



**TRÁMITES QUE SE PUEDEN SOLICITAR A LA COORDINACIÓN DE SALUD  
(ART. 10, FRACC. I, INCISO b)  
(OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE/2015)**

Trámites de servicios	Tienen formato
<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión de lugares insalubres.</li> </ul>	Ingresa por medio del SIAC
<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión de Higiene de Alimentos en puestos fijos y semifijos.</li> </ul>	Ingresa por medio del SIAC
<ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisión de Carnicerías urbana y rural.</li> </ul>	Ingresa por medio del SIAC
<ul style="list-style-type: none"> <li>Captura y control de canes y felinos.</li> </ul>	Ingresa por medio del SIAC
<ul style="list-style-type: none"> <li>Donación de medicamentos</li> </ul> <p><b>EN QUE CONSISTE:</b> Proporcionar medicamentos de cuadro básico.</p> <p><b>PROCEDIMIENTO:</b></p> <p>1ro. Si la solicitud del medicamento es directa, se turna al área médica quien verifica con el personal a cargo, la existencia del medicamento que requiere la persona. Y proceder a la donación.</p> <p>2do. Cuando una persona requiere de consulta se le proporciona el medicamento al momento de brindar la consulta.</p> <p><b>FINALIDAD:</b> Apoyar a la ciudadanía de escasos recursos.</p> <p><b>REQUISITOS:</b> Copia de la receta médica y copia de la credencial de elector.</p>	Si



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

**Centro**

GOBIERNO MUNICIPAL 2013-2015

motor  
del cambio

Coordinación de Salud

**ACTA DE DONACION**

**PROYECTO No.** \_\_\_\_\_  
**PROGRAMA:** \_\_\_\_\_  
**LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIENDO LAS \_\_\_\_\_ HORAS DEL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ SITIO  
 EN \_\_\_\_\_ UBICADO EN  
 \_\_\_\_\_ DONDE SE LOCALIZA LA COORINACION DE SALUD  
 MUNICIPAL, REUNIERON LOS CC. \_\_\_\_\_ Y  
 \_\_\_\_\_ PROCEDIENDO A ELABORAR LA PRESENTE ACTA, LA  
 CUAL TIENE POR OBJETO HACER CONSTAR QUE EL LIC. JOSE HUMBERTO DE LOS SANTOS BERTRUY,  
 PRESIDENTE MUNICIPAL DEL H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO, A TRAVES DE LA COORDINACION DE  
 SALUD MUNICIPAL REALIZO LO SIGUIENTE:

DESCRIPCION	UNIDAD	CANTIDAD

NO HABIENDO OTRO ASUNTO MAS QUE HACER CONSTAR, SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA  
 A LAS \_\_\_\_\_ HORAS DEL DIA DE SU INICIO, PROCEDIENDO A FIRMAR AL CALCE LOS QUE EN ELLA  
 INTERVINIERON.

**POR EL DONANTE**

**POR EL DONATORIO**

\_\_\_\_\_  
**DR. RUBEN ARTURO WILSON ARIAS**  
**COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL**

**TESTIGO DE ASISTENCIA**

\_\_\_\_\_  
**C.P. SILVESTRE DIAZ FRIAS.**  
**ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA COORDINACION DE SALUD.**