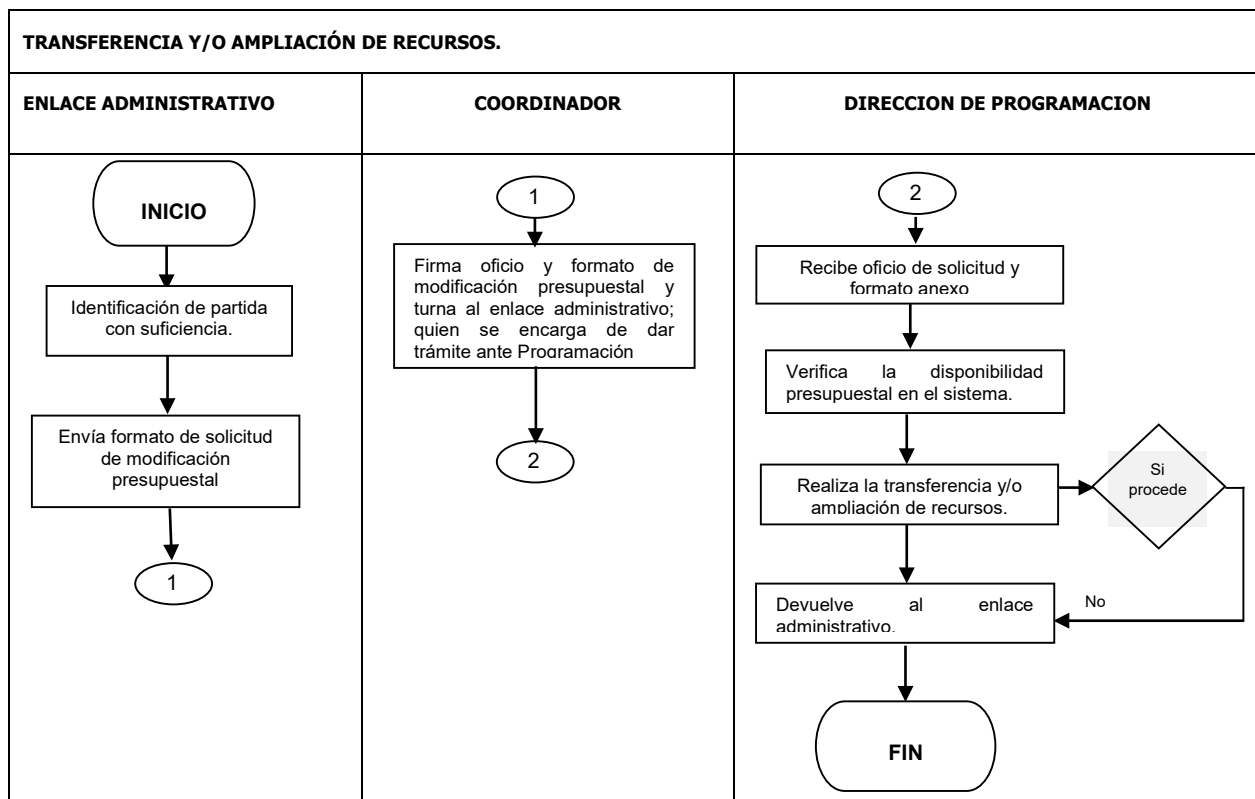
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- No deberán efectuar transferencia de recursos (reducciones) de proyectos de gastos de inversión a partidas del gasto corriente y de erogación extraordinarias.
- La partida sujeta a reducción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





**H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO
MODIFICACION PRESUPUESTAL
FUENTE:** _____

[illegible]

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

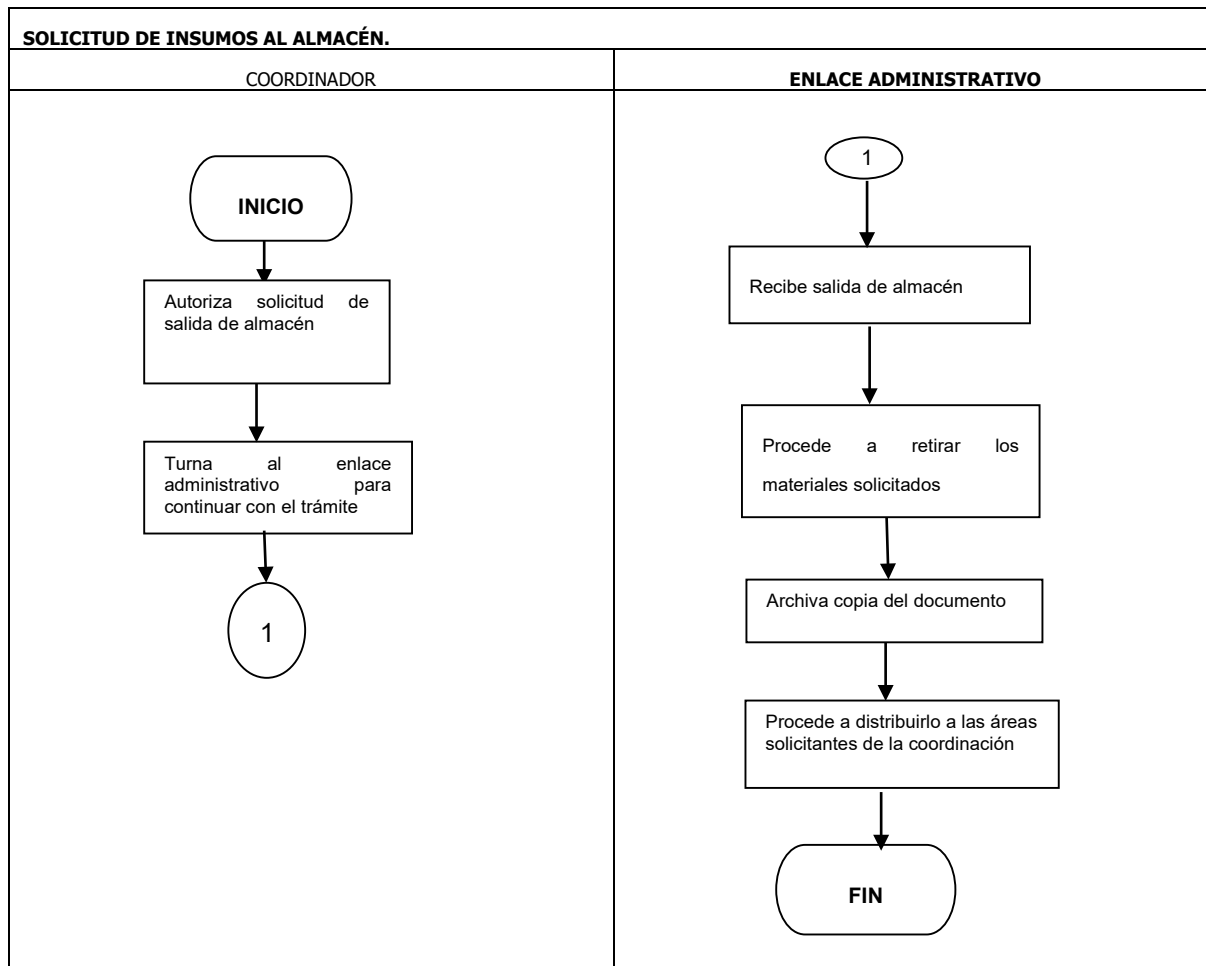
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el Órgano Superior de Fiscalización.
- Actualización mensual de los datos.

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



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

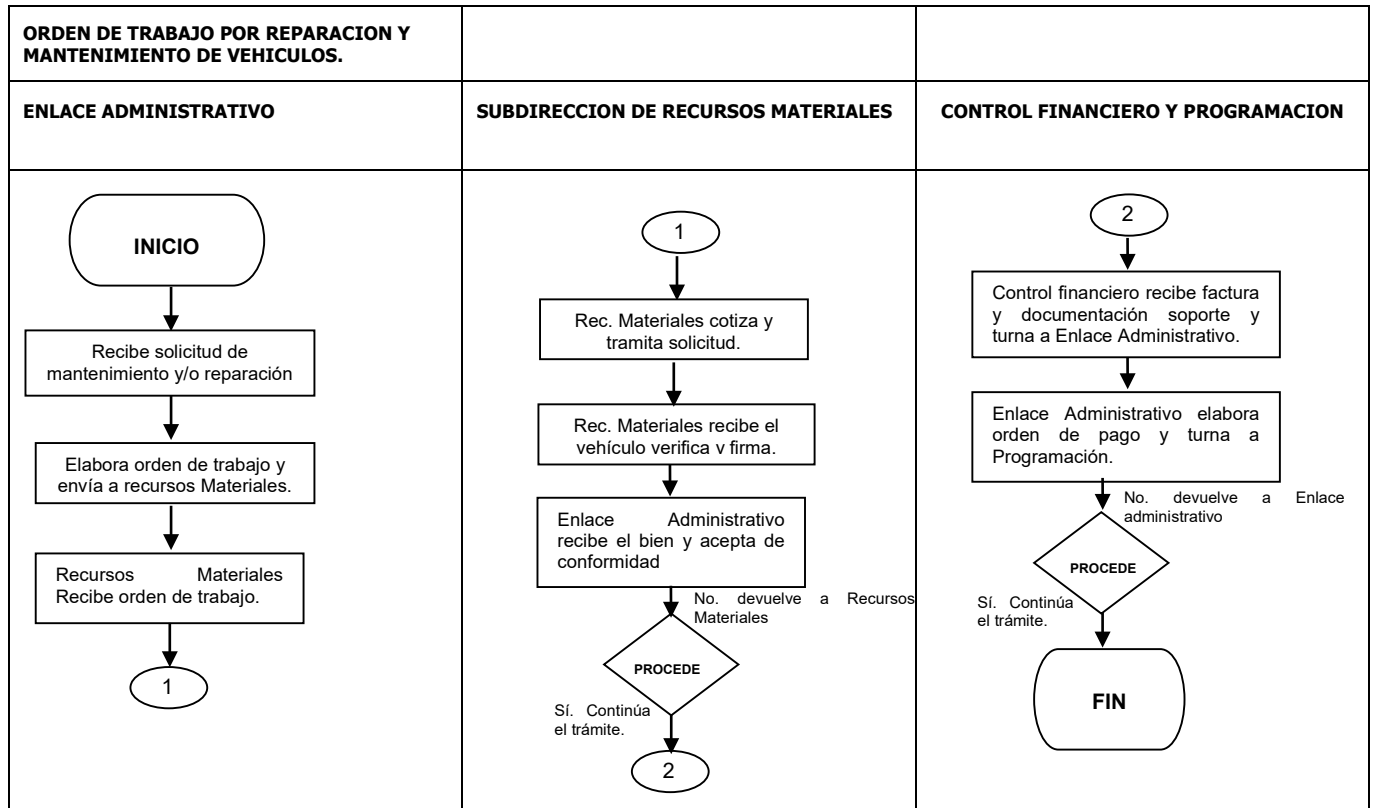
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- Lineamientos de la Dirección De Administración.

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 Continúa el trámite No procede Devuelve a la Coordinación De Salud para solventar observaciones.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO





CENTRO

AGUA • ENERGÍA • SUSTENTABILIDAD
H. AYUNTAMIENTO | 2018 • 2021



CENTRO
AGUA • ENERGÍA • SUSTENTABILIDAD
H. AYUNTAMIENTO | 2018 • 2021

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD

FORMATO

H. Ayuntamiento Constitucional de Centro Dirección de Administración

ORDEN DE TRABAJO		Orden de Trabajo No.	Fecha
Unidad Administrativa:		Datos del Vehículo Tipo: Marca: Modelo: Placas: Color:	
Modalidad:			
Programa:			
Partida:			
Actividad Inicial:			
Finalidad:			
Función:			
Subfunción:			
Subsubfunción:			
Prog. Presupuestal:			
Objeto del Gasto:			
Localidad:			
Area: ☐ Mecánica ☐ Alineación y Blanceo ☐ Electromecánica ☐ Soldadura ☐ Hojalatería y pintura ☐ Otros			
Observaciones			
Prestador de Servicio			
Usuario			
Autorizó _____ Director de Administración		Aceptó _____	

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

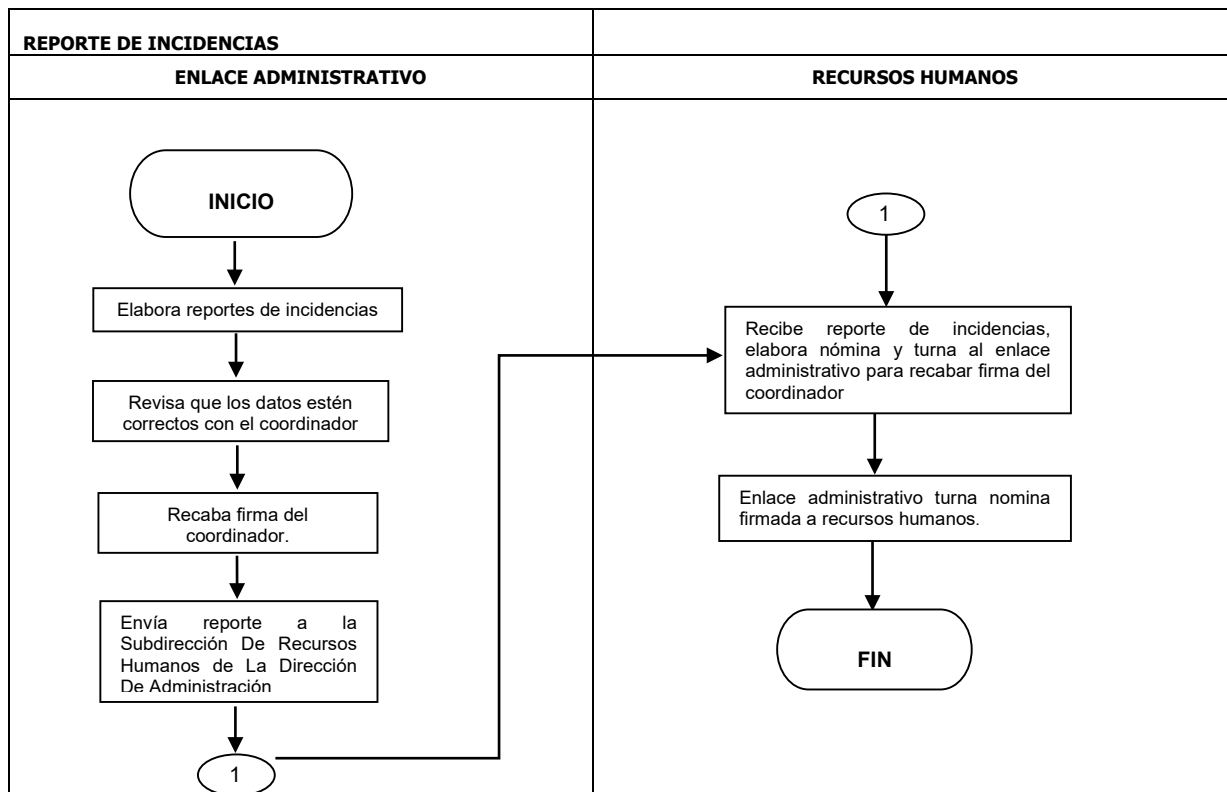
- Elaborar los reportes de incidencias por faltas, días económicos, días adicionales, vacaciones, incapacidad etc., y turna oportunamente a la Dirección de Administración.
- Los reportes que se turnen corresponderán a la quincena anterior.
- Las licencias y constancias médicas deberán presentarse oportunamente 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: C S /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 Días	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.E.S. - SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO
C.E.P. - C.P. JEFE DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO
C.E.P. - ARCHIVO VENTURERO

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

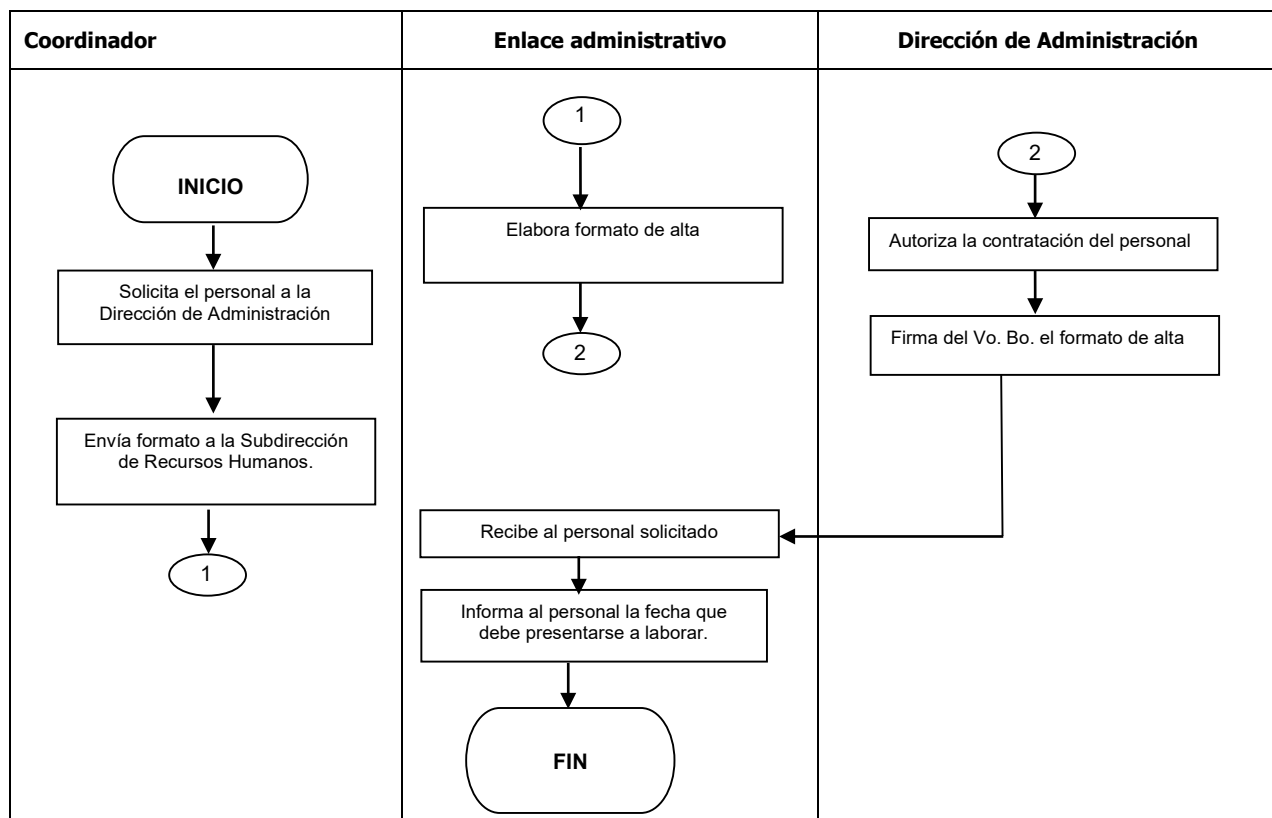
- Justificar la alta o baja del personal.
- Todo movimiento de personal se hará con autorización del Coordinador
- Archivar copia del trámite que se realice de cada trabajador.
- Los movimientos de personal se rigen de acuerdo a las condiciones generales de trabajo del Ayuntamiento.

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



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PERSONAL
FORMATO ÚNICO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL

CONDICIÓN LABORAL	ALTA	BAJA	LICENCIA
Base	<u>Nuevo Ingreso</u>	Renuncia	Con Goce de Sueldo
<u>Confianza</u>	Reingreso	Convenial Servicio	Sin Goce de Sueldo
Eventual	Cambio de Adscripción	Abandono de Empleo	Enfermedad
Interino	Promoción	Defunción	Revocación
	Resanudación	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

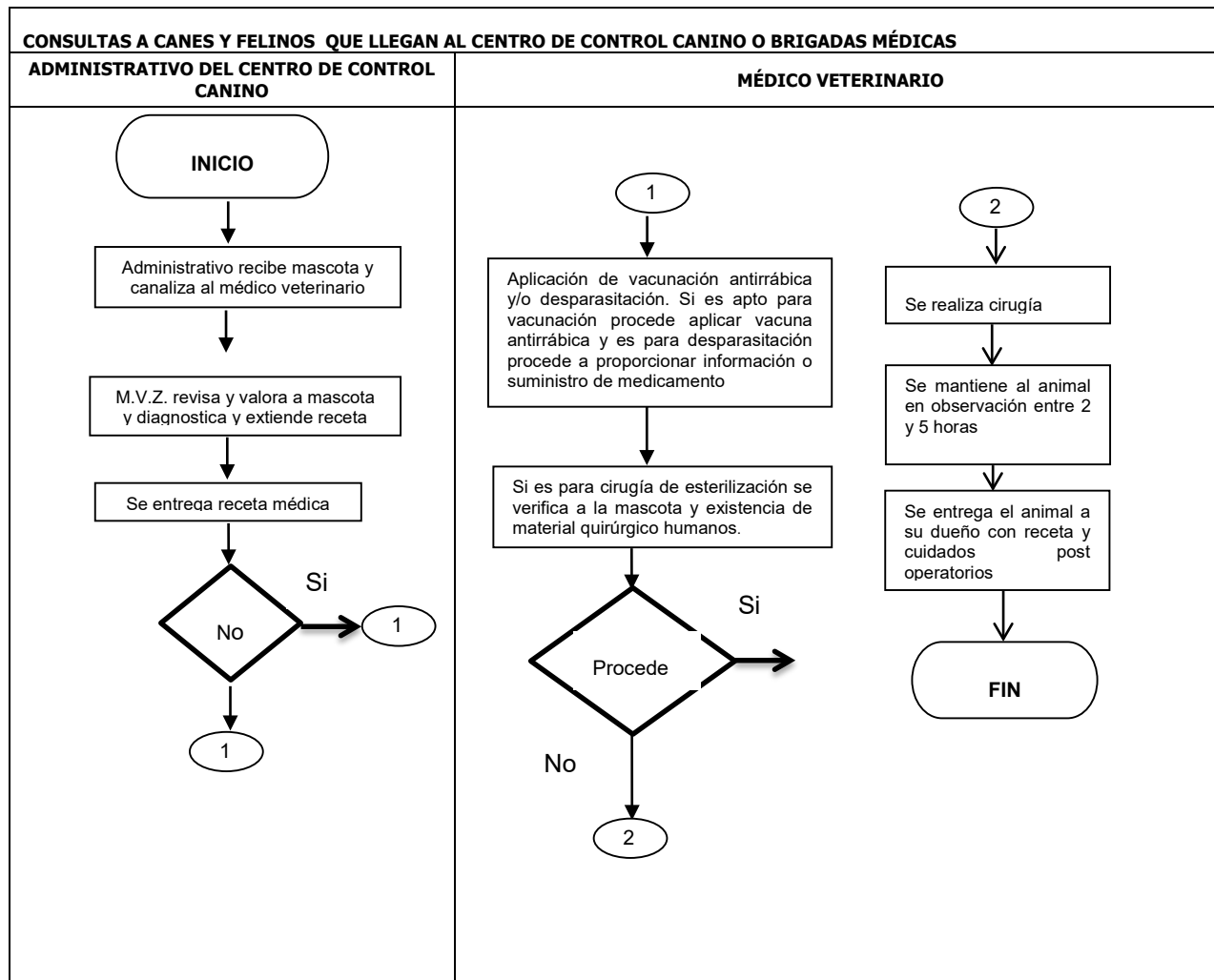
- Artículo 134 fracción V, artículo 409 410 de la Ley General de Salud
- Artículo 355 a 357 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículo 1 y 2 de la Ley Federal de Sanidad Animal
- Artículo 355 Prevención y control de la Rabia NOM-011-SSA2-1993
- Prevención y control de la Rabia NOM-001-SSA2-1993
- 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



[illegible]

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



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 20-30 por min.	10 - 20 por min.
PULSO	Cachorros de 110-120 por min. Adulto de 20-30 por min.	100-140 por minuto
CELOS	Dos veces por año con duración de 21 días.	Frecuencia y duración varían veces por año durante 2 meses.
PERIODO DE GESTACIÓN	56-63 Días	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

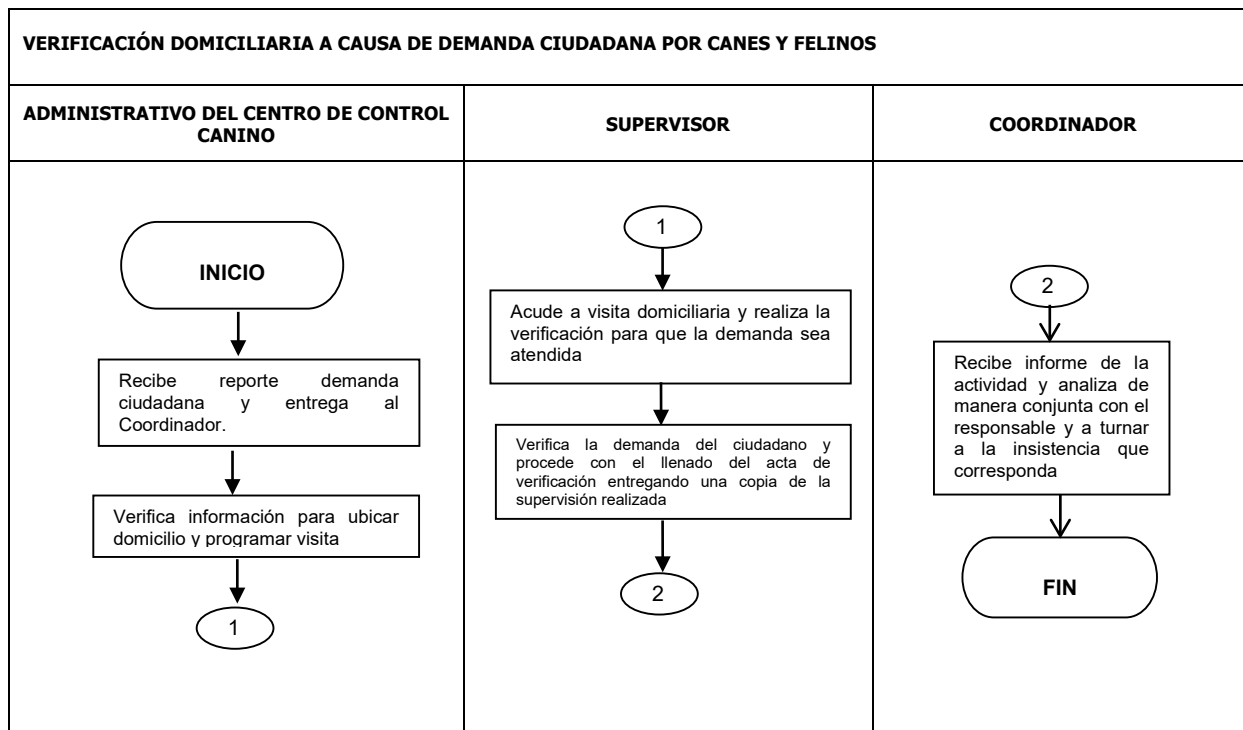
- Artículo 134 Fracción V, 398, 399, 400, 401 y 409, de la Ley General de Salud.
- Es obligación de todo dueño limpiar los desechos orgánicos, dentro y fuera de su propiedad. Artículo 33 y 40 del Reglamento del Control Canino.
- Si un canino o felino causa daños a propiedad ajena, el dueño será el responsable.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: Coordinación de Salud Municipal.	UNIDAD RESPONSABLE: 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**

VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS QUE SE DEDICAN A LA REPRODUCCIÓN DE ANIMALES DE COMPAÑÍA

3 En la Ciudad de Villahermosa, **4** del Estado de Tabasco, siendo las **5** horas del día **6** del mes de **7** del 20**8**, el (los) **9** suscritos CC. **10** promotores de salud adscritos al Centro de Control Canino dependiente de la Coordinación de Salud, quienes se identifican con **11** expedida por **12** en **13** vigencia al **14** expedida por **15** misma que se pone a la vista del interesado, nos presentamos **16** domicilio ubicado en la calle **17** número **18** color **19** teléfono **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36** **37** **38** **39** **40** **41** **42** **43** **44** **45** **46** **47** **48** **49** **50** **51** **52** **53** **54** **55** **56** **57** **58** **59** **60** **61** **62** **63** **64** **65** **66** **67** **68** **69** **70** **71** **72** **73** **74** **75** **76** **77** **78** **79** **80** **81** **82** **83** **84** **85** **86** **87** **88** **89** **90** **91** **92** **93** **94** **95** **96** **97** **98** **99** **100** **101** **102** **103** **104** **105** **106** **107** **108** **109** **110** **111** **112** **113** **114** **115** **116** **117** **118** **119** **120** **121** **122** **123** **124** **125** **126** **127** **128** **129** **130** **131** **132** **133** **134** **135** **136** **137** **138** **139** **140** **141** **142** **143** **144** **145** **146** **147** **148** **149** **150** **151** **152** **153** **154** **155** **156** **157** **158** **159** **160** **161** **162** **163** **164** **165** **166** **167** **168** **169** **170** **171** **172** **173** **174** **175** **176** **177** **178** **179** **180** **181** **182** **183** **184** **185** **186** **187** **188** **189** **190** **191** **192** **193** **194** **195** **196** **197** **198** **199** **200** **201** **202** **203** **204** **205** **206** **207** **208** **209** **210** **211** **212** **213** **214** **215** **216** **217** **218** **219** **220** **221** **222** **223** **224** **225** **226** **227** **228** **229** **230** **231** **232** **233** **234** **235** **236** **237** **238** **239** **240** **241** **242** **243** **244** **245** **246** **247** **248** **249** **250** **251** **252** **253** **254** **255** **256** **257** **258** **259** **260** **261** **262** **263** **264** **265** **266** **267** **268** **269** **270** **271** **272** **273** **274** **275** **276** **277** **278** **279** **280** **281** **282** **283** **284** **285** **286** **287** **288** **289** **290** **291** **292** **293** **294** **295** **296** **297** **298** **299** **300** **301** **302** **303** **304** **305** **306** **307** **308** **309** **310** **311** **312** **313** **314** **315** **316** **317** **318** **319** **320** **321** **322** **323** **324** **325** **326** **327** **328** **329** **330** **331** **332** **333** **334** **335** **336** **337** **338** **339** **340** **341** **342** **343** **344** **345** **346** **347** **348** **349** **350** **351** **352** **353** **354** **355** **356** **357** **358** **359** **360** **361** **362** **363** **364** **365** **366** **367** **368** **369** **370** **371** **372** **373** **374** **375** **376** **377** **378** **379** **380** **381** **382** **383** **384** **385** **386** **387** **388** **389** **390** **391** **392** **393** **394** **395** **396** **397** **398** **399** **400** **401** **402** **403** **404** **405** **406** **407** **408** **409** **410** **411** **412** **413** **414** **415** **416** **417** **418** **419** **420** **421** **422** **423** **424** **425** **426** **427** **428** **429** **430** **431** **432** **433** **434** **435** **436** **437** **438** **439** **440** **441** **442** **443** **444** **445** **446** **447** **448** **449** **450** **451** **452** **453** **454** **455** **456** **457** **458** **459** **460** **461** **462** **463** **464** **465** **466** **467** **468** **469** **470** **471** **472** **473** **474** **475** **476** **477** **478** **479** **480** **481** **482** **483** **484** **485** **486** **487** **488** **489** **490** **491** **492** **493** **494** **495** **496** **497** **498** **499** **500** **501** **502** **503** **504** **505** **506** **507** **508** **509** **510** **511** **512** **513** **514** **515** **516** **517** **518** **519** **520** **521** **522** **523** **524** **525** **526** **527** **528** **529** **530** **531** **532** **533** **534** **535** **536** **537** **538** **539** **540** **541** **542** **543** **544** **545** **546** **547** **548** **549** **550** **551** **552** **553** **554** **555** **556** **557** **558** **559** **560** **561** **562** **563** **564** **565** **566** **567** **568** **569** **570** **571** **572** **573** **574** **575** **576** **577** **578** **579** **580** **581** **582** **583** **584** **585** **586** **587** **588** **589** **590** **591** **592** **593** **594** **595** **596** **597** **598** **599** **600** **601** **602** **603** **604** **605** **606** **607** **608** **609** **610** **611** **612** **613** **614** **615** **616** **617** **618** **619** **620** **621** **622** **623** **624** **625** **626** **627** **628** **629** **630** **631** **632** **633** **634** **635** **636** **637** **638** **639** **640** **641** **642** **643** **644** **645** **646** **647** **648** **649** **650** **651** **652** **653** **654** **655** **656** **657** **658** **659** **660** **661** **662** **663** **664** **665** **666** **667** **668** **669** **670** **671** **672** **673** **674** **675** **676** **677** **678** **679** **680** **681** **682** **683** **684** **685** **686** **687** **688** **689** **690** **691** **692** **693** **694** **695** **696** **697** **698** **699** **700** **701** **702** **703** **704** **705** **706** **707** **708** **709** **710** **711** **712** **713** **714** **715** **716** **717** **718** **719** **720** **721** **722** **723** **724** **725** **726** **727** **728** **729** **730** **731** **732** **733** **734** **735** **736** **737** **738** **739** **740** **741** **742** **743** **744** **745** **746** **747** **748** **749** **750** **751** **752** **753** **754** **755** **756** **757** **758** **759** **760** **761** **762** **763** **764** **765** **766** **767** **768** **769** **770** **771** **772** **773** **774** **775** **776** **777** **778** **779** **780** **781** **782** **783** **784** **785** **786** **787** **788** **789** **790** **791** **792** **793** **794** **795** **796** **797** **798** **799** **800** **801** **802** **803** **804** **805** **806** **807** **808** **809** **810** **811** **812** **813** **814** **815** **816** **817** **818** **819** **820** **821** **822** **823** **824** **825** **826** **827** **828** **829** **830** **831** **832** **833** **834** **835** **836** **837** **838** **839** **840** **841** **842** **843** **844** **845** **846** **847** **848** **849** **850** **851** **852** **853** **854** **855** **856** **857** **858** **859** **860** **861** **862** **863** **864** **865** **866** **867** **868** **869** **870** **871** **872** **873** **874** **875** **876** **877** **878** **879** **880** **881** **882** **883** **884** **885** **886** **887** **888** **889** **890** **891** **892** **893** **894** **895** **896** **897** **898** **899** **900** **901** **902** **903** **904** **905** **906** **907** **908** **909** **910** **911** **912** **913** **914** **915** **916** **917** **918** **919** **920** **921** **922** **923** **924** **925** **926** **927** **928** **929** **930** **931** **932** **933** **934** **935** **936** **937** **938** **939** **940** **941** **942** **943** **944** **945** **946** **947** **948** **949** **950** **951** **952** **953** **954** **955** **956** **957** **958** **959** **960** **961** **962** **963** **964** **965** **966** **967** **968** **969** **970** **971** **972** **973** **974** **975** **976** **977** **978** **979** **980** **981** **982** **983** **984** **985** **986** **987** **988** **989** **990** **991** **992** **993** **994** **995** **996** **997** **998** **999** **1000**

OBSERVACIONES:



Coordinación de Salud

OBSERVACIONES

15



Coordinación de Salud

ATENTAMENTE

16

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO

RECIBE

VERIFICADOR SANITARIO

Prof. Piedad Tabasco No. 1401
Cul. Tabasco 2000
Villahermosa Tabasco Méx.
T. 919 3232
www.villahermosa.gob.mx

**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

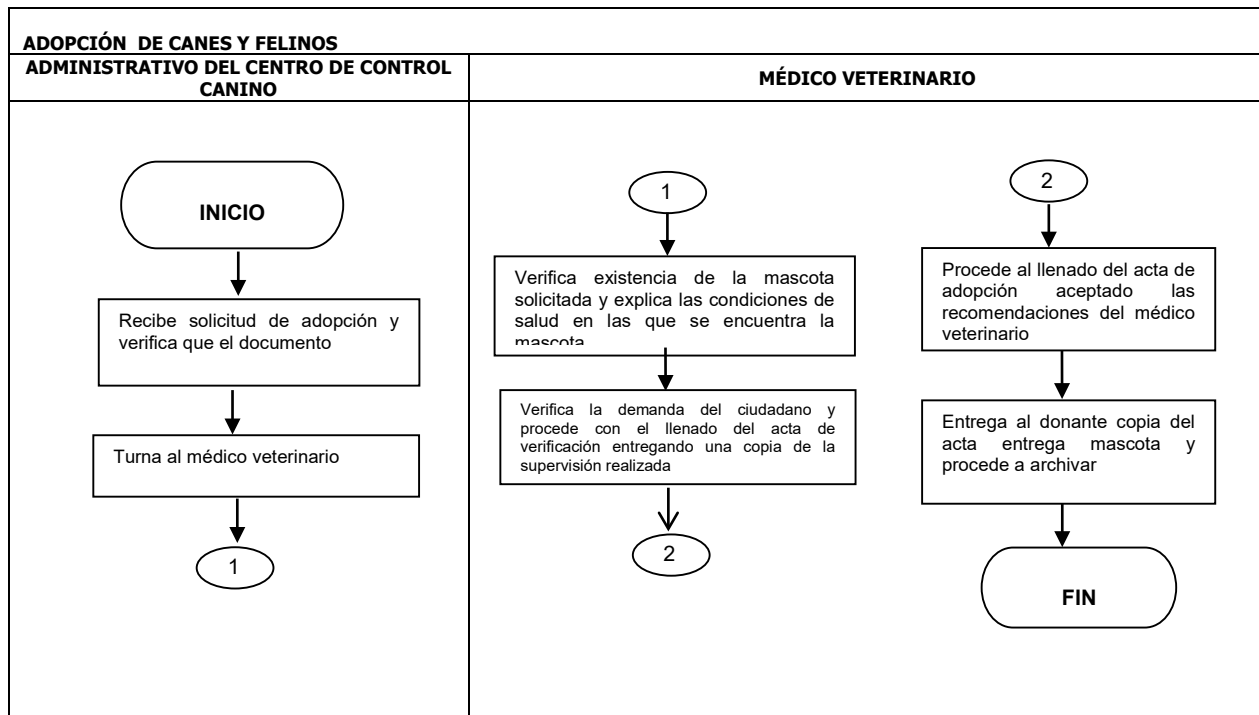
- Ley General de Salud
- Artículo 357 fracción III de la Ley Estatal de Salud
- Artículo 13 del Reglamento del Centro Control Canino

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



CENTRO
AGUA • ENERGÍA • SUSTENTABILIDAD
H. AYUNTAMIENTO | 2018 • 2021

COORDINACIÓN DE SALUD

CENTRO DE CONTROL CANINO
ACTA DE DONACION DE CANES Y FELINOS

DATOS DEL ADOPTANTE

FOLIO		
4		
FECHA		
DÍA	MES	AÑO
2		

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 ellos 11

DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA

Nombre 12

Raza 13 Peso 14

Color 15 Marcas 16

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 viviendo 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.

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, a través de la protección y prevención de riesgo y a su vez evitar daños a la salud.

II.- FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO

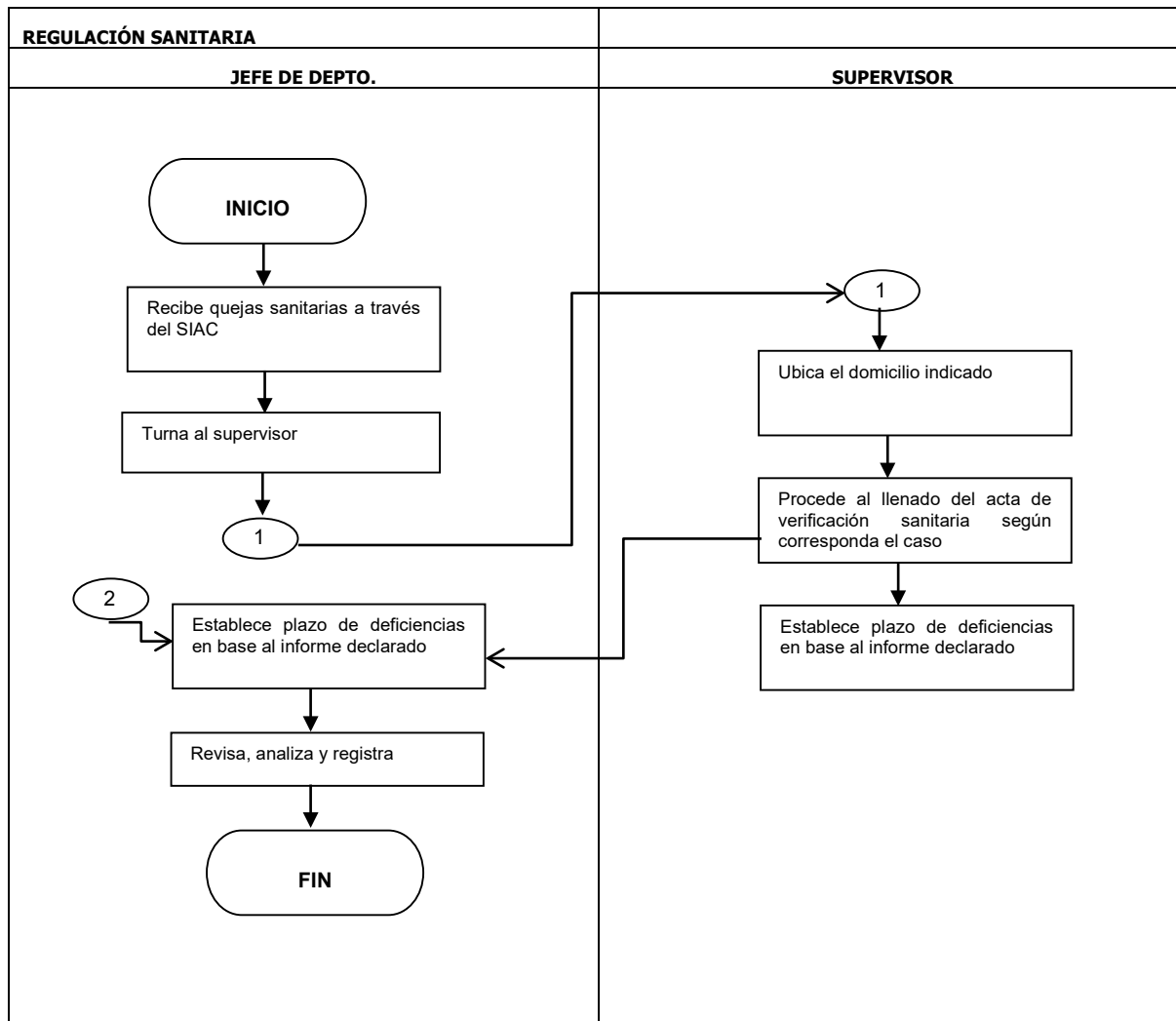
- Artículo 4, 5 apartado B, Artículo 15 Fracción VIII, Artículo 279, 307, 317 de la Ley estatal de salud
- Artículo 1, 2, 3, 4,5 del Bando de Policía y Gobierno del Municipio del Centro.
- Capítulo I Artículo 179 Disposiciones Generales
- Capítulo II: Higiene, Pureza y Calidad De Los Alimentos que se 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
- Título noveno, Artículo 133, 134, 135, 136, Comercio, industria y trabajo
- Título Décimo Segundo, Artículo 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 d 2 del mes de 4 del 2016, el (los) suscritos CC.
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

ATENTAMENTE

16

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO

ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO

VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO

ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA

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.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD

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 N° 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

de 16 Policía y Gobierno:

REQUISITOS INDISPENSABLES DE HIGIENE EN ESTABLECIMIENTOS 21

CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO	SI	NO
CUENTA CON UNA PERSONA QUE DESPACHA Y OTRA QUE COBRE.		
USAN FILPINA 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.		
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 PÚBLICA.		
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 CAUFICADOR, LAS ACTAS CIRCUNSTANCIADAS EN LAS QUE INCURRAN.		
SUPERVISAR QUE LAS AGUAS FRESCAS SE SIRVAN EN VASO DESECHABLES.		
CUENTA CON SANITARIOS QUE REÚNEN LAS CONDICIONES HIGIENICAS ADECUADAS.		
EL AGUA RESULTANTE DEL ASEO DE SUS BIENES LLEGA A LA VÍA PÚBLICA O CAUSA PERJUICIOS A TERCEROS.		



Coordinación
de Salud

ATENTAMENTE

17

DR. ELIN GONZALEZ BARRIOS
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 atiende 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 en el establecimiento.
- 17) Firma del responsable de la diligencia.
- 18) Firma del verificador sanitario.
- 19) Firma de un segundo verificador 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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD

FORMATO



 Coordinación de Salud

No. DE FOLIO:

ACTA DE VERIFICACION DE MATANZAS RURALES

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las del día del Mes de el (los)

Suscritos 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 Quien se identifica con en su carácter de 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:



 Coordinación de Salud

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA MATANZAS RURALES	CUMPLE	
	SI	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 DONDE 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		



 Coordinación de Salud

ATENTAMENTE

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO ENTREGADO

VERIFICADOR SANITARIO VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO ENTREGADO

NOMBRE Y FIRMA 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.



CENTRO

AGUA • ENERGÍA • SUSTENTABILIDAD
H. AYUNTAMIENTO • 2018 • 2021

FORMATO

  **motor del cambio** | Coordinación de Salud Municipal

No. DE FOLIO:

ACTA DE VERIFICACIÓN DE CARNICERÍAS URBANAS

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las del día del Mes de al (los)

Suscritos 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 quien se identifica con en su carácter de 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:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

COORDINACIÓN DE SALUD

  **motor del cambio** | Coordinación de Salud Municipal

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA CARNICERÍAS URBANAS	CUMPLE	SI	NO
CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN DEL H. AYUNTAMIENTO			
ESTÁ SITUADA A UNA DISTANCIA NO MENOR DE 100 MTS. DE ESCUELAS, TEMPLOS, PARQUES, PANTEONES, CENTROS DE TRABAJO.			
CUENTA CON POSTE Y LUGAR DONDE SE 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 EXHIBICIÓN 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 AVALUAR SU PROCEDENCIA			
CUENTA CON UN PROGRAMA DE FUMIGACIÓN TRISMETRAL			
PINTURA DEL LOCAL SEMESTRALMENTE			
CUENTA CON UN LUGAR CERRADO PARA LA RECOLECCIÓN DE BASURA Y DESHECHOS PARA POSTERIORMENTE SER INCINERADOS COMO INDICA EL REGLAMENTO DE RASTROS			

  **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.




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, Artículo 193 y Artículo 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

[illegible]



MUNICIPIO DE SAN JUAN
GOBIERNO MUNICIPAL



CENTRO
DE SALUD MUNICIPAL

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 ACTA DE VERIFICACIÓN PARA AGUAS NEGRAS Y PLUVIALES.

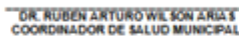
- 1) Hora del acta de verificación para aguas negras y pluviales.
- 2) Día de la verificación.
- 3) Mes de verificación para aguas negras y pluviales.
- 4) Nombre de quien realiza la verificación.
- 5) Identificación vigente del verificador.
- 6) Vigencia de la identificación del verificador.
- 7) Nombre 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.



 Coordinación de Salud Municipal
ACTA DE VERIFICACION SANITARIA

Prof. Piero Tabacchi No. 1401
Cot. Tabacchi 2000
vittahermosa@tabacchi.it

Prof. Peter Tabacco No. 1401
Cal. Tabacco 2000
Villafarmacia Tabacco 96



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.

LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE AMBULANTAJE EN VÍA PÚBLICA.

- 1) Hora de la verificación de ambulante 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 ambulante en vía pública.
- 16)Aquí se realiza preguntas o encuesta respecto.
- 17)Firmas de los responsables en la verificación del acta.
- 18)Observaciones



COORDINACIÓN DE SALUD

PRODUCCIÓN DE FIBRO TABACO N.º 1401 TABACO 2000, CENTRO, TABACO

ACTO SEGUIDO SE PUEDE 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 AFECTARÁ LA VALIDEZ DE LA DELIGENCIA, POR LO QUE FIRMA LA PRESENTE DELIGENCIA; FIRMANDO LOS TESTIGOS DE ASISTENCIA SEÑALADOS, Y DÁNDOSE POR CONCLUIDA LA PRESENTE VERIFICACIÓN A LAS _____ HORAS _____ DÍAS 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.

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

87

PROLONGACIÓN DE PASO TABACOS NÚM. 1461 TRANSITO 2009, CENTRO, TRANSITO

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



H. AYUNTAMIENTO
MUNICIPAL DE
CENTRO, TABASCO, MÉXICO.



CENTRO
AGUA • ENERGÍA • SUSTENTABILIDAD
H. AYUNTAMIENTO | 2018 • 2021

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, Indiso 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 Indiso I) de la Ley Orgánica de los Municipios del Estado de Tabasco; 28 Apartado B, fracción I, Indiso b) del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Centro; se le informa que deberá constituirse en el domicilio ubicado en _____, del municipio de Centro, Tabasco, para efectos de que el día _____ de _____, en punto de las _____, 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, advirtiéndole 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 afectará la validez de la misma.

A T E N T A M E N T E

DR. ELIN GONZALEZ BARRIOS
COORDINADOR DE SALUD
COORDINADOR DE SALUD DEL MUNICIPIO DE 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

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