



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

de la

Dirección de Sanidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

de la

Dirección de Sanidad

Elaboró	Aprobó	Validó
<p>C. MARY RUTH AYOTITLA ROMERO</p> <hr/> <p>Nombre Cargo</p>	<p>C.D.ERIKA MIRALRIO MEDINA</p> <hr/> <p>Nombre Cargo</p>	<p>LIC. PEDRO ORLANDO ESCUDERO GARCIA</p> <hr/> <p>Nombre Cargo</p>



Gobierno del Municipio de Tulancingo de Bravo, 2020-2024

Unidad Técnica de Innovación Gubernamental

Blvd. Nuevo San Nicolás, S/N, Fracc. Nuevo San Nicolás

Tulancingo de Bravo, Hidalgo, C.P. 43640

Contacto (775) 7558450

Secretaría de Desarrollo Humano y Social

Dirección de Sanidad

Mayo de 2023

Realizado en Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

La reproducción total o parcial de este documento
Se autorizará siempre y cuando se de el crédito
Correspondiente a la fuente.

Contenido

I.	Introducción	5
II.	Objetivos del manual	6
III.	Procedimiento “1”	7
	“Atención médica, dental y optometrista”	7
1.	Desarrollo de procedimientos	8
2.	Descripción de actividades	13
3.	Modelado de procesos	14
IV.	Procedimiento “2”	15
	“Esterilización”	15
1.	Desarrollo de procedimientos	16
2.	Descripción de actividades	22
3.	Modelado de procesos	23
V.	Procedimiento “3”	24
	“Inspecciones”	24
1.	Desarrollo de procedimientos	25
2.	Descripción de actividades	34
3.	Modelado de procesos	35

I. Introducción

El Manual de Procedimientos informa a través de un panorama amplio y conciso los pasos a seguir al realizar un trámite a fin de que sea más fácil, buscando impulsar la modernización integral, eficiente y con servicios de calidad en la Administración Pública del Municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo, a través de la implementación de instrumentos que contribuyan al incremento de la eficiencia en los procedimientos y a la eliminación de requisitos innecesarios, la duplicidad de funciones y los sistemas administrativos obsoletos. Busca que los servidores públicos en el ejercicio de sus competencias y responsabilidades reduzcan el manejo de documentación a lo estrictamente necesario, mejorando la calidad de los servicios para atender con oportunidad las solicitudes y demandas ciudadanas con eficiencia y eficacia, logrando que el vínculo sociedad-gobierno sea oportuno, directo y transparente.

Por otro lado, también es instrumento que facilita el control interno de la organización, ya que detalla las labores que se deben llevar a cabo. Está diseñado como una herramienta administrativa de uso cotidiano, ya que permite orientar el desempeño del trabajador ante cualquier duda.

Cuando hablamos de procedimientos, en este ámbito, nos referimos no sólo a acciones concretas y conjuntos de labores, sino también a los materiales que involucran, al orden en que deben realizarse, al tiempo que normalmente deben tomar y al conjunto sistemático y concatenado de procesos que tienen como resultado la producción de la empresa o del departamento.

II. Objetivos del manual

El presente tiene como objetivo establecer los pasos a seguir para simplificar a los usuarios y trabajadores en trámites o servicios que desean realizar, respetando los siguientes lineamientos.

1. Facilitar la capacitación y adiestramiento del personal.
2. Especificar las capacidades y responsabilidades de cada puesto de trabajo, departamento para mejor atención al ciudadano.
3. Proporcionar una visión integral de los procesos que componen las labores de la Dirección de Sanidad.
4. Crear el historial de procedimientos de la Dirección, obteniendo valor documental.
5. Permitir la evaluación del desempeño de los trabajadores para mejor obtención de resultados.

III. Procedimiento “1”

“Atención médica, dental y optometrista” SDHyS-SM-001

1. Desarrollo de procedimientos

1.1 Propósito del Procedimiento

Ofrecer atención médica de calidad en la prevención o de manera curativa de forma eficiente, a través de un servicio de salud integral.

1.2 Alcance

Por la naturaleza misma del procedimiento, es aplicable a la Población en general y al personal de la dirección de Sanidad.

1.3 Referencias

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Constitución Política del Estado de Hidalgo.

Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.

Ley Orgánica Municipal del Estado de Hidalgo

Bando de Policía y Gobierno de Tulancingo de Bravo Hgo.

Plan Municipal de Desarrollo 2020-2024

Reglamento interior de la Administración Pública Municipal de Tulancingo de Bravo

1.4 Responsabilidades

Director de Sanidad Municipal. - responsable de la elaboración, emisión, control, vigilancia del procedimiento, girar instrucciones al personal a su cargo, gestionar los recursos necesarios en material gastable para brindar la atención, revisar que las actividades se hagan en tiempo y forma.

Personal médico general y cirujano dentista:

Otorgar atención curativa o preventiva a los ciudadanos.

Emitir un diagnóstico

Emitir receta médica de ser necesaria.

Informar al paciente en un lenguaje entendible y preciso.

Realizar la referencia del paciente según sea el caso.

Llenar la hoja de consulta con los datos requeridos.

La prescripción de un tratamiento farmacológico o no farmacológico de acuerdo al diagnóstico.

Elaborar informes necesarios.

Llenar el **formato 1**.

Mantener su espacio de atención limpio.

Reportar sus necesidades a su director (a) con anticipación.

Enfermera o auxiliar o prestatario de servicio:

Recepcionar al paciente

Tomar signos

Registrar al paciente

Brindar información a quien lo requiera.

En coordinación con el medico verificar sus faltantes para solicitarlos al Director (a) con anticipación.

Secretario de Desarrollo Humano y Social: responsable de la revisión y aprobación del Manual de Organización.

1.5 Definiciones

Signos vitales: Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo.

Temperatura corporal. - capacidad del organismo de generar y eliminar calor

Pulso.- el número de veces que el corazón late durante cierto periodo, por lo general un minuto.

FR.- Es la cantidad de respiraciones por minuto.

Presión arterial.- Es la cantidad de respiraciones por minuto.

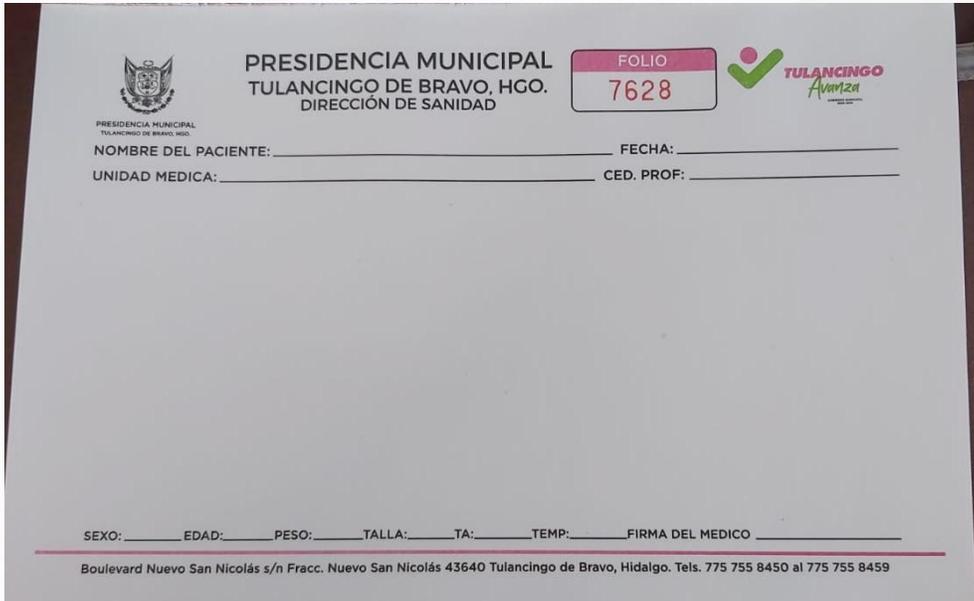
DX. Diagnostico

1.6 Políticas y lineamientos

Los servidores públicos trabajaran en apego al Código de Ética.

Instructivo de llenado formato 1.- Para llenar el presente deberá hacerlo con tinta azul, legible sin tachaduras.

1. **Responsable.** - Deberá escribirse con lapicero de tinta azul el nombre de médico, dentista, optometrista según sea el caso encargado de brindar la consulta.
2. **Fecha.** - Escribirá la fecha en que se está dando la consulta.
3. **Nombre.** - Escribirá el nombre con apellidos de la persona a quien le está dando la consulta.
4. **Edad.** - Escribirá la edad del paciente.
5. **Sexo.** - Escribirá el sexo al que pertenece el paciente
6. **Peso.** - Escribirá el peso del paciente.
7. **Talla.** - Escribirá la talla (cm que mide el paciente)
8. **Diagnostico.** - Escribirá el Diagnostico o motivo de consulta del paciente.
9. **Colonia.** - Escribirá la colonia a la que pertenece el paciente.
10. **Donativo.** - Escribirá la cantidad monetaria que el paciente dio o en su defecto la palabra exento, si no aportó nada.



Formulario de llenado de datos del paciente, emitido por la Presidencia Municipal de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, Dirección de Sanidad. El formulario incluye un espacio para el número de folio (7628) y el logo de Tulancingo Avanza. Los campos de datos están organizados en líneas horizontales con guiones bajos para escribir.

PRESIDENCIA MUNICIPAL
TULANCINGO DE BRAVO, HGO.
DIRECCIÓN DE SANIDAD

FOLIO
7628

TULANCINGO
Avanza

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
UNIDAD MEDICA: _____ CED. PROF: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ TA: _____ TEMP: _____ FIRMA DEL MEDICO _____

Boulevard Nuevo San Nicolás s/n Fracc. Nuevo San Nicolás 43640 Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Tels. 775 755 8450 al 775 755 8459

Formato 2.-receta médica

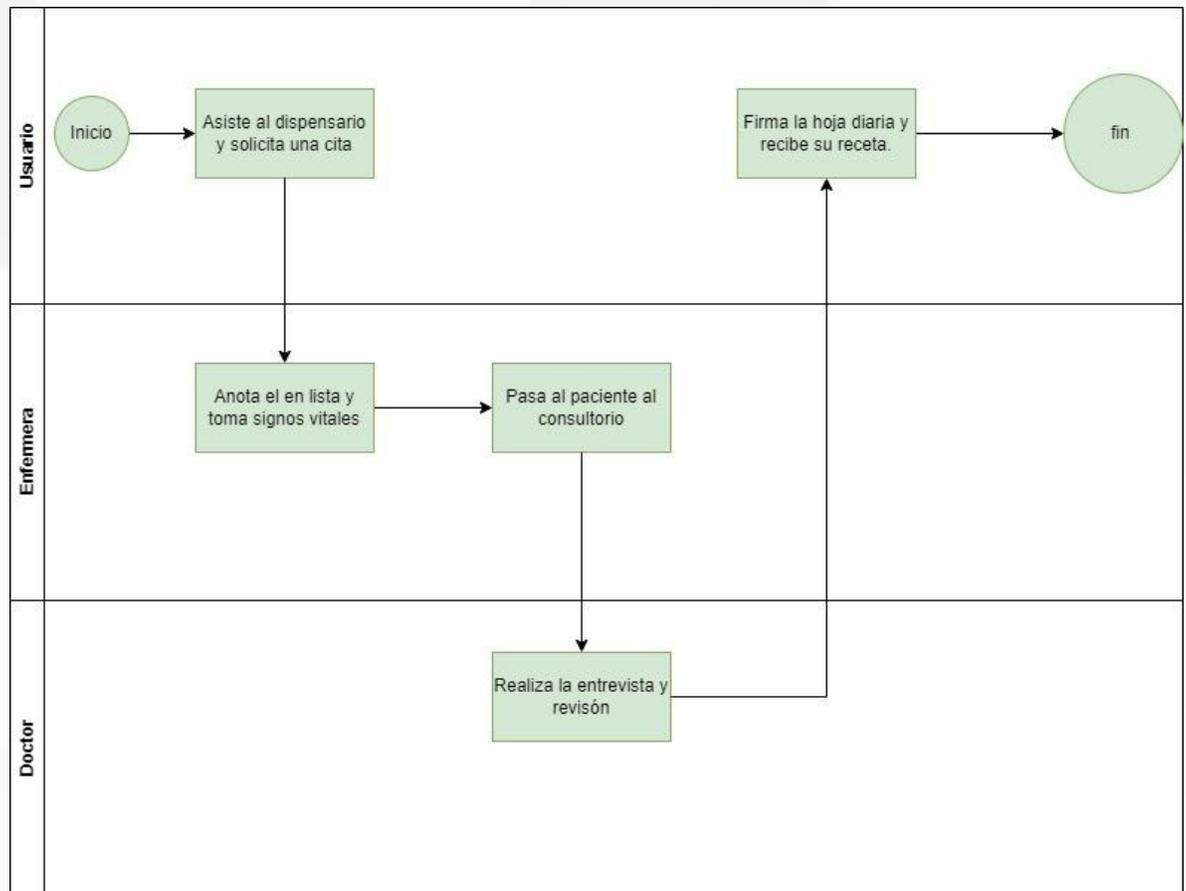
Instructivo de llenado formato 2.- para llenar el presente deberá hacerlo con tinta azul, legible sin tachaduras.

1. **Nombre del paciente.** - escribirá el nombre con apellidos de la persona a quien le está dando la consulta.
2. **Fecha.** - escribirá la fecha en que se está dando la consulta.
3. **Unidad médica-** Lugar donde se está brindando la consulta.
4. **Ced. Prof.-** se escribirá el número de cedula profesional.
5. **Sexo.** - escribirá el sexo al que pertenece el paciente
6. **Edad.** - escribirá la edad del paciente.
7. **Peso.** - escribirá el peso del paciente.
8. **Talla.** - escribirá la talla (cm que mide el paciente)
9. **Ta.-**escribirá la tensión arterial
10. **Temp.** -escribirá la temperatura del paciente.
11. **Firma del médico.** - escribirá su nombre y su firma.

2. Descripción de actividades

	Procedimiento		SDHyS-SM-001	 <p>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</p>
	Atención médico, dental y oftalmológico		Fecha: 27/04/22	
			Versión: 1.0	
			Página: 1	
Unidad Administrativa: Secretaria de Desarrollo Humano y Social		Área responsable: Dirección de Sanidad		
Descripción de Actividades.				
Paso	Responsable	Actividad	Documento de trabajo (Clave)	
1	Usuario	Solicita la atención médica	N/A	
2	Auxiliar	Recibe al paciente y pregunta la tención médica que requiere, así como sus datos personales	N/A	
3	Usuario	Indica el servicio que requiere proporciona los datos al auxiliar	N/A	
4	Auxiliar	Registra datos y realiza toma de signos, peso y talla y lo turna con el doctor	Formato de registro	
5	Medico	Recibe al paciente, familiar o persona legalmente responsable solicita "Identificación oficial" con fotografía, verifica identidad.	N/A	
6	Usuario	Proporcional información	N/A	
7	Medico	Regresa identificación	N/A	
8	Medico	Entrevista, al paciente, familiar o persona legalmente responsable, requisita el formato 1. Interroga al paciente en forma directa o indirecta a través de su familiar o persona legalmente responsable para conocer el motivo de la consulta	N/A	
9	Médico	Realiza exploración física al paciente ante la presencia de la Asistente Médica o de personal de Enfermería o en su caso de un familiar o representante legal. Establece el diagnóstico y determina la ocasión del servicio.	Formato 2	
10	Usuario	Recibe la atención médica y se retira	N/A	
		Fin del procedimiento		

3. Modelado de procesos



IV. Procedimiento “2”

“Esterilización”

SDHyS-SM-002

1. Desarrollo de procedimientos

2.1 Propósito del procedimiento

Realizar esterilizaciones caninas y felinas con el fin de reducir caninos en situación de calle, agresiones, heces fecales, fomentando la tenencia responsable de mascotas.

2.2 Alcance

Por la naturaleza misma del procedimiento, es aplicable a la Población en general y al personal de la dirección de Sanidad.

2.3 Referencias

Constitución política de los estados unidos mexicanos.

Constitución política del estado de hidalgo.

Ley general de salud.

Ley de protección y trato digno para los animales en el estado de hidalgo.

Ley de salud para el estado de hidalgo.

Plan municipal de desarrollo 2020-2024

Norma oficial mexicana nom-042-ssa2-2006, prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.

Reglamento para la protección posesión y control de animales de compañía.

2.4 Responsabilidades

Director de sanidad municipal. - responsable de la coordinación, elaboración, emisión, control, vigilancia del procedimiento, girar instrucciones al personal a su cargo, gestionar los recursos necesarios en material gastable para brindar la atención, revisar que las actividades se hagan en tiempo y forma.

Personal médico veterinario:

Emite requisitos para la esterilización canina y felina.

Realiza la limpieza de su unidad de trabajo.

Medica al canino o felino.

Solicita los insumos necesarios para su óptimo desempeño.

Valoración del canino o felino

Realiza la cirugía de esterilización.

Mantiene la mascota en observación para su recuperación.

Llena el formato 3. Responsiva.

Da indicaciones al dueño para la pronta recuperación de la mascota

Auxiliar

En unidad móvil:

Revisa las condiciones de su unidad móvil

brindar información a quien lo requiera.

Reporta a su jefe inmediato de cualquier eventualidad de trabajo.

Entrega la mascota al propietario.

Mantiene la unidad limpia.

Recepción al usuario.

Requisita el formato 3 de responsiva.

Requisita el formato 4 de registro

Entrega la mascota al propietario posterior a la cirugía.

Reporta el faltante de insumos para ser abastecidos.

En consultorio:

- Revisa las condiciones de su consultorio.
- brindar información a quien lo requiera.
- Mantiene limpio y ordenado el espacio de trabajo.
- Reporta a su jefe inmediato de cualquier eventualidad de trabajo.
- Entrega la mascota al propietario.
- Recepción al usuario.
- Requisita el formato 3 de responsiva.
- Requisita el formato 4 de registro
- Entrega la mascota al propietario posterior a la cirugía.
- Reporta el faltante de insumos para ser abastecidos.

Secretario de desarrollo humano y social: responsable de la revisión y aprobación del manual de organización.

2.5 Definiciones

Esterilización:

Zoonosis, a las enfermedades que, de una manera natural, se transmiten entre los animales vertebrados y el hombre.

2.6 Políticas y lineamientos

Los servidores públicos trabajaran en apego al código de ética.

Para el caso de procedimientos específicos deben guiarse con la ley general de salud y normas oficiales mexicanas aplicables.

Se atenderá caninos y felinos con un propietario, encargado o poseedor mayor de edad.

No se esterilizará a:

- Caninos en celo
- Gestantes.
- No sano.
- Razas braquicefalicas.

4. **Dirección:** escribir la dirección del propietario, poseedor o encargado mayor de edad.
5. **Mascota:** escribir el nombre de la mascota.
6. **Especie:** escribir la especie de la mascota.
7. **Procedimiento.-** especificar el procedimiento que se realizó a la mascota.
8. **Numero de responsiva.-** escribir el número correspondiente.
9. **Tel:** escribir el número telefónico del propietario.
10. **Firma:** deberá pedir al propietario, poseedor o encargado de la mascota que firme en ese espacio.

Instructivo de llenado formato 4.- para llenar el presente deberá hacerlo con tinta azul, legible sin tachaduras.

Formato 4.- responsiva

11. **Responsable.-** deberá escribir el nombre del médico veterinario.
12. **Fecha.-** escribirá la fecha en que se está dando la consulta.
13. **Propietario.-** escribirá el nombre con apellidos del propietario, poseedor o encargado de la mascota.
14. **Dirección:** escribir la dirección del propietario, poseedor o encargado mayor de edad.
15. **Mascota:** escribir el nombre de la mascota.
16. **Especie:** escribir la especie de la mascota.
17. **Procedimiento.** - especificar el procedimiento que se realizó a la mascota.
18. **Numero de responsiva.** - escribir el número correspondiente.
19. **Tel:** escribir el número telefónico del propietario.
20. **Firma:** deberá pedir al propietario, poseedor o encargado de la mascota que firme en ese espacio.



PRESIDENCIA MUNICIPAL DE TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO
SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL



CÉDULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA DE PERROS Y GATOS

FECHA _____

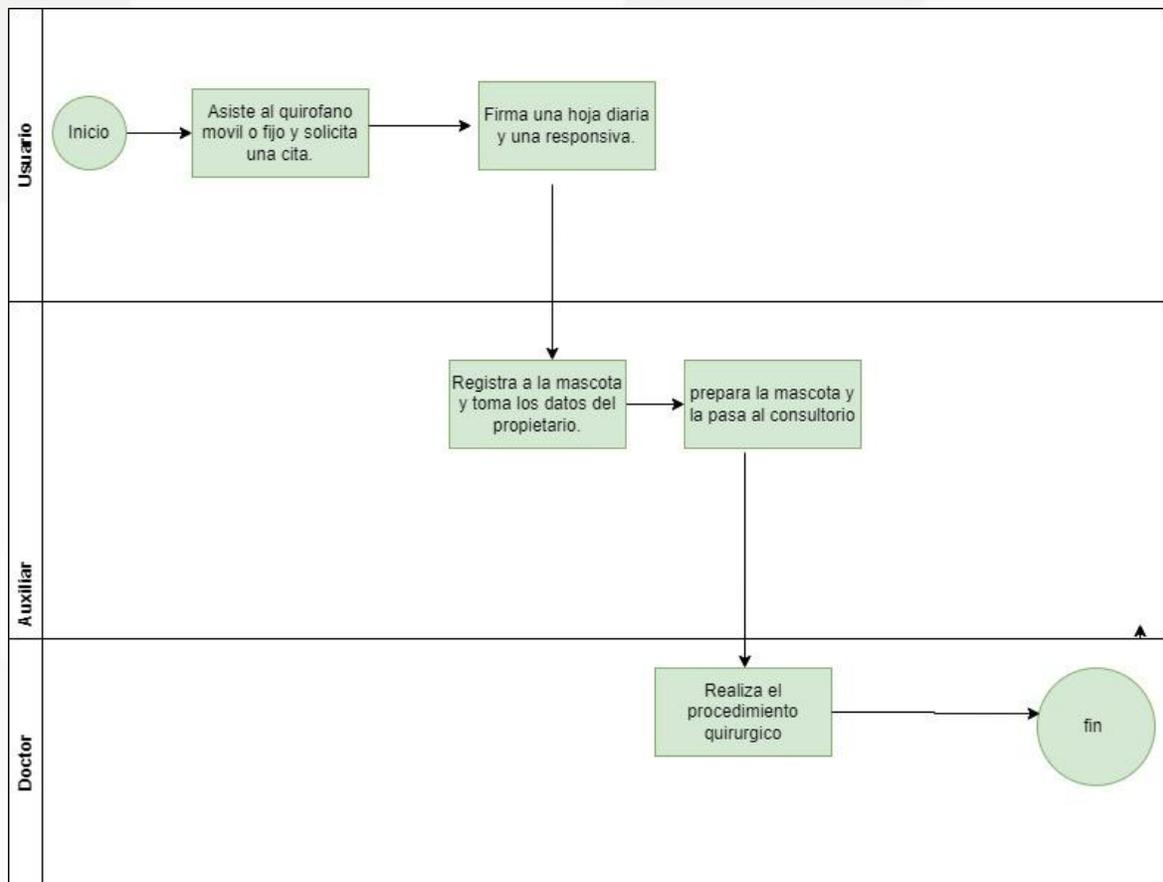
DATOS DEL PROPIETARIO			
NOMBRE COMPLETO		EDAD	
CALLE Y NÚMERO		C.P.	
COLONIA/LOCALIDAD		TELÉFONO CELULAR/FIJO	
CORREO ELECTRÓNICO		REGISTRO MUNICIPAL DE LA MASCOTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NUM. REG. _____	
DATOS DE LA MASCOTA			
NOMBRE		ESPECIE PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>	SEXO MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>
RAZA		CONDICIÓN CORPORAL	
FECHA DE NACIMIENTO/EDAD	VACUNA ANTIRRÁBICA VIGENTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	
TALLA		MUY DELGADO DELGADO IDEAL SOBREPESO OBESO	
PESO (KG)	COLOR DE PELO		
DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN	TRANQUILIZANTES Y ANESTÉSICOS UTILIZADOS		
<input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO	XILAZINA 2% TILETAMINA/ZOLAZEPAN OTRO (ESPECIFIQUE)		
<input type="checkbox"/> OVARIO-HISTERECTOMÍA	MEDICAMENTO	_____	_____
<input type="checkbox"/> ORQUIECTOMÍA	LOTE/CADUCIDAD	_____	_____
M.V.Z. QUE REALIZA LA CIRUGÍA (NOMBRE Y FIRMA)			
¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA CAMPAÑA?			
PERIFONEO <input type="checkbox"/>	RADIO <input type="checkbox"/>	PERIÓDICO <input type="checkbox"/>	VOLANTE <input type="checkbox"/> CARTEL <input type="checkbox"/> LONA <input type="checkbox"/> FACEBOOK <input type="checkbox"/> OTRO _____

AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA
Manifiesto que he sido informado del procedimiento quirúrgico que se realizará a mi mascota, cuyos datos se registran en esta cédula, y estoy consciente de los riesgos propios de la cirugía así como el uso de los tranquilizantes, anestésicos y medicamentos. Con pleno conocimiento y de forma voluntaria, AUTORIZO que se realice el procedimiento quirúrgico y destino de cualquier tipo de responsabilidad al Médico Veterinario Cirujano, a la Dirección de Sanidad y al Municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo, por cualquier complicación que se presente durante o después de la cirugía, otras causas no relacionadas, al igual que cualquier consecuencia que pudiera surgir, incluyendo la muerte. Por este conducto me comprometo a seguir las indicaciones del Médico Veterinario Cirujano y realizar los cuidados necesarios a mi mascota hasta su completa recuperación.

2. Descripción de actividades

 <p>TULANCINGO <i>Avanza</i> <small>GOBIERNO MUNICIPAL 2020-2024</small></p>	Procedimiento		SDHyS-SM-001	 <p>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</p>
	Esterilización		Fecha: 27/04/22	
			Versión: 1.0	
			Página: 1	
Unidad Administrativa: Secretaria de Desarrollo Social			Área responsable: Dirección de Sanidad	
Descripción de Actividades.				
Paso	Responsable	Actividad	Documento de trabajo (Clave)	
1	Usuario	Solicita atención para esterilización	N/A	
2	Usuario	¿Asiste al quirófano móvil? Si, paso 6 ¿Asiste al quirófano móvil? No, paso 3	N/A	
3	Usuario	Agenda una cita para la esterilización	N/A	
4	Auxiliar	Recibe al usuario y proporciona fecha y hora para la esterilización	N/A	
5	Usuario	Se presenta el día y hora indicados paso 7	N/A	
6	Usuario	Se forma y al llegar su turno solicita la esterilización	N/A	
7	Auxiliar	Proporciona la hoja responsiva y registra a la mascota y toma datos del propietario	Formato de registro	
8	Auxiliar	Prepara a la mascota y lo paso al quirófano	N/A	
9	Medico veterinario	Recibe a la mascota y realiza el procedimiento quirúrgico y espera a que la mascota despierte, que se encuentre bien e indica al auxiliar la entregue a su dueño	N/A	
10	Auxiliar	Entrega la mascota y le proporciona indicaciones post operatorias	N/A	
11	Usuario	Recibe a su mascota y se retira	N/A	
		Fin del procedimiento		

3. Modelado de procesos



V. Procedimiento “3”

“Inspecciones”

SDHyS-SM-003

1. Desarrollo de procedimientos

1.1 Propósito del Procedimiento

El área de Inspección, Control y Fomento Sanitario, se encargará de la inspección, vigilancia y control sanitario, así como de la promoción de la salud en los establecimientos Construcciones, excepto las de los establecimientos de salud; Panteones y Cementerios públicos y privados; - Sexo-servicio; Baños públicos y balnearios; Centros de reunión y espectáculos; Lavanderías; establecimientos para el hospedaje; tales como hoteles, moteles, hostales, casas de huéspedes, pensiones y similares; centros de acopio animal y control de fauna nociva; Establecimientos, mercados, tianguis, puestos fijos, semi-fijos y ambulantes, ferias y cualquier forma de comercio en el que se preparen, manipulen o vendan alimentos así como realizar la promoción de la salud mediante la educación y orientación para prevenir enfermedades transmisibles, no transmisibles accidentes y traumatismos

1.2 Alcance

El alcance es para el Municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo.

1.3 Referencias

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Constitución Política del Estado de Hidalgo.

Ley General de Salud.

Ley de protección y trato digno para los animales en el estado de hidalgo.

Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.

Plan Municipal de Desarrollo 2020-2024.

Reglamento de Salud y Sanidad del Municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo.

NORMA Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.

Reglamento para la Protección Posesión y Control de Animales de Compañía.

1.4 Responsabilidades

Director de Sanidad Municipal.- Responsable de la coordinación, elaboración, emisión, control, vigilancia del procedimiento, girar instrucciones al personal a su cargo, gestionar los recursos necesarios para la óptima atención al público

1.5 Definiciones

Inspectores

Los inspectores o verificadores para practicar sus visitas deberán estar provistos de una orden escrita, con firma autógrafa, expedida por la o el titular de la Dirección, en las que se deberá precisar el establecimiento, puesto semifijo, en tianguis, plaza, feria, centro comercial o el comerciante ocasional o ambulante que habrá de inspeccionarse o verificarse, el objeto de la visita, el alcance que debe tener y las disposiciones legales que la fundamente. Tratándose de actividades que se realicen en la vía pública, las órdenes podrán darse para inspeccionar o verificar una rama determinada de actividades o una zona que se determinará en la misma orden.

- En la diligencia de inspección o verificación sanitaria, se deberán observar las siguientes reglas:
- I.- Al iniciar la visita, el inspector o verificador deberá exhibir credencial vigente, expedida por la autoridad sanitaria municipal que lo acredite para desarrollar dicha función, así como la orden expresa a que se refiere el artículo anterior de este reglamento, de la que deberá dejar copia al

propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento. Esta circunstancia se deberá asentar en el acta correspondiente;

- II.- Al inicio de la visita, se deberá requerir al propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento, que designe dos testigos que deberán permanecer durante el desarrollo de la visita. Ante la negativa o ausencia del visitado, los designará la autoridad que practique la verificación. Estas circunstancias de la designación de testigos, así como su nombre, domicilio, firma y documento de identificación, se harán constar en el acta que se levante con motivo de la inspección o verificación, se harán constar las circunstancias de la diligencia, las deficiencias o anomalías observadas, y en su caso las medidas de seguridad que se deban ejecutar; y
- IV.- Se dará oportunidad al propietario, responsable, encargado u ocupante del establecimiento, de manifestar lo que a su derecho convenga, asentando su dicho en el acta respectiva y recabando su firma en el propio documento, del que se le entregará una copia. La negativa a firmar el acta o a recibir copia de la misma o de la orden de visita, se deberá hacer constar en el documento y no afectará su validez, ni la de la diligencia practicada

Secretario de Desarrollo Humano y Social: Responsable de la revisión y aprobación del Manual de Organización.

1.6 Definiciones

Áreas Operativas: las áreas que conforman a la Dirección de Sanidad Municipal, que son: área de Inspección, Control y Fomento Sanitario, área de Zoonosis, área Médica; II.- **Ayuntamiento:** El Ayuntamiento Constitucional de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

Comerciante ambulante: La persona física que realiza la actividad comercial o de servicio deambulando en las vías públicas del municipio;

Comerciante ocasional: La persona física que realiza una actividad comercial de manera esporádica, con motivo de algún evento, sin ser el comercio su actividad principal;

Comercio ambulante: la actividad comercial que se realiza de manera ambulatoria, a pie o mediante el uso de un vehículo motorizado o no motorizado;

Comités Vecinales de Salud: Ciudadanos miembros de una misma demarcación municipal, organizados para colaborar en los programas operativos de salud en la forma de participación ciudadana.

Control Sanitario: Conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, inspección, verificación y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerza la autoridad sanitaria municipal a las personas, en base al presente reglamento y las normas y disposiciones legales y reglamentarias aplicables;

Dirección: La Dirección de Sanidad Municipal de Tulancingo de Bravo, Hidalgo;

Establecimiento semifijo: Establecimiento que requiere de instalar módulos o mobiliario, para su actividad comercial o de servicio, en cada ocasión y que ocupa la vía pública. También son considerados bajo este concepto aquellos que realicen la instalación fija de casetas, módulos u otros similares con motivo de su actividad comercial o de servicio.

Establecimiento: El local donde se realice en forma habitual una actividad comercial, industrial o de prestación de servicios, sus instalaciones, dependencias y anexos, cubiertos o descubiertos, en el que se desarrolla la producción, preparación, acondicionamiento y venta de alimentos;

Estado: El Estado Libre y Soberano de Hidalgo;

Ley Estatal: La Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.

Ley: La Ley General de Salud;

Municipio: El Municipio de Tulancingo de Bravo, Hidalgo;

Promoción a la salud: La acción de proporcionar a la población herramientas e instrumentos, para proteger y mejorar la salud mediante la modificación positiva de los hábitos cotidianos y el cambio hacia los estados de vida saludables;

Registro de Control Sanitario: Documento que tiene por objeto, identificar y ubicar a aquellas personas y establecimientos considerados en el presente reglamento, para efecto de aplicar por la autoridad sanitaria municipal las acciones de fomento, control y verificación sanitaria que correspondan.

Servicios de Salud: Todas aquellas acciones que realice el estado o el municipio en beneficio de la población en general, dirigidas a proteger y promover la salud individual y de la colectividad;

Sujeto: Toda persona que presten sus servicios en los establecimientos o desarrollen las actividades referentes al comercio.

Tarjeta de Control Sanitario: El documento de Control Sanitario Municipal, expedido a las personas que han cumplido con los requisitos y condiciones establecidos en las normas legales y reglamentarias aplicables;

Usuario: El receptor de los servicios prestados por el sujeto;

Vigilancia Sanitaria: Verificación del cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas sanitarias, en el funcionamiento de los establecimientos, puestos semifijos, tianguis, plazas, ferias, y en el comercio ambulante y ocasional;

Zoonosis: Toda aquella enfermedad que es transmitida de los animales al ser humano, por las diferentes vías o vectores, cuando el animal está vivo o por contacto con sus productos o subproductos

1.7 Políticas y lineamientos

Ley General de Salud

Bando de Policía y Gobierno.

Reglamento de Salud y Sanidad de Tulancingo.

Ley Orgánica Municipal

Los servidores públicos trabajaran en apego al Código de Ética.

Manual de Organización

G) Formatos e instructivos

Formato 3.- Registro de usuarios y mascotas

INSPECCION CONTROL ANIMAL No _____

CON BASE EN EL REGLAMENTO PARA LA PROTECCION, POSESION Y CONTROL DE ANIMALES DE COMPANIA DEL MUNICIPIO DE TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO., CAPITULO X DE LA PREVENCION DEL MALTRATO ANIMAL ARTICULO 17 Y CAPITULO XI DE LA DENUNCIA Y VIGILANCIA SOBRE MALTRATO ANIMAL ARTICULOS 18, 19, 20, 21, 22, 23, Y 24. CAPITULO XIII DE LOS ANIMALES AGRESORES. SE PROCEDE A LEVANTAR LA SIGUIENTE LA SIGUIENTE INSPECCION:

En la ciudad de Tulancingo de Bravo, Hgo., siendo las _____ del día _____, reunidos en _____ ubicada en _____, comparece el _____ en su carácter de PROPIETARIO () ENCARGADO (), OTRO _____ con la finalidad de recibir el informe y resultados del recorrido de verificación.

AL MOMENTO DE ATENDER LA DENUNCIA SE ENCONTRO:

No teniendo otro asunto que tratar, se da por terminada la verificación a las _____ del día indicado, firmando al calce de la presente los que en ella intervinieron.

PRESENTARSE EN LA DIRECCION DE SANIDAD _____ EL DIA _____ A LAS _____

INSPECTOR

PROPIETARIO



Instructivo de llenado formato 5 Acta de inspección zoonosis y control animal.- Para llenar el presente deberá hacerlo con tinta azul, legible sin tachaduras.

1. **No.-** número de acta.
2. **Siendo las:** el horario en que se inicia la inspección.
3. **Fecha:** escribirá la fecha en que se está dando la consulta.
4. **Reunidos en.-** Se escribirá el domicilio donde se encuentren realizando la inspección.
5. **Comparece el C.** Nombre del sujeto a ser verificado: Escribir la dirección del propietario, poseedor o encargado mayor de edad.
6. **En el carácter de:** colocar si es propietario, encargado u otro izó a la mascota.
7. **Al momento de atender la denuncia se encontró:** Narración de los hechos encontrados
8. **Se da por terminada la verificación a las:** colocar la hora en la que se termina la verificación.
9. **Presentarse en la Direccion de:** Escribir Dirección de Sanidad.
10. **El día.-** Fecha en la que se le está citando.
11. **Hora:-** el horario que se le cito
12. **Firma:** deberá pedir al propietario, poseedor o encargado de la mascota que firme en ese espacio.
13. **Inspectores:-** Colocar nombre completo del inspector y firma.
14. **Propietario.-** Nombre del sujeto verificado.

Instructivo de llenado formato 6.- Para llenar el presente deberá hacerlo con tinta azul, legible sin tachaduras.

Formato



Con base en la Ley de Salud para el estado de Hidalgo, capítulo VII, artículos 54, 55 y 56 así como los artículos 192, 194 y 198 capítulo XV De la Protección a la Salud, del Bando de Policía y Buen Gobierno, Art 14 fracción IV, Art. 17 fracción I, Art. 18, Art 18, Art 126-133, Art 137-144. Art. 163-165. Se procede a levantar la siguiente:

ACTA DE VERIFICACION

En la ciudad de Tulancingo de Bravo, Hgo. siendo las _____ del día _____, reunidos en _____, ubicada en _____, comparece el C. _____ en su carácter _____, con la finalidad de recibir el informe y resultados del recorrido de verificación de normas de higiene correspondiente.

En ese sentido reportamos que después de recorrer y revisar las instalaciones del lugar se determinó que:

No teniendo otro asunto que tratar, se da por terminada la verificación a las _____ del día indicado, firmando al calce de la presente los que en ella intervinieron.

Inspectores

Original al Propietario

1. **No.** - número de acta.
2. **Siendo las:** el horario en que se inicia la inspección.
3. **Fecha:** escribirá la fecha en que se está dando la consulta.
4. **Reunidos en.-** Se escribirá el domicilio donde se encuentren realizando la inspección.
5. **Comparece el C.** Nombre del sujeto a ser verificado: Escribir la dirección del Propietario, poseedor o encargado mayor de edad.
6. **En el carácter de:** colocar si es propietario, encargado u otro izó a la mascota.
7. **Al momento de atender la denuncia se encontró:** Narración de los hechos Encontrados
8. **Se da por terminada la verificación a las:** colocar la hora en la que se termina
9. la verificación.
10. **Presentarse en la Dirección de:** Escribir Dirección de Sanidad.
11. **El día.** - Fecha en la que se le está citando.
12. **Hora:** - el horario que se le cito
13. **Firma:** deberá pedir al propietario, poseedor o encargado de la mascota que
14. firme en ese espacio.
15. **Inspectores:** - Colocar nombre completo del inspector y firma.
16. **Propietario.** - Nombre del sujeto verificado.

2. Descripción de actividades

	Procedimiento		SDHyS-SM-003	 <p>PRESIDENCIA MUNICIPAL TULANCINGO DE BRAVO, HGO.</p>
	Inspecciones		Fecha: 27/04/22	
			Versión: 1.0	
			Página: 1	
Unidad Administrativa: Secretaria de Desarrollo Social			Área responsable: Dirección de Sanidad	
Descripción de Actividades.				
Paso	Responsable	Actividad	Documento de trabajo (Clave)	
1	Director	Realiza verificaciones sanitarias		
2	Director	¿La verificación corresponde a una denuncia? Si, paso 3 ¿La verificación corresponde a una denuncia? No, paso 11	N/A	
3	Auxiliar	Recibe denuncia ciudadana y solicita información y la entrega al director		
4	Director	Revisa y analiza la factibilidad de la denuncia ¿La denuncia es factible? Si, paso 6 ¿La denuncia es factible? No, paso 5		
5	Auxiliar	Informa al denunciante que su denuncia no es factible. Fin del proceso		
6	Director	Indica al inspector/verificador sanitario realizar la visita domiciliaria	N/A	
7	Inspector	Realiza su visita exhibiendo su credencial vigente y una orden escrita, con firma autógrafa, expedida por la o el titular de la Dirección.	N/A	
8	Usuario	Recibe la información ¿Permite realizar la verificación/inspección? Si, paso 9 ¿Permite realizar la verificación/inspección? No, paso 15	N/A	
9	Inspector	Realiza revisión ocular y documental, llena el acta inspección ¿Existen observaciones en la verificación/inspección? Si, paso 10 ¿Existen observaciones en la verificación/inspección? No, paso 14	Acta de inspección	
10	Inspector	En caso de incumplimiento se le indicará día y hora en que deberá de presentarse en la dirección de sanidad.	N/A	
11	Usuario	Se presenta la fecha y hora acordados	Formato de registro	
12	Director	Revisa el acta de inspección y se llega a un acuerdo con el usuario, entregando la determinación por oficio.		
13	Inspector	Realiza una nueva verificación, paso 7	N/A	
14	Inspector	Llena el acta y permite continuar con sus labores. Fin del procedimiento	N/A	
15	Inspector	Procede a aplicar la sanción correspondiente. Fin del	N/A	

		proceso	
16	Director	Realiza programación de inspecciones, paso 6	N/A
		Fin del procedimiento	

3. Modelado de procesos

