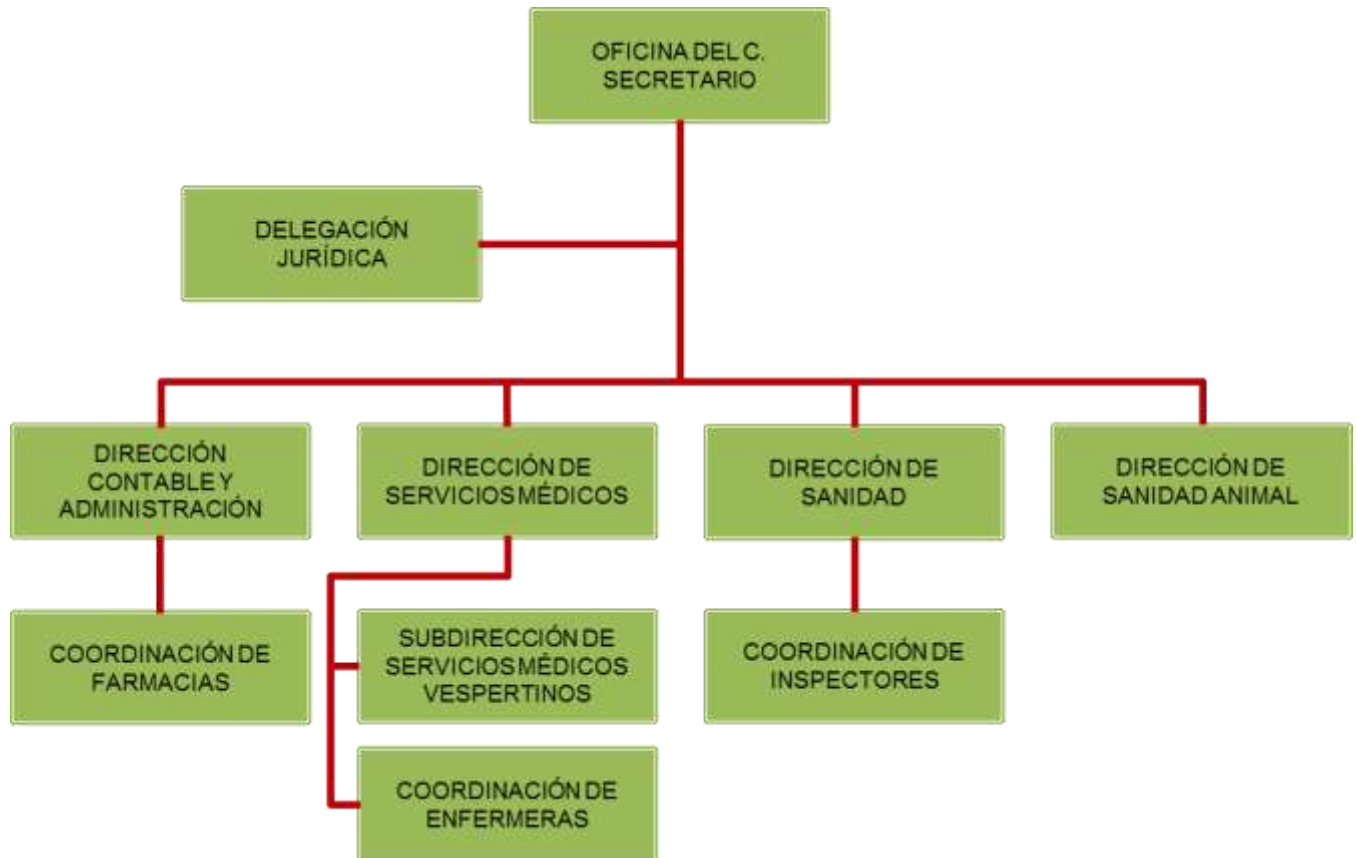


SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL

Sección L

ORGANIGRAMA ESPECÍFICO SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL



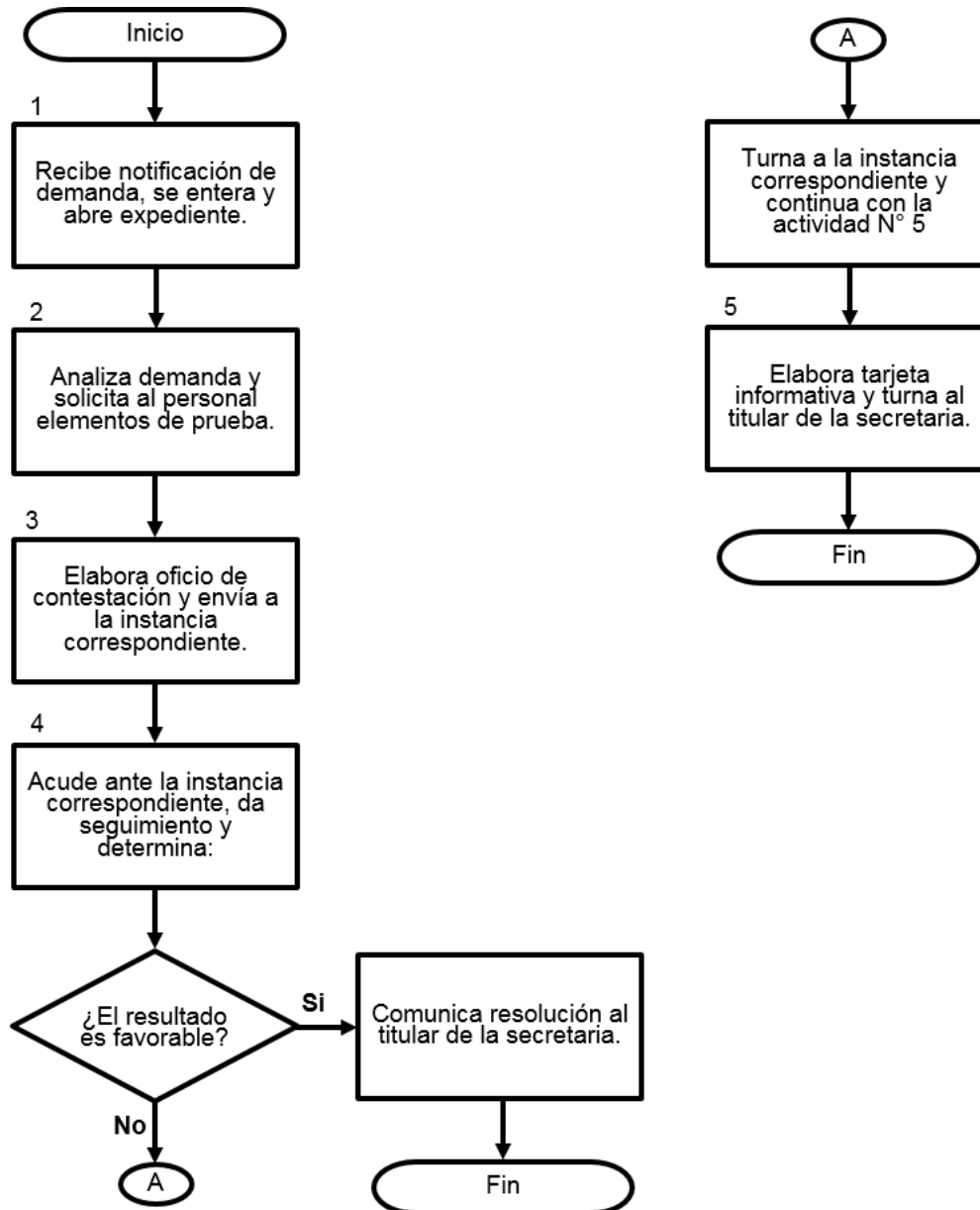
L1-01

Nombre del Procedimiento	Contestar demandas presentadas en contra de la Secretaría de Salud Municipal.
Propósito	Dejar sin efecto o que sobresean las demandas.
Alcance	Desde la recepción de la notificación de demanda hasta la elaboración de la tarjeta informativa.
Área Responsable	Delegación Jurídica/Oficina del C. Secretario

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Recibe de las autoridades correspondiente, a través del titular de la secretaría, original de oficio de notificación de demanda, se entera y abre expediente.	Las autoridades pueden ser de Derechos Humanos o Ministerio Público.
2	Analiza demanda y solicita de manera económica al personal involucrado información para aportar elementos de prueba.	
3	Elabora oficio de contestación de notificación de demanda, en original y copia, anexa pruebas, rubrica, recaba firma del titular de la secretaría y envía: -Original de oficio de contestación, y -Pruebas: Instancia Correspondiente -Copia de oficio de contestación, y -Pruebas: Expediente	
4	Acude ante la instancia correspondiente, da seguimiento y determina: ¿El resultado es favorable? Sí , comunica de manera económica al titular de la Secretaría de Salud Municipal la resolución de la demanda. FIN DEL PROCEDIMIENTO No , turna de manera económica a la instancia correspondiente y continúa con la actividad N° 5.	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
5	<p>Elabora tarjeta informativa en original y copia y turna:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Original de tarjeta informativa Titular de la Secretaría de Salud Municipal. -Copia de la tarjeta informativa Expediente. <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	

Nombre del Procedimiento	Contestar demandas presentadas en contra de la Secretaría de Salud Municipal.
Diagrama de Flujo	



Nombre del Procedimiento	Contestar demandas presentadas en contra de la Secretaría de Salud Municipal.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none"> Para contestar demandas presentadas en contra de la Secretaría de Salud se deberá consultar la normatividad correspondiente. 	

Nombre del Procedimiento	Contestar demandas presentadas en contra de la Secretaría de Salud Municipal.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen formatos para este procedimiento. 	

L1-02

Nombre del Procedimiento	Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria
Propósito	Hacer que los representantes legales de los establecimientos se regularicen en los trámites de pago de tarjeta sanitaria.
Alcance	Desde la recepción del oficio de comisión para acudir a inspeccionar los establecimientos hasta la elaboración de la tarjeta informativa.
Área Responsable	Delegación Jurídica/Oficina del C. Secretario

Descripción del Procedimiento

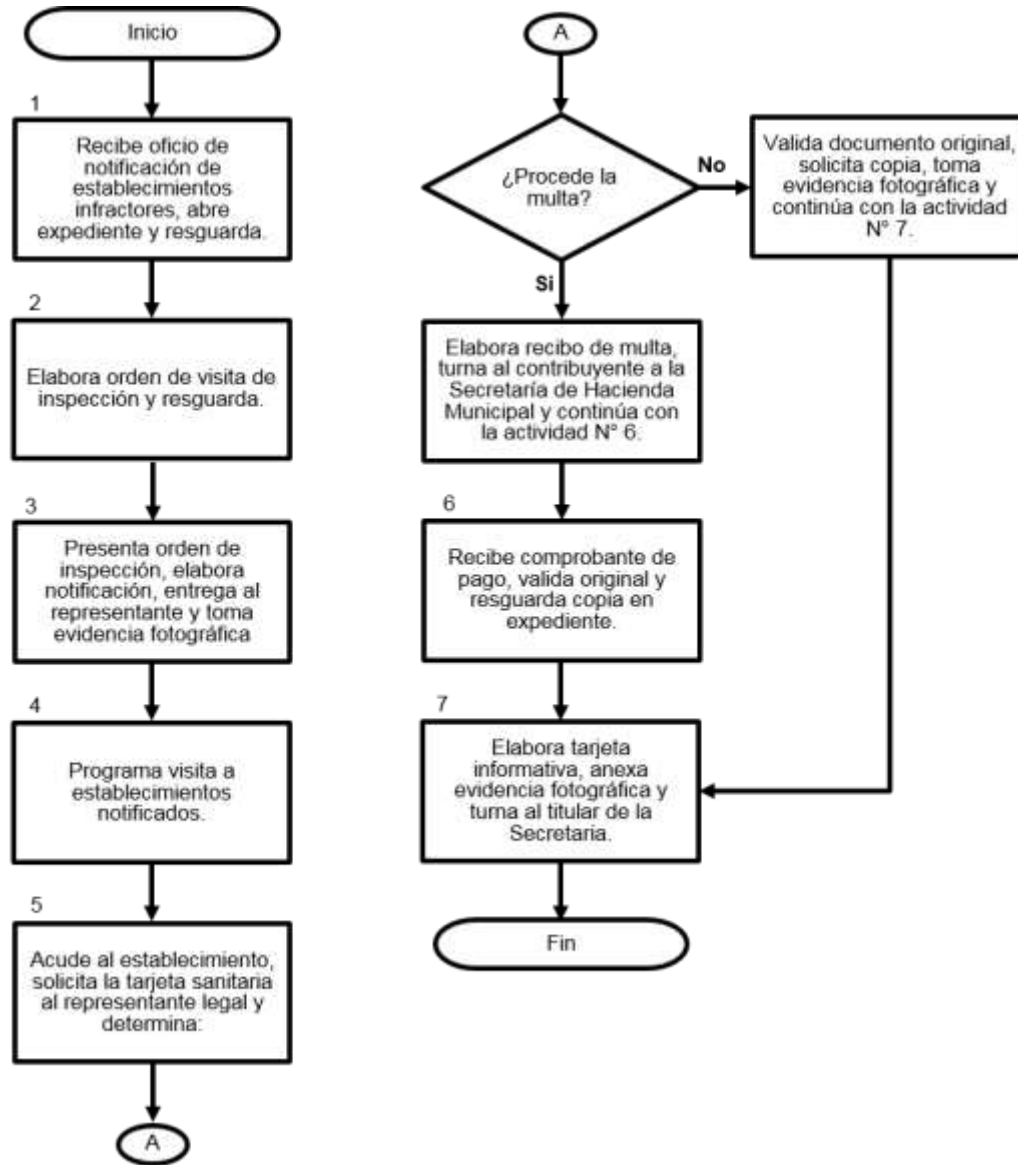
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Recibe del Coordinador de Inspectores original de oficio de notificación de establecimientos que están infringiendo en la disposición zoonosanitaria, abre expediente y resguarda.	
2	Elabora orden de visita de inspección en original, rubrica, recaba firma del titular de la secretaría, obtiene fotocopia y resguarda.	
3	Acude al lugar correspondiente, presenta orden de inspección al representante legal del establecimiento, recaba firma de recibido, elabora acta de notificación, en original y copia, recaba firma del notificador ejecutor y verificador, toma evidencias fotográficas y entrega: -Original de acta de notificación -Evidencias fotográficas: Representante legal del establecimiento -Copia del acta de notificación -Evidencias fotográficas: Expediente	
4	Programa visita a establecimientos notificados para dar seguimiento.	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
5	<p>Acude al establecimiento, de acuerdo al tiempo legal estipulado en el lineamiento, solicita al representante legal la tarjeta sanitaria y determina:</p> <p>¿Procede la multa?</p> <p>No, valida original de la tarjeta sanitaria, solicita copia, toma evidencias fotográficas y continúa con la actividad N° 7.</p> <p>Sí, Elabora recibo en original por concepto de pago de multa, firma y turna al contribuyente a realizar el pago en las ventanillas de la Secretaría de Hacienda Municipal. Continúa con la actividad N° 6</p>	
6	<p>Recibe del representante legal del establecimiento comprobante de pago de multa, en original y copia, valida sello de la Secretaría de Hacienda Municipal, devuelve original y resguarda copia en el expediente.</p>	
7	<p>Elabora tarjeta informativa en original y copia, anexa evidencias fotográficas, firma y turna:</p> <p>-Original de tarjeta Informativa y -Evidencias fotográficas: Titular de la Secretaría</p> <p>-Copia de la tarjeta Informativa -Evidencias fotográficas: Expediente</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

Nombre del Procedimiento

Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.

Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">• Para llevar a cabo el trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria se deberá observar la Ley de Salud del Estado de Chiapas.• Al entregar el acta de notificación al representante legal del establecimiento tendrá un plazo de 24 horas para realizar el trámite del pago de derecho correspondiente.	

Nombre del Procedimiento	Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.
---------------------------------	--

Formatos

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. 2012-2015.

C. _____
RESPONSABLE, ENCARGADO U OCUPANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO Y/O NEGOCIO DENOMINADO:

CON GIRO DE: _____

DOMICILIO: _____

PRESENTE.

ACTA DE NOTIFICACIÓN

ORDEN DE VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VERIFICACIÓN NO. _____

FECHA DE ORDEN DE VISITA DE INSPECCIÓN Y/O VERIFICACIÓN U OFICIO: _____

AUTORIDAD EMISORA: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.

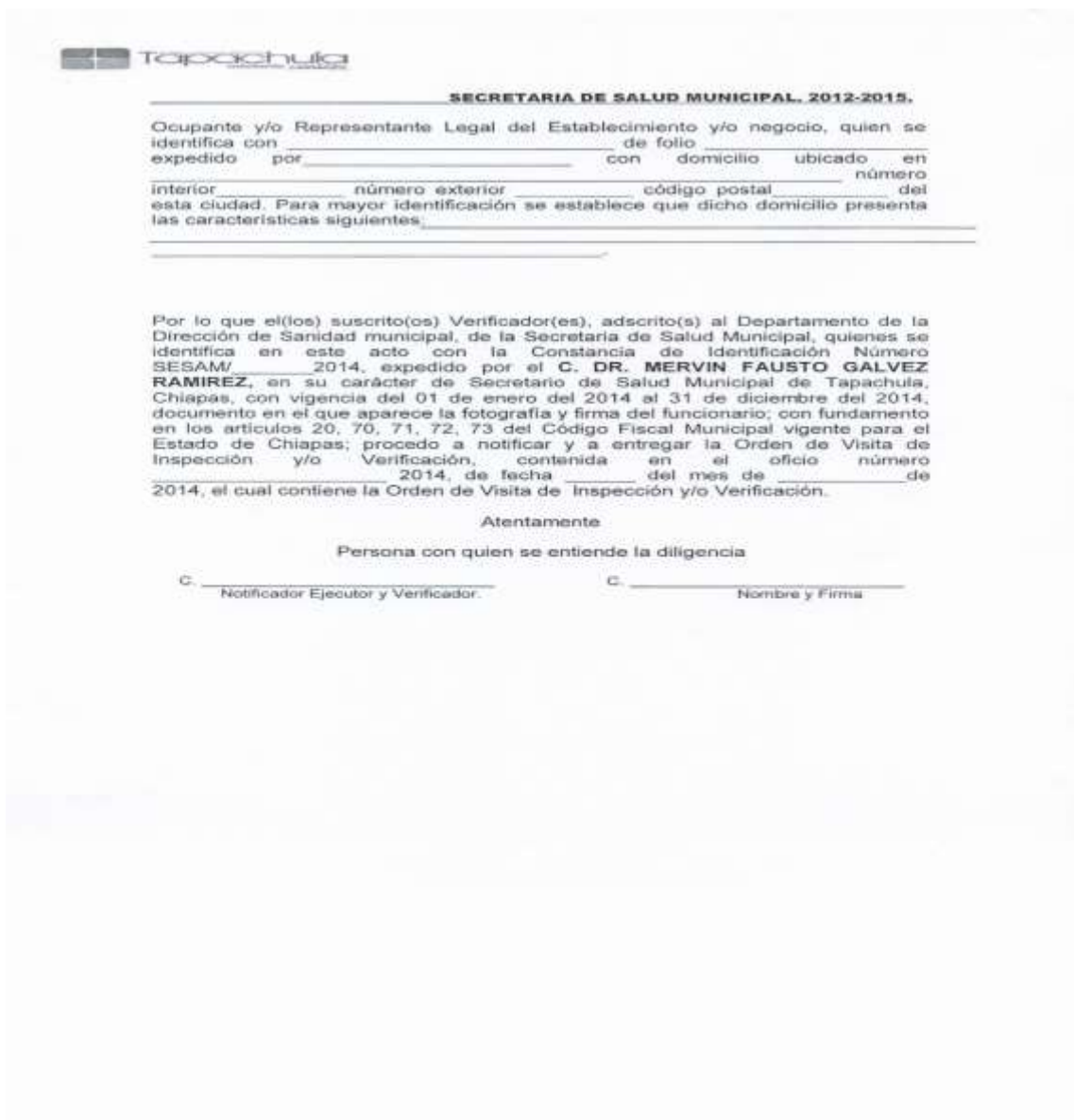
En la Ciudad de Tapachula, Chiapas, a _____ de _____ del 2014, siendo las _____ Horas, me constituí en su domicilio ubicado en

Exterior _____ número interior _____, Con número _____ código postal _____ colonia _____

de esta ciudad, Cerciorado que es el domicilio y habiendo constatado tal hecho con el (la) C. _____ persona con la que entiendo la presente diligencia y esta haber manifestado que es correcto el domicilio del establecimiento, Quien dijo ser _____ Responsable, Encargado u _____

Nombre del Procedimiento	Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.
---------------------------------	--

Formatos



SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, 2012-2015.

Ocupante y/o Representante Legal del Establecimiento y/o negocio, quien se identifica con _____ de folio _____ expedido por _____ con domicilio ubicado en interior _____ número exterior _____ código postal _____ del esta ciudad. Para mayor identificación se establece que dicho domicilio presenta las características siguientes: _____

Por lo que el(los) suscrito(s) Verificador(es), adscrito(s) al Departamento de la Dirección de Sanidad municipal, de la Secretaría de Salud Municipal, quienes se identifica en este acto con la Constancia de Identificación Número SESAM/ _____ 2014, expedido por el C. DR. MERVIN FAUSTO GALVEZ RAMIREZ, en su carácter de Secretario de Salud Municipal de Tapachula, Chiapas, con vigencia del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014, documento en el que aparece la fotografía y firma del funcionario; con fundamento en los artículos 20, 70, 71, 72, 73 del Código Fiscal Municipal vigente para el Estado de Chiapas; procedo a notificar y a entregar la Orden de Visita de Inspección y/o Verificación, contenida en el oficio número _____ 2014, de fecha _____ del mes de _____ de 2014, el cual contiene la Orden de Visita de Inspección y/o Verificación.

Atentamente

Persona con quien se entiende la diligencia

C. _____ Notificador Ejecutor y Verificador. C. _____ Nombre y Firma

Nombre del Procedimiento	Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.
---------------------------------	--

Formatos

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, 2012-2015.
GOBIERNO MUNICIPAL DE TAPACHULA, CHIAPAS.
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.
DIRECCIÓN DE SANIDAD MUNICIPAL Y SANIDAD ANIMAL.

ACTA DE VERIFICACIÓN SANITARIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA ELABORACION DE ALIMENTOS PARA SU VENTA Y CONSUMO HUMANO.

En _____ siendo las _____ horas de día _____ del mes de _____ del _____ en _____ emitida por _____ en su carácter de _____ el _____ (los) verificadores _____

_____ asistió (s) a la Dirección de Sanidad Municipal quien (es) se identifica(n) con credencial(es) número: _____ (s) _____

_____ con fotografía vigente(s) al _____ expedida(s) el _____ por _____ en su carácter de _____ que me (nos) acredita(n) como verificador(es) sanitario(s) constituido(s) en _____ al _____ establecimiento denominado _____ con giro o actividades de _____ con RFC _____ ubicado en _____ del _____ municipio de Tapachula, Chiapas, circunstancias que constaté(amos) visualmente y solicitando la presencia del _____

Nombre del Procedimiento

Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.

Formatos



SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, 2012-2015.

Representante legal, responsable, encargado o responsable que atiende la visita (dije llamarse _____ y se identifica con _____ con _____ domicilio en _____ y manifiesta ser el _____ del establecimiento quien recibe el original de la orden de visita en términos de los numerales 202, 203 fracciones I, II, del Bando Municipal de Pedida y Buen Gobierno, se le exhibe para que verifique que la (s) fotografía(s) que aparece (n) en dicha (s) credencial(es) concuerda(n) con los rasgos físicos del (los) que actúa(n) ante según se le hace saber al derecho que tiene de nombrar a dos testigos de asistencia, y en caso de no hacerlo estos serán designados por el (los) propio (s) verificador(es), quedando nombrados como testigos por parte del C. _____ quienes deberán estar presentes durante el desarrollo de la visita el (a) C. _____ quien se identifica con _____ con _____ y el (la) C. _____ quien se identifica con _____ con domicilio en _____ esta seguida y habiéndose identificado plenamente los participantes en esta diligencia en presencia de los testigos se les hace saber el objeto y alcance de la visita que se indica en la orden de verificación descrita anteriormente, y visto el contenido se procede a practicar la diligencia de verificación sanitaria en el establecimiento en los términos siguientes:

Objeto y Alcance de la orden de Visita Sanitaria (transcribir)

Nombre del Procedimiento

Trámite de multas a establecimientos por derecho de tarjeta sanitaria.

Formatos

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2012-2015
Acta de Verificación no. _____

1.- DISPOSICIONES GENERALES DE ESTABLECIMIENTOS

1.- INSTALACIONES Y ÁREAS CASA

- 1.- el establecimiento cuenta con instalaciones que eviten la contaminación de materias primas y los productos.
- 2.- las instalaciones del establecimiento incluyen: techos, puertas, paredes, pisos, baños, vestíbulos, áreas, u otros.
Depositos de agua, agua limpia.
- 3.- Las instalaciones se encuentran en buenos condiciones de mantenimiento.
- 4.- Los pisos, paredes, techos y/o las ciénagas en las superficies del piso paredes recubiertas con materiales no continuos en las áreas de producción o elaboración son de fácil limpieza.
- 5.- cuenta con botiquín de primeros auxilios en caso de accidentes de los trabajadores.
- 6.- cuentan con estudio de laboratorio.
- 7.- cuentan con certificado médico (CISAMT) C/5 MESES.
- 8.- CUENTA CON CERTIFICADO DE FUMIGACIÓN.
- 9.- CONSTANCIA DE PRIMER AUSELDO DE S. S. M.
- 10.- UTILIZA PAPEL BRANCO ALIMENTICIO (NORMA OFICIAL SCJ30187J5.S.A).
- 11.- EL PERSONAL UTILIZA INDUMENTARIA NECESARIA.

2.- EQUIPO Y UTENSILIOS VITRIN

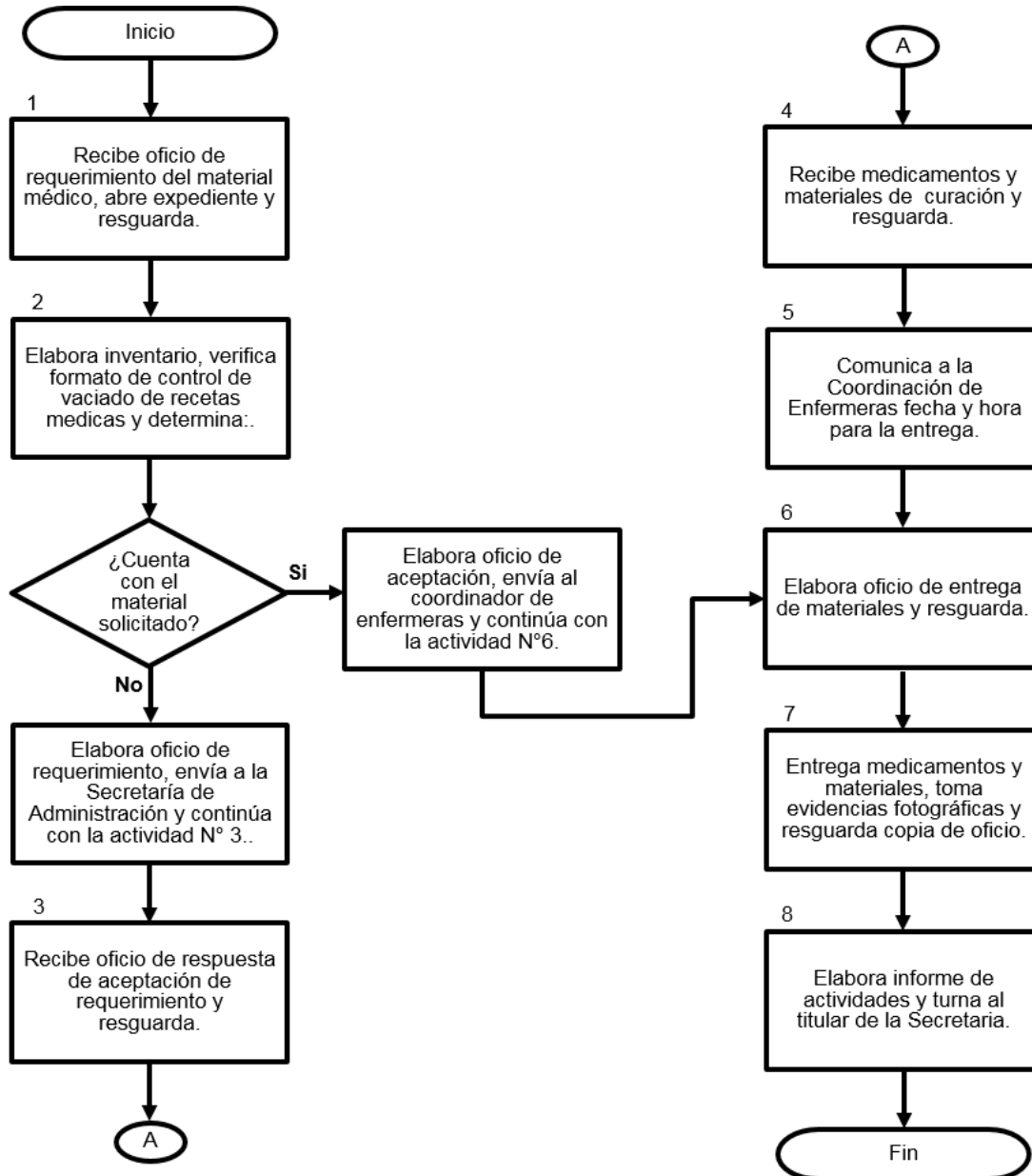
- 8.- LOS UTENSILIOS Y ENJERES DEL ESTABLECIMIENTO SE ENCUENTRAN LIMPIOS Y EN BUEN ESTADO.
- 9.- el equipo, utensilios y materiales en contacto con las materias primas y productos, son limpios, lavables, son resistentes y poseen su desinfección.
- 10.- el equipo, utensilios, y materiales que se emplean en la producción o elaboración, son resistentes y resistentes a la corrosión.
- 11.- Los sanitarios se encuentran aislados a las áreas de proceso.
- 12.- BUENA PRÁCTICA E HIGIENE Y SANIDAD EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
3	Recibe de la Secretaria de Administración, a través el titular de la secretaría, oficio de respuesta de aceptación de requerimiento, se entera y resguarda.	
4	Recibe los medicamentos y materiales de curación, firma de recibido y resguarda medicamentos.	
5	Comunica de manera económica a la Coordinación de Enfermeras fecha y hora para realizar la entrega.	
6	Elabora oficio de entrega de materiales, rubrica, recaba firma del Director Contable y Administración, obtiene fotocopia y resguarda.	
7	Entrega materiales, recaba firma de recibido en oficio de entrega de materiales, toma evidencias fotográficas y resguarda fotocopia en expediente.	
8	<p>Elabora informe de actividades en original y copia, rubrica, recaba firma del Director y turna:</p> <p>-Original de informe de actividades: Titular de la Secretaría.</p> <p>-Copia del informe de actividades: Expediente</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	

Nombre del Procedimiento

Suministro de medicamentos y material de curación a las áreas de servicios médicos.

Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Suministro de medicamentos y material de curación a las áreas de servicios médicos.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen lineamientos para este procedimiento. 	

Nombre del Procedimiento	Suministro de medicamentos y material de curación a las áreas de servicios médicos.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none"> Control de vaciado de recetas médicas surtidas en farmacia interna 	

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
COORDINACION ADMINISTRATIVA
CONTROL DE VACIADO DE RECETAS MEDICAS SURTIDAS EN FARMACIA INTERNA

N.	NOMBRE GENERICO	PRESENTACION	MOVIMIENTO EN FARMACIA				EXISTENCIA FISICA		
			INICIO	ENTRADA	TOTAL	SALIDA	FISICO	FARMACIA	BODEGA
1	ACETAMINOFEN	TABS 500MG C/30							
2	ACETAMINOFEN	SOL 500MG 100ML TABS							
3	ACICLOVIR	TABS 800MG							
4	ALBISOL	TABS 500 MG C/30							
5	ALCOLOL	TABS 500 MG C/30							
6	ALCOLOL	TABS 500 MG C/30							
7	ALCOLOL	TABS 500 MG C/30							
8	ALVA DIVETABLE	TABS 100MG C/30 TABS							
9	ALVA DIVETABLE	SOL 100MG C/30 AMP 5ML							
10	ALVA DIVETABLE	TABS 100MG C/30							
11	ALVA DIVETABLE	TABS 100MG C/30							
12	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
13	AMOXICILINA	TABS 500MG C/30							
14	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
15	AMOXICILINA	TABS 500MG C/30							
16	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
17	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
18	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
19	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
20	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
21	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
22	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
23	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
24	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
25	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
26	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
27	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
28	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
29	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
30	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
31	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
32	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
33	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
34	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
35	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
36	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
37	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
38	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
39	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
40	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
41	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
42	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
43	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
44	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
45	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
46	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
47	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
48	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
49	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							
50	AMOXICILINA	SOL 500MG 100 ML							

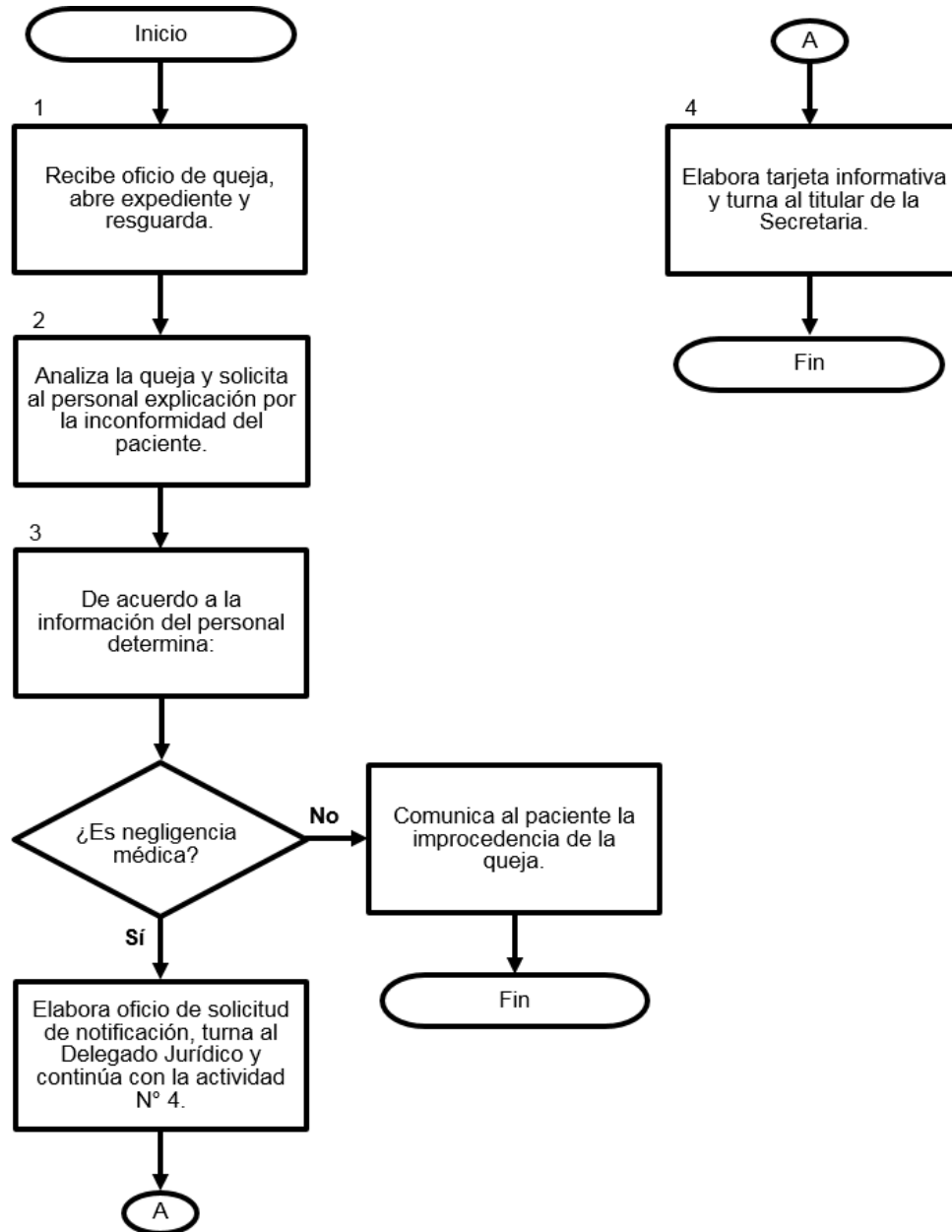
L3-01

Nombre del Procedimiento	Atención a quejas presentadas por los servicios médicos recibidos.
Propósito	Conocer las causas de las quejas médicas presentadas para permitir actuar sobre ellas y mejorar la calidad de los servicios médicos.
Alcance	Desde la recepción de la solicitud de las quejas y reclamos hasta la elaboración de la tarjeta informativa de las soluciones presentadas al titular de la secretaria.
Área Responsable	Subdirección de Servicios Médicos Vespertinos/Dirección de Servicios Médicos.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Recibe del paciente, a través del director, original de oficio de queja por inconformidad del servicio médico, abre expediente y resguarda.	
2	Analiza la queja y solicita de manera económica al personal involucrado explicación por la inconformidad del paciente.	
3	<p>De acuerdo a la información del personal, determina:</p> <p>¿Es negligencia médica?</p> <p>No, Comunica a la paciente la improcedencia de la queja presentada</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</p> <p>Sí, elabora oficio de solicitud de notificación, en original y copia, rubrica, recaba firma del director y turna:</p> <p>-Original de oficio solicitud: Delegado Jurídico</p> <p>-Copia del oficio de solicitud: Expediente</p> <p>Continúa con la actividad N°4.</p>	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
4	<p>Elabora tarjeta informativa en original y copia, rubrica, recaba firma del director y turna:</p> <p>-Original de tarjeta informativa: Titular de la Secretaria</p> <p>-Copia de la tarjeta informativa: Expediente</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	

Nombre del Procedimiento	Atención a quejas presentadas por los servicios médicos recibidos.
Diagrama de Flujo	



Nombre del Procedimiento	Atención a quejas presentadas por los servicios médicos recibidos.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">No existen lineamientos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento	Atención a quejas presentadas por los servicios médicos recibidos.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none">No existen formatos para este procedimiento.	

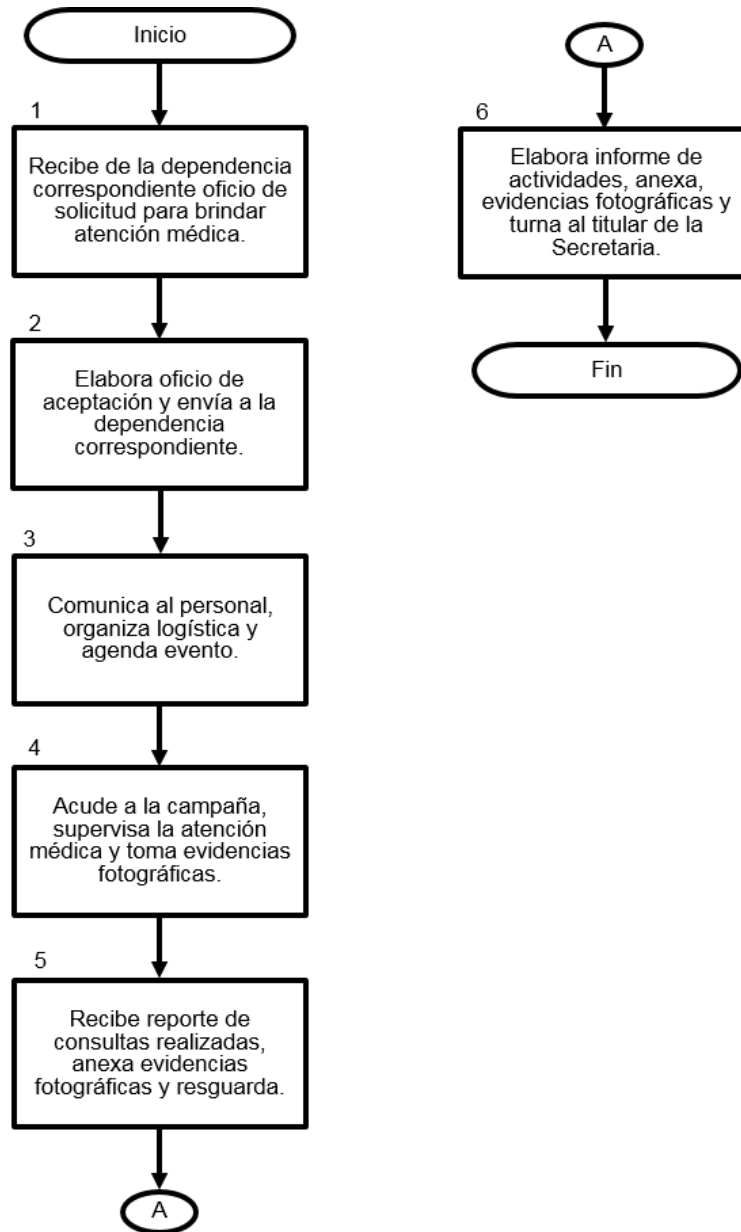
L3-02

Nombre del Procedimiento	Servicios por campañas de salud en colonias y zonas rurales.
Propósito	Proporcionar atención médica en comunidades rurales y colonias populares de la ciudad en materia de salud.
Alcance	Desde la recepción de solicitud de las dependencias correspondientes hasta la elaboración del informe de actividades.
Área Responsable	Subdirección de Servicios Médicos Vespertinos/Dirección de Servicios Médicos.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Recibe de las dependencias correspondientes, a través del titular de la secretaría, original de oficio de solicitud para brindar atención médica en las campañas de salud en colonias y zonas rurales, abre expediente y resguarda.	Las dependencias que solicitan apoyo son: Secretaría de Participación Ciudadana y Secretaria de Equidad de Género. El personal que se emplea para las campañas es: enfermería, odontología, sanidad animal, optométrica, psicología.
2	Elabora oficio de respuesta de aceptación, en original y copia, rubrica, recaba firma del director y titular de la secretaría y envía: -Original de oficio de respuesta: Dependencia correspondiente. - Copia de oficio de respuesta: Expediente	
3	Comunica de manera económica al personal médico, organiza la logística, agenda fecha, hora y lugar del evento de campaña de salud.	
4	Acude a la campaña médica, recibe a los pacientes, supervisa la atención médica requerida y toma evidencias fotográficas.	

Nombre del Procedimiento	Servicios por campañas de salud en colonias y zonas rurales.
---------------------------------	--

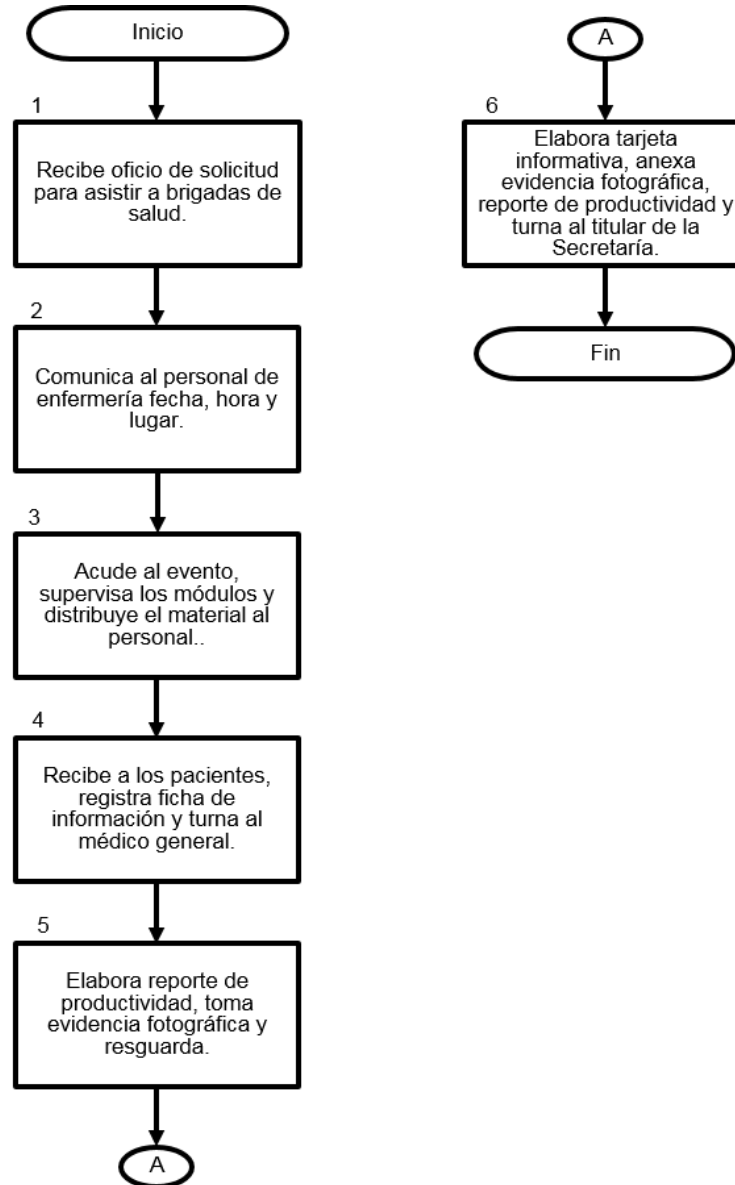
Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Servicios por campañas de salud en colonias y zonas rurales.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">No existen lineamientos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento	Servicios por campañas de salud en colonias y zonas rurales.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none">No existen formatos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento	Servicio de enfermería en brigadas de salud en colonias y zonas rurales.
Diagrama de Flujo	



Nombre del Procedimiento	Servicio de enfermería en brigadas de salud en colonias y zonas rurales.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen lineamientos para este procedimiento. 	

Nombre del Procedimiento	Servicio de enfermería en brigadas de salud en colonias y zonas rurales.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen formatos para este procedimiento. 	

L3-04

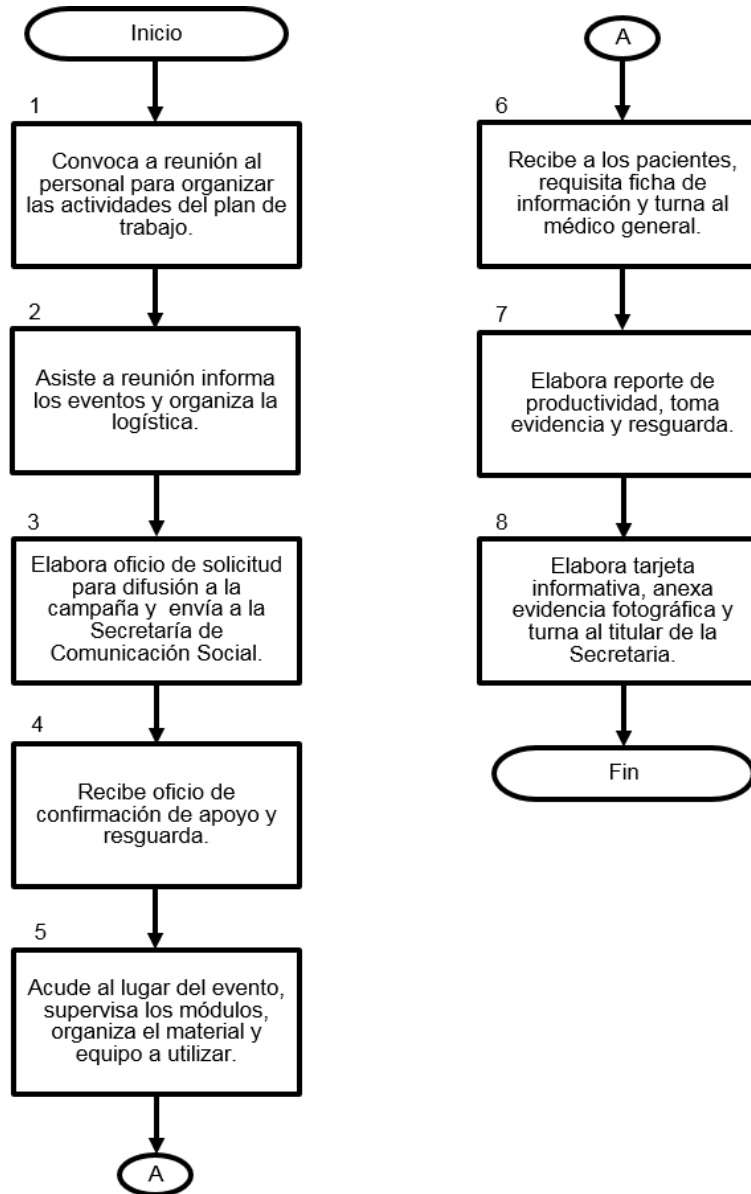
Nombre del Procedimiento	Desarrollo de campañas de detección oportuna de enfermedades crónicas.
Propósito	Brindar a la ciudadanía la prevención oportuna de enfermedades crónicas-degenerativas.
Alcance	Desde que realiza el plan de trabajo del desarrollo de campañas de detecciones hasta la elaboración de la tarjeta informativa.
Área Responsable	Coordinación de Enfermeras/Dirección de Servicios Médicos.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Convoca a reunión al personal de enfermería para organizar y llevar a cabo las actividades de acuerdo al plan de trabajo.	
2	Asiste a la reunión con el personal de enfermería, informa las campañas para la detección oportuna de enfermedades, organiza la logística, determina lugar, fecha y hora de eventos.	Campañas: Día Internacional de Hipertensión Arterial, Día Internacional de la Diabetes, Día Internacional del SIDA, Día Internacional del Cáncer Cervicouterino y Exploración de Mamas. Cáncer de Próstata, Día Internacional de la Caries.
3	Elabora oficio de solicitud de apoyo para difusión de la campaña, en original y copia, , recaba firma del titular de la secretaria y envía: -Original de oficio de solicitud: Secretaría de Comunicación Social -Copia de oficio de solicitud: Archivo	
4	Recibe de la Secretaría de Comunicación Social, a través del titular de la secretaría, oficio de confirmación de apoyo y resguarda.	
5	Acude al lugar del evento, supervisa los módulos de atención, organiza el material y equipos a utilizar.	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
6	Recibe a los pacientes de la comunidad, toma signos vitales, requisita ficha de información y lo turna al médico general.	
7	Elabora reporte de productividad de la revisión de los pacientes, toma evidencias fotográficas y resguarda.	
8	<p>Elabora tarjeta informativa, en original y copia, recaba firma del director, anexa evidencias fotográficas y turna:</p> <p>-Original de Tarjeta Informativa, -evidencias fotográficas: Titular de la Secretaria</p> <p>-Copia de Tarjeta Informativa, -evidencias fotográficas: Archivo</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	

Nombre del Procedimiento	Desarrollo de campañas de detección oportuna de enfermedades crónicas.
---------------------------------	--

Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Desarrollo de campañas de detección oportuna de enfermedades crónicas.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen lineamientos para este procedimiento. 	

Nombre del Procedimiento	Desarrollo de campañas de detección oportuna de enfermedades crónicas.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none"> No existen formatos para este procedimiento. 	

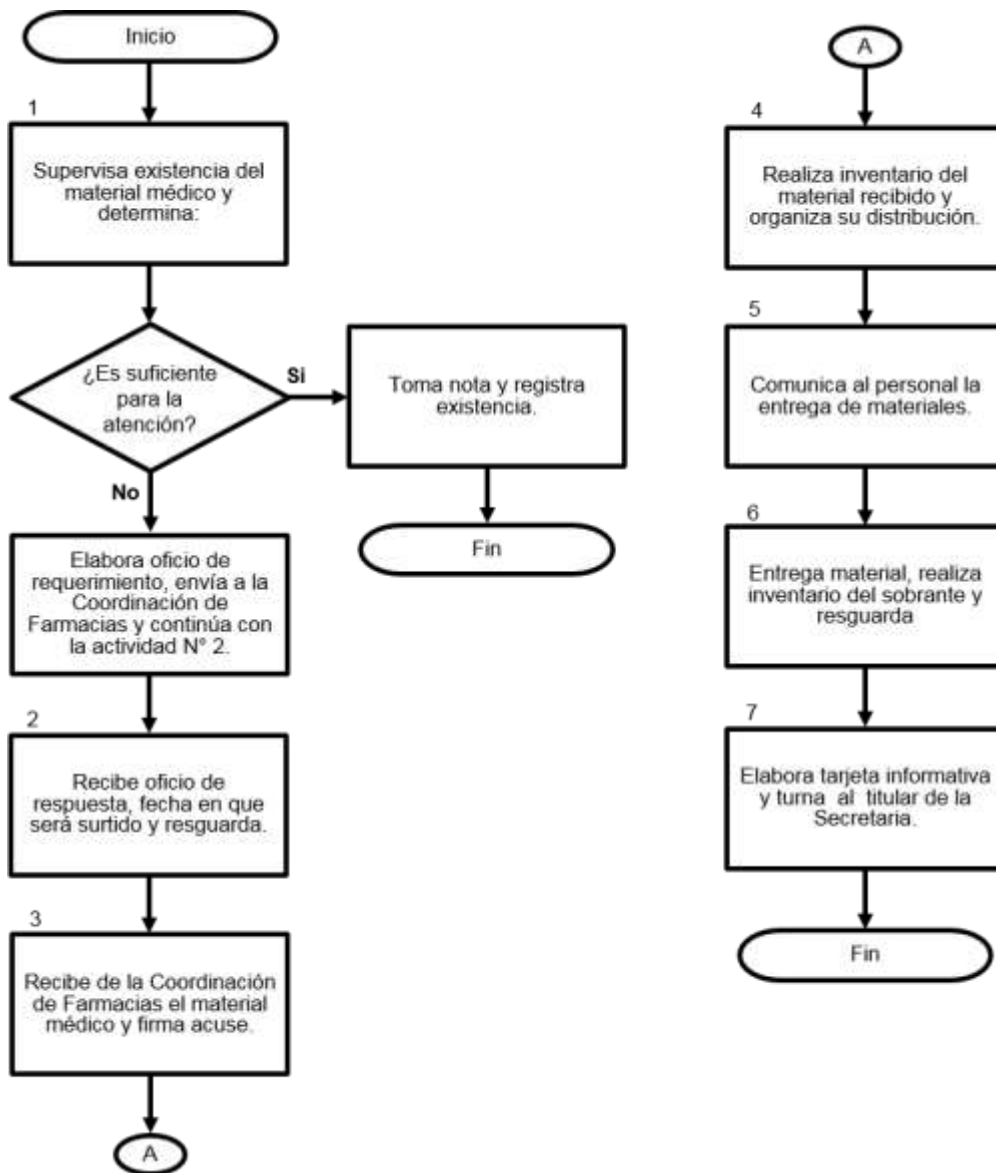
L3-05

Nombre del Procedimiento	Requerimiento de material médico para el personal de enfermería.
Propósito	Cuidar que las áreas tengan el material necesario para cubrir las necesidades de los pacientes.
Alcance	Desde la revisión periódica del material médico a utilizar hasta la elaboración de la tarjeta informativa de los medicamentos entregados.
Área Responsable	Coordinación de Enfermeras/Dirección de Servicios Médicos.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	<p>Supervisa la existencia del material médico y determina:</p> <p>¿Es suficiente para la atención?</p> <p>Sí, Toma nota y registra existencia suficiente.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p> <p>No, Elabora oficio de requerimiento, en original y copia, recaba firmas del director y titular de la secretaría y envía:</p> <p>-Original de oficio de requerimiento Coordinación de Farmacias</p> <p>-Copia de oficio de requerimiento Archivo</p>	Se realizan en turno matutino y vespertino en áreas hospitalarias, de consulta y quirófano.
2	Recibe de la Coordinación de Farmacias oficio de respuesta, fecha en que será surtido el material médico y resguarda.	
3	Recibe de la Coordinación de Farmacias el material médico, firma acuse de recibido.	
4	Realiza inventario del material recibido y organiza en stock para su distribución.	
5	Comunica al personal de enfermería fecha y hora para realizar la entrega de materiales.	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
6	Entrega material, recaba firma de recibido, realiza inventario y resguarda el material sobrante en el Servicio de la Unidad Médica.	
7	<p>Elabora tarjeta informativa, en original y copia, recaba firma del director y turna:</p> <p>-Original Tarjeta Informativa Titular de la Secretaria</p> <p>-Copia Tarjeta Informativa Archivo</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

Nombre del Procedimiento	Requerimiento de material médico para el personal de enfermería.
Diagrama de Flujo	



Nombre del Procedimiento	Requerimiento de material médico para el personal de enfermería.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">No existen lineamientos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento	Requerimiento de material médico para el personal de enfermería.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none">No existen formatos para este procedimiento.	

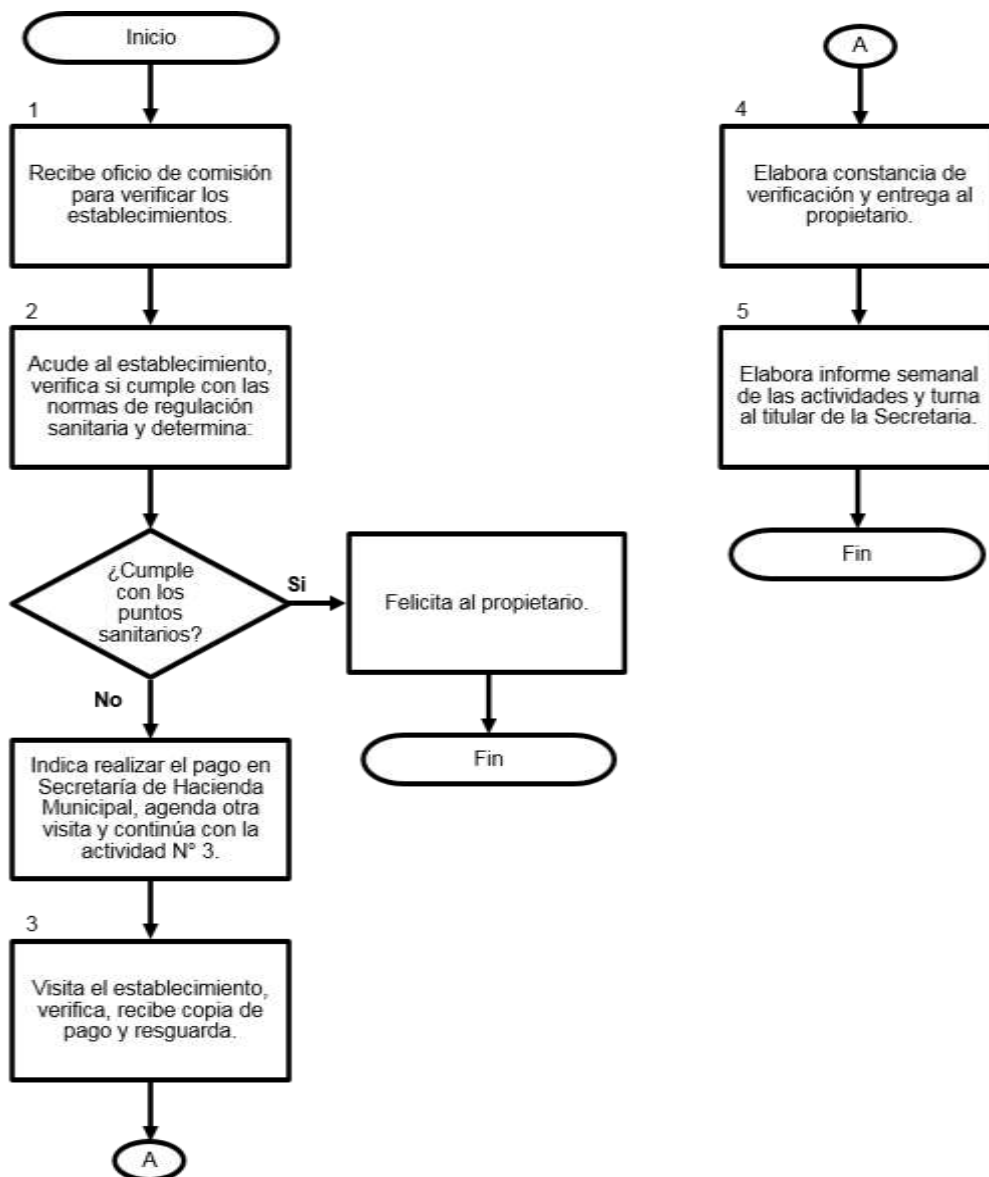
L4-01

Nombre del Procedimiento	Verificación de normas sanitarias a establecimientos.
Propósito	Verificar que los establecimientos estén otorgando un servicio de calidad a la sociedad Tapachulteca bajo las normas sanitarias.
Alcance	Desde la recepción de la solicitud a la revisión de los establecimientos hasta la elaboración semanal del informe de actividades.
Área Responsable	Coordinación de Inspectores/Dirección de Sanidad.

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Recibe de la dirección original de oficio de comisión para verificar las normas sanitarias de los establecimientos y resguarda.	
2	<p>Acude al establecimiento, presenta el oficio de comisión, verifica que este bajo la norma de regulación sanitaria y determina:</p> <p>¿Cumple con los puntos sanitarios?</p> <p>Sí, felicita al propietario del establecimiento por el cumplimiento de las normas sanitarias.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</p> <p>No, invita al propietario realizar el pago de la tarjeta sanitaria en la Secretaría de Hacienda Municipal, agenda otra visita y continúa con la actividad N°3.</p>	<p>Puntos sanitarios: Botes con tapas, bolsas, toallas, que el lugar este limpio, que cuenten con los estudios de laboratorio.</p> <p>Da cinco días hábiles para que cumpla con las observaciones de puntos sanitarios.</p>
3	Visita al establecimiento, verifica los puntos sanitarios, recibe del representante del establecimiento fotocopia de recibo de pago de tarjeta sanitaria y resguarda.	
4	Elabora constancia de verificación para que opere de manera correcta bajo la Norma de la Secretaría de Salud Municipal y entrega al propietario.	
5	<p>Elabora informe semanal de las actividades realizadas, en original y copia, rubrica, recaba firma del director y turna:</p> <p>-Original del informe semanal Titular de la secretaría</p> <p>-Copia del informe semanal Archivo</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	

Nombre del Procedimiento	Verificación de normas sanitarias a establecimientos.
---------------------------------	---

Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Verificación de normas sanitarias a establecimientos.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">No existen lineamientos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento Verificación de normas sanitarias a establecimientos.

Formatos

- Verificación sanitaria.

H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
DIRECCION DE SANIDAD 000018
4a Avenida Norte Esq. 11a. Calle Poniente, Tapachula, Chiapas

En la ciudad de Tapachula, Chiapas siendo las _____ hrs del día _____ del mes de _____ del año _____ con fundamento en los artículos 1, 2, 4, 6, 10, 11, 12, 13, 18 y 20 del Reglamento Municipal de Sanidad para el Municipio de Tapachula, Chiapas. Los inspectores de la Dirección de Sanidad Adscritos a la Secretaría de la salud Municipal en cumplimiento al oficio de comisión número SESAMT/SAN/_____/13 Se constituyen para realizar la verificación e inspección del establecimiento denominado _____ con el giro comercial de _____ y propiedad de _____ con domicilio ubicado en _____ en base a las disposiciones que se encuentran normadas en el Reglamento Municipal de Sanidad se hace constar lo siguiente:

Lineamientos	Art.	Si	No	No Aplica
1.- CUENTA CON ESTUDIO DE LABORATORIO	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- CUENTA CON CERTIFICADO MEDICO (SESAMT CRMESES)	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- CONSTANCIA DE PRIMEROS AUXILIOS S.S.M	3, 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- CUENTA CON CERTIFICADO DE FUMIGACION	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- EL AREA DE TRABAJO SE ENCUENTRA LIMPIA	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- AVISO DE FUNCIONAMIENTO DE LA S.S.A FECHA	3, 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- UTILIZA PAPEL GRADO ALIMENTICIO (NORMAS OFICIALES SC 120,167/SSA)	3, 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- EL PERSONAL UTILIZA LA INDEUMENTARIA NECESARIA	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON AGUA POTABLE	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- CUENTA CON BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- EL LUGAR CUENTA CON BUENA VENTILACION	24, 5, 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON CHIMENCA	26, 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- EL LUGAR TIENE BUENA ILUMINACION	24, F, 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- LOS UTENSILIO Y ENSERES DEL ESTABLECIMIENTO SE ENCUENTRA LIMPIOS Y EN BUEN ESTADO	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON RECIPIENTE PARA BASURA	26, F, VI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- BUENA PRACTICA DE HIGIENE Y SANIDAD EN LA PREPARACION DE LOS ALIMENTOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSPECTOR _____ INSPECTOR _____
INSPECTOR _____ INSPECTOR _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO Y/O ENCARGADO _____

L5-01

Nombre del Procedimiento	Desarrollo de Campañas de Vacunación Antirrábica.
Propósito	Fomentar una cultura en el cuidado de las mascotas previniendo el desarrollo de rabia en el municipio de Tapachula
Alcance	Desde la elaboración del plan de trabajo hasta el envío de la tarjeta informativa de las actividades.
Área Responsable	Dirección de Sanidad Animal/Oficina del C. Secretario.

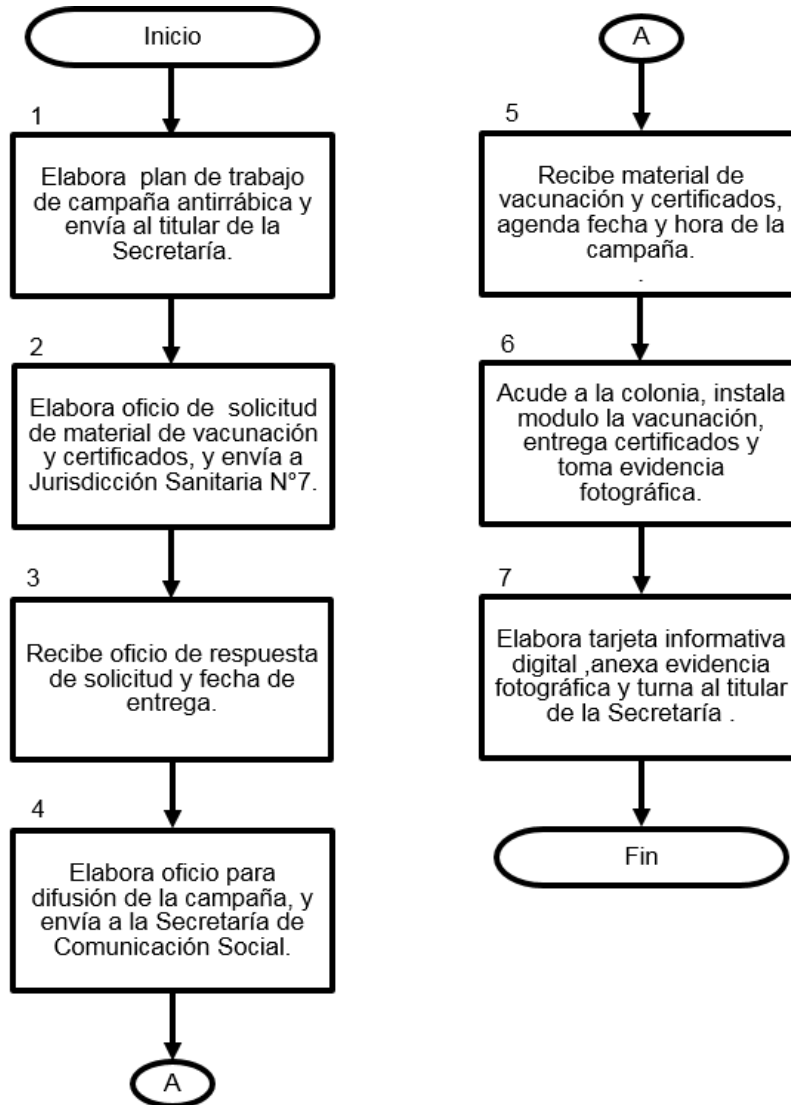
Descripción del Procedimiento

Número de Actividad	Actividad	Observaciones
1	Elabora plan de trabajo de campaña antirrábica y envía de manera económica al titular de la secretaría.	
2	Elabora oficio de solicitud de material de vacunación y certificados sellados, en original y copia, rubrica, recaba firma del titular de la secretaría y envía: -Original de oficio de solicitud: Jurisdicción Sanitaria N° 7 -Copia de oficio de solicitud: Archivo	
3	Recibe de Jurisdicción Sanitaria N° 7 original de oficio de respuesta, fecha de entrega del material de vacunación y certificados, se entera y resguarda.	
4	Elabora oficio para la difusión de la campaña, en original y copia, recaba firma del titular de la secretaría y envía: -Original de oficio de solicitud: Secretaría de Comunicación Social -Copia de oficio de solicitud: Archivo	
5	Recibe de la Jurisdicción Sanitaria N. 7 material de vacunación y certificados, agenda con presidentes y líderes de colonias fecha y hora de la campaña.	
6	Acude a la colonia, instala módulo de atención, inicia la vacunación de los animales, entrega certificados y toma evidencias fotográficas.	

Descripción del Procedimiento		
Número de Actividad	Actividad	Observaciones
7	<p>Elabora tarjeta informativa digital, anexa evidencias fotográficas y envía por correo electrónico al titular de la secretaría para su conocimiento con copia a la Jurisdicción Sanitaria N° 7.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

Nombre del Procedimiento	Desarrollo de Campañas de Vacunación Antirrábica.
---------------------------------	---

Diagrama de Flujo



Nombre del Procedimiento	Desarrollo de Campañas de Vacunación Antirrábica.
Lineamientos	
<ul style="list-style-type: none">No existen lineamientos para este procedimiento.	

Nombre del Procedimiento	Desarrollo de Campañas de Vacunación Antirrábica.
Formatos	
<ul style="list-style-type: none">No existen formatos para este procedimiento.	