



## ÍNDICE

|  | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>   | 4             |
| <b>II. OBJETIVO, ALCANCE Y MARCO JURÍDICO</b>                                    | 5             |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS</b>  |               |
| 1. Proceso para la llevar a cabo el Programa “Juventud Saludable”                | 7             |
| 2. Proceso para llevar a cabo el Programa de Vacunación en Brigadas              | 9             |
| 3. Proceso para las Semanas Nacionales de Vacunación                             | 11            |
| 4. Proceso para el Estudio Epidemiológico del Caso                               | 13            |
| 5. Proceso para la Prevención de las Enfermedades Diarreicas                     | 15            |
| 6. Proceso para la Prevención Contra la Influenza en Personas de la Tercera Edad | 17            |
| 7. Proceso para el Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades               | 19            |
| 8. Proceso para la Atención de Quejas de Salubridad                              | 21            |
| 9. Proceso para Otorgar el Visto Bueno de Salubridad                             | 24            |
| 10. Proceso para llevar a cabo el Programa “Prevención y Control del Dengue”     | 26            |
| 11. Proceso para la Captura y Donación de Caninos y Felinos                      | 30            |
| 12. Proceso para el Traslado de Perros Agresores                                 | 34            |
| 13. Proceso para la Aplicación de la Vacuna Antirrábica                          | 35            |





|  | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| 14. Proceso de Gestoría de Salud                                 | 36            |
| 15. Proceso para la Integración del Comité de Salud Comunitario  | 37            |
| 16. Proceso de Operación del Comité de Salud Comunitario         | 39            |
| 17. Proceso para la Promoción de Proyectos de Salud              | 41            |
| 18. Proceso para llevar a cabo las Brigadas Médicas              | 43            |
| 19. Proceso para llevar a cabo el Programa “Salud en tu Escuela” | 45            |
| <br>   |               |
| <b>IV. ANEXOS</b>  |               |
| 1. Registro de Asistencia  | 47            |
| Instructivo de Llenado   | 48            |
| 2. Registro de Vacunación  | 49            |
| Instructivo de Llenado   | 50            |
| 3. Prevención de Enfermedades Diarreicas                         | 51            |
| Instructivo de Llenado   | 52            |
| 4. Formato de Quejas   | 53            |
| Instructivo de Llenado   | 54            |
| 5. Visto Bueno de Salud (Manejadores de Alimentos)               | 55            |
| Instructivo de Llenado   | 56            |
| 6. Oficio  | 57            |
| Instructivo de Llenado   | 58            |





|   | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| 7. Visita Domiciliaria  | 59            |
| Instructivo de Llenado  | 60            |
| 8. Constancia de Ingresos del Centro Antirrábico              | 61            |
| Instructivo de Llenado  | 62            |
| 9. Formato de Gestoría  | 63            |
| Instructivo de Llenado  | 64            |
| 10. Constancia de Integración del Comité de Salud Comunitario | 65            |
| Instructivo de Llenado  | 66            |
| 11. Tarjeta de Salud en tu Escuela                            | 67            |
| Instructivo de Llenado  | 68            |





## I. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Contraloría en uso de las facultades y obligaciones que le confiere los Artículos 104, fracción IV, de la Ley de Gobierno Municipal del Estado de Nuevo León y 21, fracción IV, del Reglamento de Gobierno Municipal del Ayuntamiento de Guadalupe, Nuevo León, expide el presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal de la Dirección de Salud Pública.

Este Manual tiene como objetivo fundamental la definición y documentación de los Procesos que sustentan la operación de la Dirección de Salud Pública, las Políticas que norman a los mismos, así como también, señalar los puestos involucrados en la ejecución de las diversas funciones administrativas, a fin de establecer el control y funcionamiento más eficiente y transparente de la Unidad Administrativa en cuestión.

Un Proceso Administrativo es un instrumento básico de coordinación mediante el cual se ordenan y enlazan las diversas actividades de trabajo, de acuerdo a una secuencia de las operaciones realizadas por las distintas personas que en él intervienen. Así mismo, los Procesos se orientan hacia objetivos específicos, que se rigen por Políticas o lineamientos que además, describen la manera de lograr los objetivos establecidos.

Las Políticas son lineamientos que norman las operaciones que conforman los Procesos Administrativos para que éstos se lleven a cabo de acuerdo a criterios y controles establecidos, así como para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades.

Toda modificación que se pretenda realizar al contenido del presente Manual, deberá notificarse por escrito a la Secretaría de Contraloría para su validación, documentación y autorización correspondiente y bajo ningún concepto, salvo la autorización expresa del Secretario de Desarrollo Social y/o del Director de Salud Pública, este Manual podrá ser facilitado a personas ajenas a ésta Dirección.





## II. OBJETIVO, ALCANCE Y MARCO JURÍDICO

### OBJETIVO

El presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal tiene como objetivo fundamental la definición y documentación de los Procesos que sustentan la operación de la Dirección de Salud Pública y las Políticas que norman a los mismos, así como también, señalar al personal involucrado en la ejecución de diversas funciones administrativas a fin de establecer el control y funcionamiento más eficiente y transparente de la Unidad Administrativa en cuestión.

Así mismo, tiene como objetivos específicos los siguientes:

- Establecer un mecanismo de control que permita dirigir, supervisar y verificar las actividades que se llevan a cabo en la Dirección de Salud Pública cumpliendo con los principios de oportunidad, transparencia y eficiencia administrativa.
- Proporcionar una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso.
- Proporcionar información que sirve de base para evaluar la eficiencia del personal en el cumplimiento de sus funciones específicas.
- Incorporar a los sistemas y Procesos administrativos, la utilización de herramientas que ayuden a agilizar el flujo de información y de esta manera facilitar la toma de decisiones.

### ALCANCE

Las políticas, procesos, flujos de información, reportes y responsabilidades, descritos en el presente Manual de Procesos de la Administración Pública Municipal de la Dirección de Salud Pública, son aplicables al personal adscrito a esta Dirección y en su caso a otras Dependencias del Municipio, cuando impliquen su interacción, siendo el enlace con éstas el Coordinador Administrativo de cada Dependencia.

### MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información
- Ley Estatal de Salud
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipio de Nuevo León
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León
- Reglamento de Gobierno Municipal del Ayuntamiento de Guadalupe, Nuevo León





**GOBIERNO DE  
CIUDAD GUADALUPE  
NUEVO LEÓN**

SECRETARÍA DE  
CONTRALORÍA  
DIRECCIÓN DE  
NORMATIVIDAD

**Voluntad que  
no se detiene.**

Manual de Procesos de la  
Administración Pública Municipal

Dirección de  
Salud Pública

- Reglamento para la Entrega – Recepción de la Administración Pública de Guadalupe, Nuevo León
- Normas Oficiales Mexicanas (N.O.M)
- Manual de Funciones de la Administración Pública Municipal de la Dirección de Salud Pública
- Plan Municipal de Desarrollo vigente

**DIRECTOR DE  
NORMATIVIDAD**

Entra en Vigor:  
01- Julio -2016

**DIRECTOR DE  
SALUD PÚBLICA**

Modificación:  
00-00-00

**SECRETARIO DE  
DESARROLLO SOCIAL**

Clave de Consulta:  
MPAPMDSP0402

**SECRETARIO DE  
CONTRALORÍA**

Pág. 6





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 1. PROCESO PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA “JUVENTUD SALUDABLE”

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita vía oficio a la Unidad de Servicios Educativos Descentralizados (USEDES) No. 3, el listado de escuelas secundarias, preparatorias o su equivalente, ubicadas en el Municipio de Guadalupe.
2. Selecciona el plantel educativo, se comunica con el Director de la escuela y le informa acerca del Programa “Juventud Saludable” y en forma conjunta programan la fecha de la visita.
3. Informa al Director de Salud Pública el día y la hora señalada para la presentación del Programa.
4. Le turna al Auxiliar los datos del plantel educativo seleccionado y la fecha programada de la visita.

##### AUXILIAR

5. Acude al plantel educativo, supervisa las instalaciones para determinar los recursos didácticos (Infocus, proyector, equipo de cómputo, rotafolios, etc.) que se van a utilizar, así como la cantidad de alumnos a quienes se les va a presentar el Programa.
6. Elabora un reporte especificando la cantidad de alumnos a quienes se les va a presentar el Programa, así como los recursos didácticos e informativos que se requieren para su difusión.
7. Entrega el reporte al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica para su revisión y trámite correspondiente.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

8. Recibe y analiza el reporte, prepara los recursos didácticos a utilizar y solicita al Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH-SIDA (COESIDA) la cantidad de material informativo que se requiere.

##### COESIDA

9. Envía el material informativo solicitado (trípticos, posters, etc.), a la Dirección de Salud Pública para su distribución.

#### *EL DÍA Y LA HORA DE LA PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA*





#### AUXILIAR

10. Prepara el área asignada y coloca el Registro de Asistencia (Anexo 1) en un lugar visible para llevar el control de los alumnos que asistieron a la conferencia.

#### ALUMNO

11. Anota sus datos en el Registro de Asistencia, especificando su nombre completo, edad, y grado de estudios.

#### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

12. Exponen los temas relativos a la prevención de enfermedades y les entrega a los alumnos los trípticos con la información correspondiente.
13. Entrega los posters correspondientes al Director del plantel educativo para su difusión en la Institución.
14. Elabora un reporte (original y copia), especificando la cantidad de alumnos que asistió y le envía la copia al Director de Salud Pública para su conocimiento.
15. Archiva el reporte original para futuras consultas y/o aclaraciones.







### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 2. PROCESO PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN BRIGADAS

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita el material biológico (vacunas) al Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al ISSSTE, para las brigadas que organiza la Dirección de Salud Pública.

##### JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4, IMSS O ISSSTE

2. Prepara la cantidad de vacunas solicitadas y las entrega a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3. Recibe las vacunas y las conserva según las reglas establecidas en el Programa de Vacunación Universal.
4. Prepara las vacunas y los materiales que se requieren para la instalación del puesto en la brigada médica.

##### EL DÍA Y LA HORA DE LA BRIGADA

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

5. Realiza la vacunación a toda persona susceptible de acuerdo al Programa de Vacunación Universal.
6. Envía a las personas con el Auxiliar para que, éste anote los datos de cada una, en el formato de Registro de Vacunación (Anexo 2).

##### AUXILIAR

7. Anota en el Registro de Vacunación, los datos de las personas que acudieron a vacunarse.
8. Realiza un concentrado del total de personas vacunadas de acuerdo a la edad y sexo y le entrega la información al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica, junto con el Registro de Vacunación.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

9. Revisa el concentrado y el Registro de Vacunación y le entrega una copia del concentrado a la Jurisdicción Sanitaria No. 4, para justificar el uso del material biológico y para tener un censo nominal por grupo de edad y sexo.





**COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

10. Deposita el material contaminado y punzo-cortante en los contenedores asignados para tal efecto.
11. Integra un expediente por colonia (concentrado y Registro de Vacunación) y lo archiva para futuras consultas y aclaraciones.
12. Elabora un informe y se lo entrega al Director de Salud Pública para su conocimiento.

**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**

13. Recibe el informe, lo revisa y se lo turna a la Secretaria para su archivo.

**SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

14. Recibe el informe y lo archiva por colonia para futuras consultas y aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 3. PROCESO PARA LAS SEMANAS NACIONALES DE VACUNACIÓN

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita el material biológico (vacunas) al Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria No. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o ISSSTE, para la semana nacional de vacunación.

##### JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4, O EL IMSS

2. Prepara la cantidad de vacunas solicitadas y las entrega a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3. Recibe las vacunas y se coordina con la Secretaría de Salud del Estado y/o el IMSS para establecer un puesto fijo de vacunación.
4. Prepara las vacunas y los materiales que se requieren para la instalación del puesto.
5. Capacita al personal de Cruz Verde y de la Clínica de Prevención del Cáncer en la Mujer para la aplicación de la vacuna.
6. Abastece de vacunas y materiales que se requieren para la aplicación de la misma, así como el Registro de Vacunación (Anexo 2) a las Delegaciones de Cruz Verde y la Clínica de Prevención del Cáncer en la Mujer.

##### *DURANTE LA SEMANA NACIONAL DE VACUNACIÓN*

##### PERSONAL CAPACITADO

7. Aplica la vacuna y completa el esquema de la Cartilla Nacional de Salud de las personas que acuden a vacunarse.
8. Anota en el Registro de Vacunación los datos de las personas vacunadas y se lo entrega al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica.
9. Revisa el Registro de Vacunación y entrega una copia del concentrado a la Jurisdicción Sanitaria No. 4, para justificar el uso del material biológico (vacunas), y para tener un censo nominal por grupo de edad y sexo.





**COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

10. Deposita el material contaminado y punzo cortante en los contenedores asignados para tal efecto.
11. Integra un expediente por colonia (concentrado y Registro de Vacunación) y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.
12. Elabora un informe y lo entrega al Director de Salud Pública para su conocimiento.

**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**

13. Recibe el informe, lo revisa y lo turna a la Secretaria para su archivo.

**SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

14. Recibe el informe y lo archiva por colonia para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 4. PROCESO PARA EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CASO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita los formatos del Estudio Epidemiológico del Caso a la Jurisdicción Sanitaria No. 4

JURISDICCIÓN SANITARIA No.4

2. Proporciona los formatos del Estudio Epidemiológico del Caso.

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3. Entrega los formatos a cada Jefe Delegacional de Cruz Verde para el llenado de los datos de pacientes que presentan alguna enfermedad de consideración epidemiológica.

JEFE DELEGACIONAL DE CRUZ VERDE

4. Realiza el llenado del formato del Estudio Epidemiológico del Caso y lo notifica inmediatamente al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica.

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

5. Recibe el Estudio Epidemiológico del Caso, lo revisa y lo entrega en la Jurisdicción Sanitaria No. 4 para su seguimiento.

JURISDICCIÓN SANITARIA No.4

6. Recibe el Estudio Epidemiológico del Caso y le informa al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica que será analizado el caso y que posteriormente le enviará información y/o el resultado del estudio.

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

7. Informa al Jefe Delegacional de Cruz Verde el seguimiento del caso, para que él continúe con la atención médica del paciente.

JEFE DELEGACIONAL DE CRUZ VERDE

8. Notifica al Ciudadano del seguimiento del caso y le extiende la receta médica por el tratamiento que requiere para su estado de salud.

*UNA VEZ ANALIZADO EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CASO*





**JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4**

9. Informa al Coordinador de Vigilancia Epidemiología el diagnóstico del paciente para que tome las medidas que se requieren para evitar la propagación de la enfermedad.

**COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

10. Recibe el diagnóstico y lo analiza conjuntamente con el Director de Salud Pública y determinan las medidas a seguir para evitar su propagación en el Municipio de Guadalupe, N.L.
11. Notifica al Jefe Delegacional de Cruz Verde para que continúe el tratamiento indicado en el paciente o en su caso modifique el tratamiento a seguir.
12. Envía un informe a las instituciones médicas del Municipio de Guadalupe, N.L. para su consideración.
13. Archiva la información relativa al Estudio Epidemiológico del Caso para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 5. PROCESO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita Sobres de Vida Suero Oral al Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 o al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4, ISSSTE O EL IMSS

2. Prepara la cantidad de Sobres de Vida Suero Oral y las entrega a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3. Recibe los Sobres de Vida Suero Oral y los distribuye en las Jefaturas Delegacionales de Cruz Verde, junto con los trípticos que describen los signos de alarma de la deshidratación.
4. Capacita al personal de Cruz Verde en la preparación del Sobre de Vida Suero Oral para su distribución.

SUPERVISOR DE DELEGACIONAL DE CRUZ VERDE

5. Entrega los Sobres de Vida Suero Oral y los trípticos, a los pacientes que acuden a consultar y les informa acerca de la preparación del mismo.
6. Registra los datos generales del paciente en el formato de Prevención de Enfermedades Diarreicas, especificando la cantidad de sobres que se les entregó.
7. Entrega los formatos con los datos generales de los pacientes al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica.

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

8. Recoge los formatos con los datos generales de los pacientes e incluye la información en el Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades.
9. Informa al Director de Salud Pública mediante un reporte, para su conocimiento y archiva los formatos para futuras consultas y/o aclaraciones.

DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

10. Revisa el reporte y lo entrega a la Secretaria para su archivo.





**GOBIERNO DE  
CIUDAD GUADALUPE  
NUEVO LEÓN**

**SECRETARÍA DE  
CONTRALORÍA  
DIRECCIÓN DE  
NORMATIVIDAD**

**Voluntad que  
no se detiene.**

**Manual de Procesos de la  
Administración Pública Municipal**

**Dirección de  
Salud Pública**

**SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

11. Recibe el reporte y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.

**DIRECTOR DE  
NORMATIVIDAD**

Entra en Vigor:  
01- Julio -2016

**DIRECTOR DE  
SALUD PUBLICA**

Modificación:  
00-00-00

**SECRETARIO DE  
DESARROLLO SOCIAL**

Clave de Consulta:  
MPAPMDSP0402

**SECRETARIO DE  
CONTRALORÍA**

Pág. 16







### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 6. PROCESO PARA LA PREVENCIÓN CONTRA LA INFLUENZA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Localiza los asilos, las áreas marginadas o los centros donde se encuentren personas de la tercera edad.
2. Solicita las vacunas contra la Influenza con el objetivo de aplicarla a las personas de la tercera edad, durante los meses de octubre a marzo (época de invierno).

##### JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4, O EL IMSS

3. Proporciona el material biológico (vacunas contra la Influenza), con base en la cantidad solicitada y la entrega al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

4. Recibe las vacunas contra la Influenza y las conserva según las reglas establecidas en el Programa Universal de Vacunación.
5. Prepara las vacunas contra la Influenza y los materiales que se requieren para la aplicación de la vacuna.
6. Acude al asilo, área marginada o centros localizados e instala un puesto de vacunación y prepara el material y los biológicos a utilizar.
7. Vacuna a toda persona susceptible, con base en el Programa Universal de Vacunación (Tercera Edad).
8. Envía a las personas vacunadas con el Auxiliar para que anote los datos en el formato de Registro de Vacunación (Anexo 2).

##### AUXILIAR

9. Anota en el Registro de Vacunación los datos de las personas que fueron vacunadas y elabora un concentrado de datos que incluye el total de personas vacunadas de acuerdo a la edad y sexo.
10. Entrega el Registro de Vacunación y el concentrado de datos al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica.





#### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

11. Revisa el Registro de Vacunación y el concentrado de datos y le entrega una copia de éste último a la Jurisdicción Sanitaria No. 4.
12. Deposita el material contaminado y punzo-cortante en los contenedores asignados para tal efecto.

**“En caso de que algún paquete de vacunas no se haya terminado deberá desecharse, así mismo deberán devolverse los paquetes de vacunas cerrados a la Jurisdicción Sanitaria No. 4.”**

13. Integra un expediente (Registro de Vacunación y concentrado de datos) y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.
14. Elabora un informe y lo entrega al Director de Salud Pública para su conocimiento.

#### DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

15. Recibe el informe, lo revisa y lo entrega a la Secretaría para su archivo.

#### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

16. Recibe el informe y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 7. PROCESO PARA EL INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Solicita los formatos del Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades a la Jurisdicción Sanitaria No. 4, para elaborar el reporte con base en los casos que se atendieron durante la semana.

##### JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4, EL IMSS O ISSSTE

2. Proporciona los formatos a la Dirección de Salud Pública para reportar todos los casos nuevos de enfermedades.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

3. Recibe los formatos y los distribuye en las Jefaturas Delegacionales de Cruz Verde, así como en la Clínica de la Mujer.
4. Capacita al personal de Cruz Verde y de la Clínica de la Mujer, acerca del llenado del formato del Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades y les informa que deberán enviarlo oportunamente.

##### SUPERVISOR DE DELEGACIONES DE CRUZ VERDE

5. Recibe los formatos y la capacitación; realiza el llenado del formato especificando el total de consultas con base en los diagnósticos establecidos en el mismo.
6. Especifica en el formato de Información Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades la edad y sexo de los pacientes atendidos.
7. Revisa el formato y lo envía al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica para notificarle de los casos nuevos de enfermedades de interés epidemiológico.

##### COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

8. Recibe el formato y lo revisa para identificar los casos susceptibles en convertirse en epidemiológicos.
9. Realiza el concentrado del total de enfermedades reportadas por las Jefaturas Delegacionales de Cruz Verde y la Clínica de la Mujer.
10. Elabora el Oficio para entregar el formato y junto con el concentrado lo turna al Director de Salud Pública para su firma.





**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**

11. Recibe el Oficio, revisa el concentrado y los formatos del Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades, plasma su firma de autorización y lo devuelve al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica para su entrega.

**COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

12. Recibe el Oficio junto con la información y lo entrega en la Jurisdicción Sanitaria No. 4.

**JURISDICCIÓN SANITARIA No. 4**

13. Recibe el Oficio junto con la información, lo sella y firma de recibido y le entrega la copia al Coordinador de Vigilancia Epidemiológica para su archivo.

**COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

14. Recibe la copia sellada y firmada debidamente y la integra al expediente mensual de los Informes Semanales de Casos Nuevos de Enfermedades, archivándolo cronológicamente para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 8. PROCESO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS DE SALUBRIDAD

##### CIUDADANO

1. Acude a la Dirección de Salud Pública o llama por teléfono para presentar su queja relativa a salubridad.

##### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

2. Atiende al Ciudadano, personal o telefónicamente y lo canaliza con el Coordinador de Regulación Sanitaria para su trámite correspondiente.

##### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

3. Atiende al Ciudadano, llena el Formato de Queja (Anexo 4) con los datos correspondientes y lo registra en el Diario de Control de Quejas.
4. Turna el Formato de Queja al Verificador de Quejas de Salud para que realice las investigaciones correspondientes.

##### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

5. Recibe y revisa el Formato de Queja, acude al domicilio indicado para realizar las investigaciones correspondientes.
6. Se identifica con el Gafete Oficial de Identificación, solicita la presencia del dueño o familiar y le informa que acude a su domicilio para realizar una inspección por motivo de una queja ciudadana.
7. Le indica lo que va a verificar y le solicita permiso para realizar la inspección correspondiente.

**“En caso de que el Ciudadano denunciado no permita la inspección, deberá informar al Coordinador de Regulación Sanitaria, para que éste le notifique al Departamento de Regulación Sanitaria del Estado.”**

8. Inicia la inspección, verifica en primera instancia los aspectos relacionados con la denuncia.

##### UNA VEZ CONCLUIDA LA INSPECCIÓN

##### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

9. Anota las observaciones correspondientes en el Formato de Queja.





#### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

10. Elabora en original y copia el citatorio, especificando en el mismo el día y la hora, así como todas las irregularidades encontradas, y el plazo para su cumplimiento, y le entrega la copia al dueño o familiar.
11. Acude nuevamente a la Coordinación de Regulación Sanitaria y le informa al Coordinador sobre las observaciones de la inspección y le entrega el original del Formato de Queja junto con la copia del citatorio.

#### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

12. Recibe el Formato de Queja y del citatorio y los archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.

*UNA VEZ CUMPLIDO EL PLAZO ESTABLECIDO AL CIUDADANO DENUNCIADO.*

#### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

13. Acude nuevamente al domicilio indicado, se identifica con el Gafete Oficial de Identificación y solicita la presencia del dueño o familiar y le indica que va a verificar el cumplimiento de la denuncia.
14. Inicia el recorrido y verifica si cumplió con las observaciones indicadas.

#### EN CASO DE QUE CUMPLA CON LAS OBSERVACIONES INDICADAS

#### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

15. Informa al Coordinador de Regulación Sanitaria que el Ciudadano cumplió con las observaciones indicadas.

#### EN CASO DE QUE NO CUMPLA CON LAS OBSERVACIONES INDICADAS

#### VERIFICADOR DE QUEJAS DE SALUD

16. Elabora un citatorio en original y copia, indica en el mismo el plazo para el cumplimiento de la queja y le entrega la copia al dueño o familiar.
17. Acude nuevamente a la Coordinación de Regulación Sanitaria e informa al Coordinador sobre el incumplimiento del Ciudadano denunciado y le entrega el citatorio original.

#### EN CASO DE QUE EL CIUDADANO DENUNCIADO NO CUMPLA CON LAS OBSERVACIONES ESTABLECIDAS EN EL NUEVO PLAZO





**COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA**

18. Elabora un Oficio de notificación (original y copia) en donde explica brevemente el problema de la denuncia, así como las observaciones, medidas correctivas y plazos indicados.
19. Envía el Oficio al Departamento de Regulación Sanitaria del Estado, para que aplique la sanción correspondiente, integra un expediente con la información y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 9. PROCESO PARA OTORGAR EL VISTO BUENO DE SALUBRIDAD

CIUDADANO

1. Acude a la Dirección de Salud Pública para realizar el trámite de Visto Bueno de Salubridad.

SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

2. Recibe al Ciudadano y lo canaliza a la Coordinación de Regulación Sanitaria para que realice el trámite correspondiente.

CIUDADANO

3. Acude a la Coordinación de Regulación Sanitaria y presenta los exámenes médicos (reacciones febriles, copro seriado, etc).

COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

4. Recibe y revisa los exámenes y, con base en los mismos, valora el estado de salud del Ciudadano; los sella y los firma de autorizado.

**“En caso de que los exámenes no sean aprobados, le deberá recomendar al Ciudadano algún tratamiento médico, así mismo, deberá solicitarle que se realice nuevamente los exámenes al término del tratamiento para su posterior validación.”**

5. Envía al Ciudadano a la Coordinación de Comercio de la Dirección de Espectáculos y Comercio con los exámenes médicos autorizados y le informa que deberá anexar dos fotografías tamaño credencial a los mismos.

COORDINACIÓN DE COMERCIO DE LA DIRECCIÓN DE ESPECTÁCULOS Y COMERCIO

6. Recibe al Ciudadano, verifica la autorización de los exámenes y le informa que se va a realizar una inspección en el establecimiento para verificar que se cumpla con las normas de higiene.
7. Turna la Solicitud del Permiso a la Coordinación de Inspectores Genéricos para que realice la inspección correspondiente.

INSPECTOR DE SALUD

8. Acude al establecimiento y realiza la inspección verificando que el negocio cumpla con las normas de higiene.
9. Llena el formato de verificación y la entrega en la Coordinación de Comercio junto con la Solicitud de Permiso para su seguimiento.







## COORDINACIÓN DE COMERCIO DE LA DIRECCIÓN DE ESPECTÁCULOS Y COMERCIO

10. Recibe el formato de verificación, revisa que el establecimiento cumpla con las normas de higiene, le entrega los comprobantes al Ciudadano para que acuda nuevamente a la Dirección de Salud Pública a solicitar su Visto Bueno.

### CIUDADANO

11. Fotocopia los formatos de verificación, adjunta las fotografías a los exámenes médicos y acude a la Dirección de Salud Pública para entregarlos.

### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

12. Recibe al Ciudadano, revisa nuevamente los exámenes médicos, así como el formato de verificación, comprobando que el establecimiento cumpla con las normas de higiene.
13. Solicita las dos fotografías tamaño credencial y las adhiere a los exámenes médicos, le imprime el sello oficial de la Dirección de Salud Pública para evitar su falsificación.
14. Envía al Ciudadano con la Secretaria de la Dirección de Salud Pública para que le expida el Visto Bueno.

### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

15. Recibe al Ciudadano e integra el expediente con la copia de los exámenes médicos y del formato de verificación, y posteriormente realiza el llenado del formato de Visto Bueno de Salud (Anexo 5), según sea el caso.
16. Elabora el Oficio (Anexo 6) dirigido al Secretario del Ayuntamiento, se lo turna al Director de Salud Pública junto con el Visto Bueno para su firma y los anexa al expediente.

### DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

17. Recibe el expediente, revisa el llenado de los formatos y plasma su firma de autorización.
18. Turna el expediente y los formatos debidamente firmados a la Secretaria para su entrega.

### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

19. Entrega el formato original del Visto Bueno al Ciudadano y envía el oficio al Secretario del Ayuntamiento.
20. Anexa una copia del formato de Visto Bueno y del oficio al expediente y lo archiva en orden alfabético, para futuras consultas y aclaraciones.

**“En caso de que el Visto Bueno sea para un negocio donde se van a manejar alimentos, le deberá informar al Ciudadano el día, la hora y el lugar donde se llevará a cabo la Platica de Manejadores de Alimentos, notificándole que posteriormente se le entregará una Constancia por haber asistido a la misma.”**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 10. PROCESO PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA “PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE”

##### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

1. Realiza conjuntamente con la Secretaría de Salud del Estado, las investigaciones de campo que se requieren para determinar el índice larvario del mosquito *Aedes Aegypti* de cada Colonia del Municipio de Guadalupe.
2. Programa y clasifica las Colonias de mayor a menor índice larvario y le informa al Supervisor para que realice el proceso de descacharrización en las colonias más afectadas, iniciando con el perifoneo.

##### SUPERVISOR

3. Prepara el equipo que se requiere para realizar el perifoneo, acude conjuntamente con el Ayudante General a las colonias programadas y les informa acerca del Programa “Prevención y Control del Dengue”, así como el día y la hora en que se llevará a cabo la descacharrización.

**“Deberá solicitar a los vecinos que coloquen los cacharros en la orilla de la banquetta para su recolección.”**

4. Instruye al Ayudante General para que dé inicio al proceso de descacharrización en las Colonias más afectadas.

##### *EL DÍA Y LA HORA INDICADA PARA LA DESCACHARRIZACIÓN*

##### AYUDANTE GENERAL

4. Acude a las Colonias asignadas y para dar inicio al proceso de descacharrización.

##### *UNA VEZ REALIZADO EL PROCESO DE DESCACHARRIZACIÓN*

##### AYUDANTE GENERAL

5. Informa al Coordinador de Regulación Sanitaria mediante la elaboración de un reporte de las Colonias donde se realizó la descacharrización.

##### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

6. Acude a las Colonias donde se llevó a cabo la descacharrización para verificar que se haya realizado completa y correctamente.
7. Realiza la programación de las Colonias sin cacharros, para llevar a cabo el proceso de abatización, en coordinación con la Jurisdicción No. 4 de la Secretaría de Salud del Estado.





#### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

8. Gira instrucciones al Supervisor y le informa acerca de las Colonias programadas para que realice la abatización.

#### SUPERVISOR

9. Instruye al Ayudante General para que acuda conjuntamente con el personal de la Jurisdicción No. 4 a las Colonias programadas.

#### AYUDANTE GENERAL

10. Acude a las Colonias conjuntamente con el personal de la Jurisdicción No. 4 y concientiza a los vecinos de la importancia de utilizar el abate para evitar la propagación del mosquito Aedes Aegypti.
11. Deposita el abate en los depósitos de agua limpia y les entrega a los vecinos una porción para su uso.

#### *UNA VEZ REALIZADO EL PROCESO DE ABATIZACIÓN*

#### AYUDANTE GENERAL

12. Elabora un reporte especificando las Colonias que ya cuentan con el abate para continuar con el proceso de fumigación.

#### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

13. Solicita vía oficio a la Secretaría de Salud del Estado el insecticida que se requiere para llevar a cabo el proceso de fumigación en las Colonias donde se realizó la abatización.

#### SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO

14. Envía a la Dirección de Salud Pública el insecticida que se requiere, para llevar a cabo la fumigación en las Colonias de Ciudad Guadalupe.

#### DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

15. Recibe el insecticida, revisa sus condiciones y los entrega al Coordinador de Regulación Sanitaria para que inicie la fumigación.

#### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

16. Recibe y revisa el insecticida, realiza la programación de las Colonias en las que se va a realizar la fumigación.





#### SUPERVISOR

17. Prepara el equipo que se requiere, incluyendo la máquina fumigadora y el insecticida, acude conjuntamente con el Ayudante General a las Colonias asignadas y les informa el día y la hora en que se va a llevar a cabo la fumigación.

**“La hora indicada para la fumigación deberá ser de las 6:00 a las 9:00 y de las 18:00 a las 21:00 horas, para cumplir con mayor eficacia con el objetivo: eliminar al mosquito Aedes Aegypti.”**

#### EL DÍA Y LA HORA INDICADA PARA LA FUMIGACIÓN

#### SUPERVISOR

19. Instruye al Ayudante General para que prepare la máquina fumigadora con el insecticida y proceda a realizar la fumigación.

#### AYUDANTE GENERAL

20. Prepara la máquina fumigadora con el insecticida y se pone el equipo de seguridad designado para tal efecto.
21. Da inicio al proceso de fumigación mediante nebulizaciones, verificando que el insecticida penetre en las casas y principalmente en las escuelas de educación básica.
22. Informa al Supervisor que ha terminado con el proceso y le entrega la máquina fumigadora y el equipo de seguridad.

#### SUPERVISOR

23. Recibe al Ayudante General y verifica las herramientas y el equipo de trabajo, levanta un reporte especificando la fecha y los datos generales de la Colonia donde se realizó la fumigación.

#### SUPERVISOR

24. Entrega las herramientas y el equipo de trabajo, así como el reporte de las Colonias donde se realizó la fumigación al Coordinador de Regulación Sanitaria.

#### COORDINADOR DE REGULACIÓN SANITARIA

25. Resguarda el equipo de trabajo e integra un expediente con los reportes de donde se lleva a cabo el Programa “Prevención y Control del Dengue” (abatización y fumigación) y le informa al Director de Salud Pública para su conocimiento.
26. Archiva el expediente para futuras consultas y/o aclaraciones.





**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**

27. Recibe la información y verifica las Colonias donde se llevó a cabo el Programa “Prevención y Control del Dengue” y la turna a la Secretaria para su control y archivo.

**SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

28. Recibe la información y la archiva por orden alfabético para futuras consultas.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 11. PROCESO PARA LA CAPTURA Y DONACIÓN DE CANINOS Y FELINOS

SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

1. Recibe una queja y/o solicitud por parte de los Ciudadanos del Municipio de Guadalupe, Nuevo León, con relación a los siguientes casos:
  - a) **Captura de perro callejero**
  - b) **Donación de mascotas**
  - c) **Redadas Caninas y Felinas**
  - d) **Visitas Zoonosológicas**

*EN EL CASO DE UNA CAPTURA DE PERROS CALLEJEROS*

SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

2. Realiza el Llenado del formato de Visita Domiciliaria (Anexo 7), asignándole un número de folio.
3. Registra los datos del formato en el Diario de Control por número de folio y se lo entrega al Jefe del Centro de Control Canino para su seguimiento.

JEFE DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

4. Recibe el formato de Visita Domiciliaria, verifica el tipo de caso y se lo turna al Chofer y al Capturador para que acuda a realizar la captura del perro callejero.

CAPTURADOR

5. Acude al domicilio conjuntamente con el Chofer, realiza la inspección en la zona y captura el perro callejero.
6. Traslada el perro callejero al Centro de Control Canino, le asigna una jaula y registra en el formato la solución que se le dio al caso.
7. Informa al Jefe del Centro de Control Canino la solución que se le dio al caso y le entrega una copia del formato a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino para su control y archivo.

**“Deberá esperar un plazo de 72 horas a partir de la hora de su captura, para confirmar que el perro callejero no es reclamado y posteriormente realizar el sacrificio.”**

EN CASO DE SER RECLAMADO EL PERRO CALLEJERO





#### CIUDADANO

- Acude al Centro de Control Canino y le informa a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino que va a recoger el perro callejero.

#### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

- Recibe al Ciudadano y le informa de los requisitos y el costo que debe cubrir para que pueda recoger el perro callejero.

**“Los Requisitos son:**

- Cartilla de Vacunación,**
- La firma de 10 vecinos (directos),**
- Carta del Juez Auxiliar,**
- Pago de la multa respectiva**
- Firma de Carta Responsiva”.**

**“Deberá informar al Ciudadano que se ha hecho acreedor a una multa y que deberá cubrirla”.**

#### CIUDADANO

- Realiza el pago correspondiente a la multa y el traslado.

#### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

- Elabora un recibo oficial, especificando el concepto y el importe total correspondiente a la multa y el traslado del perro callejero.
- Proporciona una copia del recibo oficial al Ciudadano y otra al Jefe del Centro de Control Canino para que realice la entrega del perro callejero.

#### JEFE DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

- Verifica que se haya cubierto el pago, le entrega el perro callejero al Ciudadano y lo exhorta a cuidar de su mascota.
- Devuelve la copia del recibo oficial a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino para su control y archivo.

#### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

- Archiva en orden consecutivo el recibo oficial así como el importe correspondiente para posteriormente entregarlo al personal de la Dirección de Ingresos y Recaudación Inmobiliaria.





SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

**“Deberá elaborar la Constancia de Ingresos del Centro de Control Canino (Anexo 8) y anexar los recibos oficiales originales junto con el ingreso recaudado, para posteriormente entregárselos al personal de la Dirección de Ingresos y Recaudación Inmobiliaria.”**

EN CASO DE NO SER RECLAMADO EL PERRO CALLEJERO

PERSONAL CAPACITADO

16. Se realiza el proceso del sacrificio.

**“El sacrificio del perro callejero donado, se realizará 72 horas después de haber ingresado al Centro de Control Canino y será realizado por personal capacitado con apoyo del Chofer, Capturador e Intendente”.**

*EN EL CASO DE UNA DONACIÓN DE MASCOTAS*

CIUDADANO

17. Informa vía telefónica, al Centro de Control Canino que desea donar su mascota.

SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

18. Atiende la llamada, verifica que tipo de animal quiere donar y elabora el reporte para su seguimiento.

**“En caso de que no sea un perro o gato el que se va donar, deberá informarle al Ciudadano que su petición será turnada a las autoridades competentes para que realicen el traslado del animal.”**

SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

**“En caso de que el Ciudadano acuda personalmente al Centro de Control Canino a donar su mascota, deberá informarle que el servicio es gratuito.”**

19. Registra los datos generales del Ciudadano en el Diario de Control, elabora el recibo oficial correspondiente al cobro del traslado.

SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

20. Informa al Jefe del Centro de Control Canino de la donación de la mascota y le entrega al Capturador el reporte con los datos generales del Ciudadano y el recibo oficial, para su seguimiento.







#### CAPTURADOR

21. Acude conjuntamente con el Chofer al domicilio del Ciudadano, recoge la mascota y le solicita el importe total por concepto del traslado, entregándole una copia del recibo oficial.
22. Traslada la mascota al Centro de Control Canino y le entrega el recibo oficial (original y copia) a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino para su control y archivo.
23. Realiza conjuntamente con el Chofer el proceso del sacrificio.

#### *EN EL CASO DE LAS REDADAS CANINAS Y FELINAS*

#### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

24. Programa conjuntamente con el Jefe del Centro de Control Canino la fecha en que se va a llevar a cabo la redada.

#### EL DÍA INDICADO PARA LA REDADA

#### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

25. Informa al Chofer y al Capturador los datos generales de la zona donde se va a llevar a cabo la redada canina y felina.

#### CAPTURADOR

26. Acude conjuntamente con el Chofer a la zona señalada, realiza la captura de los perros y gatos callejeros.
27. Traslada al Centro de Control Canino los perros y gatos capturados y les asigna la jaula donde permanecerán las 72 horas de plazo.

**“En caso de que algún perro y/o gato sea reclamado por su Dueño, deberá enviarlo con la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino para que realice el pago correspondiente a la multa.”**

#### DESPUÉS DE CUMPLIDAS LAS 72 HORAS

#### PERSONAL CAPACITADO

28. Se realiza el proceso del sacrificio.

**“El sacrificio del perro callejero donado, se realizará 72 horas después de haber ingresado al Centro de Control Canino y será realizado por personal capacitado con apoyo del Chofer, Capturador e Intendente”.**





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 12. PROCESO PARA EL TRASLADO DE PERROS AGRESORES

##### CIUDADANO

1. Acude o llama por teléfono al Centro Control Canino Municipal para reportar un perro agresor.

##### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

2. Atiende al Ciudadano, recaba los datos generales del lugar donde se encuentra el perro agresor.
3. Elabora un reporte y se lo turna al Capturador para que realice el traslado del perro agresor.

##### CAPTURADOR

4. Acude conjuntamente con el Chofer al lugar indicado, recoge el perro agresor y lo traslada al Centro de Control Canino Municipal.

**“En caso de que el Dueño del perro agresor se niegue a entregarlo, deberá informarle al Jefe del Centro de Control Canino para que turne el caso a las autoridades competentes.”**

5. Informa al Jefe del Centro de Control Canino del traslado del perro agresor y le asigna una jaula individual.

##### JEFE DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

6. Notifica vía telefónica al Centro Antirrábico Estatal que el perro agresor se encuentra en las instalaciones del Centro de Control Canino Municipal para que realice el Proceso correspondiente, quedando en observación durante 10 días en la Instalaciones.
7. Integra al expediente de traslados de perros agresores el reporte y lo archiva para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 13. PROCESO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTIRRÁBICA

##### CIUDADANO

1. Acude al Centro Antirrábico con su perro y/o gato para que le sea aplicada la vacuna antirrábica.

##### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

2. Recibe al Ciudadano, registra sus datos generales en el Diario de Control y solicita al Centro Antirrábico Estatal la vacuna antirrábica.

##### CENTRO ANTIRRÁBICO ESTATAL

3. Entrega a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino la vacuna antirrábica y el formato del Folio (original y copia) para el registro de los datos.

##### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

4. Recibe la vacuna antirrábica junto con el Formato de Folio y se lo entrega al Capturador para que realice el trabajo correspondiente.

**“Deberá informarle al Ciudadano que la aplicación de la vacuna antirrábica es gratuita y por ningún motivo deberá aceptar el pago de la misma.”**

##### CAPTURADOR

5. Recibe la vacuna y el formato del Folio (original y copia), sujeta al perro y/o gato y le aplica la vacuna antirrábica.
6. Registra los datos generales del Dueño, así como los del perro y/o gato, en el formato del Folio y le entrega el original al Ciudadano y una copia a la Secretaria de la Jefatura del Centro de Control Canino, para su trámite correspondiente.

##### SECRETARIA DE LA JEFATURA DEL CENTRO DE CONTROL CANINO

7. Recibe la copia del formato de Folio y lo envía al Centro Antirrábico del Estado para su control y archivo.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 14. PROCESO DE GESTORÍA DE SALUD

##### CIUDADANO

1. Acude o llama por teléfono a la Dirección de Salud Pública para presentar su petición.

##### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

2. Atiende al Ciudadano, verifica su petición y turna el caso a la Coordinación de Municipio Saludable.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

3. Realiza el llenado del Formato de Gestoría (Anexo 9), lo revisa y analiza conjuntamente con el Director de Salud Pública para determinar a donde se va a canalizar.
4. Plasma su firma de Visto Bueno y le solicita al Auxiliar que fotocopie el formato para su trámite correspondiente.

##### AUXILIAR

5. Fotocopia el Formato de Gestoría y se lo devuelve al Coordinador de Municipio Saludable, para su trámite correspondiente.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

6. Recibe el Formato de Gestoría y envía el original a la Dependencia correspondiente para su trámite.

##### DEPENDENCIA

7. Recibe el Formato de Gestoría y le informa al Coordinador de Municipio Saludable de la solución del caso.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

8. Gestiona la petición hasta su finiquito y le informa al Director de Salud Pública de la solución del caso.
9. Archiva el Formato de Gestoría para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 15. PROCESO PARA LA INTEGRACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD COMUNITARIO

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

1. Programa las visitas a las diferentes Comunidades del Municipio de Guadalupe, N.L., e invita a los vecinos a la junta para la integración del Comité de Salud Comunitario.

VECINOS

2. Acuden al lugar donde se va a llevar a cabo la junta de integración del Comité de Salud Comunitario.

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

3. Informa a los vecinos la importancia y el objetivo de la integración del Comité de Salud Comunitario.
4. Solicita a los vecinos nombrar un Coordinador, un Secretario y Tres Vocales para la integración del Comité de Salud Comunitario.

UNA VEZ INTEGRADO EL COMITÉ DE SALUD COMUNITARIO

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

5. Entrega la Constancia de Integración de Comité de Salud Comunitario (Anexo 10) al Coordinador del Comité de Salud Comunitario para que realice el llenado del mismo.

COORDINADOR DEL COMITÉ DE SALUD COMUNITARIO

6. Anota su nombre completo, domicilio y teléfono así como el del Secretario y los Tres Vocales.
7. Turna el formato a los asistentes para que anoten sus datos generales y plasmen su firma de visto bueno, en apoyo a la integración del Comité de Salud Comunitario.
8. Entrega el Formato de Integración de Comité de Salud Comunitario llenado debidamente.

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

9. Recibe el formato, verifica que los datos estén completos y correctos y les confirma a los asistentes el objetivo de la integración del Comité de Salud Comunitario.





#### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

**“Deberá informarles que para cualquier queja y/o petición relativa a los asuntos de su comunidad deberán canalizarla al Coordinador del Comité de Salud Comunitario para el seguimiento del caso.”**

10. Informa mediante un escrito al Director de Salud Pública de la integración del Comité de Salud Comunitario, especificando los datos completos de los integrantes.

#### DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

11. Recibe el escrito, verifica la Colonia donde se realizó la integración del Comité de Salud Comunitario y lo entrega a la Secretaria para la elaboración del expediente.

#### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

12. Elabora un expediente con la información relativa a la integración del Comité de Salud Comunitario y lo archiva en orden alfabético, por colonia.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 16. PROCESO DE OPERACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD COMUNITARIO

##### COORDINADOR DEL COMITÉ DE SALUD COMUNITARIO

1. Acude a la Dirección de Salud Pública a exponer una queja y/o petición presentada por los vecinos de su comunidad.

##### SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

2. Atiende al Coordinador del Comité de Salud Comunitario y lo envía con el Coordinador de Municipio Saludable.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

3. Recibe al Coordinador del Comité de Salud Comunitario, verifica su queja y/o petición y elabora el Formato de Gestoría (Anexo 9).
4. Plasma su firma de Visto Bueno y le solicita al Auxiliar que fotocopie el Formato para su trámite correspondiente.

##### AUXILIAR

5. Fotocopia el Formato de Gestoría y lo devuelve al Coordinador de Municipio Saludable para su trámite correspondiente.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

6. Recibe el Formato de Gestoría (original y copia) y envía el original a la Dependencia correspondiente para su trámite.

**“En caso de que se requiera hacer el trámite en alguna otra institución fuera del Municipio, deberá acudir a la Institución que corresponde para realizar la gestión correspondiente.”**

##### DEPENDENCIA Y/O INSTITUCIÓN

7. Recibe el Formato de Gestoría y procede a darle trámite a la queja y/o petición.

##### DEPENDENCIA Y/O INSTITUCIÓN

8. Informa al Coordinador de Municipio Saludable el tipo de gestión a realizar para su seguimiento.





**COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE**

9. Realiza la gestión que se requiere hasta la resolución de la queja y/o petición.
10. Comunica al Coordinador del Comité de Salud Comunitario la resolución de su queja y/o petición.
11. Informa mediante un reporte al Director de Salud Pública la solución que se le dio a la queja y/o petición y archiva el Formato de Gestoría original para futuras consultas y/o aclaraciones.







### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 17. PROCESO PARA LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE SALUD

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

1. Convoca a una reunión al Comité Municipal de Salud para llevar a cabo la integración del diagnóstico de salud partiendo de los diagnósticos sectoriales.

*UNA VEZ REUNIDO EL COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD*

COMITÉ MUNICIPAL DE SALUD

2. Integra el diagnóstico de salud con base en los diagnósticos sectoriales, contando con la asesoría técnica del personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 4.
3. Promueve la integración de un Taller de Planeación Participativa para discutir el diagnóstico de salud.

**“El Taller deberá estar integrado por Funcionarios Municipales y Representantes de los Sectores más importantes del Municipio, teniendo como producto final un plan de acción.”**

TALLER DE PLANEACIÓN PARTICIPATIVA

4. Establece las prioridades con base en el diagnóstico de salud y propone los proyectos de promoción de salud más factibles.
5. Elabora un informe con el plan de acción del proyecto de promoción de salud y se lo turna al Coordinador de Municipio de Saludable.

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

6. Recibe el informe y da inicio al proyecto de promoción de salud.

*UNA VEZ INICIADO EL PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD*

COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

7. Solicita al Titular de Servicios Estatales de Salud la constancia del programa “Municipios Saludables”.

TITULAR DE SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

8. Otorga el reconocimiento al Municipio de Guadalupe, N.L. como Municipio Saludable.





**COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE**

9. Recibe el reconocimiento y solicita al R. Ayuntamiento el Acuerdo para tramitar el ingreso del Municipio de Guadalupe, N.L. a la Red Mexicana de Municipios para la Salud.

**R. AYUNTAMIENTO**

10. Otorga el Acuerdo de Municipio Saludable al Coordinador de Municipio Saludable para continuar con el trámite.

**COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE**

11. Recibe el Acuerdo y solicita por escrito previa autorización del Director de Salud Pública, la incorporación del Municipio Saludable a la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

12. Recibe la solicitud e incorpora el Municipio de Guadalupe, N.L. a la Red Mexicana de Municipios por la Salud.
13. Notifica al Coordinador de Municipio Saludable que se ratificará periódicamente con base en la evaluación del cumplimiento de los proyectos presentados por el Municipio.

**COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE**

14. Informa al Director de Salud Pública que el Municipio de Guadalupe, N.L. ya está incorporado a la Red Mexicana de Municipios por la Salud y que será evaluado periódicamente para verificar el cumplimiento de los proyectos presentados.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 18. PROCESO PARA LLEVAR A CABO LAS BRIGADAS MÉDICAS

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

1. Realiza la programación de la Brigada Médica conjuntamente con el Director de Salud Pública y en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Humano y Social y/o Consejo Estatal de Desarrollo Social y la Dirección del Sistema DIF.
2. Convoca a los Coordinadores de la Dirección de Salud Pública a la junta de planeación para llevar a cabo la Brigada Médica.

##### COORDINADORES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

3. Asisten a la junta de planeación, verifican el lugar, el día y la hora en que se llevará a cabo la Brigada Médica.
4. Preparan el personal, los materiales y el equipo que se requiere para llevar a cabo la Brigada Médica.
5. Informan al Coordinador de Municipio Saludable de los materiales y el equipo que va a utilizar para su consideración en la organización de la Brigada Médica.

##### EL DÍA Y LA HORA DE LA BRIGADA MÉDICA

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

6. Prepara el lugar donde se va a llevar a cabo la Brigada Médica, asignando un área determinada para cada Coordinación.
7. Organiza las Coordinaciones de la Dirección de Salud Pública informándoles cuál es el área que se les asignó para el desarrollo de sus actividades.
8. Da inicio a la Brigada Médica, atendiendo a los Ciudadanos que acuden y canalizándolos a la Coordinación correspondiente.

##### AL FINALIZAR LA BRIGADA MÉDICA

##### COORDINADORES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

9. Elabora un reporte cada Coordinador especificando los casos que atendieron y lo entrega al Coordinador de Municipio Saludable.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE





**Manual de Procesos de la  
Administración Pública Municipal**

**Dirección de  
Salud Pública**

10. Recibe los reportes y realiza un informe estadístico para posteriormente entregárselo al Director de Salud Pública.

**DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA**

11. Recibe el informe estadístico, lo revisa y lo turna a la Secretaria para que lo archive.

**SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

12. Recibe el informe estadístico de la Brigada Médica y lo archiva, para futuras consultas y/o aclaraciones.





### III. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

#### 19. PROCESO PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA “SALUD EN TU ESCUELA”

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

1. Realiza la programación de las presentaciones del Programa “Salud en tu Escuela” en las Escuelas Primarias y/o Jardín de Niños.
2. Acude a la Escuela Primaria y/o Jardín de Niños programada e imparte las pláticas de “Pediculosis o Higiene Dental” a los alumnos y a los padres, en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado y la Secretaría de Educación.
3. Solicita al Auxiliar que realice las acciones del programa a cada uno de los alumnos que asisten a la plática.

##### AUXILIAR

4. Realiza la toma de medidas, específicamente la toma de peso, estatura, talla e índice de masa corporal, revisión de pediculosis, higiene dental y agudeza visual a cada alumno, además de preguntarles acerca de sus antecedentes familiares.
5. Especifica los datos de cada alumno en la Tarjeta Salud en tu Escuela (Anexo 11).

**“Deberá identificar los niños que cuentan con antecedentes familiares documentados debidamente, relativos a Diabetes, Hipertensión Arterial, colesterol alto, revisión de pediculosis, higiene dental y agudeza visual para posteriormente darle seguimiento al caso.”**

##### EN CASO DE QUE UN ALUMNO TENGA ANTECEDENTES

##### AUXILIAR

6. Realiza el llenado de la Tarjeta Salud en tu Escuela (Anexo 11), así como la Declaración del Padre o Tutor (Anexo 13) que avala la autorización de los padres para el seguimiento del caso de su hijo.
7. Turna a los niños con antecedentes familiares al Coordinador de Municipio Saludable para el seguimiento del caso.

##### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

8. Atiende a los niños con antecedentes familiares (colesterol, diabetes o presión alta) documentados debidamente y realiza el llenado de la Tarjeta Salud en tu Escuela.





#### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

9. Analiza los casos y les recomienda una alimentación balanceada, un programa de ejercicios y tomar suficiente agua y demás acciones del programa.
10. Integra el expediente del niño para realizar posteriormente las evaluaciones mensuales, una preliminar al año y una final a los dos años.
11. Realiza la elaboración del informe en el que especifica los datos de la Escuela Primaria donde se impartió la plática y se lo entrega al Director de Salud Pública.
12. Elabora un reporte especificando el diagnóstico de cada uno de los niños que presentan antecedentes familiares relativos al síndrome metabólico y se lo turna al Director de Salud Pública para su conocimiento.

#### DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

13. Revisa los datos de la Escuela Primaria donde se impartió la plática así como el diagnóstico de los niños y lo devuelve al Coordinador de Municipio Saludable para su archivo.

#### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

14. Archiva el informe y el diagnóstico así como los expedientes de cada alumno para su control y seguimiento.

#### EN CASO DE QUE UN ALUMNO NO TENGA ANTECEDENTES

#### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

15. Realiza la elaboración del informe en el que especifica los datos de la Escuela Primaria donde se impartió la plática y se lo entrega al Director de Salud Pública para su conocimiento.

#### DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

16. Revisa los datos de la Escuela Primaria donde se impartió la plática y lo devuelve al Coordinador de Municipio Saludable para su control y archivo.

#### COORDINADOR DE MUNICIPIO SALUDABLE

17. Recibe el informe y lo archiva en orden cronológicos para llevar el control del cumplimiento del programa del "Salud en tu Escuela".





## IV. ANEXOS

### 1. REGISTRO DE ASISTENCIA

|  | <p>GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.<br/>SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL<br/>DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA<br/><b>REGISTRO DE ASISTENCIA</b></p> | <p>Voluntad que<br/>no se detiene.</p> |       |
|--|---|--|-------|
| <p>NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">1</span> _____<br/>         DIRECCIÓN: _____<br/>         NOMBRE DEL DIRECTOR: _____<br/>         MAESTRO DEL GRUPO: _____</p> |   |  |       |
| <p style="text-align: right;">FECHA: <u>DD/MM/AA</u><br/>GRUPO: _____<br/>TURNO: _____</p>   |   |  |       |
| LISTA DE ASISTENTES  |   |  |       |
| N°   | NOMBRE  | EDAD                                   | GRADO |
|  | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">2</span>   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |
|  |   |  |       |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### 1. Datos de la Escuela

Deberá escribir los datos principales de la escuela en la que se realiza el Registro de Asistencia, los cuales deberán incluir la fecha en la que se realizará, el nombre de la escuela, su dirección, el nombre del Director de la misma y el del Maestro del grupo en cuestión. Así mismo, el turno y el grupo específico.

### 2. Datos de Asistencia

Deberá anotar el nombre de los Alumnos que asistieron, su edad y el grado que cursan; así mismo, deberá asignarles un número consecutivo a cada uno.








### IV. ANEXOS

#### 2. REGISTRO DE VACUNACIÓN



**GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.**  
 SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO  
 DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
**REGISTRO DE VACUNACIÓN**

*Voluntad que no se detiene.*

RESPONSABLE: 1 COLONIA: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_ VACUNA APLICADA: \_\_\_\_\_

| Nº | NOMBRE | EDAD | SEXO | VACUNA | DOMICILIO |
|----|--------|------|------|--------|-----------|
|    |        | 2    |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |
|    |        |      |      |        |           |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

### 1. Datos de la Vacunación

Deberá escribir los datos de la vacunación, tales como su responsable, la colonia y la fecha en la que es llevada a cabo y el tipo de vacuna aplicada.

### 2. Registro de Vacunación

Deberá escribir los siguientes datos de la persona a la que se le aplicó la vacuna: nombre completo, edad, sexo, vacuna aplicada y domicilio (calle y número). Así mismo, deberá asignarle un número consecutivo a cada caso.







## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos de la Unidad de Cruz Verde**

Deberá escribir los datos principales de la unidad de Cruz Verde en la que se realizará el control de enfermedades diarreicas, los cuales deberán incluir la fecha (día, mes y año), el nombre de la unidad, su dirección, el nombre del Médico de la misma y el turno.
- 2. Datos de la entrega de sobres de Suero Vida Oral**

Deberá anotar el nombre de la madre del alumno al que se le entregaron los sobres, su dirección, su teléfono y la cantidad de sobres entregados. Así mismo, deberá asignar un número consecutivo a cada entrega.





## IV. ANEXOS

### 4. FORMATO DE QUEJAS

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   | <b>GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.</b><br><b>SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL</b><br><b>DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA</b><br><b>FORMATO DE QUEJAS</b>   | <b>Voluntad que<br/>no se detiene.</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> FOLIO: _____   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DATOS DEL CIUDADANO</b>  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>MEDIO DE CAPTACIÓN:</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/> ESCRITA       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DEL QUEJOSO: _____<br>DOMICILIO: _____<br>ENTRE CALLES: _____ y _____<br>CÓDIGO POSTAL: _____ MUNICIPIO: _____ TELÉFONO: _____   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</span> <b>DATOS DE LA QUEJA</b>  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA:<br>_____<br>_____<br>UBICACIÓN: _____<br>ENTRE LAS CALLES: _____ y _____<br>MUNICIPIO: _____ PRESUNTO RESPONSABLE: _____<br>OBSERVACIONES:<br>_____<br>_____ |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">5</span><br>_____<br>CIUDADANO   | <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">4</span><br><table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td><td style="width: 33%; height: 20px;"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ORIGINAL.- DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha e la que se presentó la queja.
- 2. Datos del Ciudadano**

Deberá escribir los datos personales del Ciudadano, tales como su nombre, domicilio (Municipio, colonia, calle, número, entrecalles, código postal) y teléfono. Así mismo, deberá especificar el medio por el cual llegó la queja (En persona o por escrito).
- 3. Datos de la Queja**

Deberá describir detalladamente el objeto de la queja, así como anotar la ubicación exacta en la que ocurrió (Municipio, colonia, calle y entrecalles). Además, en caso de ser necesario, deberá plasmar sus observaciones correspondientes.
- 4 Croquis**

Deberá especificar gráficamente el lugar donde ocurrió el motivo de la queja.
- 5. Firma**

El Ciudadano deberá plasmar su firma.





## IV. ANEXOS

### 5. VISTO BUENO DE SALUD (MANEJADORES DE ALIMENTOS)

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   | GOBIERNO DE<br>CIUDAD GUADALUPE<br>NUEVO LEÓN | GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.<br>SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>VISTO BUENO DE SALUD | Voluntad que<br>no se detiene.                          |
|   |   | 1  | FECHA: _____<br>FOLIO: N° 00000<br>No. EXP. PERS. _____ |
| <p>La Dirección de Salud Pública Municipal, hace constar que el C. _____<br/>         _____ <sup>2</sup> _____ cumplió con los requisitos del<br/>         Reglamento de Salud Pública Municipal para desempeñarse como manejador de alimentos.<br/>         Esta constancia tiene una vigencia de 6 (seis) meses a partir de la fecha.</p> |   |  |   |
| <p style="text-align: center;"><b>ATENTAMENTE</b><br/><b>EL C. DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL</b></p>  |   |  |   |
|   |   | 3  |   |





### INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha, número de folio y el número de expediente personal del Visto Bueno de Salud.
- 2. Nombre del Ciudadano**

Deberá escribir el nombre del Ciudadano al que se le practicaron los exámenes médicos de laboratorio.
- 3. Firma**

El Director de Salud Pública deberá plasmar su firma de visto bueno.







## IV. ANEXOS

### 6. OFICIO

|   |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
|   | GOBIERNO DE<br>CIUDAD GUADALUPE<br>NUEVO LEÓN | GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.<br>SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>OFICIO | Voluntad que<br>no se detiene. |
| <b>C.<br/>SECRETARIO DEL AYUNTAMIENTO<br/>PRESENTE.-</b>  |   | OFICIO N°: _____ (1)<br>EXPEDIENTE N°: _____   |                                |
| ASUNTO: _____ (2)   |   | (3)  |                                |
| Por medio de la presente le notificó que esta Dirección de Salud Pública a través de la Coordinación de Regulación Sanitaria, no tiene ningún inconveniente para la apertura de este negocio. |   |  |                                |
| Lo anterior lo comunico para los fines y efectos que al interesado convenga.  |   |  |                                |
| Sin otro en particular, reciba un cordial saludo.   |   |  |                                |
| <b>ATENTAMENTE</b><br><b>EL C. DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA</b>  |   |  |                                |
| _____<br>(4)  |   |  |                                |
| Cd. Guadalupe, Nuevo León a _____ de (5) _____ del _____  |   |  |                                |
| Original.- Secretaría del Ayuntamiento<br>c.c.p. Archivo  |   |  |                                |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Oficio**

Deberá anotar el número de oficio que se esta elaborando y hacer referencia al Expediente que se esté tramitando.
- 2. Asunto**

Deberá especificar el asunto por el cual se envía el oficio.
- 3. Datos del Negocio**

Deberá escribir los datos principales del negocio, los cuales deberán incluir la fecha en la que se abrirá por vez primera, el nombre del propietario y su ubicación exacta.
- 4. Firma**

El Director de Salud Pública deberá plasmar su firma.
- 5. Fecha**


Deberá escribir la fecha en la que se elaboró el Oficio.





## IV. ANEXOS

### 7. VISITA DOMICILIARIA



**GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.**  
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA  
**VISITA DOMICILIARIA**

Voluntad que  
no se detiene.

FECHA DE REPORTE: 1 \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE VISITA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL VISITADO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ENTRE LAS CALLES: 2 \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
 CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANIMAL: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: 3 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SOLUCION: 4 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5

ELABORÓ

6

NOMBRE Y FIRMA

BENITO JUÁREZ N° 3100 COL. 20 DE NOVIEMBRE , GUADALUPE, N.L. TEL: 80076663 y 6664





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se realizó el reporte.
- 2. Datos de la Visita**

Deberá escribir los siguientes datos de la visita: la fecha en la que se realizó, su motivo, nombre del visitado, su domicilio (Municipio, colonia, calle, número, entrecalles y código postal) y teléfono; así como los datos correspondientes al animal (tipo, raza, color, sexo, edad y nombre).
- 3. Observaciones**

Deberá plasmar sus observaciones pertinentes (en caso de haberlas).
- 4. Solución**

Deberá escribir la solución dada al caso.
- 5. Elaboró**

La persona que haya elaborado el Formato de Visita Domiciliaria deberá escribir su nombre.
- 6. Firma**

El responsable de la visita deberá escribir su nombre y plasmar su firma.







## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se elaboró la Constancia de Ingresos.
- 2. Descripción de Ingresos**

Deberá especificar el concepto de pago, cantidad de folios expedidos y cancelados, así como el importe total del ingreso.
- 3. Elaboró**

Deberá escribir su nombre completo y plasmar su firma.
- 4. Recibió**

Deberá anotar su nombre y plasmar su firma, la persona responsable de la recepción de los ingresos recaudados por el Centro Antirrábico.





## IV. ANEXOS

### 9. FORMATO DE GESTORÍA

|  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
|  | GOBIERNO DE<br>CIUDAD GUADALUPE<br>NUEVO LEÓN | GOBIERNO MUNICIPAL DE GUADALUPE, N.L.<br>SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL<br>DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA<br>FORMATO DE GESTORÍA | Voluntad que<br>no se detiene. |
|  |   |   | FECHA: <b>1</b>                |
| <b>NOMBRE:</b> _____ <b>2</b><br><b>DOMICILIO:</b> _____<br><b>TELÉFONO:</b> _____<br><b>MOTIVO:</b> _____   |   |   |                                |
| _____<br>_____   |   |   |                                |
| <b>ENVIADO POR:</b> _____ <b>3</b><br><b>ATENDIDO POR:</b> _____<br><b>ENVIADO CON:</b> _____  |   |   |                                |
| ¿SE LE DIO SEGUIMIENTO? <b>4</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>¿SE LE DIO SOLUCIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |   |   |                                |
| <b>NOTA:</b> <b>5</b><br>_____<br>_____<br>_____   |   |   |                                |
| _____<br><b>C. DIRECTOR DE<br/>SALUD PÚBLICA</b><br><b>6</b>   |   |   |                                |
| _____<br><b>COORDINADOR DE<br/>MUNICIPIO SALUDABLE</b>   |   | _____<br><b>AUXILIAR</b>  |                                |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que se realizó la Gestión.
- 2. Datos del Ciudadano**

Deberá escribir los datos personales del Ciudadano, tales como su nombre, domicilio (Municipio, colonia, calle y número) y teléfono. Así como el motivo de la Gestión.
- 3. Referencia**

Deberá escribir los nombres de las siguientes personas: aquella que canalizó al Ciudadano, aquella que lo atendió y aquella con la que e canalizará la gestión.
- 4. Seguimiento y solución**

Deberá marcar con una "X" si se le ha dado seguimiento y/o solución a la gestión.
- 5. Nota**

En caso de ser necesario, deberá escribir las notas que considere necesarias para el trámite eficiente de la gestión.
- 6. Firmas**

El Director de Salud Pública deberá plasmar su firma de autorización. Así mismo, tanto el Coordinador de Municipio Saludable como el Auxiliar deberán plasmar su firma.









### INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Fecha**

Deberá anotar la fecha en la que elaboró la Constancia de Integración de Comité.
- 2. Datos del Comité**

Deberá especificar la Colonia en la que fue establecido el Comité.
- 3. Lista de Integración**

Deberá escribir el nombre, la dirección y el teléfono de cada uno de los miembros del Comité (Coordinador, Secretario y tres Vocales); así como recabar sus firmas.
- 4. Lista de Apoyo**

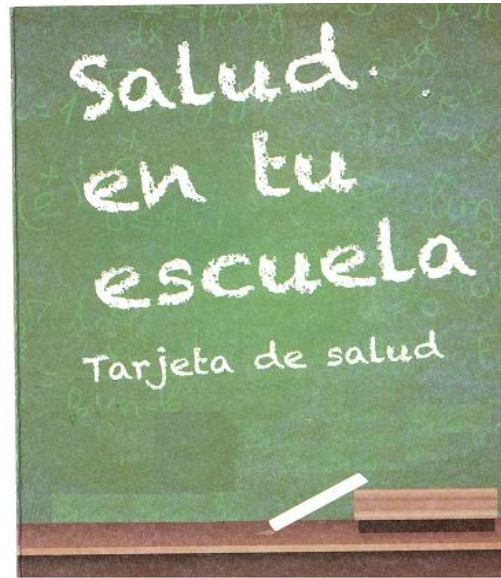
Deberá escribir el nombre, la dirección y el teléfono de cada uno de los vecinos que apoyen la integración del Comité; así como recabar sus firmas.





## IV. ANEXOS

### 11. TARJETA DE “SALUD EN TU ESCUELA”



#### DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: ..... **1**

TELÉFONO: .....

EDAD: .....

ESCUELA: .....

GRADO ESCOLAR: .....

GRUPO: .....

#### ÁREA **2** DIAGNÓSTICO VISIBLE

|                      |   |
|----------------------|---|
| PEDICULOSIS (PIOJOS) | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí  |
| NUTRICIÓN            | <input type="checkbox"/> Bajo peso<br><input type="checkbox"/> Normal <b>3</b><br><input type="checkbox"/> Sobrepeso<br><input type="checkbox"/> Obesidad   |
| VISUAL               | <input type="checkbox"/> Excelente (20/20)<br><input type="checkbox"/> Regular (20/30)<br><input type="checkbox"/> Malo (20/40 ó mayor)   |
| DENTAL               | <input type="checkbox"/> Sin anomalías de mordida<br><input type="checkbox"/> Dientes girados, inclinados, muy juntos o separados<br><input type="checkbox"/> Mordida abierta, invertida ó cruzada<br><input type="checkbox"/> Dientes con caries |
| REFERIR CON:         | <input type="checkbox"/> Odontopediatra <input type="checkbox"/> Ortodoncia <input type="checkbox"/> Endodoncia   |





## INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1. Datos del Alumno**

Deberá anotar los siguientes datos del alumno: nombre completo, teléfono, edad, nombre de la escuela, grado escolar y grupo.
- 2. Datos Médicos (Área)**

Deberá anotar los siguientes datos médicos del alumno: pediculosis, nutrición, visual, dental.
- 3. Diagnostico Visible**

Deberá marcar con una "X" el diagnóstico visible: si padece o no pediculosis, nutrición: Bajo peso, Normal, sobrepeso, Obesidad, visual: Excelente, Regular o Malo, Dental, Sin anomalías de mordida, dientes girados, inclinados, muy juntos o separados, Mordida abierta, invertida ó cruzada, dientes con caries.

