

# Coordinación de Salud

Fecha: MARZO DE 2017

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>NOMBRE Y FIRMA</b>	DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS	ALBERTO CASO BECERRRA	MARIA DEL ROSARIO VAZQUEZ YEE
<b>PUESTO</b>	COORDINADOR DE SALUD	SUBCORDINADOR DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	COORDINADORA DE MODERNIZACION E INNOVACION

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
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.	22
VIII. SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA CLÍNICA DE CONTROL VENÉREO	29
IX. ATENCIÓN MÉDICA A LA CIUDADANÍA.	34
X. SOLICITUD DE INSUMOS PARA LAS BRIGADAS MÉDICAS.	45
XI. REQUISICIÓN DE COMPRA.	50
XII. ELABORACIÓN Y TRÁMITE DE LA ORDEN DE PAGO.	55
XIII. TRANSFERENCIA Y/O AMPLIACIÓN DE RECURSOS.	60
XIV. SOLICITUD DE INSUMOS AL ALMACÉN.	65
XV. ORDEN DE TRABAJO POR REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS.	69
XVI. REPORTE DE INCIDENCIAS	73
XVII. MOVIMIENTOS DE PERSONAL: ALTAS Y BAJAS.	78

XVIII.	CONSULTAS A CANES Y FELINOS QUE LLEGAN AL CENTRO DE CONTROL GANINCO BRIGADAS MÉDICAS	84
XIX.	VERIFICACIÓN DOMICILIARIA A CAUSA DE DEMANDA CIUDADANA POR CANES Y FELINOS	91
XX.	ADOPCIÓN DE CANES Y FELINOS	96
XXI.	REGULACIÓN SANITARIA	101

## 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 Médicas
- Verificación Domiciliaria A Causa De Demanda Ciudadana Por Canes Y Felinos
- Adopción De Canes Y Felinos

➤ **Regulación Sanitaria**

## **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.



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



H. Ayuntamiento 2016-2018

# Manual de Procedimiento

## Coordinación de Salud

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 11:00 a 18:00 horas de lunes a viernes.

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Control Venéreo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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



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



5	Médico.	<small>H. Ayuntamiento 2016-2018</small> 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

### DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO

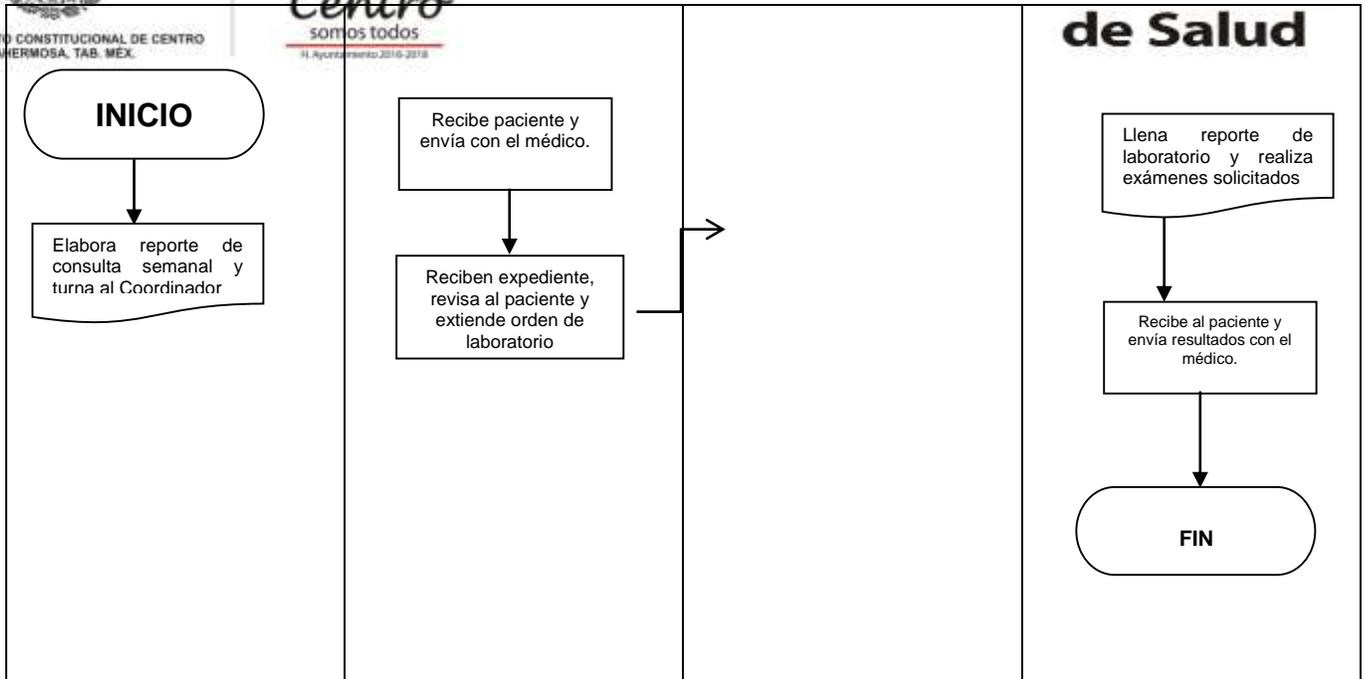
CONTROL MEDICO			
JEFE DE DEPARTAMENTO	RECEPCIONISTA	MEDICO	LABORATORIO



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



## Coordinación de Salud



### FORMATO



FECHA: 1

RESPONSABLE: 2

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

LLENADO DE LA HOJA DE CONTROL MEDICO

- 1) Fecha de Elaboración
- 2) Nombre del Prestador de servicio (Médico)



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



Centro  
de Salud

H. Ayuntamiento 2016-2018

- 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**

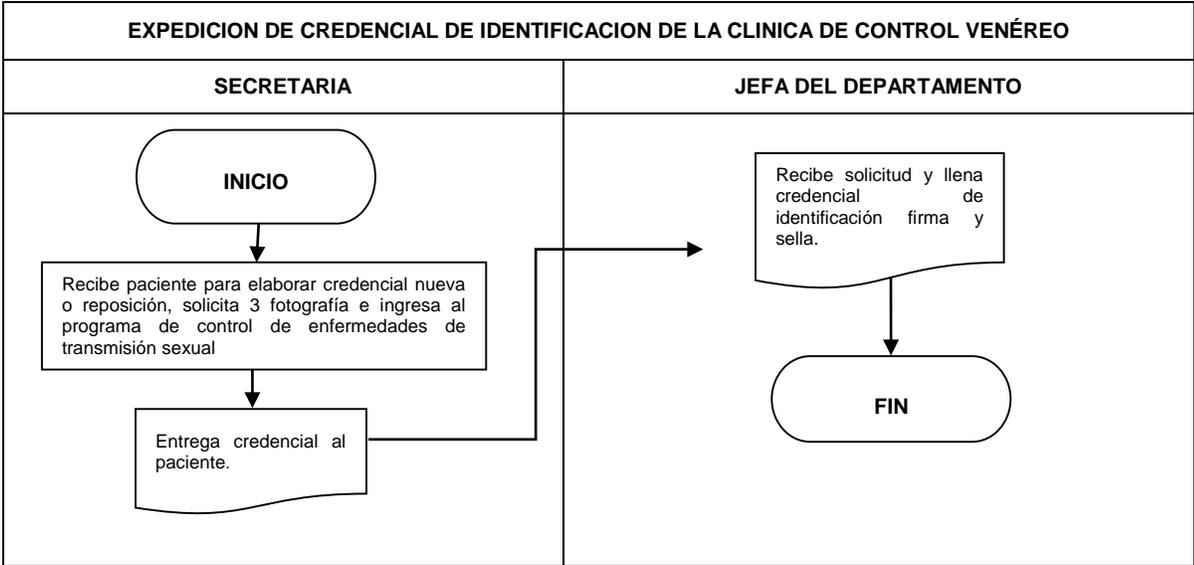
- Artículo 12 y 368 de la Ley General de Salud
- Artículo 360 y 365 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículos 12 fracción II y 13 fracciones III del reglamento para el control y la supervisión de las personas que ejercen la prostitución y los sitios donde se presume se ejerce en el municipio 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 15:00 a 18:00 hrs.



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

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCUMENTO
1	Secretaría	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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	





**FORMATO**

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

## **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 38,391, 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**



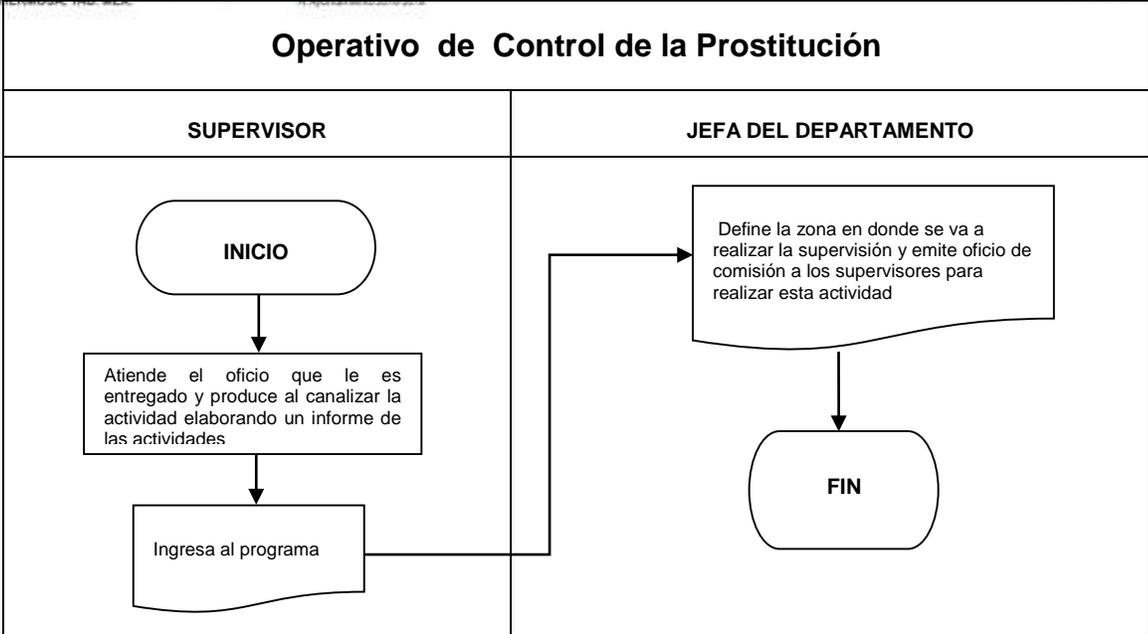
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE CENTRO  
VILLAHERMOSA, TAB. MEX.



<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Control Venéreo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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.
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

### DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO



FORMATO



Coordinación de Salud

VILLAHERMOSA, TABASCO A 1 DE 2 2016

No. DE FOLIO: 3

ASUNTO: OFICIO DE COMISION

C. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_  
SUPERVISOR DE GIROS  
P R E S E N T E

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

NO OMITO MANIFESTAR QUE PARA LA PRESENTE ENCOMIENDA DEBERA PORTAR Y PONER A LA VISTA AL RESPONSABLE 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

7

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS  
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

## **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.

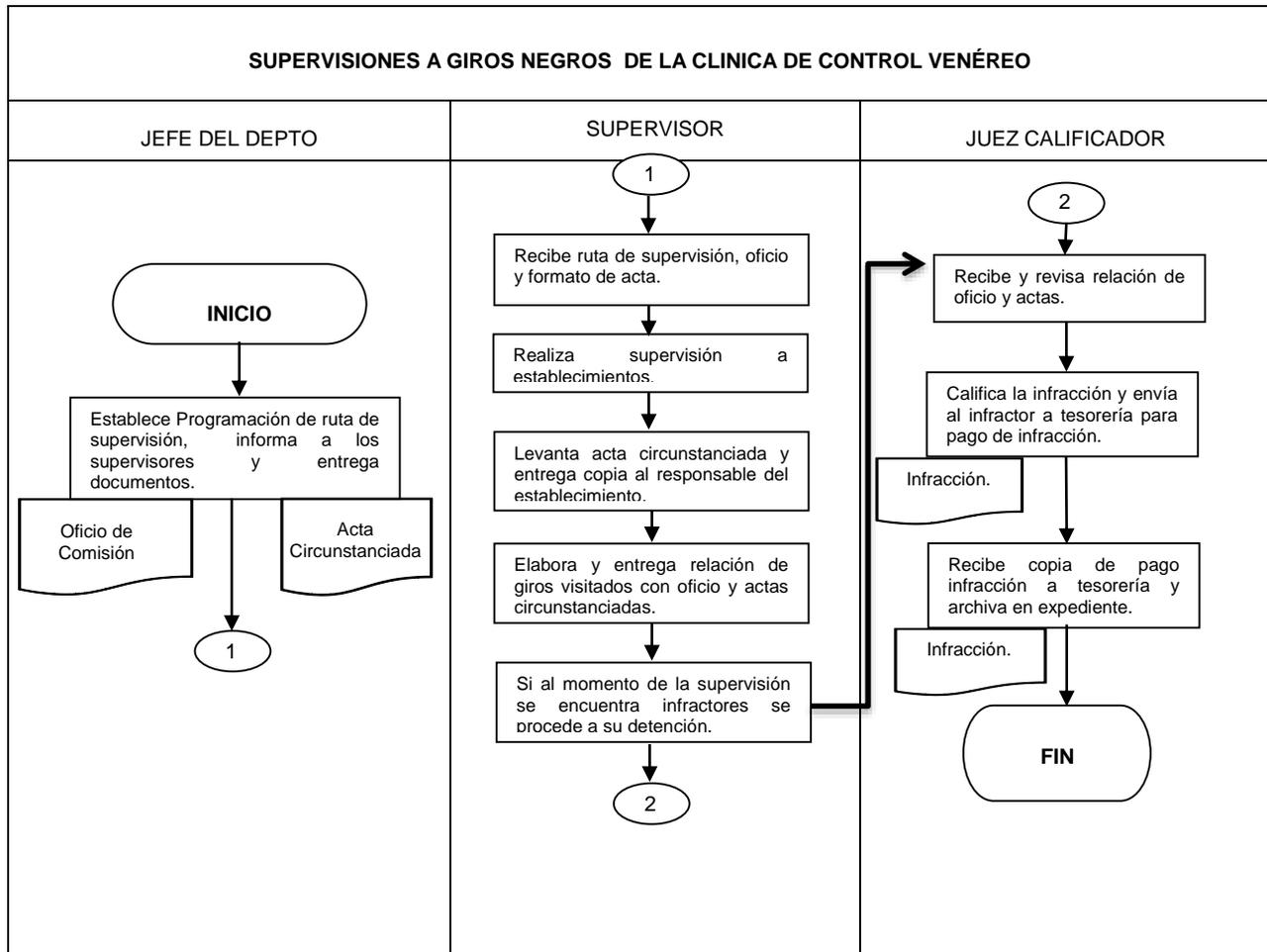
### **Sanciones**

- 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.



<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Control Venéreo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	



## FORMATO



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



### **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.



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



H. Ayuntamiento 2016-2018

FORMATO



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



Coordinación de Salud

Nº. FOLIO:

VILLAHERMOSA, TABASCO A.  DE  DE XXXX

C. JUEZ CALIFICADOR DEL  TURNO DE SEGURIDAD PUBLICA PRESENTE

Me permito poner a disposición a:  de  años de edad con domicilio:  por haber infringido los artículos 222 del Bando de Policía y Gobierno y 8 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:  de la colonia:

por los servidores adscriptos a esta Coordinación de Salud Municipal a mi cargo, siendo aproximadamente las  horas del mes  del año , para los efectos legales a que haya lugar. Quien porta los siguientes objetos personales:

OBSERVACIONES:

ATENTAMENTE

DIE ELIN GONZALEZ BANDOS  
COORDINADORA DE LA COORDINACION DE SALUD

RESPONSABLES DE LA DETENCION

SUPERVISOR:   
SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

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.



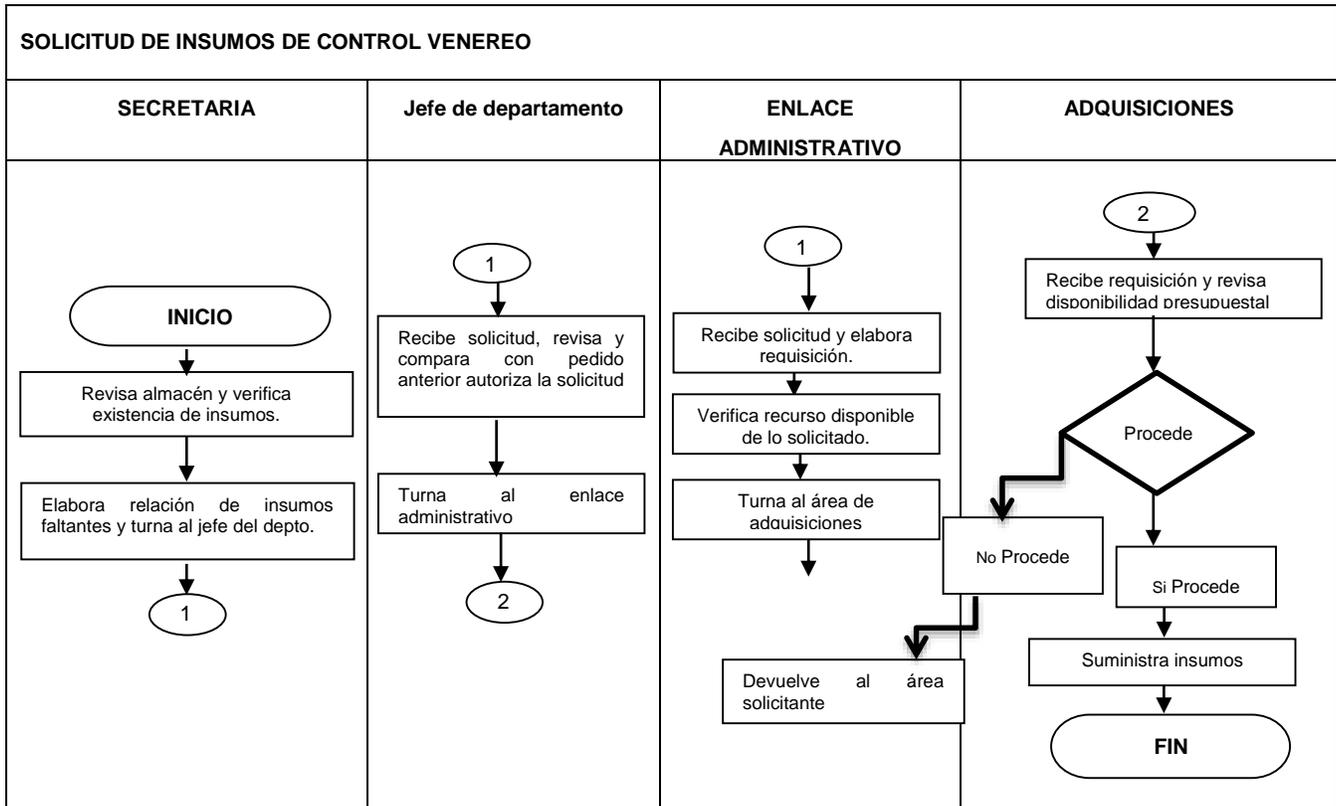
### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Control Venéreo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Solicitud de Insumos	

ACT NUM	RESPONSABLE	DESCRIPCION 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.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	



DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO





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



H. Ayuntamiento 2016-2018

# Manual de Procedimiento

## Coordinación de Salud

### FORMATO



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



H. Ayuntamiento 2016-2018

### Coordinación de Salud

#### SOLICITUD DE INSUMOS

FECHA: 1

N° CONSECUTIVO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LOS INSUMOS
2	3	4

SOLICITANTE

5

JEFE DEL DEPARTAMENTO

AUTORIZO

6

ENLACE ADMINISTRATIVO

## **LLENADO DEL FORMATO DE SOLICITUD DE INSUMOS**

- 1) Día de la elaboración de la solicitud
- 2) Numero 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.

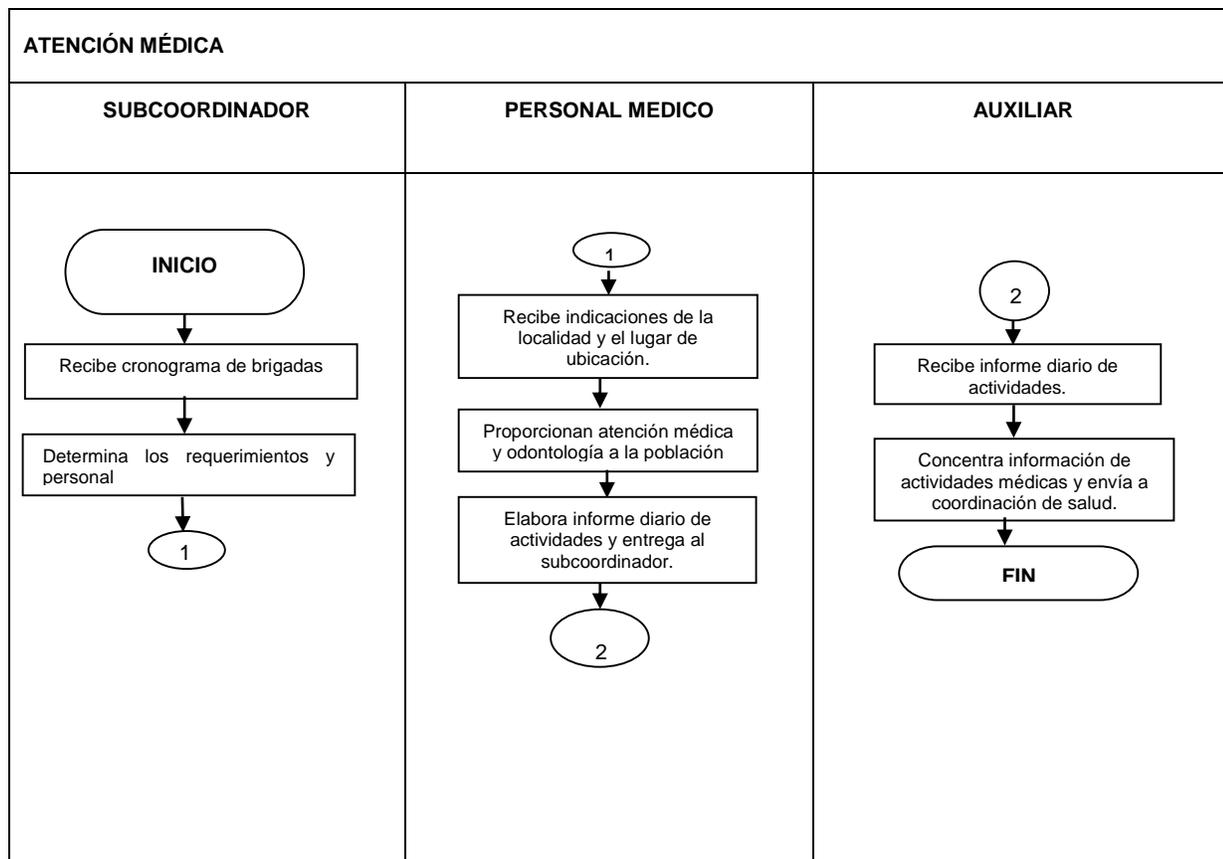
### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Atención Médica
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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.	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			



DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO





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



FORMATO



Coordinación de Salud

FOLIO: 1
FECHA: 2
LOCALIDAD: 3

Form with fields for patient name, age, sex, diagnosis, pharmacy, medication name, and doctor name. Includes a 'SURTIDO' checkbox.

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 Nº: 1  
 PROYECTO: 2  
 PROGRAMA: 3  
 LOCALIDAD: 4

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

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
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">14</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">15</span>

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

FOR EL DONANTE

17

DR. ELIN GONZÁLEZ BANOS  
COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL

FOR EL DONATARIO

18

TESTIGOS DE ASISTENCIA

19

DRA. ARCONIA GARCÍA MORALES  
SUBCOORDINACIÓN DE SALUD  
PÚBLICA DE LA COORDINACIÓN DE SALUD

20

LIC. KARLA GUADALUPE GÓMEZ 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.



FORMATO

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



Coordinación de Salud

FECHA:

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

Nº	PACIENTE	EDAD	SEXO	TELEFONO	TIPO DE ATENCION
<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>

### LLENADO DE HOJA DIARIA DE CONSULTA MEDICA EN BRIGADAS:

1. Nombre de la comunidad.
2. Fecha de atención médica.
3. Número consecutivo de beneficiarios
4. Nombre del paciente.
5. Edad del paciente.
6. Anotar femenino o masculino según sea el caso.
7. Número telefónico del paciente.
8. Tipo de atención.

**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.

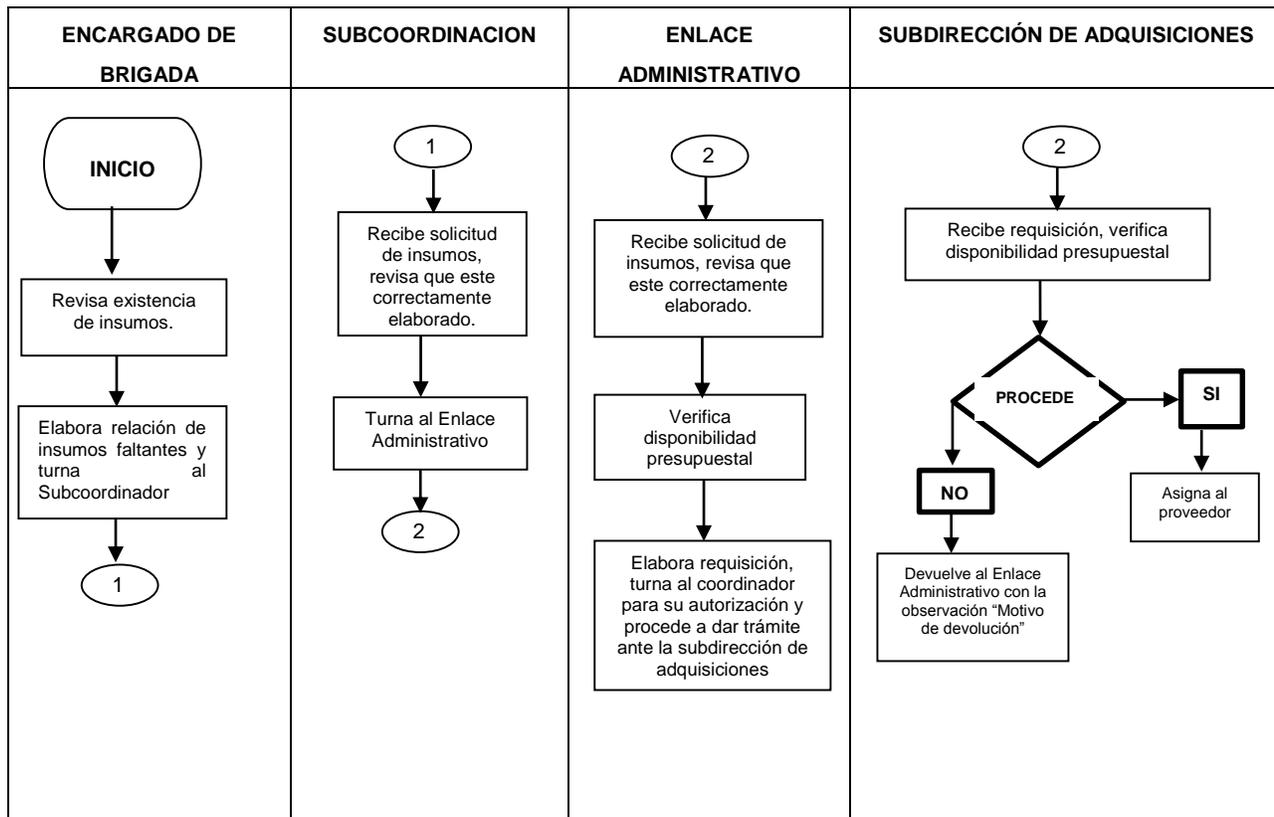


DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Departamento de Atención Médica
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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 <b>SI PROCEDE.</b> – asigna al proveedor <b>NO PROCEDE.</b> – devuelve al Enlace Administrativo con la observación " motivo de la devolución"	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





### FORMATO

FECHA: \_\_\_\_\_

1

Lote	Cantidad	Unidad de medida	Descripción
2	3	4	5
<input type="checkbox"/>			

## **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**

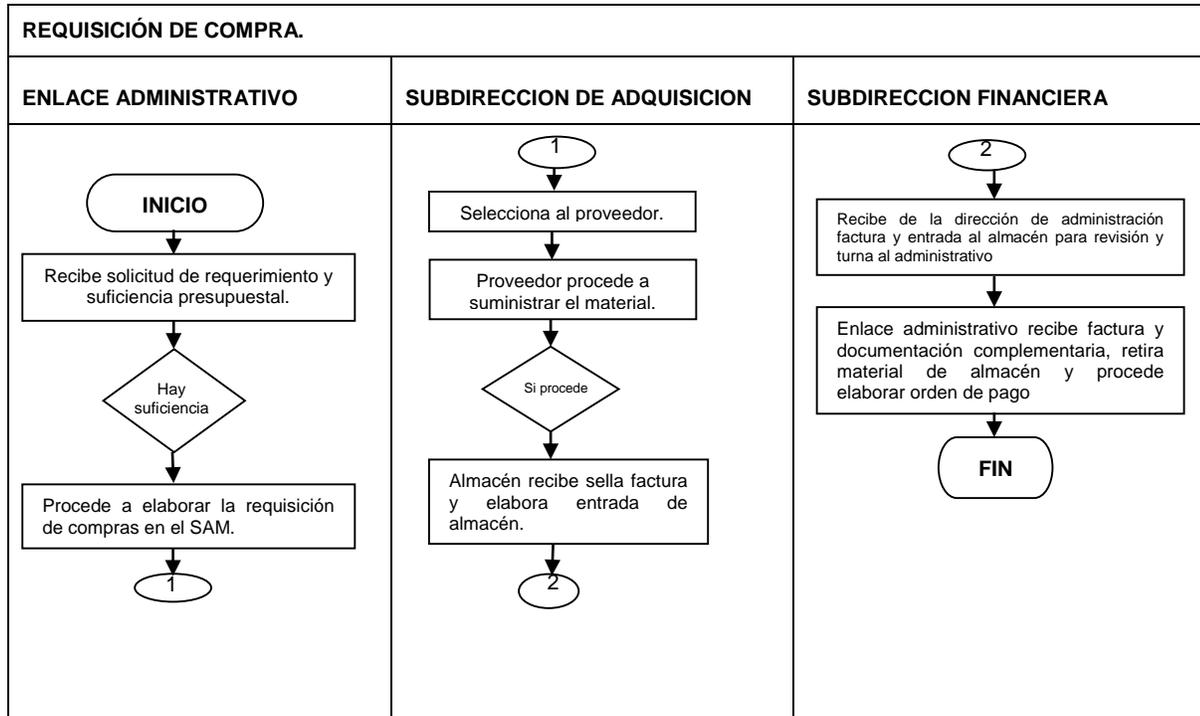
- Normatividad de acuerdo al manual de normas presupuestarias en concordancia con la emitida por el Órgano Superior de Fiscalización.
- Ley de Adquisiciones arrendamiento y prestación de servicios relacionados con bienes muebles.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones.
- Reglamento del Comité de Compras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



<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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 <b>Si procede</b> 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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
PROCEDIMIENTO**





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



H. Ayuntamiento 2016-2018

**FORMATO**



H. Ayuntamiento Dirección Constitucional de Centro  
Director de Administración

**REQUISICION DE  
MATERIALES Y SUMINISTROS**

REQ. NO.	FECHA

DIRECCIÓN SOLICITANTE: MODALIDAD:	PEDIDO N°
--------------------------------------	-----------

Lote	Cantidad	unidad	Descripción

Programa:		Observaciones
Partida:		
Actividad Inst.:		
Finalidad:		
Función:		
Subfunción:		
Subsubfunción:		
Prog. Presupuest.:		
Objeto Del Gasto:		
Localidad:		
Presupuesto reservado:		

Solicita  _____  <b>Coordinador de Salud</b>	Autoriza  _____  <b>Director de Administración</b>
--	--

**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.

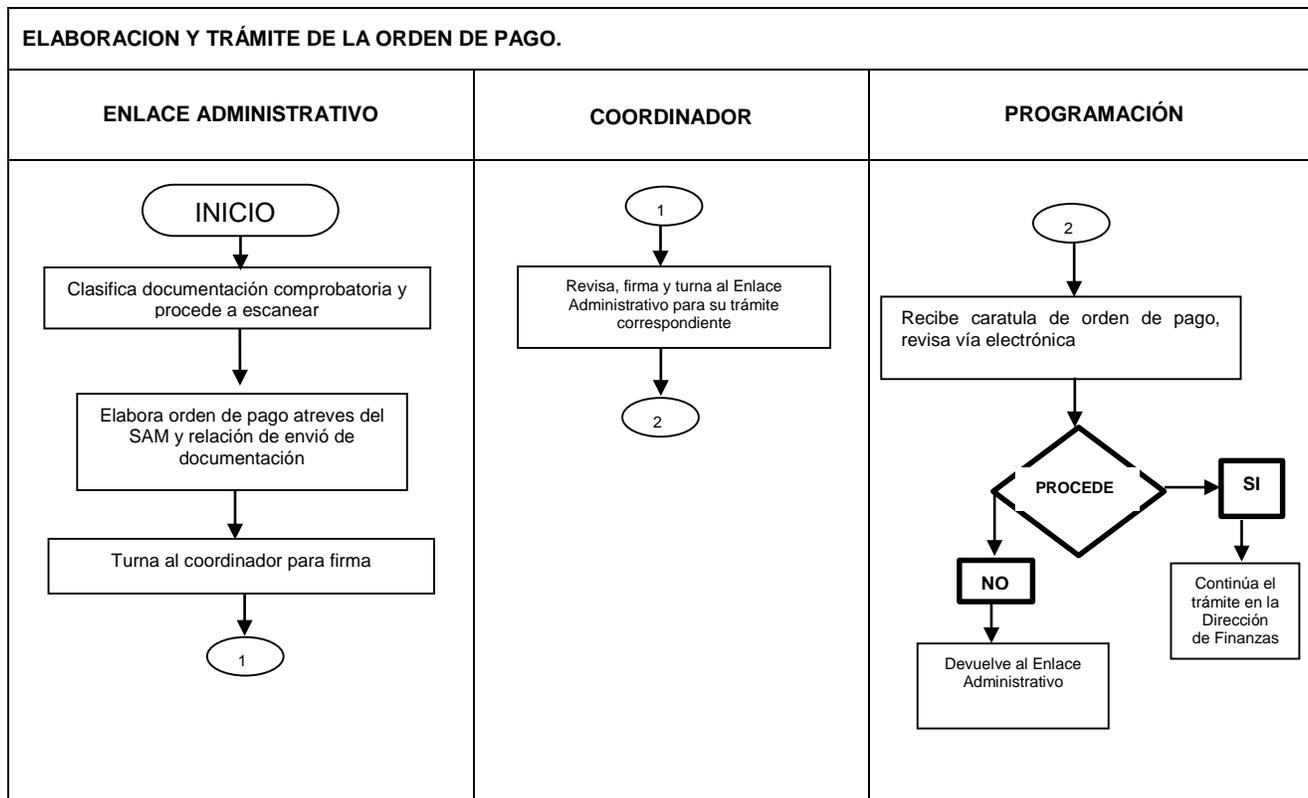


DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud Municipal.	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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	<p>Recibe documento y turna al departamento de revisión y verifica documentación vía electrónica en el sistema SAM, procede</p> <p><b>Si PROCEDE</b> La orden de pago continua su trámite hacia la Dirección De Finanzas</p> <p><b>No PROCEDE</b> 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</p>	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
PROCEDIMIENTO





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 2015						<input type="checkbox"/> Comprobación Vale	<input type="checkbox"/> Reembolso al fondo Fijo	I/A	
El titular del ramo			Suficiencia Presupuestal			Pagador		Descontado Vales	
Coordinador de Salud						Cadena de Seguridad Digital		Total	
Área que elabora		24						Credito y retenciones	
								Neto	



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



H. Ayuntamiento 2016-2018

# Manual de Procedimiento

## Coordinación de Salud



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



H. Ayuntamiento 2016-2018

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**

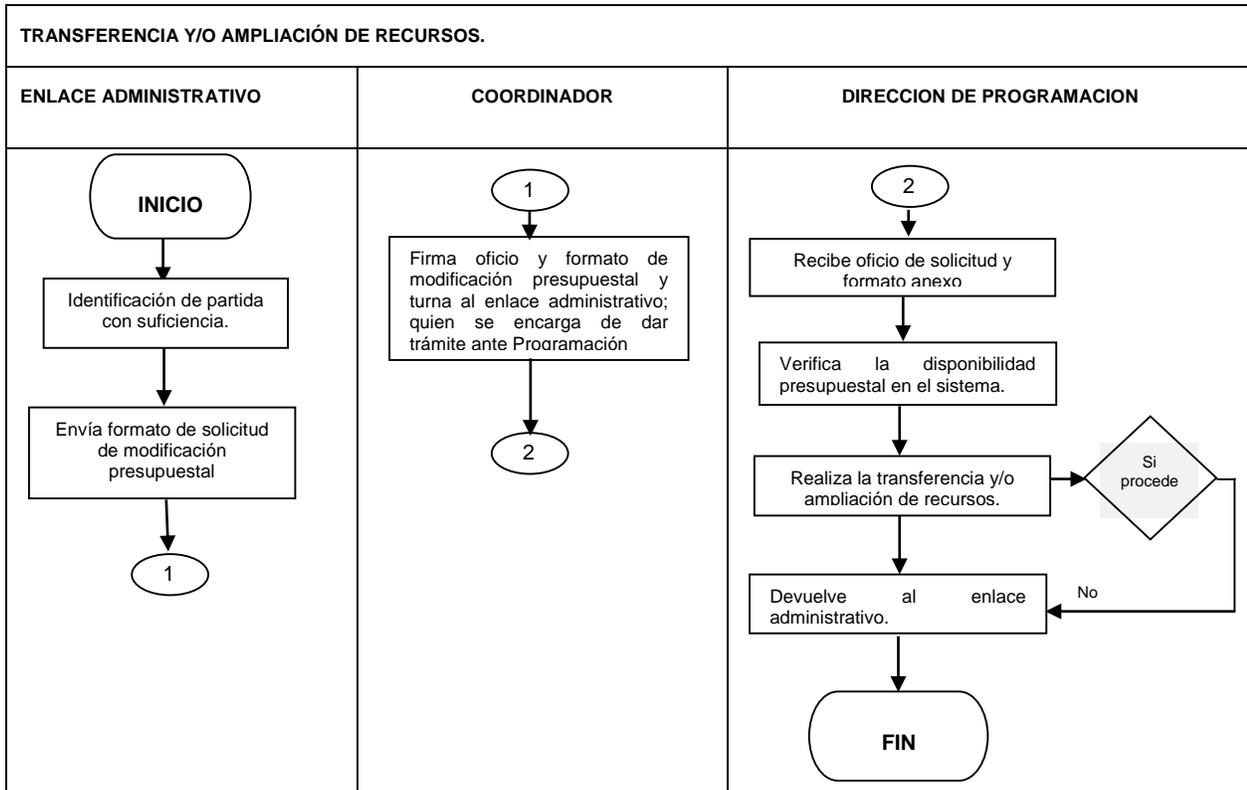
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- No deberán efectuar transferencia de recursos (reducciones) de proyectos de gastos de inversión a partidas del gasto corriente y de erogación extraordinarias.
- La partida sujeta a reducción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

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL  
PROCEDIMIENTO**

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud.	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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 <b>Si procede</b> Recibe notificación de autorización de transferencia y/o ampliación de recursos por la Dirección De Programación. <b>No Procede</b> Recibe notificación de improcedencia	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





FORMATO

H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO MODIFICACION PRESUPUESTAL FUENTE: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO		CENTRO				H. DE ADECUACION		FECHA DD/MM/AA		HOJA	
								1		2	
DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES, SIRVASE REGISTRAR LAS ADECUACIONES AL PRESUPUESTO											
FRONTE	CLAVE PROGRAMA	PROYECTO O ACTIVIDAD	PARTIDA	DESCRIPCION	H	UNIDAD DE MEDIDA	PRESUPUESTO INICIAL	AMPLIACIONES	REDUCCIONES	PRESUPUESTO MODIFICADO	JUSTIFICACION
					H						
					\$						
3	4	5	6	7	H		8	9	10	11	12
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
					H						
					\$						
<b>SUMAS IGUALES</b>											
T. E.		13									
Nombre y Firma del Director de la Unidad Generadora del Gasto											
FORMA Y		14									
Nombre y Firma del Director de Programación											

**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.

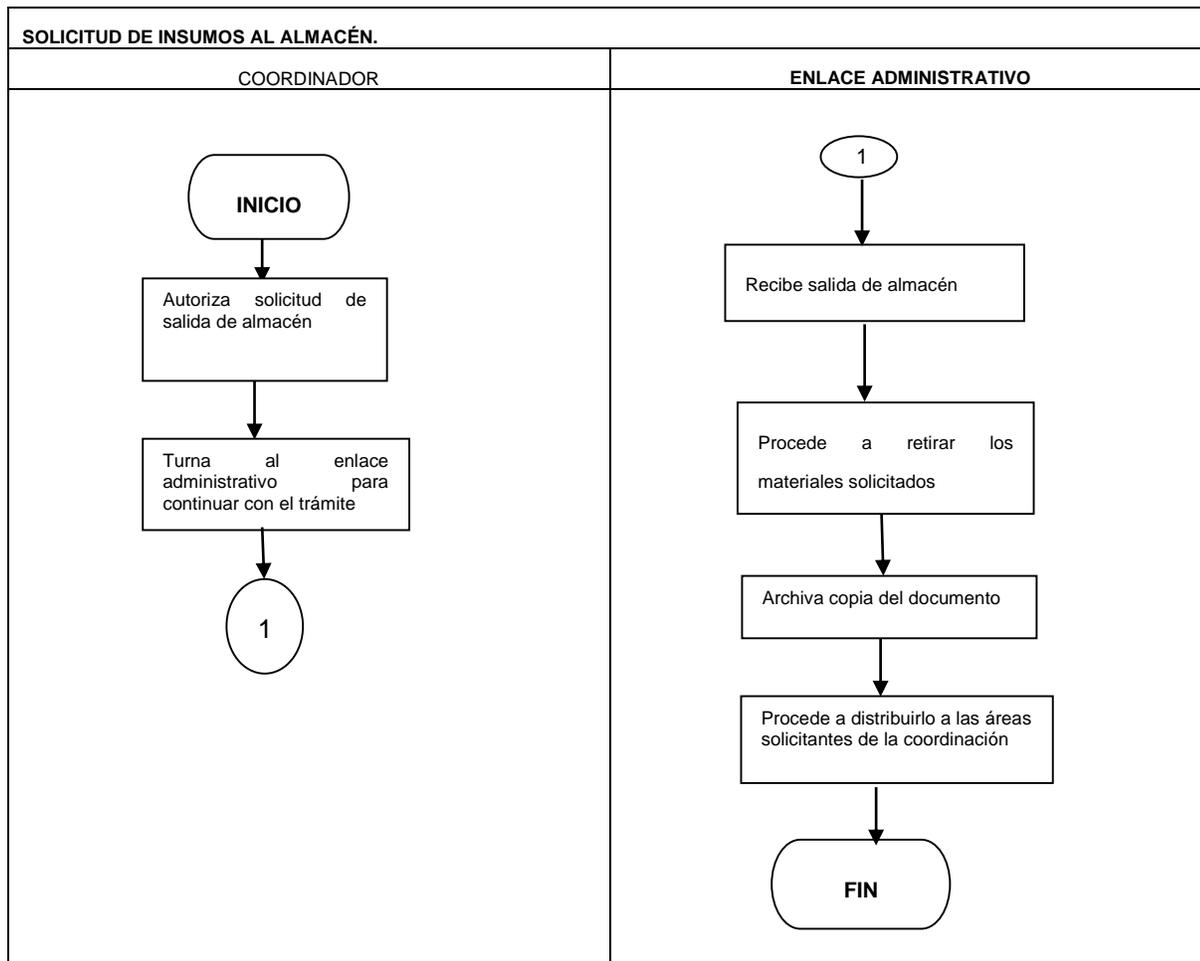
**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL  
PROCEDIMIENTO**

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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
		<b>Termina Procedimiento</b>	



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**

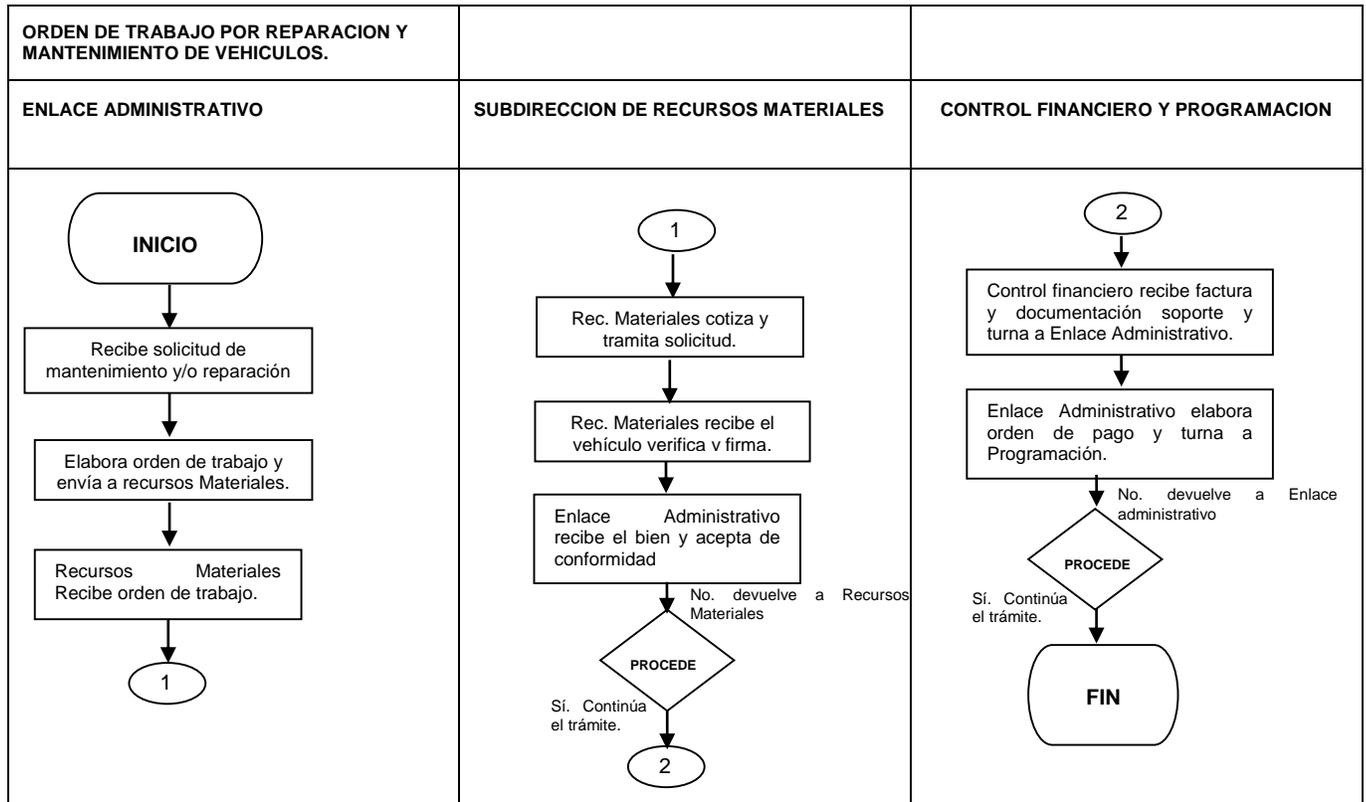
- Normatividad de la Contraloría Municipal en concordancia con la emitida por el órgano superior de fiscalización.
- Lineamientos de la Dirección De Administración.

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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. <b>Si procede</b> Continúa el tramite <b>No procede</b> Devuelve a la Coordinación De Salud para solventar observaciones.	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
PROCEDIMIENTO





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



FORMATO



H. Ayuntamiento Constitucional de Centro Dirección de Administración

ORDEN DE TRABAJO		Orden de Trabajo No.	Fecha
Unidad Admiva: Modalidad: Programa: Partida: Actividad Inst: Finalidad: Función: Subfunción: Subsubfunción: Prog. Presupuest.: Objeto del Gasto: Localidad:		<b>Datos del Vehículo</b>  Tipo: Marca: Modelo: Placas: Color:	
<b>Area:</b> <input type="radio"/> Mecanica <input type="radio"/> Electromecánica <input type="radio"/> Hojalatería y pintura <input type="radio"/> Alineación y Blanco <input type="radio"/> Soldadura <input type="radio"/> Otras			
<b>Observaciones</b>			
<b>Prestador de Servicio</b>			
<b>Usuario</b>			
<b>Autorizó</b>  _____  Director de Administración		<b>Aceptó</b>  _____	

## **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**

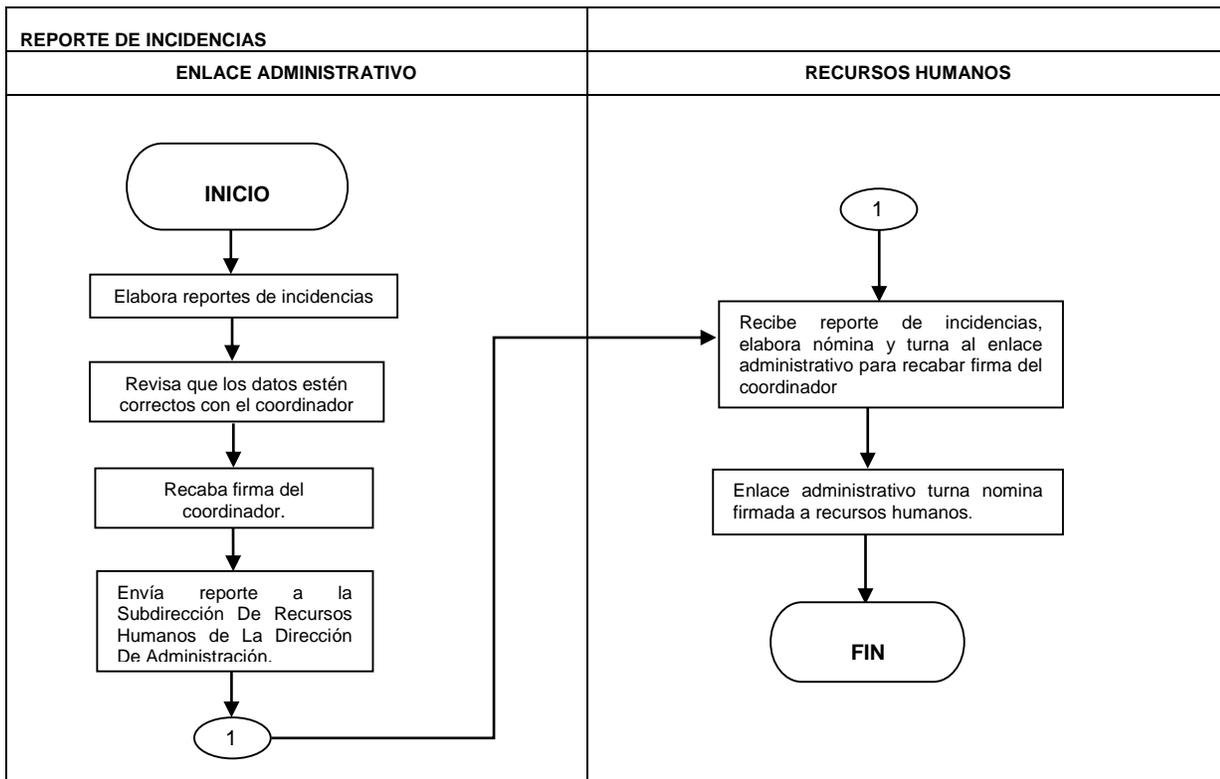
- Elaborar los reportes de incidencias por faltas, días económicos, días adicionales, vacaciones, incapacidad etc., y turna oportunamente a la Dirección de Administración.
- Los reportes que se turnen corresponderán a la quincena anterior.
- Las licencias y constancias médicas deberán presentarse oportunamente 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

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





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



**FORMATO**



OFICIO: C S /xxxxx/ 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.

**A T E N T A M E N T E**

**DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS  
COORDINADOR DE SALUD**

C.C.S. - SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO  
C.O.P. - C.P. JEFE DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS - PARA SU CONOCIMIENTO  
C.O.P. ARCHIVO MINUTARIO

**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**

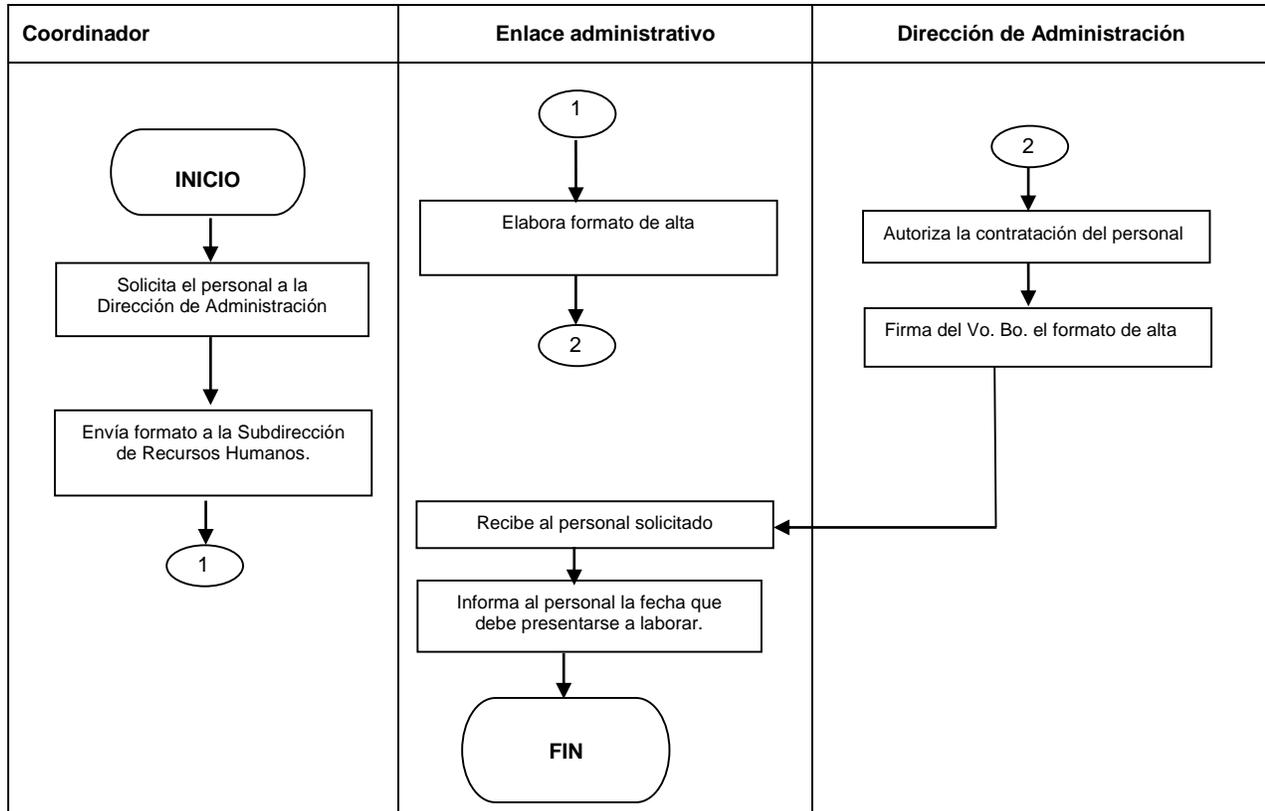
- Justificar la alta o baja del personal.
- Todo movimiento de personal se hará con autorización del Coordinador
- Archivar copia del trámite que se realice de cada trabajador.
- Los movimientos de personal se rigen de acuerdo a las condiciones generales de trabajo del Ayuntamiento.

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL  
PROCEDIMIENTO**

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo.
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**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

Table with columns for personal data: NOMBRE PATRIAL, NOMBRE DE MADRE, NOMBRE, and NOMBRE DE PATERNA. Includes fields for CURP, SEXO, EDAD, and TIPO DE MOVIMIENTO.

Table with 2 columns: Field name (CONDICIÓN LABORAL, TIPO DE MOVIMIENTO, MOTIVO DEL MOVIMIENTO, FECHA DEL MOVIMIENTO) and empty input field.



Table with columns for organizational details: ASIGNACIÓN, PROYECTO, CATEGORÍA, and CARGO/PUESTO. Includes fields for UNIDAD DE ASIGNACIÓN ANTERIOR, PROYECTO ANTERIOR, CATEGORÍA ANTERIOR, OBSERVACIONES, and JUSTIFICACIÓN.

Table with 7 columns: SISTEMA DE APLICACIÓN, CLAVE DE CONTROL, NOMBRE DE EMPLEADO, NOMBRE DE PLAZA, ESPECIALIDAD/DEPARTAMENTO/ASIGNACIÓN DE INGRESO, DEPARTAMENTO DEPTO. DE PERSONAL, and NOMBRE LABORAL/UNIDAD RECURSOS HUMANOS.

SERVIDOR PÚBLICO

TITULAR DE LA UNIDAD QUE LO SOLICITA

AUTORIZA

EN: [Signature line]

DE: [Signature line]
COORDINADOR DE SERVICIO MUNICIPAL

EN: [Signature line]
EN: [Signature line]
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN



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



**FORMATO**



H. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL DE

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

FORMATO UNICO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL

CONDICION LABORAL	ALTA S	BAJA S	LICENCIA S
Base	<u>Nuevo Ingreso</u>	Renuncia	Con Goce de Sueldo
<u>Confianza</u>	Retorno	Convenial Servicio	Sin Goce de Sueldo
Eventual	Cambio de Adscripción	Abandono de Empleo	Enfermedad
Interino	Promoción Reanudación Recategorización Interinato Reinstalación	Defunción Jubilación	Revocación Gruidez

## **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

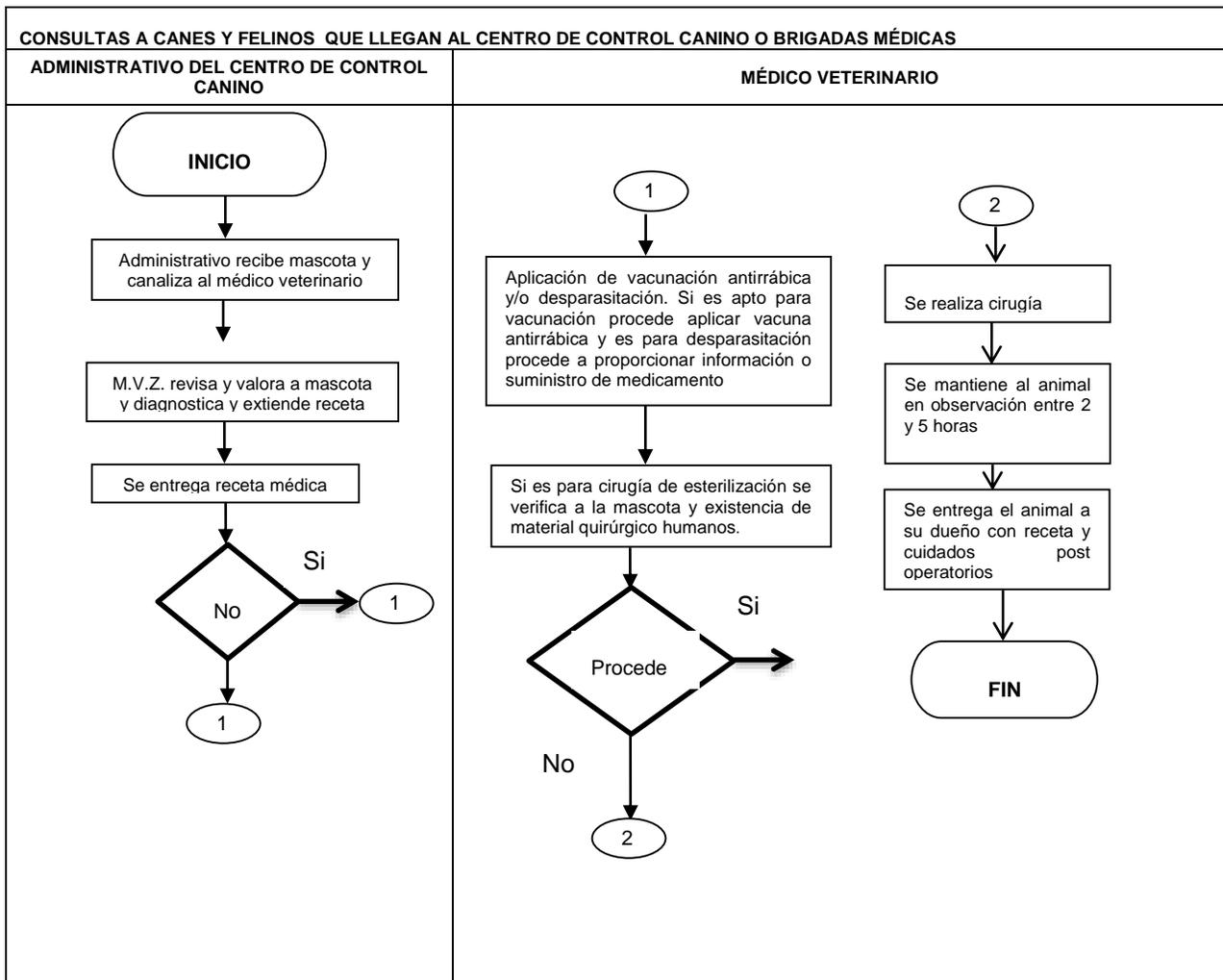
- Artículo 134 fracción V, artículo 409 410 de la Ley General de Salud
- Artículo 355 a 357 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco
- Artículo 1 y 2 de la Ley Federal de Sanidad Animal
- Artículo 355 Prevención y control de la Rabia NOM-011-SSA2-1993
- Prevención y control de la Rabia NOM-001-SSA2-1993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

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





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



**FORMATO  
CONSULTA A CANES Y FELINOS**

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

RESPONSABLE \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

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

## LLENADO DE HOJA DIARIA DE CONSULTA A CANES Y FELINOS

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



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



### FORMATO

### CONSULTA DE CANES Y FELINOS

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

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

TELEFONO: 310-32-32 EXT. 2039

 OficialCentro  @OficialCentro

 **CENTRO DE CONTROL CANINO**

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

 **8**

VACUNA	21 DIAS	FECHA DE APLICACION	15 DIAS DE VACUNACION	FECHA DE APLICACION	2 MESES DE VACUNACION	FECHA DE APLICACION	ANUAL DE VACUNACION
TRIPLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Desparasitación:  9

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Constantes Fisiológicas:

	PERRO	GATO
TEMPERATURA RECTAL	39-39°C	38-38.5°C
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Cachorros de 110-120 por min. Adulto de 20-100 por min.	10 - 20 por min.
PULSO	Cachorros de 110-120 por min. Adulto de 70-100 por min.	100-140 por minuto
CELOS	Dos veces por año con duración de 21 días.	Frecuencia y duración varías veces por año durante 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

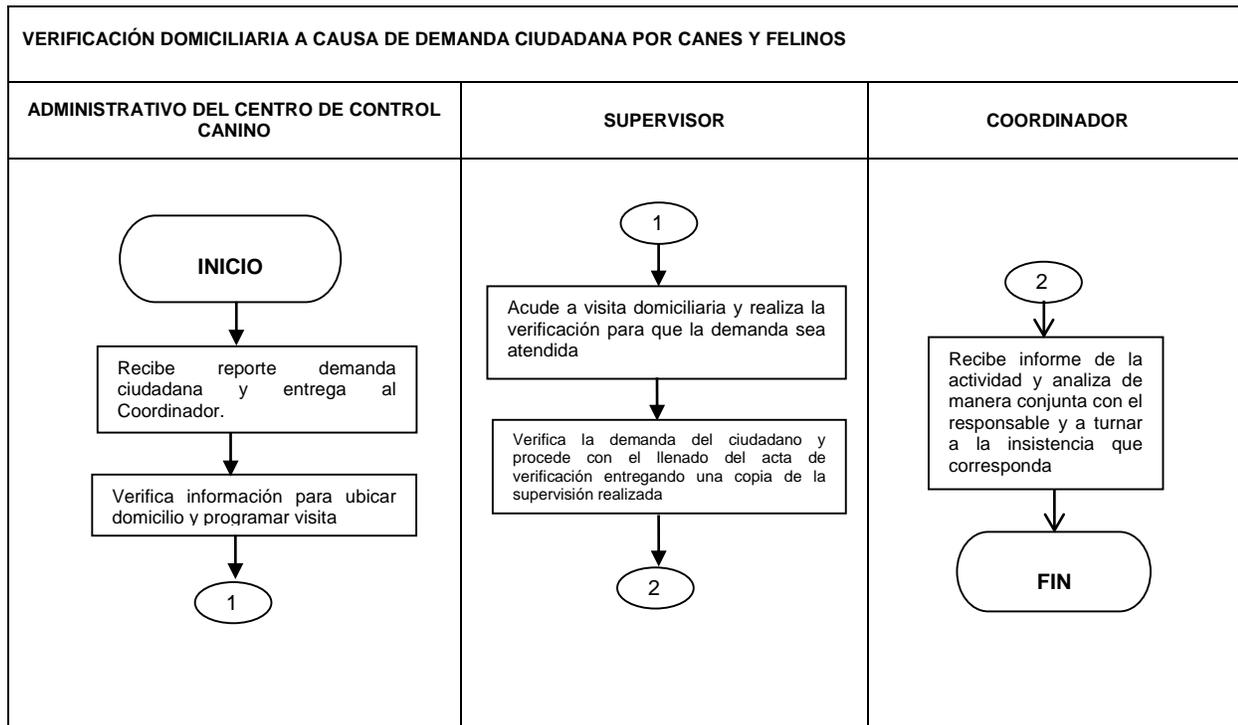
- Artículo 134 Fracción V, 398, 399, 400, 401 y 409, de la Ley General de Salud.
- Es obligación de todo dueño limpiar los desechos orgánicos, dentro y fuera de su propiedad. Artículo 33 y 40 del Reglamento del Control Canino.
- Si un canino o felino causa daños a propiedad ajena, el dueño será el responsable.

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud Municipal.	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





**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**

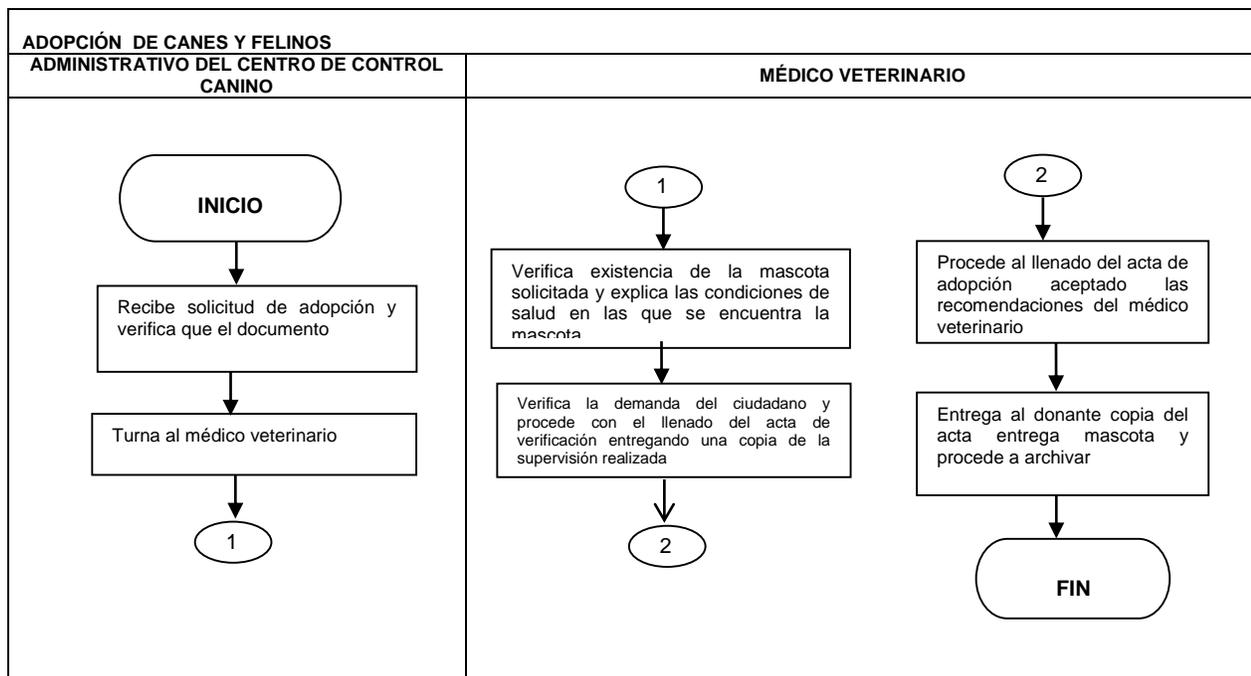
- Ley General de Salud
- Artículo 357 fracción III de la Ley Estatal de Salud
- Artículo 13 del Reglamento del Centro Control Canino

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL  
PROCEDIMIENTO**

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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	
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





FORMATO





**COORDINACIÓN DE SALUD**

**CENTRO DE CONTROL CANINO**  
**ACTA DE DONACION DE CANES Y FELINOS**

**DATOS DEL ADOPTANTE**

FOLIO			
1			
FECHA			
DIA	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 ellas \_\_\_\_\_ 11

**DATOS DE LA MASCOTA ADOPTADA**

Nombre \_\_\_\_\_ 12

Raza \_\_\_\_\_ 13      Peso \_\_\_\_\_ 14

Color \_\_\_\_\_ 15      Marcas \_\_\_\_\_ 16

Sexo \_\_\_\_\_ 17      Vecunas  si  No      Esterilización Si  No      Desparasitado Si  No

Estado Clínico \_\_\_\_\_ 18      Indicciones para las mascote \_\_\_\_\_ 19

## **FORMATO DE ADOPCIÓN DEL CENTRO DE CONTROL CANINO**

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

## **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

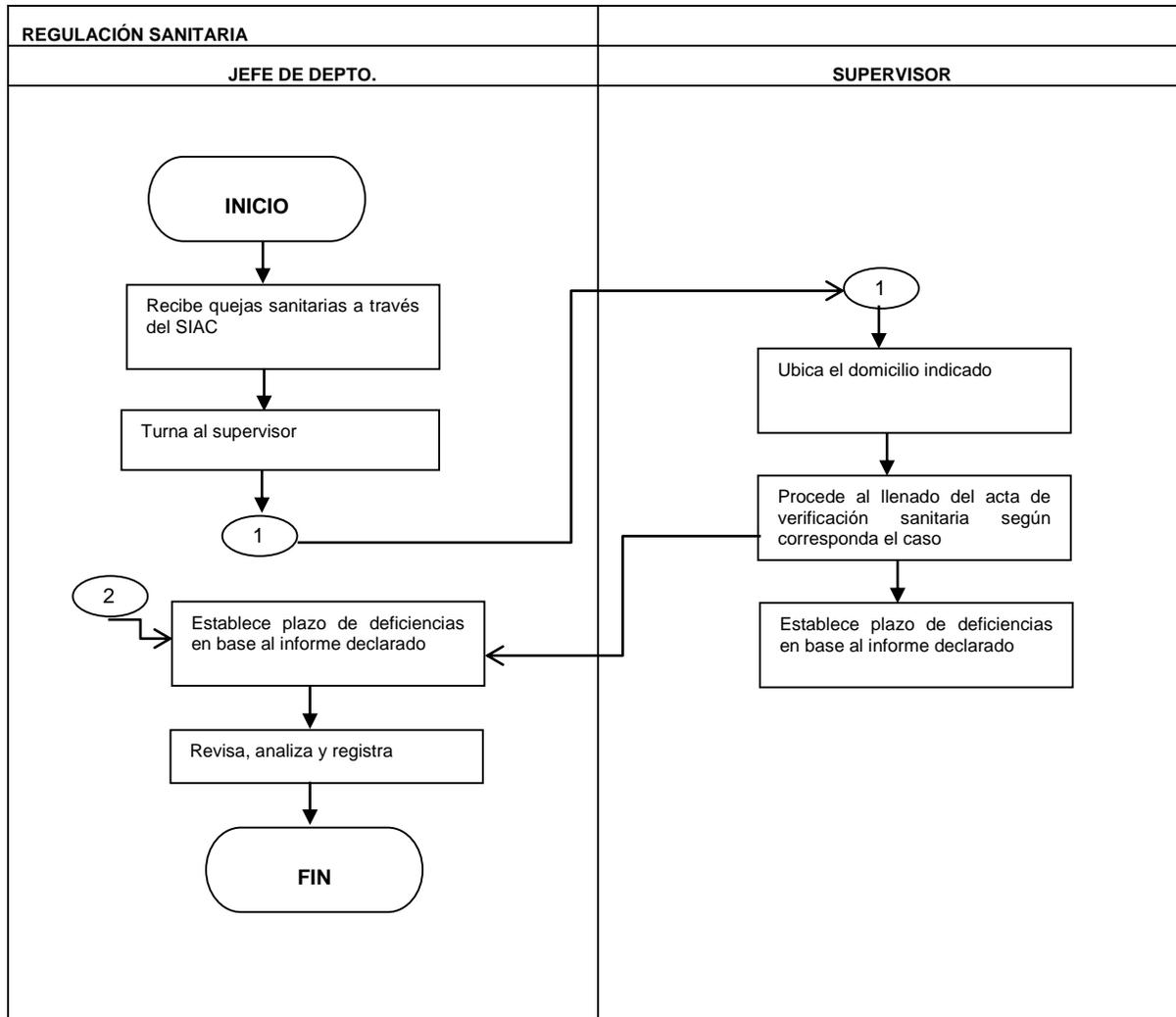


**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL  
PROCEDIMIENTO**

<b>UNIDAD ADMINISTRATIVA:</b> Coordinación de Salud	<b>UNIDAD RESPONSABLE:</b> Enlace Administrativo
<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> 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
		<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL  
 PROCEDIMIENTO**





### FORMATO

<p><b>Coordinación de Salud</b></p> <p><b>ACTA DE VERIFICACION PARA ZAHURDAS, BASUREROS Y LUGARES INSALUBRES</b></p> <p>En la Ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco, siendo las <u>1</u> del día <u>2</u> del mes de <u>3</u> del 2016, el (los) suscritos (CC) verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (es) <u>5</u> con vigencia al <u>6</u> expedida por el H. Ayuntamiento, misma que se pone a vista del interesado, nos presentamos en el Establecimiento denominado <u>7</u> con domicilio en la calle <u>8</u> N° <u>9</u> colonia <u>10</u> teléfono <u>11</u> atendido por <u>12</u> quien se identifica con <u>13</u> en su carácter de <u>14</u> 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. 398, 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:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Coordinación de Salud</b></p> <p><b>OBSERVACIONES</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><u>15</u></p> <p>_____</p>
<p><b>Coordinación de Salud</b></p> <p><b>ATENTAMENTE</b></p> <p style="text-align: center;"><u>16</u></p> <p>_____</p> <p>DR. ELIN GONZALEZ BAIOS COORDINADOR DE SALUD</p>	
<p>ENTREGADO</p> <p>_____</p> <p>VERIFICADOR SANITARIO</p> <p>ENTREGADO</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p>	<p>ENTREGADO</p> <p>_____</p> <p>VERIFICADOR SANITARIO</p> <p>ENTREGADO</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p>

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

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



FORMATO



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

En la Ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco, siendo las [ ] del día [ ] del mes de [ ] del año [ ] 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 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 [ ] Policia y Gobierno: [ ]



REQUISITOS INDISPENSABLES DE HIGIENE EN ESTABLECIMIENTOS 21

Table with 3 columns: CARACTERISTICAS DEL ESTABLECIMIENTO, SI, NO. Rows include: CUENTA CON UNA PERSONA QUE DESPACHA Y OTRA QUE COBRE, USAN FILIPINA 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 NINGUN MOTIVO EN LA VIA PUBLICA, SUPERVISAR QUE LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS SEAN PREPARADOS CON AGUA PURIFICADA, DEBIENDO SER COMPROBABLE SU PROCEDENCIA MEDIANTE FACTURA O RECIBO, PARA EL ENFRIAMIENTO DE LAS AGUAS SE 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 MANTENER LIMPIOS SUS ALREDEDORES, REMITIR A L JUEZ CALIFICADOR, LAS ACTAS CIRCUNSTANCIADAS EN LAS QUE INCURRAN, SUPERVISAR QUE LAS AGUAS FRESCAS SE SIRVAN EN VASO DESECHABLES, CUENTA CON SANITARIOS QUE REUNEN LAS CONDICIONES HIGIENICAS ADECUADAS, EL AGUA RESULTANTE DEL ASEO DE SUS BIENES LLEGA A LA VIA PUBLICA O CAUSA PERJUICIOS A TERCEROS.



ATENTAMENTE

17

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS COORDINADOR DE SALUD

ENTREGADO 18 VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO 19 VERIFICADOR SANITARIO

ENTREGADO 20 NOMBRE Y FIRMA

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

- 1) Hora de inicio de la verificación.
- 2) Día de inicio de la diligencia.
- 3) Mes correspondiente al día del llenado del formato.
- 4) Año al que corresponde la fecha del llenado del formato.
- 5) Nombre o nombres de los verificadores que intervienen durante la verificación.
- 6) Credencial de identificación.
- 7) Vigencia de la credencial de identificación.
- 8) Nombre del establecimiento que se está verificando.
- 9) Domicilio del establecimiento.
- 10) Número del local.
- 11) Anotar la localidad que le corresponde a dicho establecimiento.
- 12) Número telefónico del establecimiento o en su caso el de quien 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



FORMATO

No. DE FOLIO

**ACTA DE VERIFICACION DE MATANZAS RURALES**

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las  de  del Mes de  al  (196)

Supeditos CC

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

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA MATANZAS RURALES	CUMPLE	
	SI	NO
LUBRICA 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 BANCHOS DE ACERO INOXIDABLE PARA EL COLGADO DE CARNE		
CUENTA CON LAVAMANDOS		
CUENTA CON TRONCO PICADOR		
CUENTA CON MESA DE CEMENTO PULIDO O VITRINA PARA ENHIBICION 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 FUMIGACION TRISMETRAL		
PINTURA DEL LOCAL SEMESTRALMENTE		
CUENTA CON UN LUGAR CERRADO PARA LA RECOLECTA DE BASURA Y DESHECHOS PARA POSTERIORMENTE SER INCINERADOS COMO INDICA EL REGLAMENTO DE RASTROS		

**ATENTAMENTE**

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.



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



FORMATO

H. Ayuntamiento 2016-2018

Coordinación de Salud

No. DE FOLIO:

**ACTA DE VERIFICACION DE CARNICERIAS URBANAS**

En la Ciudad de Villahermosa, Capital del Estado de Tabasco, siendo las  horas de  del mes de  el (de)

Quintos CC:

Verificadora autoriza a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (de)  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:  quien se identifica con  en su carácter de  quien se le hace saber que con fundamento 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

Act

REQUISITOS INDISPENSABLE PARA CARNICERIAS URBANAS	CUMPLE	
	SI	NO
CONFORME CON LA REGULACION DEL H. AYUNTAMIENTO		
NOVA SI URBAN A UNA COLONIA NO ENTRA UN 100 MET. DE ESCUELAS, TEMPLOS, PARQUES, PAVILIONES, CENTROS DE TRABAJO.		
CUENTA CON PESTE Y LUGAR DONDE REALIZA EL SACRIFICIO Y DESPEQUE		
CUENTA CON TUBO Y DABOCHOS DE ACERO INOXIDABLE PARA EL COLGADO DE CARNE		
CUENTA CON LAUBANOS		
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 POZA 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 EMPANEA EN SU NEGOCIO, PARA AVALAR SU PROCEDENCIA		
CUENTA CON UN PROGRAMA DE FUMIGACION TRIMETRAL		
PINTURA DEL LOCAL SEMESTRALMENTE		
CUENTA CON UN LUGAR CERRADO PARA LA RECOLETA DE BASURA Y DESECHOS PARA PODEROSAMENTE SER INCINERADOS COMO INDICA EL REGLAMENTO DE BASTOS		

Coordinación de Salud

**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

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 cortar 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.



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



FORMATO

 **Coordinación de Salud**

**ACTA DE VERIFICACIÓN PARA AGUAS NEGRAS Y PLUVIALES**

En la ciudad de Villahermosa, capital del estado de Tabasco, siendo las \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ al (los) suscritos con \_\_\_\_\_

verificadores adscritos a la Coordinación de Salud de Centro, con credencial de identificación (s) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ atendidos por \_\_\_\_\_ quien se identifica con \_\_\_\_\_ en su carácter de \_\_\_\_\_ a quien se le hace saber que con fundamento en los Capítulos II, ART. 184 inciso C de la Ley del Estado de México y Gobierno, reglamento para regular las actividades realizadas para el funcionamiento de comercios públicos:

\_\_\_\_\_

 **Coordinación de Salud**

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Coordinación de Salud**

**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.



**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



FORMATO



**ACTA DE VERIFICACIÓN**

Folio No. CU. / 2015  
 Orden de Verificación No. CU. / 2015  
 Villahermosa, Tabasco, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015

En el MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, SERIDO LAS \_\_\_\_ HORAS DEL DÍA DE \_\_\_\_ DEL AÑO DOS MIL TRECE, EL SUCRITO SUPERIOR, ASISTENTE A LA COORDINACIÓN DE SALUD DEL H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, EN CUMPLIMIENTO DE LA \_\_\_\_ DE VISITA, NÚMERO CU. / 2013 DE FECHA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DEL AÑO 2013, EXPEDIDA POR EL COORDINADOR DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO, HE CONSTITUIDO EN EL DOMICILIO UBICADO EN: \_\_\_\_\_ DONDE SE ENCUENTRA EL ESTABLECIMIENTO CON \_\_\_\_ GRADO DE PROXIMIDAD DE LA DENOMINACIÓN \_\_\_\_ ALBERGO DE LICENCIA Y/O FOMENTO DE SANIDAD Y/O ALBERGIA MUNICIPAL, \_\_\_\_ Y SEÑALES DE CARACTERÍSTICAS ADICIONALES QUE EN EL Domicilio BUSCADO Y EL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE LA ORDEN DE VISITA, PROCESO A SEGUIR LA RESERVA DEL INTERESADO, REPRESENTANTE LEGAL, REPRESENTANTE ADMINISTRATIVO, ENCARGADO U OCUANTE DEL ESTABLECIMIENTO, MERE SEÑALADO, ATENDIENDO EL REQUERIMIENTO E. (A) C. \_\_\_\_ A QUIEN SE SOLICITA SE IDENTIFIQUE CON DOCUMENTACIÓN OFICIAL, POR LO QUE EN ESTE ACTO SE IDENTIFICA CON: \_\_\_\_\_

SEÑALANDO QUE \_\_\_\_ ES COMO DOMICILIO PARTICULAR EN \_\_\_\_ ANTE QUIEN HE IDENTIFICADO CON LA CRONOLOGIA OFICIAL HEHEHE \_\_\_\_ EXPEDIDA POR EL COORDINADOR DE SALUD, DOCUMENTO QUE CONTIENE FOTOGRAFÍA DEL SUJETO CON VIGENCIA DEL AÑO 2013, LA CUAL FOMDO A LA VISTA DEL VISITADO, A QUIEN LE HAGO REFENCIA EN ESTE ACTO DE LA ORDEN DE VISITA ANTES DICHTA, LA CUAL TIENE POR OBJETO Y ALCANZE LO SEÑALADO EN FECHA \_\_\_\_ OMBEL MANDATANDO EL VISITADO QUE \_\_\_\_

POR LO QUE CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 16, 18 Y 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 44 Y 48 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TABASCO, E APARTADO B, INCISO VII, 15.

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

FRACCIÓN II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, EN FRACCIONES I Y II, ART. 71 Y 72, INCISO I) DE LA LEY ORGÁNICA DE LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE TABASCO, SE APARTADO B, FRACCIÓN I, INCISO B) DEL REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE CENTRO, PROCESO A INICIAR LA SOLICITUD, APERCIBIÉNDOLO QUE DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 407 DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, EN CASO DE QUE INTERFERA O SE OBSTACIA AL EJERCICIO DE LA VERIFICACIÓN SE SANCIONARÁ CON ARRESTO HASTA POR TREINTA Y DOS HORAS, POR LO QUE REQUIERO AL VISITADO DESIGNE DOS TESTIGOS, PARA QUE ASISTAN A LA HECHA APERCIBIÉNDOLO QUE DE NO HACERLO, SERÁN DESIGNADOS POR EL PERSONAL ACTUANTE, COMO LO DISPONEN EL ARTÍCULO 396 FRACCIÓN II, DE LA LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO, POR LO QUE EL SUPERVISOR DESIGN TESTIGOS, FUNCIENDO COMO TALS LOS CC. \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_ QUE EN LA DESIGNACIÓN Y SE IDENTIFICAN CON \_\_\_\_\_ RESPECTIVAMENTE.

TODA VEZ QUE EL VISITADO DESIGN TESTIGOS, PROCEDA LA DESIGNACIÓN POR PARTE DE ESTA AUTORIDAD, POR LO QUE DESIGNA A \_\_\_\_\_ QUE EN LA DESIGNACIÓN Y SE IDENTIFICAN CON \_\_\_\_\_ A CONTINUACIÓN PROCEDA A REALIZAR LA VERIFICACIÓN EN LOS TERMINOS QUE HE HE SIDO SEÑALADO POR EL COORDINADOR DE SALUD DEL H. AYUNTAMIENTO DE CENTRO Y EN CUMPLIMIENTO CON LOS OBLIGACIONES LEGALES APLICABLES A ESTE CASO, PROCESO EN ESTE MOMENTO A LEVANTAR EL ACTA CORRESPONDIENTE, POR LO QUE EN ESTE ACTO SE HACEN CONSTAR LOS SIGUIENTES HECHOS:

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



\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ACTO SEGUIDO SE PROCEDA 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 \_\_\_\_ DÍA DEL MES DE \_\_\_\_ DEL AÑO XXXX, HACIÉNDOSE ENTREGA AL VISITADO DEL ACTA, QUIEN EN SU CASO, SE OBLIGA A HACER ENTREGA DE LA MISMA AL PROPIETARIO O ENCARGADO DEL ESTABLECIMIENTO ARRIBA MENCIONADO O A SU REPRESENTANTE LEGAL.

VERIFICADOR: \_\_\_\_\_ VISITADO: \_\_\_\_\_  
 TESTIGO: \_\_\_\_\_ TESTIGO: \_\_\_\_\_

## **LLENADO DE ACTA DE VERIFICACIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA.**

- 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 OFICIO DE COMISIÓN



Coordinación de Salud

1

Oficio No. CS/XXXXXX/XXXX

2

Villahermosa, Tabasco; a \_\_\_ de \_\_\_ de XXXX

3

C. \_\_\_\_\_ PRESENTE.

En ejercicio de las facultades que me confieren los artículos los artículos 14, 16 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 64 y 68 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 5 Apartado B, Inciso VII; 15, fracción II, 388, 391, 393, 394, 395, 396, 427 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco; 29 fracciones I y II, 47, 69, 71 y 126 Inciso j) de la Ley Orgánica de los Municipios del Estado de Tabasco; 28 Apartado B, fracción I, Inciso b) del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Centro; se le informa que deberá constituirse en el domicilio ubicado en \_\_\_\_\_; 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 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.

ATENTAMENTE

7

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS COORDINADOR DE SALUD

**LLENADO DE FORMATO DE OFICIO DE COMISIÓN**

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



FORMATO ORDEN DE VISITA



Coordinación de Salud

ORDEN DE VERIFICACIÓN

1

Orden de Verificación No. CS/30000X/0000X

Villahermosa, Tabasco; a \_\_\_ de \_\_\_ 2 de 2000X

3

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

El H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Centro, Tabasco, por Conducta de la Coordinación de Salud, con el fin de practicar VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA al Establecimiento arriba señalado; con fundamento en lo dispuesto por los artículos 14, 18 y 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 84 y 85 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco; 5 Apartado 5, inciso VII; 13, fracción II, 383, 391, 393, 394, 395, 396, 427 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco; 29 fracciones I y II, 47, 82, 71 y 128 inciso j) de la Orgánica de los Municipios del Estado de Tabasco; 28 Apartado 5, fracción I, inciso b) del Reglamento 4 Administración Pública del Municipio de Centro; se expide la presente orden de VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA para lo cual se comisiona al VERIFICADOR:

5

NOMBRE DEL VERIFICADOR

Además a la Coordinación de Salud H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Centro, Tabasco; quien deberá identificarse con la Credencial que lo acredite como Servidor Público, expedida por el ayuntamiento, para que se constituya en el lugar que ocupe el establecimiento arriba señalado, A FIN DE ACERCA CONSTAR DESCRIPTIVAMENTE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA DILIGENCIA, LAS DEFICIENCIAS O ANOMALÍAS SANITARIAS OBSERVADAS, EL NÚMERO Y TIPO DE MUESTRAS TOMADAS, O EN SU CASO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE SE EJECUTEN; así como las Comisiones o infracciones a las obligaciones establecidas por la Ley de Salud del Estado de Tabasco y el Bandero de Policía y Gobierno del Municipio de Centro; debiendo levantar este parte constatación de los hechos que ocurran y de las condiciones sanitarias específicas del establecimiento referido. La parte constatación se llevará a efecto con el propietario, representante legal, responsable, administrador, 7 jefe y ocupante del establecimiento, debiendo designar a dos Testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita; en cuya omisión serán designados por el servidor público que practica la verificación, haciendo constar en el acta, el nombre, identificación, domicilio y firma de los testigos. Una vez llevada 8 a cabo la VERIFICACIÓN se hará entrega de la presente orden de visita a la persona con quien se practicó la diligencia, advirtiéndole el vaticado 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.

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

A T E N T A M E N T E

9

DR. ELIN GONZALEZ BAÑOS
COORDINADOR DE SALUD

## 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