



# NOGALES

NOGALES SONORA 2021-2024



AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
NOGALES, SONORA.  
2021-2024

El C. Jorge Jáuregui Lewis, Secretario del H. Ayuntamiento de Nogales, Sonora, México:

## CERTIFICA:

---En Acta No. 50 correspondiente a la sesión ordinaria celebrada el día 27 (Veintisiete) de Diciembre del año dos mil veintidós, el Honorable Ayuntamiento Municipal tuvo a bien tomar el siguiente:

**“Acuerdo Número Veintiocho. – Se aprueba por unanimidad de votos de los presentes (21 integrantes) el Manual de Organización para la Dirección de Salud del Municipio de Nogales, Sonora y el Manual de Procedimientos para la Dirección de Salud del Municipio de Nogales, Sonora, conforme al dictamen emitido por las comisiones unidas de Gobernación y Reglamentación y Salud, en sus precisos términos, ordenándose la publicación de Ley para que surta los efectos legales correspondientes. -Publíquese, Notifíquese y Cúmplase”.**

Esta certificación se hace en uso de la facultad que me confiere el artículo 89 Fracción VI de la Ley No.75 de Gobierno y de Administración Municipal, en la H. Ciudad de Nogales, Sonora, a los Veintisiete días del mes de Diciembre del año dos mil Veintidós. Doy Fe.

C. Jorge Jáuregui Lewis  
Secretario del H. Ayuntamiento





MUNICIPIO DE  
NOGALES  
ESTADO DE SONORA

**NOGALES**  
MUNICIPIO DE NOGALES 2021 -2024

2022: "AÑO DE LA TRANSFORMACION".

**OFICIO NO. - OCEGN1-G4544/2022.**  
H. Nogales, Sonora a 12 de Diciembre del 2022.  
Asunto: Validación de Manual de Procedimientos.

Mais. Dora Alicia Ruelas Armenta.  
Directora de Salud Municipal  
H. Ayuntamiento de Nogales, Sonora  
Presente.

Por medio del presente oficio, además de saludarle, en atención a su **Oficio DSM-00363-22** de fecha 22 de Noviembre de 2022, donde solicita la validación por parte de este Órgano de Control y Evaluación Gubernamental, al **Manual de Procedimientos** de la dependencia a su digno cargo, documento que viene anexo a su oficio.

Le informo que, con fundamento en el Artículo 96 fracción XIII de la Ley de Gobierno y Administración Municipal, después de realizar una revisión a los aspectos normativos y lineamientos generales del "**Manual de Procedimientos**", tomando en consideración que los procedimientos ahí contenidos, tanto técnicos como administrativos, son los que estrictamente se llevan a cabo para dar cumplimiento a las funciones y atribuciones encomendadas a su dependencia, los cuales se formulan apoyados en el conocimiento técnico profesional de manera muy específica, se recomienda revisar que dichos procedimientos atiendan eficazmente a las funciones encomendadas.

Por lo anterior, esta titularidad considera que, cubriendo los requisitos anteriormente mencionados, **da por válido**, el presente Manual de Procedimientos, solicitando así mismo cumplir con las formalidades correspondientes para su publicación en la página de transparencia y aplicación, remitiéndonos una copia para nuestros archivos una vez halla concluido dichos procesos.

Sin otro en particular por el momento, quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

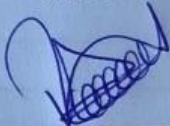
hivo

AIVT/TOCEG



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**H. AYUNTAMIENTO DE NOGALES, SONORA**

<p><b>ELABORÓ</b></p> 	<p><b>REVISÓ</b></p> 	<p><b>VALIDÓ</b></p> 
<p><b>MGSI. Miguel Angel Aguilera Arias</b> Subcoordinador administrativo En Salud</p>	<p><b>MAIS. Dora Alicia Ruelas Armenta</b> Director de Salud Municipal</p>	<p><b>Lic. Alberto Ignacio Valenzuela Tiznado</b> Titular del Órgano de Control Y Evaluación Gubernamental</p> <p>"Validado de acuerdo a lo establecido en el Artículo 96, fracción XIII de la Ley de Gobierno y Administración Municipal, mediante el oficio No. _____ de fecha _____ de _____ de 20____"</p>

## Í N D I C E

I.- Introducción.....	
II.- Objetivo del Manual .....	
III.- Red de Procesos.....	
IV.- Lista Maestra .....	
V.- Presentación de los Procedimientos.....	

### 5.1. Consulta Médica de Primer Nivel

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e instructivos.....

### 5.2. Consulta Dental de Primer Nivel

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e instructivos.....

### 5.3. Certificado Medico

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.4. Apoyos y Gestiones Medicas

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.5. Esterilización de Mascotas

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.6. Recepción y Atención de Reportes

- Elaboración de Procedimiento.....
- Diagrama de Flujo.....
- Inventario de Registros.....
- Formatos e Instructivos.....

### 5.7. Aplicación de Vacuna Antirrábica

- Elaboración de Procedimiento.....
- Diagrama de Flujo.....
- Inventario de Registros.....
- Formatos e Instructivos.....

### 5.8. Aplicación de Ivermectina

- Elaboración de Procedimiento.....
- Diagrama de Flujo.....
- Inventario de Registros.....
- Formatos e Instructivos.....

### 5.9. Recepción de Mascotas

- Elaboración de Procedimiento.....
- Diagrama de Flujo.....
- Inventario de Registros.....
- Formatos e Instructivos.....

### 5.10. Adopción de Macotas

- Elaboración de Procedimiento.....
- Diagrama de Flujo.....
- Inventario de Registros.....
- Formatos e Instructivos.....

### 5.11. Llamado de atención a la Ciudadanía



Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.12. Atención a reportes de Mordedura

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.13. Carta Compromiso

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.14. Cobro de los Servicios

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....

### 5.15. Sacrificio y Manejo de los Cuerpos

Elaboración de Procedimiento.....

Diagrama de Flujo.....

Inventario de Registros.....

Formatos e Instructivos.....



## 5.16. Extracción de Cerebros de Mascotas

Elaboración de Procedimiento.....	
Diagrama de Flujo.....	
Inventario de Registros.....	
Formatos e Instructivos.....	

## 5.17. Control de Bitácora

Elaboración de Procedimiento.....	
Diagrama de Flujo.....	
Inventario de Registros.....	
Formatos e Instructivos.....	

## 5.18. Realizar Reportes a Unidades de Salud Sonora

Elaboración de Procedimiento.....	
Diagrama de Flujo.....	
Inventario de Registros.....	
Formatos e Instructivos.....	



## **I.- INTRODUCCIÓN**

El programa describe el conjunto de actividades para realizar en los distintos establecimientos para la promoción de Salud Médica, Dental y la prevención, detección y tratamiento, describe, así mismo desglosa servicios y actividades que el centro de atención canina y felina lleva a cabo para la prevención, control y lineamientos que se siguen para la tenencia de mascotas y su impacto en la población, para el control de enfermedades.

Las actividades de la Dirección de Salud se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, del municipio de Nogales, Sonora.

## **CAPÍTULO I**

### **OBJETIVO DEL MANUAL**

#### **II.- OBJETIVO DEL MANUAL**

Este manual tiene como objetivos, alcances, responsabilidades y las descripciones de las actividades con sus respectivos procedimientos de labores de cada área delimitadas del personal suscrito a esta Dirección de Salud Municipal, las están enfocadas a brindar atención eficaz y eficiente, a la Salud de la población del Municipio de Nogales, Sonora. En él se encuentran registradas y transmitidas la información básica referente al funcionamiento facilitando las labores del personal y aumentando la eficacia de los empleados de lo que deben de hacer y como lo deben de hacerlo.

## **CAPÍTULO II**

### **III.- RED DE PROCESOS**

**III.-RED DE PROCESOS**  
**Ayuntamiento de Nogales, Sonora**  
**Dirección de Salud Municipal**

DIR	NO.	PROCEDIMIENTO	TIPO	RESPONSABLE	PRODUCTO (S)	INDICADOR (ES)	CLIENTE (S)
5.2.4.2.1. 2.4	DSM-P01	Otorgar Consulta Médica de Primer Nivel	Operativo y de alta dirección	Medico General	Consulta Médica a las personas más vulnerables del Municipio de Nogales Sonora	Peticiones de Consultas Médicas Recibidas contra Consultas Médicas Otorgadas	Ciudadanía
	DSM-P02	Otorgar Consulta Dental de Primer Nivel	Operativo y de alta dirección	Cirujano Dentista	Consulta Dentales de Primer Nivel	Petición de Consultas Dentales Recibidas contra Consultas Dentales Otorgadas	Ciudadanía
	DSM-P03	Otorgar Certificado Medico	Operativo y de alta dirección	Medico General	Certificados Médicos Expedidos	Petición de Certificados Médicos Solicitados contra expedición de Certificados	Ciudadanía
	DSM-P04	Brindar Apoyos Médicos y Gestiones	Alta Dirección	Subcoordinador Administrativo	Otorgar a la ciudadanía que solicite medicamento y/o gestión medica	Peticiones recibidas contra peticiones Otorgadas	Ciudadanía
	DSM-P05	Otorgar Certificado de adopción	Operativo y de alta dirección	Medico General	Certificados de Adopción Expedidos	Petición de Certificados Médicos Solicitados contra expedición de Certificados	Ciudadanía

**III.-RED DE PROCESOS**  
**Ayuntamiento de Nogales, Sonora**  
**Dirección de Salud Municipal**

	NO.	PROCEDIMIENTO	TIPO	RESPONSABLE	PRODUCTO (S)	INDICADOR (ES)	CLIENTE (S)
5.2.4.2.1 2.4	CEN-P01	Esterilizar mascotas	Alta Dirección	Medico veterinario	Entregar la mascota operada	Esterilizar al mes 40 y en campaña 160 mascotas	Ciudadanía
	CEN-P02	Recibir y atender reportes	Administrativo y operativo	Secretaria y Chofer capturador de mascotas	Dar solución al reporte solicitado	Atender al mes 150 reportes	Ciudadanía
	CEN-P03	Aplicar vacuna antirrabica	Operativo y de alta dirección	Médico veterinario y personal capacitado	Entregar su certificado comprobante de que se aplicó la vacuna	Estimado en campaña 3000 dosis aplicadas	Ciudadanía
	CEN-P04	Aplicar Ivermectina	Alta Dirección y Operativo	Médico veterinario y personal capacitado	Se entrega su recibo correspondiente	Disminuir la proliferación de la garrapata	Ciudadanía
	CEN-P05	Recibir mascotas	Administrativo Y operativo	Secretaria y chofer capturador de mascotas	Se reciben mascotas que los ciudadanos por algún motivo ya no quieren	Evitar los abandonen en la vía publica	Ciudadanía
	CEN-06	Dar mascotas en adopción	Alta dirección Y administrativo	Médico veterinario y administrativo	Entregar a la mascota adoptada al ciudadano	Dar un hogar a mascotas que se encuentran en el centro	Ciudadanía
	CEN-P07	Dar llamados de atención	Alta dirección y operativo	Médico veterinario y chofer capturador de mascotas	Hacer del conocimiento del ciudadano que hay problemas con sus mascotas	Que se atienda el reporte	Ciudadanía

**III.-RED DE PROCESOS**  
**Ayuntamiento de Nogales, Sonora**  
**Dirección de Salud Municipal**

DIR	NO.	PROCEDIMIENTO	TIPO	RESPONSABLE	PRODUCTO (S)	INDICADOR (ES)	CLIENTE (S)
5.2.4.2.1. 2.4	CEN-P08	Atender reportes de mordedura	Administrativo y operativo	Secretaria y chofer capturador de mascotas	Capturar la mascota que agredió	Dar solución al reporte	Ciudadanía
	CEN-P09	Firmar la carta compromiso	Administrativo	Secretaria	Firma del ciudadano	Que no se presente otra situación con la mascota	Ciudadanía
	CEN-P10	Cobrar los servicios	Administrativo	Secretaria	Entrega del recibo	Según lo establecido por la Tesorería Municipal	Ciudadanía
	CEN-P11	Sacrificar y retirar el cuerpo de las mascotas	De alta dirección	Médico veterinario	Sacrificio de la mascota	El médico veterinario determinara si es necesario	Ciudadanía
	CEN-P12	Extraer de Cerebros de las mascotas	De alta dirección	Médico veterinario	Resultado del estudio de cerebro	Detectar posibles casos de rabia	Jurisdicción Sanitaria no. 3
	CEN-P13	Controlar bitácora diaria	Administrativo	Secretaria	Realizar reportes	Control de la información	Centro de atención canina y felina
	CEN-P14	Realizar los reportes para unidad de salud Sonora	Administrativo	Secretaria	Reportes	Información solicitada por la Jurisdicción Sanitaria no. 3	Jurisdicción Sanitaria no. 3

	NO.	PROCEDIMIENTO	TIPO	RESPONSABLE	PRODUCTO (S)	INDICADOR (ES)	CLIENTE (S)
	CEN-P10	Cobrar los servicios	Administrativo	Secretaria	Entrega del recibo	Según lo establecido por la Tesorería Municipal	Ciudadanía
	CEN-P11	Sacrificar y retirar el cuerpo de las mascotas	De alta dirección	Médico veterinario	Sacrificio de la mascota	El médico veterinario determinara si es necesario	Ciudadanía





**CAPÍTULO III**  
**LISTA MAESTRA**

## IV.-LISTA MAESTRA

Ayuntamiento de Nogales Sonora

<b>Fecha:</b>	23/Nov./2021
<b>Hojas:</b>	1 de 1

### DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	No. DE REVISIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
<b>Procedimientos</b>			
DSM-P01	Consulta Médica de Primer Nivel	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P02	Consulta Dental de Primer Nivel	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P03	Certificado Medico	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P04	Apoyos y Gestiones Medicas	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P05	Certificado de Adopción	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P01	Esterilizar mascotas	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P02	Recibir y atender reportes	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P03	Aplicar vacuna antirrábica	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P04	Aplicar Ivermectina	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P05	Recibir mascotas	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P06	Dar mascotas en adopción	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P07	Dar llamados de atención	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P08	Atender reportes de mordedura	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P09	Firmar la carta compromiso	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P10	Cobrar los servicios	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P11	Sacrificar y retirar cuerpo de las mascotas	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P12	Extraer cerebros de las mascotas	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P13	Controlar bitácora diaria	Rev.01	23/Nov./2021
CEN - P14	Realizar los reportes para unidad de Salud Sonora	Rev.01	23/Nov./2021
<b>Instructivos</b>			
N/A			
<b>Formatos</b>			
DSM-POF01	Hoja Diaria de Consulta Medica	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P01F02	Receta Medica	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P02F01	Hoja Diaria de Consulta Dental	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P02F02	Receta Médica Dental	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P03F01	Formato de Certificado Medico	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P01-F01	Consentimiento de cirugía	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P01-F02	Instrucciones post operatorios	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P02-F01	Reporte	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P02-F02	Recorrido de unidades	Rev.1	23/Nov./2021

CEN-P03-F01	Certificado de vacunación	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P04-F01	Recibo de pago	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P05-F01	Formato de recepción de mascotas	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P06-F01	Formato de carta de adopción de	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P07-F01	Formato de llamado de atención	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P08-F01	Formato de Reporte de mordedura	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P09-F01	Formato de Carta compromiso	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P10-F01	Recibos oficiales de pago	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P10-F02	Corte de caja de la Tesorería Municipal	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P11-F01	Recibos del relleno sanitario	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P12-F01	Hoja clínica para el diagnóstico de rabia	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P13-F01	Un libro	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P14-F01	Informe mensual de actividades del	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P14-F02	Movimiento de biológico	Rev.1	23/Nov./2021
CEN-P14-F03	Lista nominal de esterilizaciones	Rev.1	23/Nov./2021
<b>Diagramas Funcionales</b>			
DSM-P01-DF01	Consulta de Primer Nivel	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P02-DF01	Consulta Dental de Primer Nivel	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P03-DF01	Certificado Medico	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P04-DF01	Apoyos Médicos y Gestiones	Rev.1	23/Nov./2021
DSM-P05-DF01	Certificados de Adopción	Rev.1	23/Nov/21
CEN-P06-DF01	Consentimiento de cirugía	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P07-DF01	Instrucciones post operatorios	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P08-DF01	Reporte	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P09-DF02	Recorrido de unidades	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P10-DF01	Certificado de vacunación	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P11-DF01	Recibo de pago	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P12-DF01	Formato de recepción de mascotas	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P13-DF01	Formato de carta de adopción de	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P14-DF01	Formato de llamado de atención	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P15-DF01	Formato de Reporte de mordedura	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P16-DF01	Formato de Carta compromiso	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P17-DF01	Recibos oficiales de pago	1.0	15- ENERO-2021
CEN-P18-DF02	Corte de caja de la Tesorería Municipal	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P19-DF01	Recibos del relleno sanitario	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P20-DF01	Hoja clínica para el diagnóstico de rabia	1.0	15 -ENERO-2021
CEN-P21-DF01	Un libro	1.0	15 -ENERO-2021



CEN-P22-DF01	Informe mensual de actividades del	1.0	15-ENERO'2021
CEN-P23-DF02	Movimiento de biológico	1.0	15-ENERO-2021
CEN-P24-DF03	Lista nominal de esterilizaciones	1.0	15-ENERO-2021

# **CAPÍTULO IV**

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> CONSULTA MEDICA PRIMER NIVEL	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> DSM-P01-REV1.0	<b>Fecha de Emisión:</b> 23/Nov./2021

### I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Brindar atención médica de primer nivel a la ciudadanía más vulnerable, que no cuente con ningún servicio de salud.

### II. ALCANCE:

Dirigido a todas y cada una de las personas de escasos recursos de este municipio de Nogales sonora que acudan a las oficinas de Salud Municipal a solicitar el servicio y que no cuenten con ningún beneficio Médico Institucional

### III. DEFINICIONES:

**Atención Médica:** Es el tiempo en que el paciente está junto al profesional en un espacio determinado.

**Población Marginada:** Área vecinal con carencias de servicios y recursos económicos.

**Primer Nivel:** Área vecinal con carencias de servicios y recursos económicos.

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Reglamento interno H. Ayuntamiento de Nogales.
- Manual de Calidad de Dirección de Salud Municipal

#### Documentos Externos

- Ley General de Salud
- Ley General del Estado de Sonora

## V. POLÍTICAS

### 5.1 CRITERIO PARA RECIBIR CONSULTA MÉDICA.

**Criterio 1.** Se otorga consulta Médica gratuita de manera directa a todas las personas que soliciten la Atención en el consultorio de la Dirección de Salud así como a las peticiones que se recaben por Programa de Jornada Sociales Para tu Familia y Miércoles Ciudadanos.

**Criterio 2.** En caso donde el ciudadano cuente con Beneficio Medico Institucional se le negara la Consulta y se canaliza a la institución correspondiente a recibir Atención Médica.

**Criterio 3.** No contar con ningún tipo de cobertura médica.

### 5.2 CRITERIO PARA NO OTORGAR CONSULTA MEDICA.

**Criterio 1.** Que cuenten con cobertura Médica

## VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

DSM-P01-F01 Hoja Diaria de Consulta Médica

DSM-P01-F02 Receta Médica

## VII. ANEXOS

DSM-P01-DF01 Diagrama para Otorgar Consulta Medica

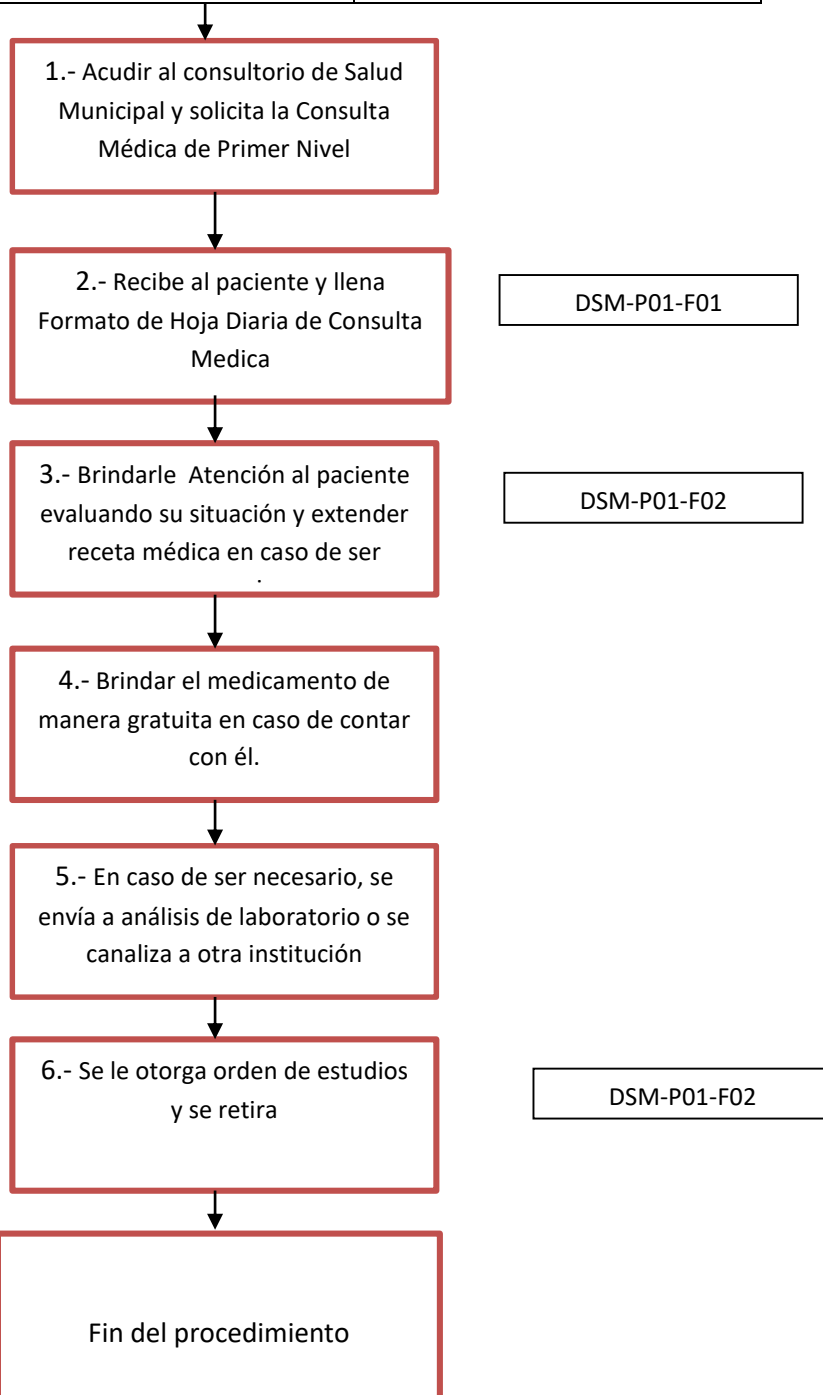
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano de Escasos recursos	1.-Acudir al consultorio de Salud Municipal y solicita la Consulta Médica de Primer Nivel	
Médico General	2.-Recibe al paciente y llena Formato de Hoja Diaria de Consulta Medica	DSM-P01-F01 Hoja diaria de Consulta
Médico General	3.-Brindarle Atención al paciente evaluando su situación y extender receta médica en caso de ser necesario	DSM-P01-F02 Receta Medica
Médico General	4.-Brindar el medicamento de manera gratuita en caso de contar con él.	
Médico General	5.-En caso de ser necesario, se envía a análisis de laboratorio o se canaliza a otra institución	
Médico General	6.-Se le otorga orden de estudios y se retira	DSM-P01-F02 Receta Medica

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: OTORGAR CONSULTA MEDICA PRIMER NIVEL</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: DSM-P01-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23/Nov./2021</b>





**INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS  
MUNICIPIO DE NOGALES, SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTOS	Consulta Médica Primer Nivel	Página 1 de 1
Código del Procedimiento	DSM-P01-Rev.1.0	Fecha de Elaboración: 23/Nov./2021

No.	Registro	Puesto Responsable	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
DSM-P01-F01	Hoja diaria de consulta Medica	Médico General	Papel	N/A	Computadora Salud Municipal	Se captura
DSM-PO1-F02	Receta Medica	Médico General	Papel	N/A	Consultorio Medico	N/A



## FORMATOS, INSTRUCTIVOS, ANEXOS

### DSM-P01-F01 Hoja diaria de Consulta Medica

 <b>NOGALES</b> GOBIERNO MUNICIPAL 2018 - 2021 LUGAR: _____		DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL HOJA DIARIA DE CONSULTA MEDICA PRIMER NIVEL DR. BLAS EMMANUEL CASTRO GUTIERREZ MEDICO CIRUJANO CED. P. 8065247 FECHA: _____					
No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	DOMICILIO	MEDICAMENTO	T.A.	DX

**DSM-P01-F02 Receta Medica**

**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**



**DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA ARIAS**

**EDIFICIO DIF- BLVD. EL GRECO S.N.**

**MEDICO CIRUJANO CED.P. 6944247**

**H.NOGALES, SONORA.**

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> CONSULTA DENTAL DE PRIMER NIVEL	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> DSM-P02Rev.1.0	<b>Fecha de Emisión:</b> 23/Nov./2021

### I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Otorgar atención dental de primer nivel a la ciudadanía más vulnerable

### II.- ALCANCE:

Dirigido a todas y cada una de las personas que soliciten los servicios dentales de Primer Nivel preferentemente a la población menos favorecida carente de los servicios médicos del Municipio de Nogales, Sonora

### III. DEFINICIONES:

**Primer Nivel:** Consulta Dental básico no incluye especialista.

### IV.- REFERENCIAS ESPECÍFICAS:

#### Documentos Internos

- Reglamento Interno del Ayuntamiento de Nogales
- Manual de calidad de Salud Municipal

#### Documentos Externos

- Norma Mexicana ISO 9001:2008
- Ley General de Salud
- Ley General del Estado de Sonora.

### V. POLITICAS

#### 5.1 CRITERIOS PARA RECIBIR CONSULTA DENTAL DE PRIMER NIVEL

**Criterio 1.** Solamente se otorgara a la ciudadanía que no cuente con servicios Médicos.

Servicios que se otorgan de Primer Nivel, Extracciones, Curaciones, Amalgamas, Resinas y Profilaxis.

#### 5.2 CRITERIOS PARA NO RECIBIR CONSULTA DENTAL DE PRIMER NIVEL

**Criterio 1.** Que tenga servicios Médicos de otras instituciones.

### VI.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

DSM-P02F01 Formato de Hoja Diaria de Consulta Dental.

DSM-P02F02 Formato de Receta Médica Dental.

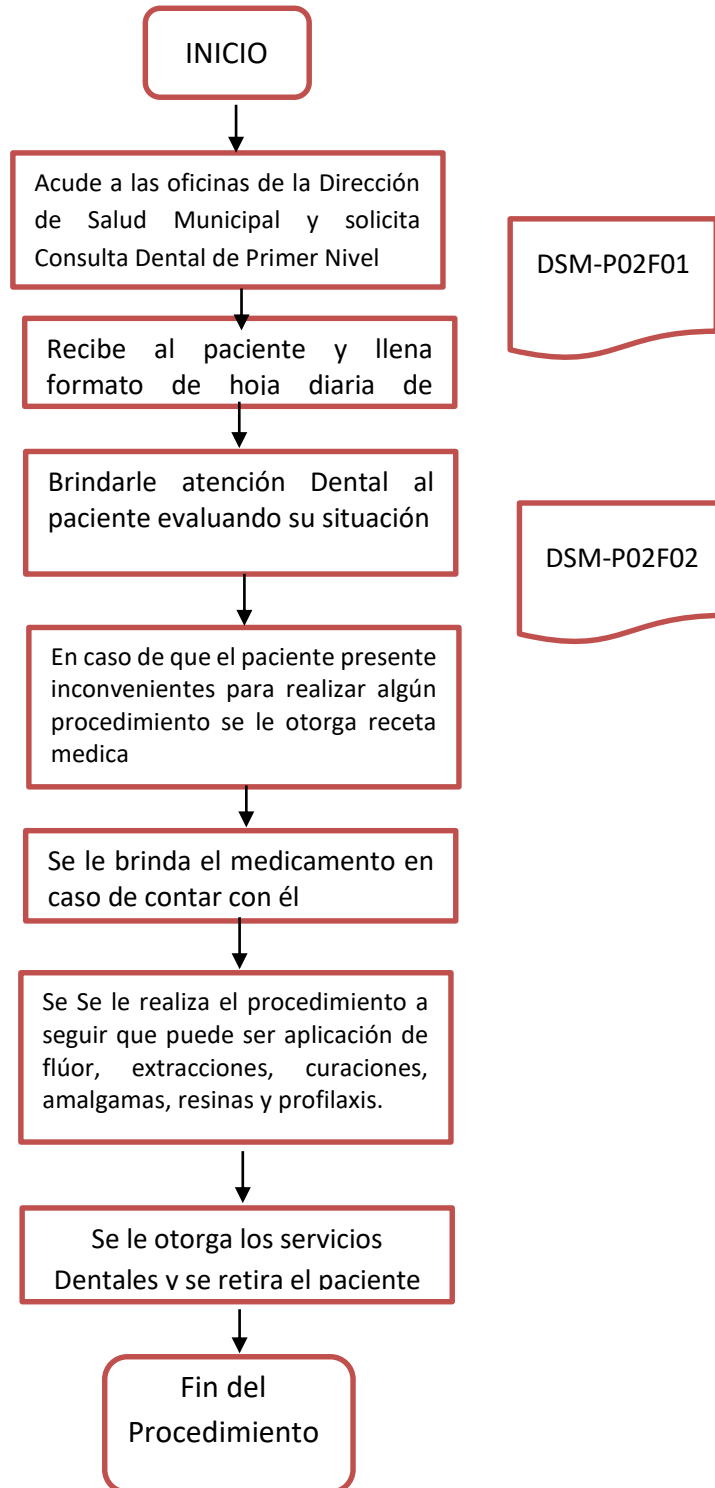
DSM-P02DF01 Diagrama para Otorgar Consulta Dental de Primer Nivel.

## VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CONSULTAS DENTALES PRIMER NIVEL

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1. Acude a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal y solicita Consulta Dental de Primer Nivel	
Cirujano Dentista	2. Recibe al paciente y llena formato de hoja diaria de consulta Dental	DSM-P02F01 Hoja Diaria de Consulta Dental
Cirujano Dentista	3. Brindarle atención Dental al paciente evaluando su situación	
Cirujano Dentista	4. En caso de que el paciente presente inconvenientes para realizar algún procedimiento se le otorga receta medica	DSM-P02F02 Formato Receta Médica Dental
Cirujano Dentista	5. Se le brinda el medicamento en caso de contar con él.	
Cirujano Dentista	6. Se le realiza el procedimiento a seguir que puede ser aplicación de flúor, extracciones, curaciones, amalgamas, resinas y profilaxis.	DSM-P02F01 Hoja Diaria de Consulta Dental
Ciudadano	7. Se le otorga los servicios Dentales y se retira el paciente	
<b>Fin del Procedimiento</b>		

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: CONSULTA DENTAL DE PIMER NIVEL</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA:</b> DSM-P02DF01	<b>Fecha de Emisión:</b> 23/Nov./2021



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Consulta Dental de Primer Nivel	Página 1 de 1
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	DSM-P02 Rev. 1.0	Fecha de elaboración: 23/Nov./2021

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
1	Hoja Diaria de Consulta Dental DSM-P02-F01Rev 1.0	Cirujano Dentista	Papel	7 DIAS	Computadora	Se captura
2	Receta Médica Dental DSM-P02-F02 Rev. 1.0	Cirujano Dentista	Papel	N/A	N/A	N/A





## FORMATOS, INSTRUCTIVOS, ANEXOS

### DSM-P02-F01-REV.1.0 Hoja diaria de consulta dental.

 <p><b>NOGALES</b> <small>GOBIERNO MUNICIPAL 2021 - 2024</small></p>	<p>"DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL HOJA DIARIA DE CONSULTA DENTAL LIC. ALAN ISRAEL GARCIA BARRERA LIC. ODONTOLOGIA CED. PROF. 9239185 S.S.P. 1742/15</p>			
FECHA:	H. NOGALES, SONORA			
NOMBRE	EDAD	SEXO	DOMICILIO	TRATAMIENTO



**DSM-P02-F02 Rev.1.0 Formato: Receta Médica Dental.**

 <b>NOGALES</b> <small>GOBIERNO MUNICIPAL 2021 - 2024</small>	<u><b>DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL</b></u>	
<b>RECETA MEDICA DENTAL</b> <b>Líc. ALAN ISRAEL GARCIA BARRERA</b> <b>EDIFICIO DIF- BLVD. EL GRECO S.N.</b> CIRUJANO DENTISTA CED. P. 9239185 S.S.P. 1742/15 .NOGALES, SONORA		
NOMBRE _____		
FECHA _____		
DIRECCION _____		
FORM-DSM-P02-F02 Rev. 1.0		

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: <b>Certificado Medico</b>	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: <b>DSM-P03 Rev.1.0</b>	Fecha de Emisión: <b>23/Nov./2021</b>



## I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Otorgar Certificado Médico a la Ciudadanía

## II.- ALCANCE:

Dirigido a todas y cada una de las personas que soliciten los servicios de Certificado Medico

## III. DEFINICIONES:

**Certificado Médico:** Un informe emitido por un profesional Médico.

## IV.- REFERENCIAS ESPECÍFICAS:

### Documentos Internos

- Reglamento Interno Ayuntamiento de Nogales
- Manual de calidad de Dirección de Salud
- Procedimiento de Consulta Médica SAL-P01

### Documentos Externos

- Ley General de Salud
- Ley General del Estado de Sonora.

## V. POLITICAS

### 5.1 CRITERIOS PARA RECIBIR UN CERTIFICADO MEDICO

Es otorgado a todo ciudadano que lo solicite.

## VI.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

DSM-P03-F01 Formato de Certificado Medico

## VII. ANEXOS

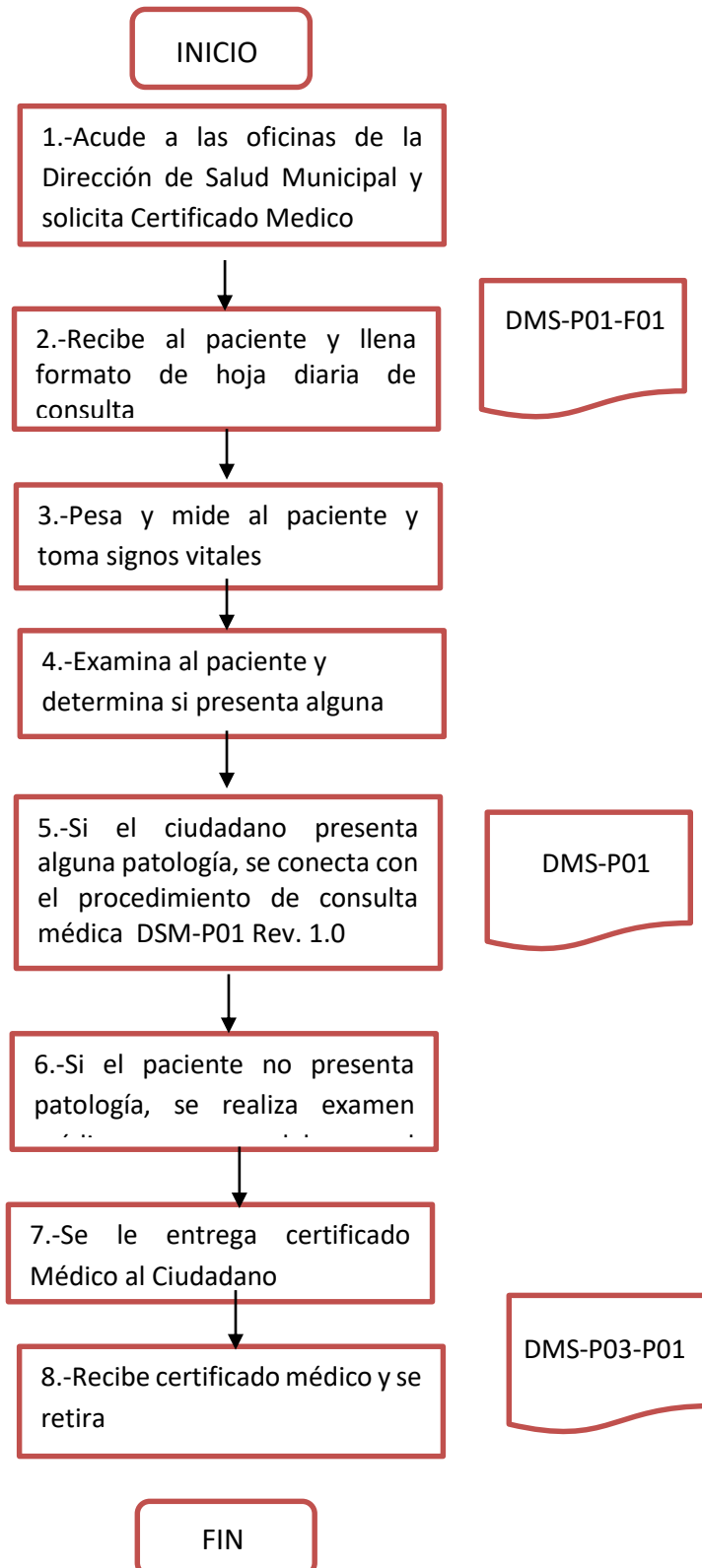
DSM-P03-DF01 Diagrama para Otorgar Certificado Medico

## VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CERTIFICADO MEDICO.

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: DSM-P03 Rev.1.0

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Acude a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal y solicita Certificado Medico	
Médico General	2.-Recibe al paciente y llena formato de hoja diaria de consulta	DSM-P01-F01 Hoja Diaria de Consulta Medica
Médico General	3.-Pesa y mide al paciente y toma signos vitales	DSM-P01-F01 Hoja Diaria de Consulta Medica
Médico General	4.-Examina al paciente y determina si presenta alguna patología	
Médico General	5.-Si el ciudadano presenta alguna patología, se conecta con el procedimiento de consulta médica DSM-P01 Rev. 1.0	
Médico General	6.-Si el paciente no presenta patología, se realiza examen médico y se elabora el certificado médico.	
Ciudadano	7.-Se le entrega certificado Médico al Ciudadano	
Ciudadano	8.-Recibe certificado médico y se retira	DSM-P03-F01 Rev.1. 0 Formato Certificado Medico
<b>Fin del Procedimiento</b>		

<b>PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO MEDICO</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: DSM-P03-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión:</b> 23/Nov./2021



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Certificado Medico</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>DMS-P03</b>	<b>Fecha de elaboración: 23/Nov./2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
1	Formato Certificado Medico SAL-P03F01	Médico General	Papel	1 Mes	Computadora	Entrega Ciudadano

## FORMATOS, INSTRUCTIVOS, ANEXOS

**NOMBRE DEL FORMATO:** Certificado Médico DMS-P03



DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**DRA. NICOLE LUCIA SALAZAR PEREGRINA**  
**MEDICO GENERAL**  
**CED.PROF.062276 SSA-SON 14847/20**



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
NOGALES, SONORA  
2018-2021

Nogales, Sonora a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

## CERTIFICADO MEDICO

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que el C. \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, siendo residente de Nogales, Sonora con fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Con identificación: \_\_\_\_\_ y domicilio en: \_\_\_\_\_, calle: \_\_\_\_\_. Interrogatorio directo; Antecedentes Patológicos: \_\_\_\_\_. Alergias: \_\_\_\_\_.

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

Presión Arterial: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_

A la exploración física se encuentra:

---

---

---

---

---

---

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Se expide el presente certificado para los fines que al interesado convengan.

**Dra. Nicole Lucia Salazar Peregrina.**  
**Médico General**

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Apoyos Médicos y Gestiones.  
**CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:** DMS-P04-Rev. 1.0

**Fecha de Emisión:**

23/Nov./2021

### I.-OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Brindar al ciudadano apoyo y /o gestiones medicas a la ciudadanía de escasos recursos que no cuenten con ningún tipo de cobertura médica cubriendo las necesidades de quien las solicite siguiendo los lineamientos.

### II.- ALCANCE:

Dirigido a todas y cada una de las personas que soliciten Apoyos Médicos preferentemente a la población menos favorecida carente de los servicios médicos.

### III. DEFINICIONES:

**Apoyo Medico:** Abastecimiento de medicamento

### IV.- REFERENCIAS ESPECÍFICAS:

#### Documentos Internos

- Reglamento Interno del Ayuntamiento de Nogales

#### Documentos Externos

- Ley General de Salud
- Ley General del Estado de Sonora.

### V. POLITICAS

#### 5.1 CRITERIOS PARA RECIBIR APOYO MEDICO.

**Criterio 1.** Solamente se otorgara a la ciudadanía que no cuente con Servicio Médico.

**Criterio 2.** Ciudadano debe Identificarse con Credencial IFE.

**Criterio 3.** Contar con orden de Estudios o receta médica.

**Criterio 4.** Comprobante de Domicilio.

### VI.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

DMS-P04-F01 Estudio Socio Económico

## VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO APOYOS MEDICOS Y GESTIONES

### CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: DMS-P04-Rev. 1.0

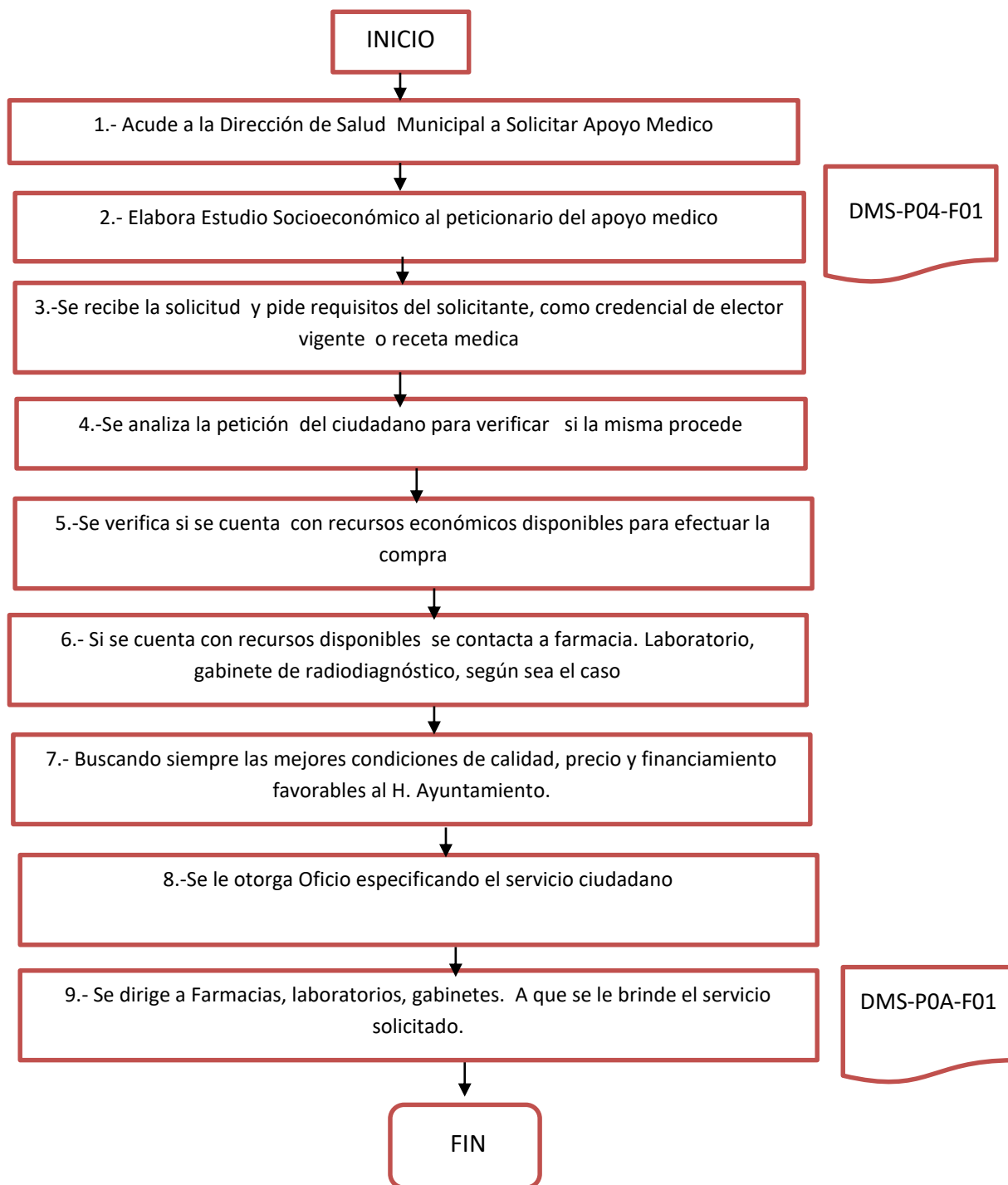
RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.- Acude a la Dirección de Salud Municipal a Solicitar Apoyo Medico	
Subcoordinador Administrativo en Salud	2.- Elabora Estudio Socioeconómico al peticionario del apoyo medico	DMS-P04-F01 Estudio Socio Económico
Dirección de Salud	3.-Se recibe la solicitud y pide requisitos del solicitante , como credencial de elector vigente o receta medica	
Directora de Salud	4.-Se analiza la petición del ciudadano para verificar si la misma procede	
Subcoordinador Administrativo de Salud	5.-Se verifica si se cuenta con recursos económicos disponibles para efectuar la compra	
Subcoordinador Administrativo de Salud	6.- Si se cuenta con recursos disponibles se contacta a farmacia. Laboratorio, gabinete de radiodiagnóstico, según sea el caso	
Subcoordinador Administrativo de Salud	7.- Buscando siempre las mejores condiciones de calidad, precio y financiamiento favorables al H. Ayuntamiento.	
Subcoordinador Administrativo de Salud	8.-Se le otorga Oficio especificando el servicio ciudadano	DMS-P04-F02 Oficio prestación del servicio
Ciudadano	9.- Se dirige a Farmacias, laboratorios, gabinetes. A que se le brinde el servicio solicitado.	
<b>Fin del Procedimiento</b>		



PROCEDIMIENTO: Apoyos Médicos y Gestiones

CÓDIGO DEL DIAGRAMA: DMS-P04-DF01

Fecha de Emisión: 23/Nov./2021



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Apoyos Médicos y Gestiones</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>DMS-P04</b>	<b>Fecha de elaboración: 23/Nov./2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
1	Formato Estudio Socio Económico DMS-P05F01 Rev. 0	Sub Coordinador Administrativo de Salud	Papel	1 semana	computadora	Ciudadano
2	Formato de Certificado Médico DMSP03-F02 Rev.1. 0	Sub Coordinador Administrativo de Salud	Papel	1 mes	Computadora	Ciudadano

**FORMATOS, INSTRUCTIVOS, ANEXOS**  
**H. AYUNTAMIENTO DE NOGALES, SONORA, MEX.**  
**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**

**FORMATO: DSM-P04-F01 ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

**1.- DATOS GENERALES**

A.-Nombre \_\_\_\_\_

Edo. Civil \_\_\_\_\_ Edad. \_\_\_\_\_ Sexo. \_\_\_\_\_

B.- Ocupación Actual. \_\_\_\_\_ Salario\$ \_\_\_\_\_

Ocupación Anterior . \_\_\_\_\_ Salario\$ \_\_\_\_\_

C.- Lugar de Origen. \_\_\_\_\_

Tiempo de Residencia en Nogales. \_\_\_\_\_

D.- Domicilio Actual. \_\_\_\_\_ Telefono. \_\_\_\_\_

Nombre del Conyugue. \_\_\_\_\_

E.-Edad. \_\_\_\_\_ Sexo. \_\_\_\_\_ Nacionalidad. \_\_\_\_\_

Ocupacion. \_\_\_\_\_ Salario. \_\_\_\_\_

**2.- DEPENDIENTES ECONOMICOS.**

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Edo. Civil

**3.- FAMILIARES QUE APOYAN ECONOMICAS**

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Edo. Civil	Salario

#### 4.- SITUACIONECONOMICA.

A) Ingreso familiar Mensual. \$ \_\_\_\_\_

#### DESGLOSE DE GASTOS

Alimentacion. \_\_\_\_\_ Transporte. \_\_\_\_\_

Vestido. \_\_\_\_\_ Recreación. \_\_\_\_\_

Servicios. \_\_\_\_\_ Otros. \_\_\_\_\_

#### 5.- DATOS DE LA VIVIENDA

Ubicación de la Vivienda \_\_\_\_\_

Tenencia de Vivienda: Propia \_\_\_ Rentada \_\_\_ Prestada \_\_\_ Otras \_\_\_

Número de Piezas de Vivienda: Recamara \_\_\_ Cocina \_\_\_ Baño \_\_\_ Comedor \_\_\_ Sala \_\_\_

Material de Construcción: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Servicios con que cuenta: Agua \_\_\_ Drenaje \_\_\_ Electricidad \_\_\_ Tel. \_\_\_ Cable \_\_\_

#### 6.- MOTIVO DE ESTUDIO

Exposición de Motivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7.- DIAGNOSTICO Y RESULTADOS. \_\_\_\_\_

8.- ELABORO. \_\_\_\_\_

9.- AUTORIZA APOYO. \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Certificado para Adopción	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> DSM-P05-Rev. 1.0	<b>Fecha de Emisión:</b> 23/Nov./2021

## I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Otorgar Certificado para Adopción a la Ciudadanía

## II.- ALCANCE:

Dirigido a todas y cada una de las personas que soliciten los servicios de Certificado para adopción

## III. DEFINICIONES:

**Certificado para Adopción:** Un informe emitido por un profesional Médico.

## IV.- REFERENCIAS ESPECÍFICAS:

### Documentos Internos

- Reglamento Interno Ayuntamiento de Nogales
- Manual de calidad de Dirección de Salud
- Procedimiento de Consulta Médica SAL-P01

### Documentos Externos

- Ley General de Salud
- Ley General del Estado de Sonora.

## V. POLITICAS

### 5.1 CRITERIOS PARA RECIBIR UN CERTIFICADO PARA ADOPCIÓN

Es otorgado a todo ciudadano que lo solicite.

## VI.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

DSM-P05-F01 Formato de Certificado Médico de Adopción

## VII. ANEXOS

DMS-P05-DF01 Diagrama para Otorgar Certificado para adopción

## VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CERTIFICADO MEDICO.

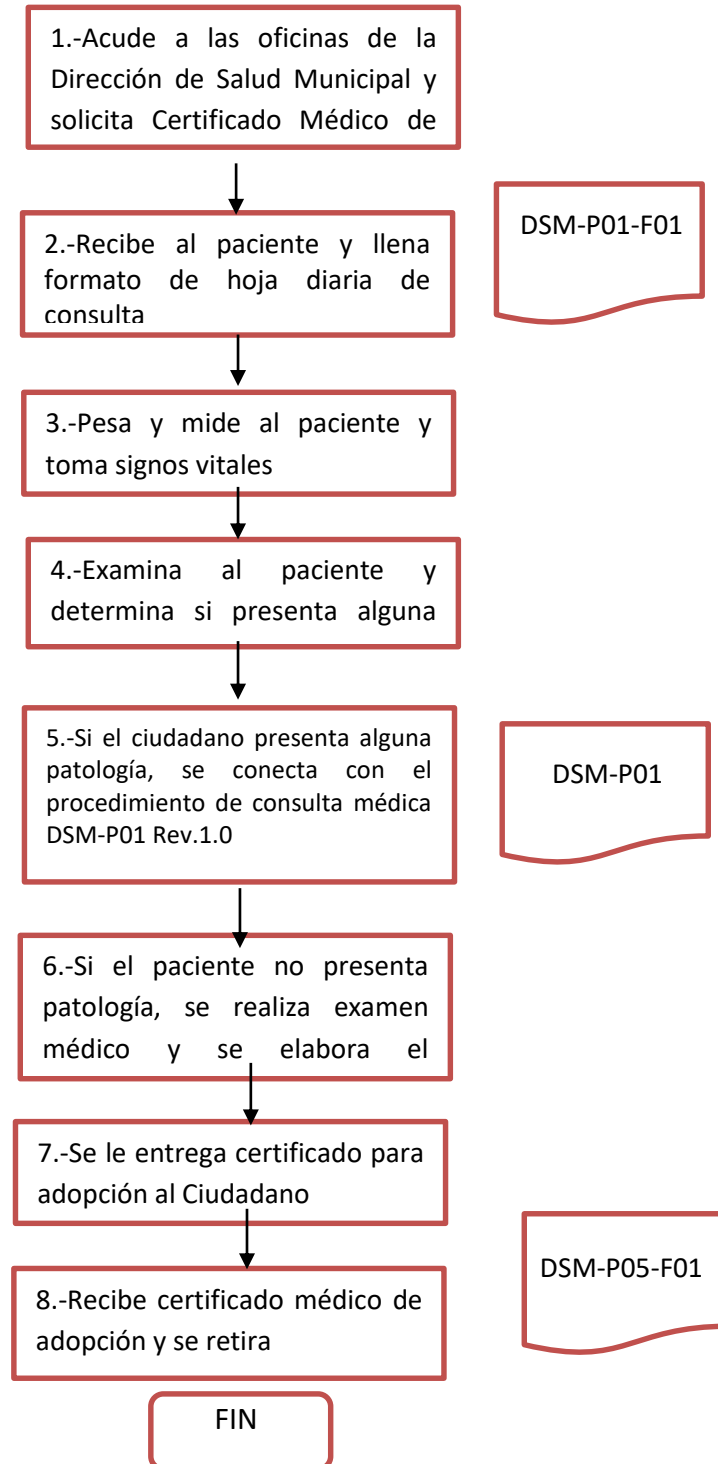
### DMS-P05-DF01 Diagrama para Otorgar Certificado para adopción

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Acude a las oficinas de la Dirección de Salud Municipal y solicita Certificado Medico	
Médico General	2.-Recibe al paciente y llena formato de hoja diaria de consulta	DSM-P01-F01 Hoja Diaria de Consulta
Médico General	3.-Pesa y mide al paciente y toma signos vitales	DSM-P01-F01 Hoja Diaria de Consulta
Médico General	4.-Examina al paciente y determina si presenta alguna patología	
Médico General	5.-Si el ciudadano presenta alguna patología, se conecta con el procedimiento de consulta médica SAL-P01 Rev. 0	
Médico General	6.-Si el paciente no presenta patología, se realiza examen médico y se elabora el certificado médico de adopción.	
Ciudadano	7.-Se le entrega certificado médico de adopción al Ciudadano	
Ciudadano	8.-Recibe certificado médico e adopción y se retira	DSM-PO5-F01 Rev. 1.0 Formato Certificado Médico de adopción
<b>Fin del Procedimiento</b>		

**PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO MEDICO DE ADOPCION**

**CÓDIGO DEL DIAGRAMA: DSM-P05-DF01**

**Fecha de Emisión:**  
23/Nov./2021





**AGENCIA MUNICIPAL DE ADOPCIONES**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**Dra. Nicole Lucia Salazar Peregrina**  
**Médico General**  
**Ced. Prof. 062276 SSA-SON 14847/20**

Nogales, Sonora; a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.

## **CERTIFICADO MEDICO**

Por este medio certifico que el C. \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ años de edad, se identifica con: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ enfermedades infecto-contagiosas; \_\_\_\_\_ enfermedades crónico-degenerativas; \_\_\_\_\_ alergia a medicamentos. Se realizaron laboratorios del tipo: BH COMPLETA, GRUPO Y RH, QUÍMICA SANGUÍNEA con resultados: \_\_\_\_\_. VIH \_\_\_\_\_ y Antidoping \_\_\_\_\_. Tensión arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_.

Motivo por el cual se certifica \_\_\_\_\_ para los procesos de adopción pertinentes en esta agencia.

Se extiende la presente para fines del interesado.

**Dra. Nicole Lucia Salazar Peregrina**  
**Médico General**



## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ESTERILIZAR MASCOTAS	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: CEN-P01	Fecha de Emisión: 23 Nov. 2021

### I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir las actividades necesarias para esterilizar mascotas

### II. ALCANCE:

Para toda la ciudadanía que desee esterilizar mascotas, se programan campañas gratuitas, donde se acude a las colonias, o si se prefiere en el Centro se realizan a bajo costo.

### III. DEFINICIONES:

**Esterilización:** La mascota es operada por el médico veterinaria en un área asignada, ya sea en campaña gratuita o en el Centro.

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Formato del consentimiento de cirugía
- Indicaciones para cuidados post operatorios.

### V. POLÍTICAS

#### 5.1 CRITERIO PARA LA ESTERILIZAR DE MASCOTAS:

**Criterio 1.** Se pide que la mascota tenga ayuno al menos 8 horas.

**Criterio 2.** La mascota tiene que estar limpia libre de parásitos externos.

**Criterio 3.** La mascota tiene que tener mínimo 5 meses de edad.

**Criterio 4.** Si la esterilización es en campaña gratuita se pide se registre con anticipación.

**Criterio 5.** Si la esterilización es el centro se pide se realice el pago correspondiente.

#### 5.2 CRITERIO PARA NO REALIZAR LA ESTERILIZACION.

**Criterio 1.** Que la mascota este enferma, o no tenga ayuno.

**Criterio 2.** Que la mascota sea menor de 5 meses

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P01-F01 Consentimiento de cirugía

CEN-P01-F02 Instrucciones post operatorios

### VII. ANEXOS

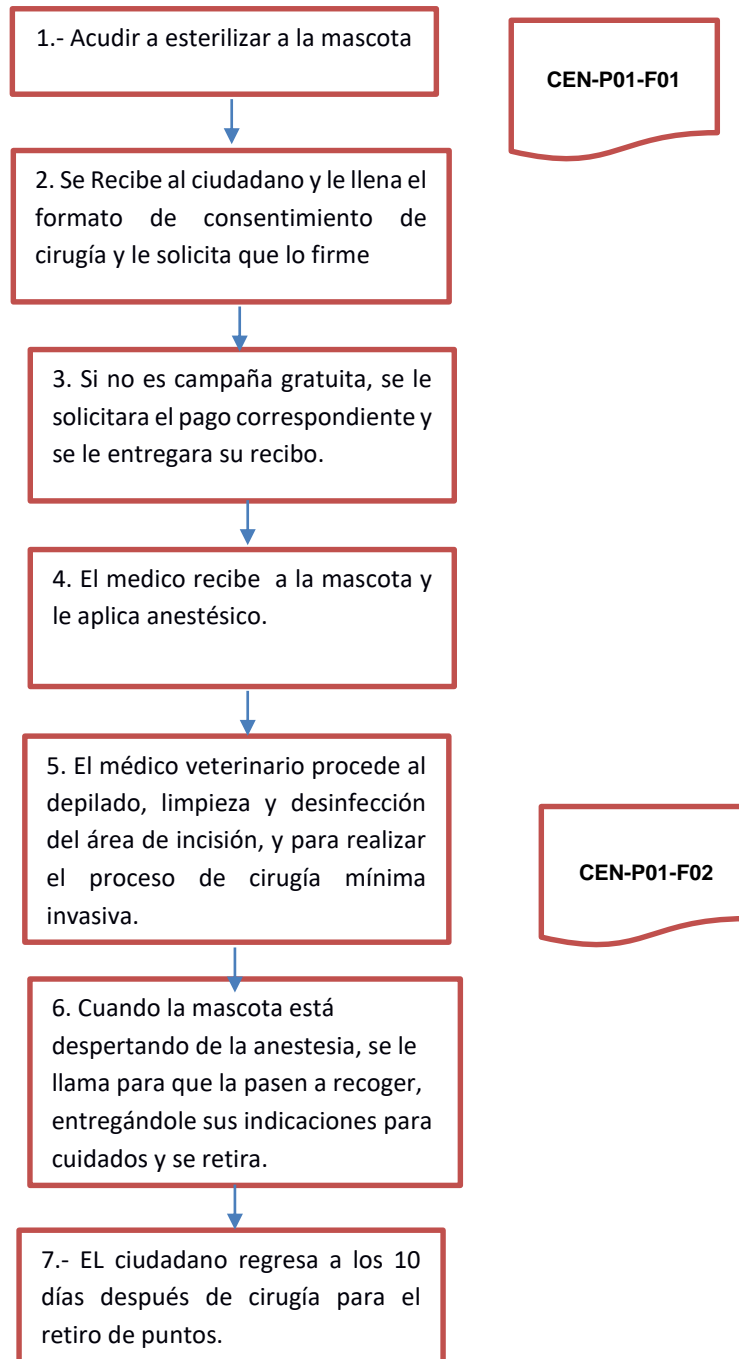
CEN-P01-DF01 Diagrama Funcional de Esterilizar mascotas

## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.- Acudir a esterilizar a la mascota	
Secretaria	2. Se Recibe al ciudadano y le llena el formato de consentimiento de cirugía y le solicita que lo firme	CEN-P01-F01 Consentimiento de cirugía
Secretaria	3. Si no es campaña gratuita, se le solicitara el pago correspondiente y se le entregara su recibo.	
Médico Veterinario	4. El medico recibe a la mascota y le aplica anestésico.	
Médico Veterinario	5. El médico veterinario procede al depilado, limpieza y desinfección del área de incisión, y para realizar el proceso de cirugía mínima invasiva.	
Secretaria	6. Cuando la mascota está despertando de la anestesia, se le llama para que la pasen a recoger, entregándole sus indicaciones para cuidados y se retira.	CEN-P01-F02 Instrucciones Post operatorios
Médico Veterinario	7.- EL ciudadano regresa a los 10 días después de cirugía para el retiro de puntos.	
<b>Fin del procedimiento</b>		

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Esterilizar mascotas</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P01-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 Nov. 2021</b>



↓  
FIN

## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Esterilizar mascotas</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P01</b>	<b>Fecha de elaboración: 23 Nov. 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P01-F01	Consentimiento de cirugía	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta.	Se archiva
CEN-P01-F02	Instrucciones post operatorios	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta.	Se entrega al ciudadano

## CEN-P01- F01 CONSENTIMIENTO DE CIRUGIA



DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD CAMPAÑA DE  
ESTERILIZACION CANINA Y FELINA. FECHA: \_\_\_\_\_

### Consentimiento de Cirugía

Por medio de la presente hago constar que he comprendido claramente las indicaciones y explicaciones medicas quirúrgicas a las cuales se verá sometida mi mascota; y que conozco en pleno la responsabilidad que esto implica; eximiendo de la misma al (los o las) médicos(as o s) veterinarios (as), cuyo nombre completo es el que sigue: \_\_\_\_\_

Asumiendo entonces, la responsabilidad de autorizar a efectuar las maniobras o lo necesario para el buen éxito de la cirugía, o lo que es el caso se amerite, de acuerdo al buen proceder de los veterinarios (as) responsables de realizar las cirugías.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Testigo

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE	
EDAD	
DIRECCION	
COLONIA	
CIUDAD	
TELEFONO	

DATOS DE LA MASCOTA	
ESPECIE	
FECHA DE NACIMIENTO	
COLOR	
SEXO	
SEÑAS PARTICULARES	

OBSERVACIONES

## CEN-P01-F02 INSTRUCCIONES POST OPERATOR

INDICACIONES POST OPERATORIAS

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Recepcionar y atender reportes

CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: CEN-P02

Fecha de Emisión: 23 NOV. 2021

### I.- OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir las actividades necesarias para atención de reportes de perros en la vía pública así como reportes de mordedura, y de posible maltrato animal.

### II.- ALCANCE:

Dirigido a todos los ciudadanos del Municipio de Nogales, Sonora, que lo soliciten.

### III. DEFINICIONES:

Los reportes se atienden según el orden de las llamadas y en caso de ser emergencias ya sea por mordedura o por maltrato animal, se atienden de inmediato

### IV.- REFERENCIAS ESPECÍFICAS:

#### Documentos Internos

- Formato de recorridos de unidades

### V. POLITICAS

#### 5.1 CRITERIOS PARA RECEPCIONAR Y ATENDER REPORTE

**Criterio 1.** Recibir la llamada telefónica o recibir al ciudadano en persona, o reportes que son puestos en atención ciudadana, sobre perros en vía pública, así como de agresión a un ciudadano por parte de la mascota, o posible maltrato animal.

**Criterio 2.** Que el ciudadano informe los datos completos como dirección, colonia, número de teléfono y explique el problema que tiene con las mascotas.

#### 5.2 CRITERIOS PARA NO ATENDER EL REPORTE

**Criterio 1.** Que la mascota que se reporta este fallecida.

### VI.-FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P02-F01 Reporte.

CEN-P02-F02 Recorrido de unidades.

### VII. ANEXOS

## CEN-P02-DF01 Diagrama Funcional de Recepcionar y atender reportes-

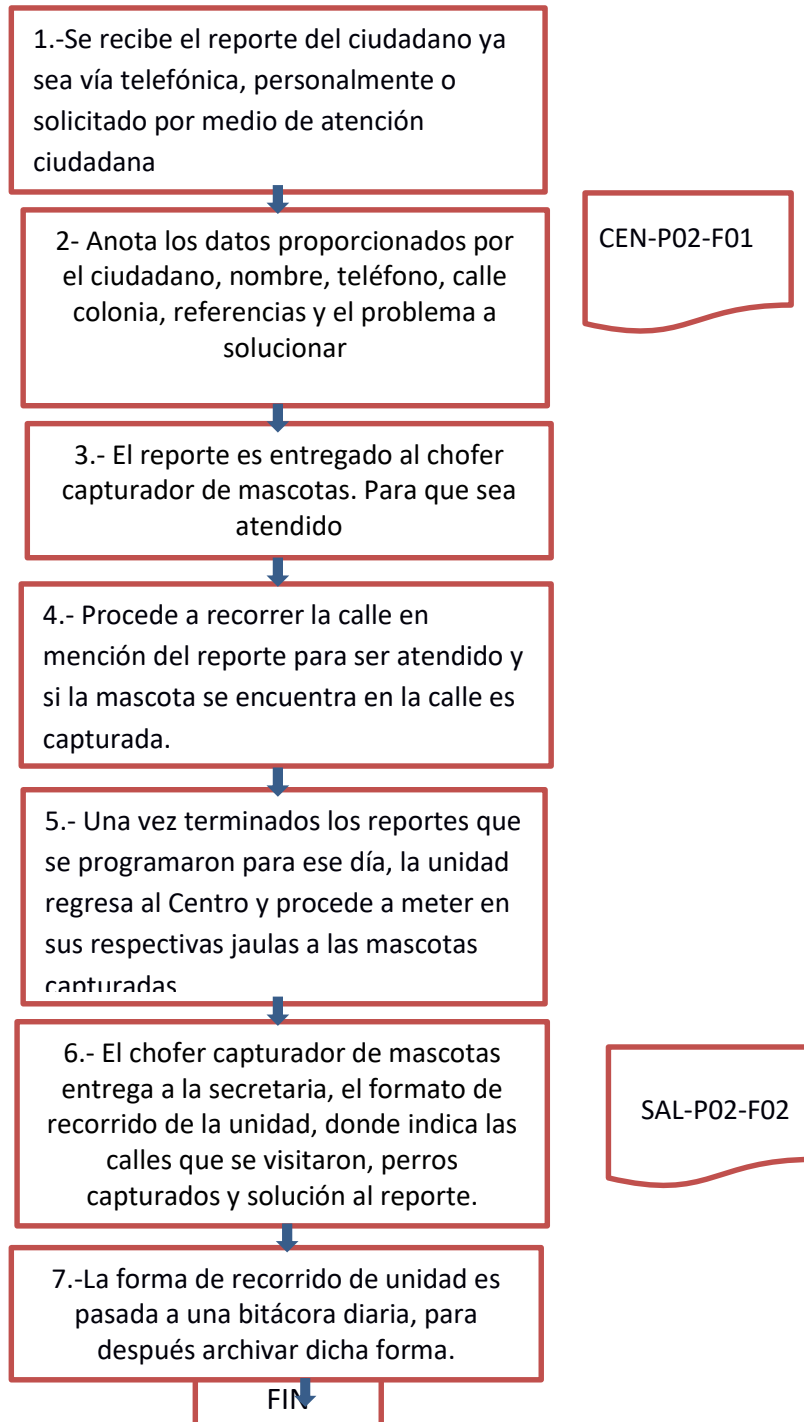
### VII.- DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECEPCIONAR Y ATENDER REPORTES

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Se recibe el reporte del ciudadano ya sea vía telefónica, personalmente o solicitado por medio de atención ciudadana	
Secretaria	2- Anota los datos proporcionados por el ciudadano, nombre, teléfono, calle colonia, referencias y el problema a solucionar	CEN-P02-F01
Secretaria	3.- El reporte es entregado al chofer capturador de mascotas. para que sea atendido	
Chofer capturador de mascotas	4.- Procede a recorrer la calle en mención del reporte para ser atendido y si la mascota se encuentra en la calle es capturada.	
Chofer capturador de mascotas	5.- Una vez terminados los reportes que se programaron para ese día, la unidad regresa al Centro y procede a meter en sus respectivas jaulas a las mascotas capturadas.	
Chofer capturador de mascotas	6.- El chofer capturador de mascotas entrega a la secretaria, el formato de recorrido de la unidad, donde indica las calles que se visitaron, perros capturados y solución al reporte.	CEN-P02-F02
Secretaria	7.-La forma de recorrido de unidad es pasada a una bitácora diaria, para después archivar dicha forma.	
<b>Fin del Procedimiento</b>		

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Recepcionar y atender reportes</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P02-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 Nov. 2021</b>

INICIO





## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Recepcionar y atender Reportes	Página 1 de 1
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	CEN-P02	Fecha de elaboración: 23 NOV. 2021

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P02-F01	Reporte	secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva
CEN-P02-F02	Recorrido de unidades	Chofer capturador de mascotas	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva

## CEN-P02-F01 REPORTE

### Reporte

Fecha \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Reporto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Referencia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problema \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quien atendió. \_\_\_\_\_



## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Aplicar vacuna antirrábica	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P03	<b>Fecha de Emisión</b> 23 Nov. 2021

### II. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir las actividades necesarias cumplir las metas de vacunación antirrábica

### II. ALCANCE:

Para toda la ciudadanía que desee vacunar sus mascotas

### III. DEFINICIONES:

**VACUNACION:** La mascota es vacunada por personal capacitado del Centro de Atención Canina y Felina, es para perros y gatos

#### Documentos Internos

- Certificación de vacunación

### V. POLÍTICAS

#### 5.3 CRITERIO PARA APLICAR VACUNA ANTIRRABICA DE MASCOTAS:

**Criterio 1.** Que la mascota goce de buena salud

**Criterio 2.** La mascota tiene que ser mayor de dos meses.

#### 5.4 CRITERIO PARA NO APLICAR LA VACUNA ANTIRRABICA

**Criterio 1.** Que la mascota presente síntomas de alguna enfermedad.

**Criterio 2.-**Que la mascota se encuentre en periodo de gestación.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P03-F01 Certificado de vacunación

### VII. ANEXOS

CEN-P03-DF01 Diagrama Funcional de Aplicar vacuna antirrábica

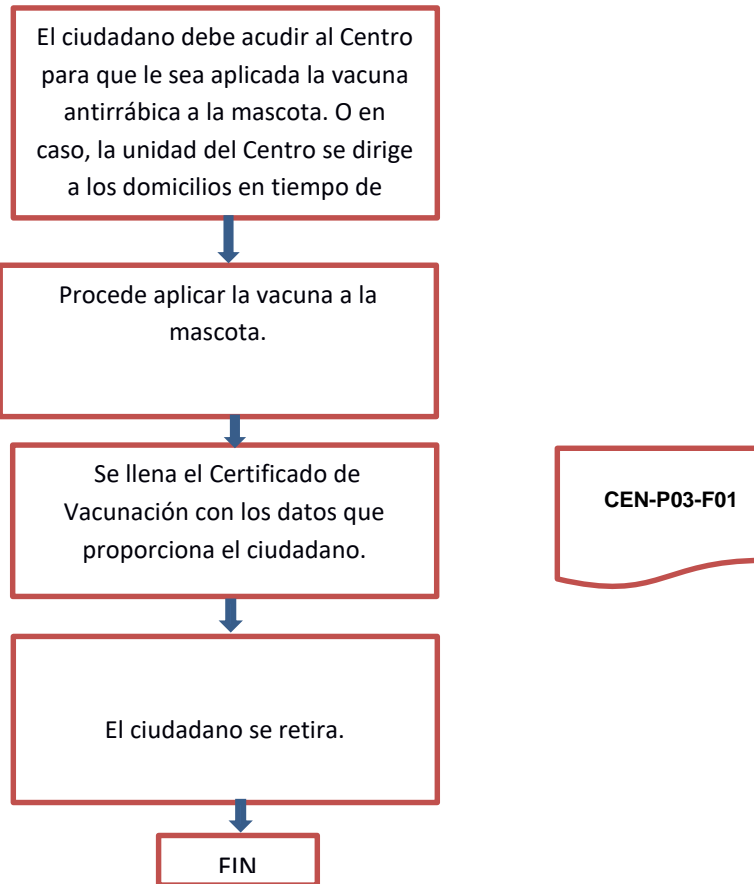
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1. El ciudadano debe acudir al Centro para que le sea aplicada la vacuna antirrábica a la mascota. O en caso, la unidad del Centro se dirige a los domicilios en tiempo de campaña de vacunación	
Médico veterinarios, y/o personal capacitado del Centro	2. Procede aplicar la vacuna a la mascota.	
Médico veterinarios, y/o personal capacitado del Centro, Secretaria	3.- Se llena el Certificado de Vacunación con los datos que proporciona el ciudadano.	CEN-PO3-F01 Certificado de vacunación
Ciudadano	.4.-El ciudadano se retira.	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Aplicar vacuna antirrábica</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P03-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 Nov. 2021</b>



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTO

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Aplicar vacuna antirrábica</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P03</b>	<b>Fecha de elaboración: 23 Nov. 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P03-F01	Certificado de vacunación	Médico Veterinario, Personal del Centro	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Original se entrega al ciudadano. Copia se archiva

## FORMATO CEN-P03 CERTIFICADO DE VACUNACION ANTIRRABICA

 **SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN  
ANTIRRABICA DE PERRO Y GATO 2020**

 GOBIERNO  
DEL ESTADO  
DE SONORA

**TALÓN DE  
VACUNACIÓN** FOLIO: **277631**

Ubicado en el Municipio de: \_\_\_\_\_

Nombre del Propietario: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Especie:  PERRO  GATO Sexo:  MACHO  HEMBRA Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha en que se aplica la vacuna: \_\_\_\_\_  
(día) (mes) (año)

Frecuencia con que se aplicó esta vacunación:

a). Animal menor de un año: 1era. vez  2da. vez

b). Animal adulto un año y más: 1era. vez  Revacunación

Nombre del vacunador: \_\_\_\_\_



## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Aplicar Ivermectina	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P04	<b>Fecha de Emisión:</b> 23 Nov. 2021

### III. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir los procesos necesarios para aplicar el medicamento

### II. ALCANCE:

Para toda la ciudadanía que desee aplicar a sus mascotas

### III. DEFINICIONES:

**VACUNACION:** La mascota es inyectada por personal capacitado del Centro de Atención Canina y Felina, es solamente para perros.

### Documentos Internos

- Recibo de pago

### V. POLÍTICAS

#### 5.5 CRITERIO PARA APLICAR IVERMECTINA A MASCOTAS:

**Criterio 1.** Que la mascota goce de buena salud

**Criterio 2.** La mascota tiene que ser mayor de cuatro meses.

#### 5.6 CRITERIO PARA NO APLICAR IVERMECTINA

**Criterio 1.** Que la mascota presente síntomas de alguna enfermedad.

**Criterio 2.-**Que la mascota se encuentre en periodo de gestación.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P04-F01 Recibo de Pago

### VII. ANEXOS

CEN-P04-DF01 Diagrama Funcional de Aplicar Ivermectina.

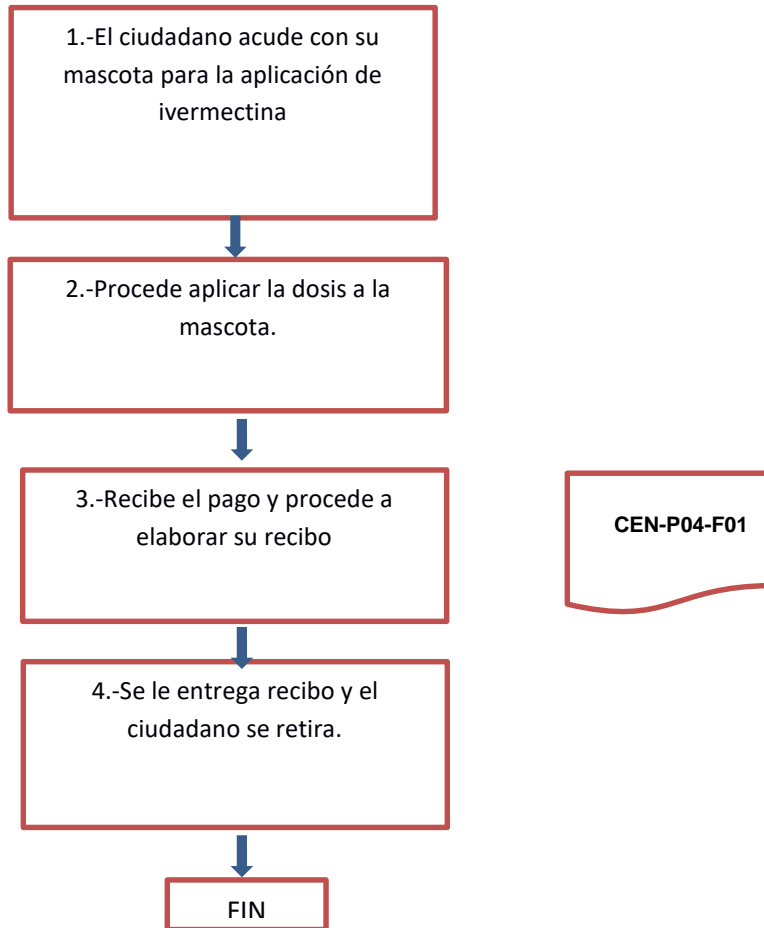
### VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-El ciudadano acude con su mascota para la aplicación de ivermectina	
Médico veterinarios, y/o personal capacitado del Centro	2.- Procede aplicar la dosis a la mascota.	
Secretaria	3.-Recibe el pago y procede a elaborar su recibo	CEN-PO4-F01
Ciudadano	.4.-Se le entrega recibo y el ciudadano se retira.	

**Fin del procedimiento**

### DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Aplicar Ivermectina</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P04-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 Nov. 2021</b>



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Aplicar Ivermectina	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	CEN-P04	<b>Fecha de elaboración: 23 Nov. de 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P04-F01	Recibo de pago	Médico Veterinario, Personal del Centro	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se entrega al ciudadano



## CEN-P04-F01 RECIBO DE PAGO

 MUNICIPIO DE NOGALES, SONORA AV. ÁLVARO OBREGÓN No. 339, COL. FUNDO LEGAL R.F.C. MNS - 10096-IL9 H. NOGALES, SONORA, MÉXICO, C.P. 84030		<b>RECIBO</b> No. <b>129806</b>			
DÍA	MES	AÑO	CUENTA	NOMBRE	
LAVE	CONCEPTOS	IMPORTE	DESCUENTO	SALDO	
		<b>NOGALES</b> GOBIERNO MUNICIPAL 2018 - 2021			
MODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		EVITE RECARGOS LIQUIDANDO SUS IMUESTOS DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS DEL MES A QUE CORRESPONDA SU PAGO.		<b>TOTAL →</b>	
				<b>ORIGINAL</b> <b>COPIA</b>	

MÉTODO DE PAGO:  
NO. DE SERIE DEL  
CERTIFICADO DEL SAT:  
00001000000203498276  
NO. DE SERIE DEL  
CERTIFICADO DEL  
EMISOR:  
00001000000400676781

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Recibir mascotas	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: CEN-P05	Fecha de Emisión: 23 Nov. de 2021

### IV. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Conocer el procedimiento para la recepción de mascotas.

### II. ALCANCE:

Para toda la ciudadanía que desee entregar sus mascotas.

### III. DEFINICIONES:

El propietario de la mascota decide entregar a sus mascotas por diversos motivos.

### Documentos Internos

- Formato de recepción de mascotas

### V. POLÍTICAS

#### 5.7 CRITERIO PARA LA RECIBIR MASCOTAS

**Criterio 1.** Llevar la mascota al Centro

#### 5.8 CRITERIO PARA NO RECIBIR A LA MASCOTA

**Criterio 1.** Que la mascota este fallecida.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P05-F01 Formato de recepción de mascotas

### VII. ANEXOS

CEN-P05-DF01 Diagrama Funcional de Recibir mascotas

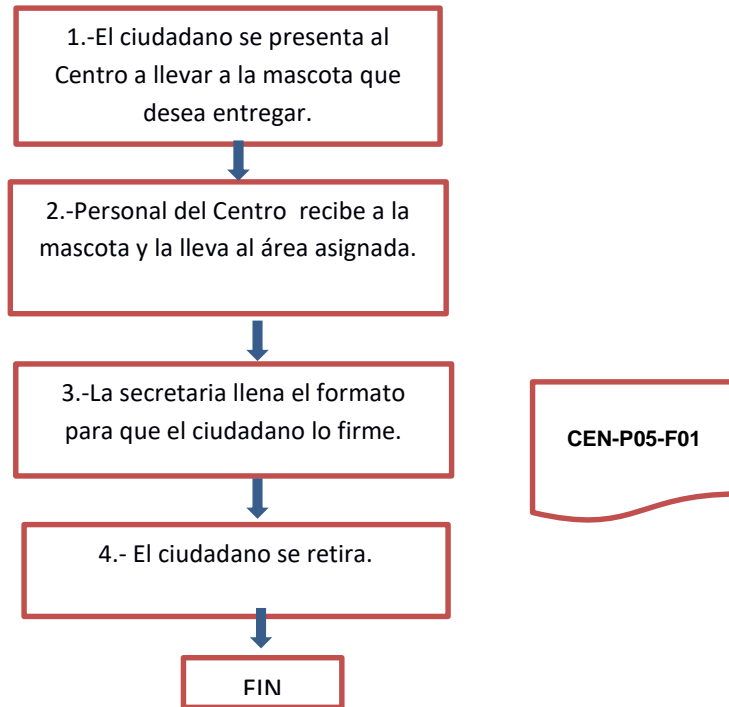
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.- El ciudadano se presenta al Centro a llevar a la mascota que desea entregar.	
Personal del centro	2.-Recibe a la mascota y la lleva al área asignada.	
Secretaria	3.-Llena el formato para que el ciudadano lo firme.	CEN-PO5-F01
Ciudadano	.4.-El ciudadano se retira.	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Recibir mascotas</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P05-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 de Nov. 2021</b>





## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Recibir mascotas	Página 1 de 1
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	CEN-P05	Fecha de elaboración: 23 de Nov. 2021

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P05-F01	Formato de Recepción de mascotas	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva

## Formato CEN-P05-F01 FORMATO DE RECEPCIÓN DE MASCOTAS



### CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

### RECEPCION DE MASCOTAS

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

En carácter de propietario de mi mascota entrego de manera voluntaria mi mascota al Centro de Atención Canina y Felina para su disposición.

NOMBRE DEL PROPIETARIO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA MASCOTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
MVZ GUILLERMO AVILES COTA

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Dar mascotas en adopción	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P06	<b>Fecha de Emisión:</b> 23 de Nov. 2021

### V. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir método para adoptar a las mascotas que se encuentran en el centro.

### II. ALCANCE:

Para toda la ciudadanía que desee adoptar una mascota.

### III. DEFINICIONES:

Dar en adopción a mascotas que se encuentren aquí en el Centro.

#### Documentos Internos

- Formato de Carta de Adopción

### V. POLÍTICAS

#### 5.9 CRITERIO PARA DAR MASCOTAS EN ADOPCION:

**Criterio 1.-** La mascota debe estar en el Centro

**Criterio 2.-** Mascotas abandonadas, sin propietario

#### 5.10 CRITERIO PARA NO DAR EN ADOPCION A UNA MASCOTA

**Criterio 1.** Que la mascota muestre signos de agresividad.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P06-F01 Formato de carta de adopción de mascotas

### VII. ANEXOS

CEN-P06-DF01 Diagrama Funcional de Dar mascotas en adopción

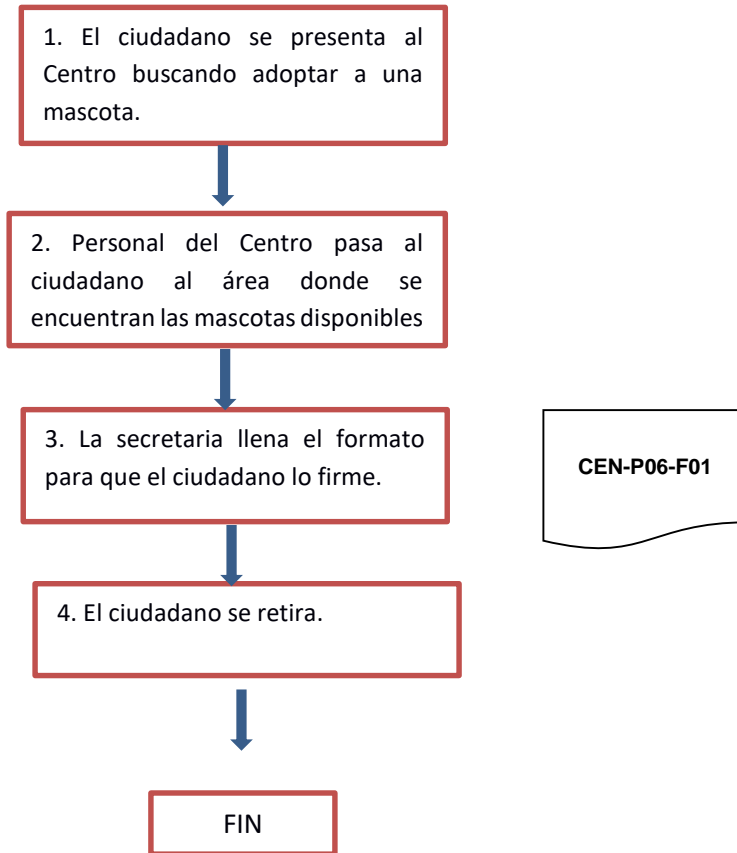
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.- El ciudadano se presenta al Centro buscando adoptar a una mascota.	
Personal del centro	2.-Pasa al ciudadano al área donde se encuentran las mascotas disponibles para adopción.	
Secretaria	3.-Llena el formato con datos que proporciona el ciudadano y pide que lo firme	CEN-PO6-F01
Ciudadano	.4.-El ciudadano se retira.	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Dar mascotas en adopción</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P06-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 de Nov. 2021</b>



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Dar mascotas en adopción</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P06</b>	<b>Fecha de elaboración: 23 de Nov. 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P06-F01	Formato de Carta de adopción de mascotas	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva

## CEN-P06-F01 FORMATO DE CARTA DE ADOPCIÓN DE MASCOTAS

### CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

#### CARTA DE ADOPCION

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

YO: \_\_\_\_\_ de mi libre VOLUNTAD, ACEPTO en adopción al perrito, y con ello llevo la responsabilidad de CUIDARLO Y MANTENERLO dentro de mi propiedad y al sacarlo a la calle TRAERLO con correa, así como darle alimento y un lugar digno donde vivir.

Así mismo ME COMPROMETO a RESPONSABILIZARME por los DAÑOS que pueda causar a terceros en caso de salir a VIA PUBLICA.

NOMBRE DE MASCOTA: \_\_\_\_\_ COLOR: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERESADO

\_\_\_\_\_  
MVZ GUILLERMO AVILES COTA  
SUB COORDINADOR

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Dar llamados de atención	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P07	<b>Fecha de Emisión:</b> 23 de Nov. 2021

### VI. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir la forma en que se levanta un llamado de atención

### II. ALCANCE:

A ciudadanos irresponsables con sus mascotas.

### III. DEFINICIONES:

Aplicar a ciudadanos que han sido reportados, ya que no son responsables con sus mascotas

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Forma de Llamado de Atención

### V. POLÍTICAS

#### 5.11 CRITERIO PARA DAR LLAMADO DE ATENCION:

**Criterio 1.** Recibir la llamada telefónica, o recibir al ciudadano que reporta irresponsabilidad hacia mascotas.

**Criterio 2.** Que el reportante proporcione los datos necesarios para acudir al reporte.

#### 5.12 CRITERIO PARA NO HACER EL LLAMADO DE ATENCION.

**Criterio 1.** Que los datos proporcionados sean incorrectos.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P07-F01 Formato de llamado de Atención.

### VII. ANEXOS

CEN-P07-DF01 Diagrama Funcional de Dar llamado de Atención



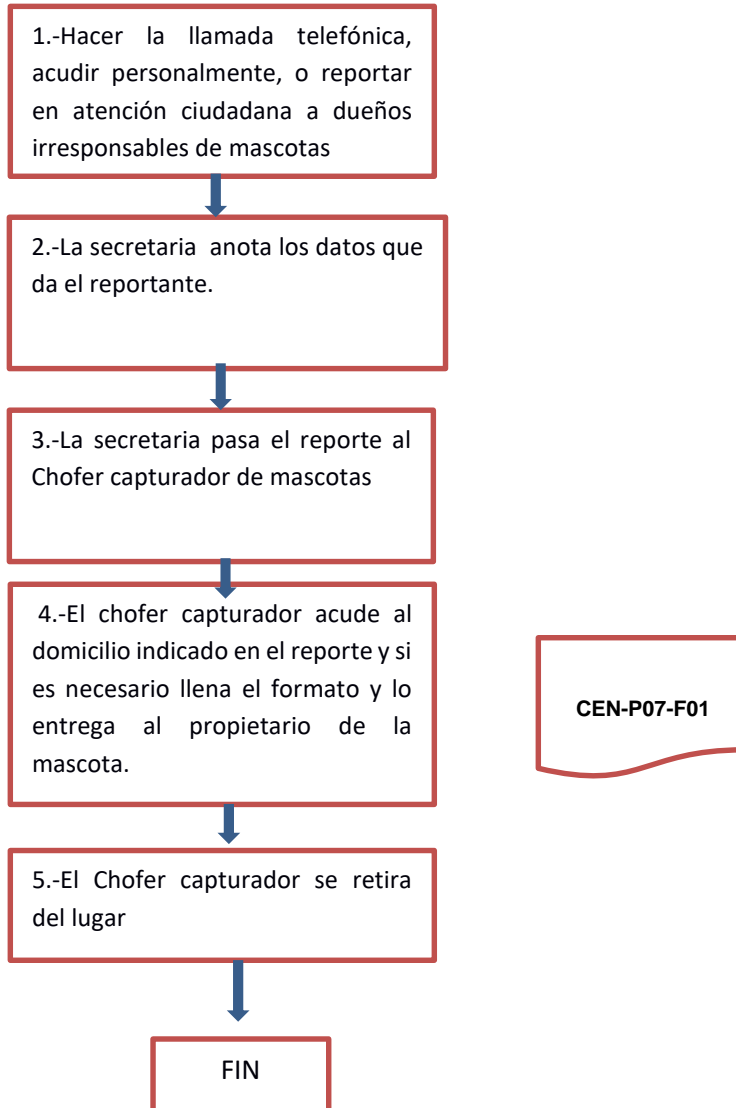
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Hacer la llamada telefónica, acudir personalmente, o reportar en atención ciudadana a dueños irresponsables de mascotas	
Secretaria	2.- Anota los datos que da el reportante.	CEN-P07-F01
Secretaria	3.-Pasa el reporte al Chofer capturador de mascotas	
Chofer capturador de mascotas	4. Acude al domicilio indicado en el reporte y si es necesario llena el formato y lo entrega al propietario de la mascota..	
Chofer capturador de mascota	5.-Se retira del lugar	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Dar llamados de atención</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P07-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 de Nov. 2021</b>





### INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
NOGALES, SONORA  
2018-2021

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Dar llamados de atención</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P07</b>	<b>Fecha de elaboración: 23 de Nov. 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P07-F01	Formato de llamado de atención	Chofer capturador de mascotas	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Original se entrega al ciudadano y la copia se archiva

## CEN-P07-F01 FORMATO DE LLAMADO DE ATENCIÓN

H. Nogales Sonora a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020.

### A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente se hace de su conocimiento que esta es la \_\_\_\_\_ vez que le comunicamos que sus vecinos se están quejando de que su mascota permanece en la vía pública, provocando daños y molestias a los mismos, por lo que nos vemos en la necesidad de sugerirle que lo mantengan dentro de su propiedad para evitar que se le pueda sancionar ó en caso necesario retirar a su mascota por la Vía Legal basándonos en el Artículo 35 Fracción XVII del Bando de Policía y Buen Gobierno

Atentamente  
Protección y Control Animal

### Datos del Dueño

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Datos de la Mascota

Nombre: \_\_\_\_\_ Especie: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Firma del Dueño

Firma del Notificador

Firma del Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTA ó OBSERVACION: \_\_\_\_\_

---

---

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Atender reportes de mordedura	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P08	<b>Fecha de Emisión:</b> 23 de Nov. 2021

### VII. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir la forma en que atiende un llamado por agresión de una mascota en la vía pública.

### II. ALCANCE:

A ciudadanos que reportan una agresión por mascotas.

### III. DEFINICIONES:

Que el reportante sea atendido y la mascota capturada para su observación.

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Forma de Reporte de mordedura

### V. POLÍTICAS

#### 5.13 CRITERIO PARA ATENDER REPORTE DE MORDEDURA:

**Criterio 1.** Recibir la llamada telefónica, o recibir al ciudadano personalmente para que reporte la agresión por parte de una mascota que se encuentra en la vía pública.

**Criterio 2.** Que la agresión fue por un perro.

#### 5.14 CRITERIO PARA NO HACER EL REPORTE DE MORDEDURA.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P08-F01 Formato de Reporte de Mordedura

### VII. ANEXOS

CEN-P08-DF01 Diagrama Funcional de Atender reporte de mordedura.

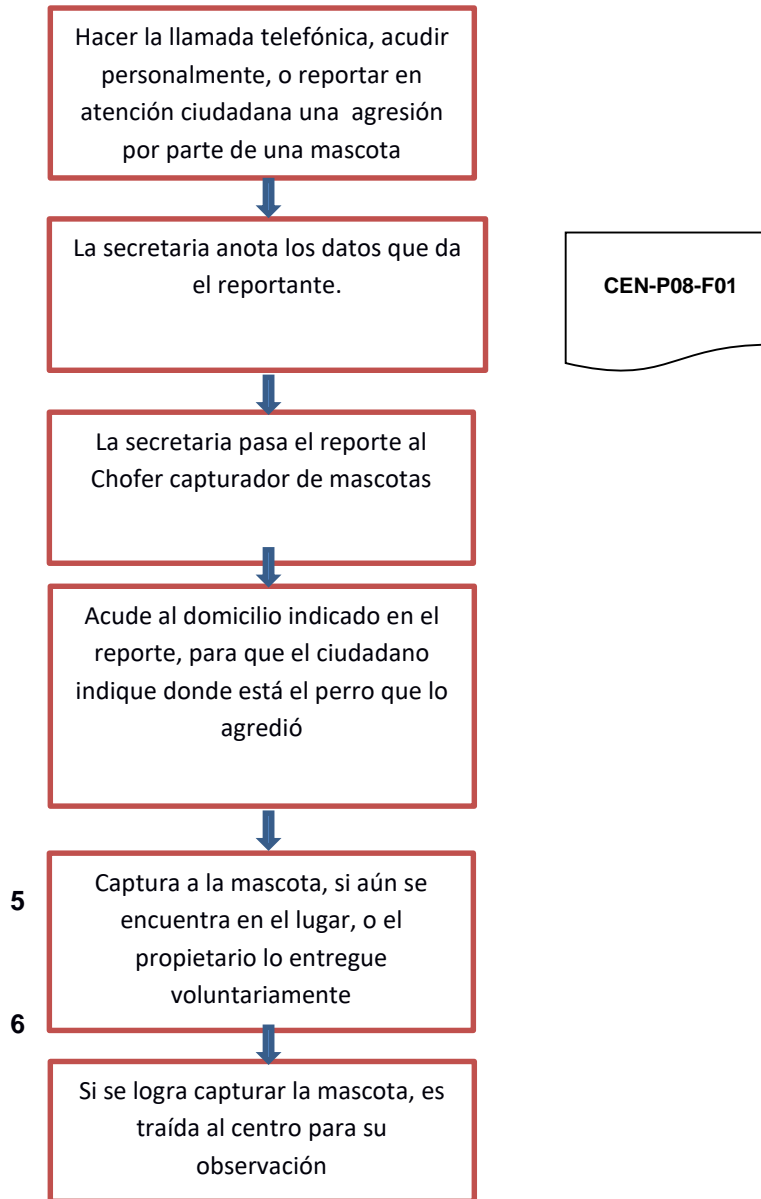
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Hacer la llamada telefónica, acudir personalmente, o reportar en atención ciudadana una agresión por parte de una mascota.	
Secretaria	2.- Anota los datos que da el reportante.	CEN-P08-F01
Secretaria	3.-Pasa el reporte al Chofer capturador de mascotas	
Chofer capturador de mascotas	4. Acude al domicilio indicado en el reporte, para que el ciudadano indique donde está el perro que lo agredió	
Chofer capturador de mascota	5.-Captura a la mascota, si aún se encuentra en el lugar o que el propietario lo entregue voluntariamente.	
Chodwe capturador de mascotas	6.-Si se logra capturar la mascota, es traída al centro para su observación	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Atender reportes de mordedura</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P08-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 23 de Nov. 2021</b>



## CEN-P08-F01 FORMATO DE REPORTE DE MORDEDURA

### CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA



#### REPORTE MORDEDURA DE ANIMAL

# DE REPORTE-----FECHA DE REPORTE-----# DE JAULA-----

##### I DATOS DEL ANIMAL

NOMBRE-----ESPECIE-----RAZA-----SEXO-----COLOR-----EDAD-----

DUEÑO-----DIRECCION-----  
-----COLONIA-----TEL-----

FECHA DE MUERTE-----SACRIFICADO-----MUERTE NATURAL-----DIAS DE ENFERMEDAD-----VACUNADO SI-----NO-----  
----NO SABE-----FECHA VACUNA DE RABIA-----

##### II DATOS DEL LABORATORIO

FECHA DE RECEPCION DE LA MUERTE-----ANTICUERPOS FLUORECENTES-----INOCULACION A RATON-----

##### III DATOS VICTIMA

NOMBRE-----EDAD-----

DIRECCION-----COLONIA-----

TEL-----

LUGAR DEL INCIDENTE-----COLONIA-----

DESCRIPCION DE LA LESION-----

NOMBRE Y DIRECCION DE INSTITUCION EN LA QUE SE ATENDIO-----

---

OBSERVACIONES-----  
-----

REPORTO

FIRMA DE SUPERVISOR

-----

-----



## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Firmar la carta compromiso	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: CEN-P09	Fecha de Emisión: 15 enero 2021

### VIII. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir el procedimiento para realizarle al ciudadano una carta compromiso

### II. ALCANCE:

A ciudadanos que les fue capturada una mascota.

### III. DEFINICIONES:

Mascotas capturadas en vía pública, y son traídas al Centro.

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Formato de carta compromiso

### V. POLÍTICAS

#### 5.15 CRITERIO PARA CONSEGUIR FIRMA DE LA CARTA COMPROMISO:

**Criterio 1.** La mascota debe ser capturada en la vía pública y encontrarse en el Centro.

**Criterio 2.** Pagar la multa correspondiente.

#### 5.16 CRITERIO PARA NO HACER LA CARTA COMPROMISO.

**Criterio 1.** Que no se haya realizado el pago correspondiente.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P09-F01 Formato de Carta compromiso

### VII. ANEXOS

CEN-P09-DF01 Diagrama Funcional de firmar la carta compromiso

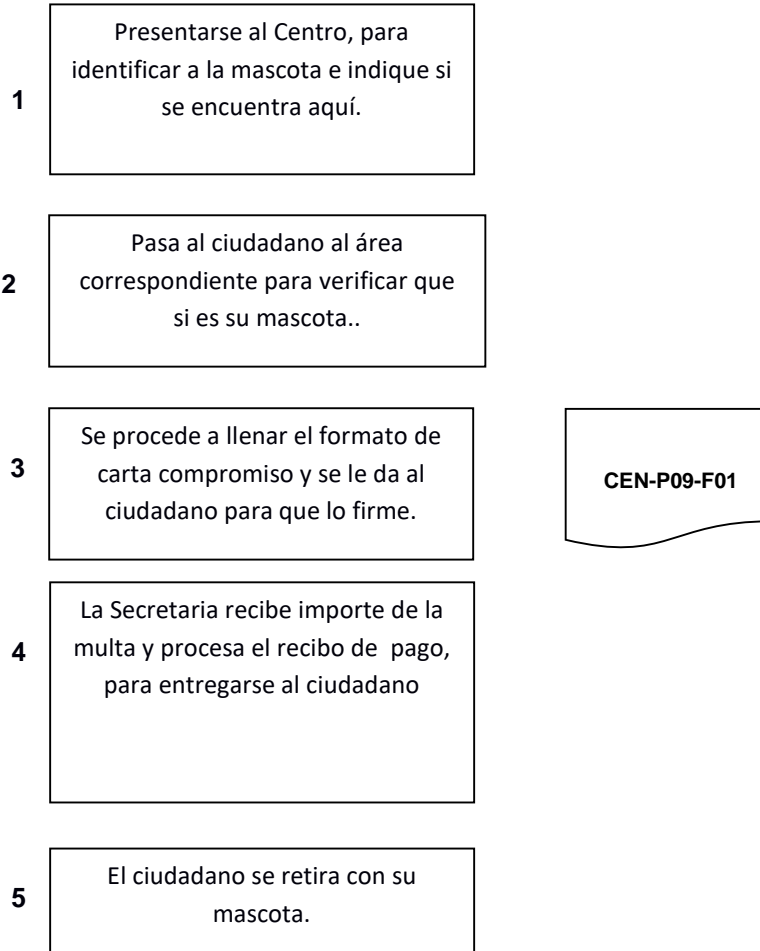
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Presentarse al Centro, para identificar a la mascota e indique si se encuentra aquí.	
Secretaria, personal del Centro	2.- Pasa al ciudadano al área correspondiente para verificar que si es su mascota..	
Secretaria	3.-Se procede a llenar el formato de carta compromiso y se le da al ciudadano para que lo firme.	CEN-P09-F01
Secretaria	4.-Recibe importe de la multa y procesa el recibo de pago, para entregarse al ciudadano.	
Ciudadano	5.-Se retira con su mascota.	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Firmar la carta compromiso</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P09-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 15 enero 2021</b>



FIN

## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Firmar la carta compromiso</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P09</b>	<b>Fecha de elaboración: 23 de Nov. 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P09-F01	Formato de Carta compromiso	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva

## CEN-P09-F01 Formato de Carta Compromiso



### CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

### CARTA COMPROMISO

H. Nogales Sonora a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

Por este documento me comprometo a mantener y resguardar el perro de nombre \_\_\_\_\_ color \_\_\_\_\_ raza \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

Ubicado en el domicilio \_\_\_\_\_

de la colonia \_\_\_\_\_

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Por motivo de ser perro problema con los vecinos, incumplir con el articulo #35 del BANDO DE POLICIA Y BUEN GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE NOGALES SONORA, por lo que por ningún motivo se volverá a salir del domicilio, en el entendido de hacerme acreedor (a) a las sanciones correspondientes en caso de hacer caso omiso a este compromiso y se procedan en los términos de ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado  
Acepto

\_\_\_\_\_  
MVZ. Gilberto Javier Romero Rodríguez  
Sub Coordinador del Centro de Atención Canina

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Cobrar los servicios	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P10	<b>Fecha de Emisión:</b> 15 enero 2021

### IX. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir el procedimiento para realizar el cobro de los servicios

### II. ALCANCE:

A todos los ciudadanos que utilicen los servicios del Centro

### III. DEFINICIONES:

Son importes establecidos por la Tesorería Municipal

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Recibo oficial de pago
- Corte de caja de la Tesorería Municipal

### V. POLÍTICAS

#### 5.17 CRITERIO PARA GENERAR EL RECIBO DE PAGO

**Criterio 1.** El ciudadano debe entregar el importe del servicio que está solicitando.

#### 5.18 CRITERIO PARA NO GENERAR EL RECIBO DE PAGO.

**Criterio 1** Que el ciudadano no entregue el dinero completo del pago del servicio.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P10-F01 Recibos oficiales de pago

CEN-P10-F02 Corte de caja de la Tesorería Municipal

### VII. ANEXOS

CEN-P10-DF01 Diagrama Funcional de Cobrar los servicios

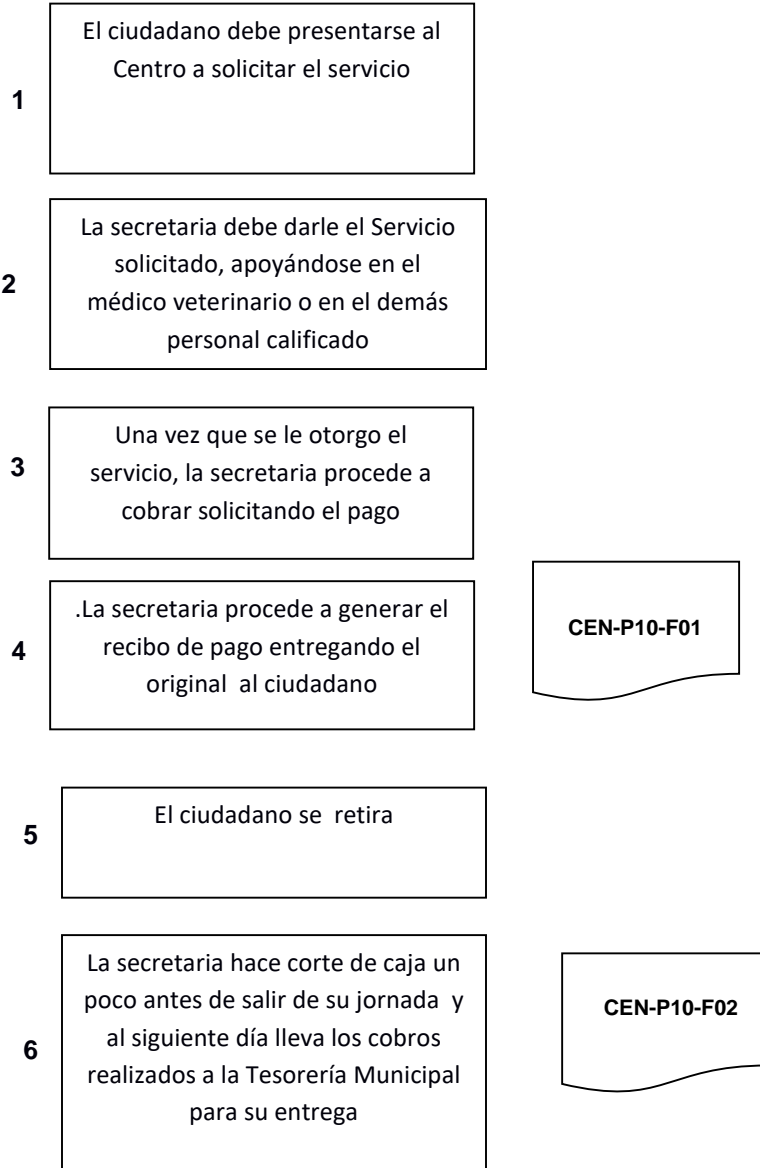
### VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Debe presentarse al Centro a solicitar el servicio	
Secretaria	2.- Debe darle el Servicio solicitado, apoyándose en el médico veterinario o en el demás personal calificado.	
Secretaria	3.-Una vez que se le otorgo el servicio, procede a cobrar solicitando el pago	
Secretaria	4.-Procede a generar el recibo de pago entregando el original al ciudadano.	CEN-P10-F01
Ciudadano	5.-Se retira..	
Secretaria	6.- Hace corte de caja un poco antes de salir de su jornada y al siguiente dia lleva los cobros realizados a la Tesorería Municipal para su entrega.	CEN-P10-F02

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Cobrar los servicios</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P10-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 15 enero 2021</b>



FIN



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Cobrar los servicios</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P10</b>	<b>Fecha de elaboración: 15 enero 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P10-F01	Recibos oficiales de pago	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se entrega a la Tesorería Municipal y la copia se archiva
CEN-P10-F02	Corte de caja Tesorería Municipal	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se entrega y se archiva copia



## CEN-P10-F01 RECIBOS OFICIALES DE PAGO

DÍA		MES	AÑO	CUENTA	NOMBRE	
AVE		CONCEPTOS		IMPORTE	DESCUENTO	SALDO
		<b>NOGALES</b>		GOBIERNO MUNICIPAL 2018 - 2021		
MODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO				EVITE RECARGOS LIQUIDANDO SUS IMPUESTOS DENTRO DE LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS DEL MES A QUE CORRESPONDA SU PAGO.		<b>TOTAL →</b>

**MUNICIPIO DE NOGALES, SONORA**  
AV. ÁLVARO OBREGÓN No. 339, COL. FUNDO LEGAL  
R.F.C. MNS - 10096-IL9  
H. NOGALES, SONORA, MÉXICO, C.P. 84030

**RECIBO**  
No. **129806**

**MÉTODO DE PAGO:**  
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT: 00001000000203496276  
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR: 00001000000400876781

**ORIGINAL**      **COPIA**

### CEN-P10-F02 CORTE DE CAJA DE LA TESORERIA MUNICIPAL

MUNICIPIO DE NOGALES, SONORA  
TESORERIA MUNICIPAL

OMBRE DEL CAJERO Martha Elena Gonzalez Goto  
CAJA MUN. CORTE DEL DIA 16/12/2020

CANTIDAD	DENOMINACION	IMPORTE
0	1000	\$ 0.00
0	500	\$ 0.00
0	200	\$ 0.00
1	100	\$ 100.00
1	50	\$ 50.00
0	20	\$ 0.00
	NOGALLA	\$ 12.00
	FALTANTE	\$ 0.00
	TOTAL	\$ 162.00

FICHAS DE DEPOSITO \$ 0.00  
PAGOS CON TARJETA DE CREDITO \$ 0.00

CHEQUES EFECTIVO

BANCO	NUMERO	IMPORTE
TOTAL CHEQUES EFECTIVO Y EFECTIVO		\$ 162.00

CHEQUES OTROS BANCOS

BANCO	NUMERO	IMPORTE
TOTAL CHEQUES EFECTIVO		\$ 0.00

DOLARES 0.00 \$ 0.00

TOTAL DEPOSITO \$ 162.00

DETALLE DE LOS DEPOSITOS EN BANCOS

TIPO CUENTA	TIPO DEPOSITO	MONTO
EFECTIVO	BANCOS	\$ 162.00

(1) Recibo Folio 129776

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Sacrificar y retirar el cuerpo de mascotas	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P11	<b>Fecha de Emisión:</b> 15 enero 2021

### X. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir el procedimiento para cómo llevar a cabo el sacrificio de mascotas

### II. ALCANCE:

A todos los ciudadanos que lo soliciten

### III. DEFINICIONES:

Aplicado a mascotas que presentan cuadros de alguna enfermedad, trastorno o daño irreversible, que no será posible su curación.

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Recibo del relleno sanitario, donde se depositan los cadáveres de las mascotas sacrificadas.

### V. POLÍTICAS

#### 5.19 CRITERIO PARA REALIZAR EL SACRIFICIO DE LA MASCOTA

**Criterio 1.** El ciudadano debe llevar a su mascota y solicitarlo..

**Criterio 2** El médico veterinario valora a la mascota y procede al sacrificio

**Criterio 3.** Las mascotas que se encuentran en el Centro son valoradas por el médico veterinario para determinar si es necesario proceder con el sacrificio.

#### 5.20 CRITERIO PARA NO REALIZAR EL SACRIFICIO DE LA MASCOTA

**Criterio 1** Que la mascota este sana.

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P11-F01 Recibos de relleno sanitario

### VII. ANEXOS

CEN-P11-DF01 Diagrama Funcional de Sacrificar y retirar el cuerpo de las mascotas.

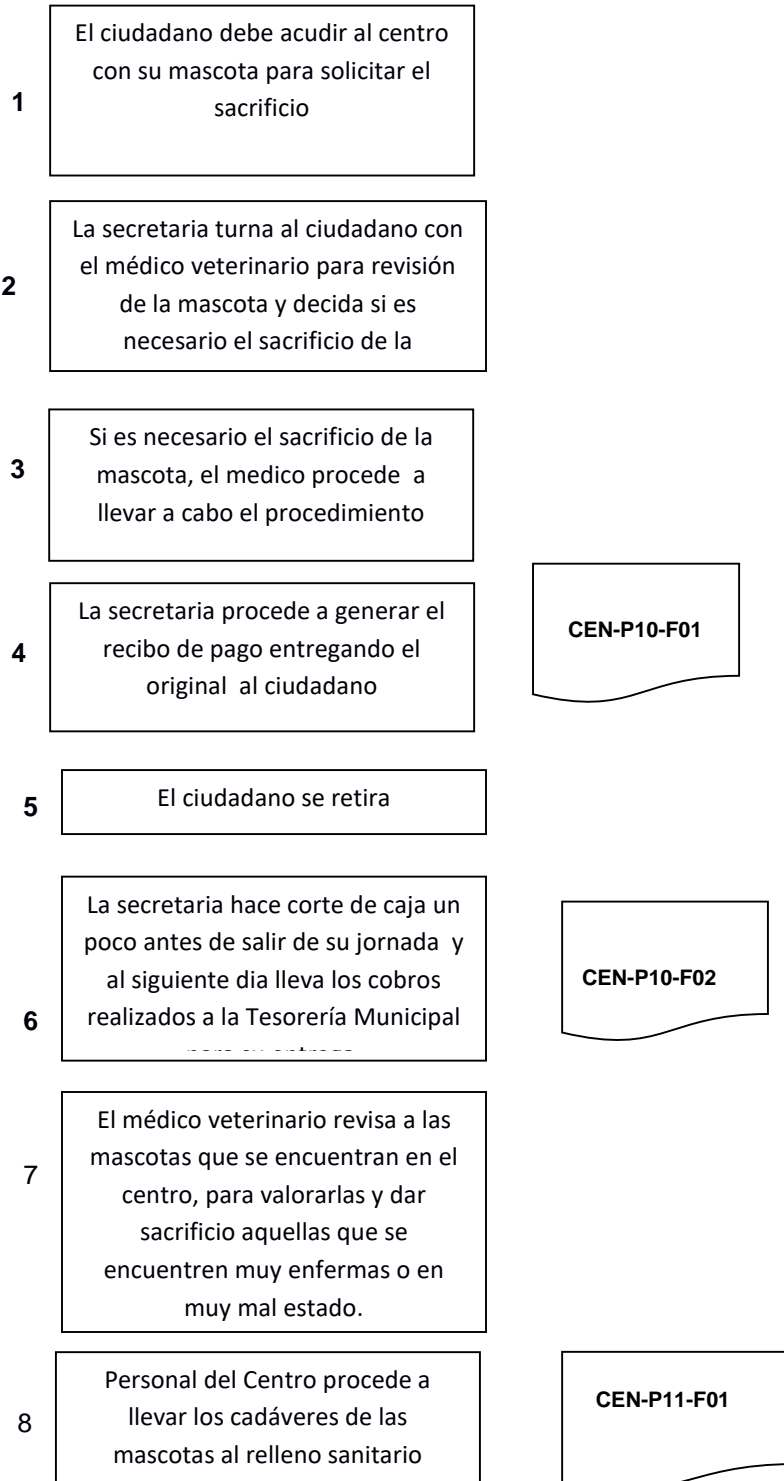
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Ciudadano	1.-Debe acudir al centro con su mascota para solicitar el sacrificio.	
Secretaria	2.- Turna al ciudadano con el médico veterinario para revisión de la mascota y decida si es necesario el sacrificio de la mascotas..	
Médico veterinario	3.-Si es necesario el sacrificio de la mascota, el medico procede a llevar a cabo el procedimiento.	
Secretaria	4.-Procede a generar el recibo de pago entregando el original al ciudadano.	CEN-P10-F01
Ciudadano	5.-Se retira..	
Secretaria	6.- Hace corte de caja un poco antes de salir de su jornada y al siguiente dia lleva los cobros realizados a la Tesorería Municipal para su entrega.	CEN-P10-F02
Médico Veterinario	7.-Revisa a las mascotas que se encuentran en el centro, para valorarlas y dar sacrificio aquellas que se encuentren muy enfermas o en muy mal estado.	
Personal del Centro	8.-Procede a llevar los cadáveres de las mascotas al relleno sanitario	CEN-P11-F01

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Sacrificio y retirar el cuerpo de la mascota</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P11-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 15 enero 2021</b>




## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>Sacrificar y retirar cuerpo de la mascota</b>	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CEN-P11</b>	<b>Fecha de elaboración: 15 enero 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P11-F01	Recibos del relleno sanitario	Personal del Centro	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se archiva

## CEN-P11-F01 RECIBOS DEL RELLENO SANITARIO

 SISTEMAS SUSTENTABLES DE INGENIERÍA  
Y CONTROL AMBIENTAL MM, S. DE R.L.


<b>FECHA:</b> 12-17-2020	<b>FOLIO No.</b> 72514
-----------------------------	---------------------------

**RELLENO SANITARIO DE NOGALES, SONORA**  
**INGRESOS DE RESIDUOS**  
**VEHICULOS DEL SERVICIO PUBLICO MUNICIPAL**

<b>EMPRESA:</b> AYUNTAMIENTO
<b>PROCEDENCIA:</b>
<b>PROCEDENCIA:</b> PERRERA MUNICIPAL

**TIPOS DE RESIDUOS**  
PERRERA MUNICIPAL

<b>PLACA:</b> VC45771	<b>PESO BRUTO:</b> 1880
<b>PLACAS:</b>	<b>TARA:</b> 1500
<b>TIPO DE VEHICULO:</b> V6	<b>PESO NETO:</b> 380
<b>HORA DE ENTRADA:</b> 12:46:16	<b>IMPORTE:</b> \$370.4
<b>HORA DE SALIDA:</b> 13:06:16	



NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE BASCULA	NOMBRE Y FIRMA DEL CONDUCTOR
------------------------------------	------------------------------



## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Extraer cerebros de las mascotas	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P12	<b>Fecha de Emisión:</b> 15 enero 2021

### **XI. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:**

Describir el procedimiento de la extracción de cerebros de mascotas.

### **II. ALCANCE:**

Mascotas ubicadas en el Centro con signos de agresividad o de alguna enfermedad.

### **III. DEFINICIONES:**

El propósito es detectar en las mascotas posible causa de rabia.

### **IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS**

#### **Documentos Internos**

- Hoja clínica para el diagnóstico de rabia.

### **V. POLÍTICAS**

#### **5.21 CRITERIO PARA REALIZAR LA EXTRACCION DEL CEREBRO**

**Criterio 1.** La mascota debe presentar algún signo de agresividad o enfermedad..

#### **5.22 CRITERIO PARA NO REALIZAR LA EXTRACCION DEL CEREBRO.**

**Criterio 1** Que la mascota este sana.

### **VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

CEN-P12-F01 Hoja clínica para el diagnóstico de rabia

### **VII. ANEXOS**

CEN-P12-DF01 Diagrama Funcional de Extraer cerebros

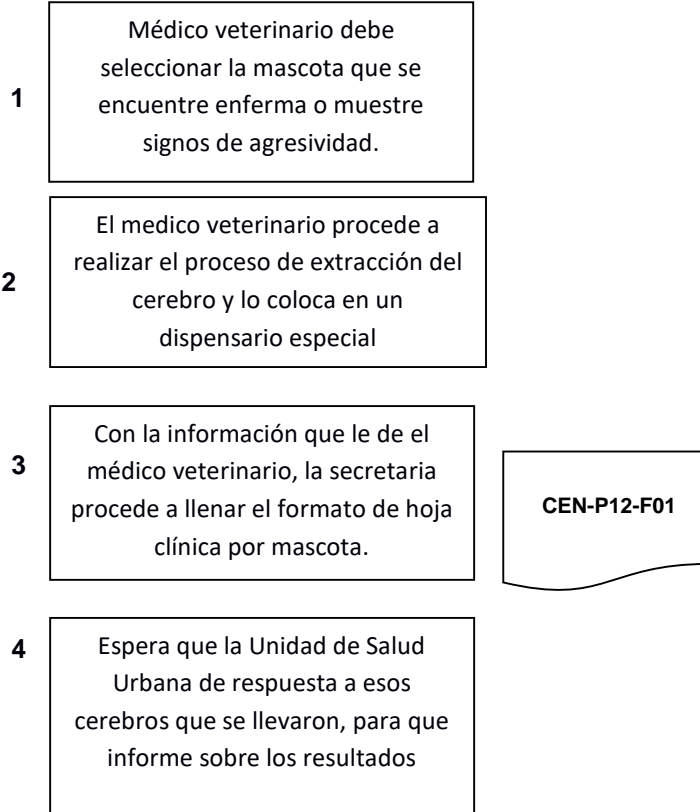
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Medico Veterinario	1.-Debe seleccionar la mascota que se encuentre enferma o muestre signos de agresividad.	
Médico Veterinario	2.- Procede a realizar el proceso de extracción del cerebro y lo coloca en un dispensario especial.	
Secretaria	3.-Con la información que le dé el médico veterinario, procede a llenar el formato de hoja clínica por mascota.	CEN-P12-F01
Personal del centro	4.-Procede a llevar las muestras de cerebro a la unidad de salud urbana	
Secretaria	5.-Espera que la Unidad de Salud Urbana de respuesta a esos cerebros que se llevaron, para que informe sobre los resultados	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Extraer cerebros de las mascotas</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P12-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión:</b>



**FIN**

## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Extraer cerebros de las mascotas	Página 1 de 1
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	CEN-P12	Fecha de elaboración: 15 enero 2021

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P12-F01	Hoja clínica para diagnóstico de rabia	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se entrega y se archiva copia

## CEN-P12-F01 HOJA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO DE RABIA

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ESTATAL DE ZONOSIS  
CENTRO DE SALUD ANIMAL**

### HOJA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO DE RABIA ANIMAL

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



\_\_\_\_\_ DÍA MES AÑO

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: NOGALES

MUNICIPIO: NOGALES

ESTADO: SONORA

ESPECIE: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTABA VACUNADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE VACUNACION: \_\_\_\_\_

COMO MURIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE MUERTE: \_\_\_\_\_

NO. DE PERSONAS MORDIDAS: \_\_\_\_\_

FECHA DE AGRESION: \_\_\_\_\_

NO. DE PERSONAS EN CONTACTO: \_\_\_\_\_

NO. DE ANIMALES EN CONTACTO: \_\_\_\_\_

#### HISTORIA CLINICA

DECAIMIENTO: \_\_\_\_\_ AGRESIVIDAD: \_\_\_\_\_ TIMIDEZ: \_\_\_\_\_

VOMITO \_\_\_\_\_ DIARREA: \_\_\_\_\_ CONVULSION: \_\_\_\_\_

LAGAÑA \_\_\_\_\_ CONJUNTIVAS ROJAS \_\_\_\_\_ APETITO DEPRAVADO: \_\_\_\_\_

ERECCION PENE: \_\_\_\_\_ DEGLUTACION DIFICIL \_\_\_\_\_ MUERTE SUBITA: \_\_\_\_\_

LADRIDOCONSTANTE: \_\_\_\_\_ MANDIBULATIRADA: \_\_\_\_\_

OTROS SIGNOS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

BREVE HISTORIA CLINICA:

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

FECHA DE RESULTADO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DEL DIAGNOSTICO: MVZ. GILBERTO JAVIER ROMERO RODRIGUEZ

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Controlar bitácora diaria	
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO: CEN-P13	Fecha de Emisión: 15 enero 2021

## **XII. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:**

Describir el procedimiento de llenado de la bitácora diaria.

## **II. ALCANCE:**

Secretaria del Centro de Atención canina y felina

## **III. DEFINICIONES:**

Anotar las actividades diarias del Centro de atención canina y felina

## **IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS**

### **Documentos Internos**

- Un libro

## **V. POLÍTICAS**

### **5.23 CRITERIO PARA REALIZAR LA BITACORA DIARIA**

**Criterio 1.** Tener información sobre las actividades diarias.

### **5.24 CRITERIO PARA NO REALIZAR LA BITACORA DIARIA**

**Criterio 1** Que no se tenga información

## **VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS**

CEN-P13-F01 Un libro

## **VII. ANEXOS**

CEN-P13-DF01 Diagrama Funcional de Controlar bitácora diaria

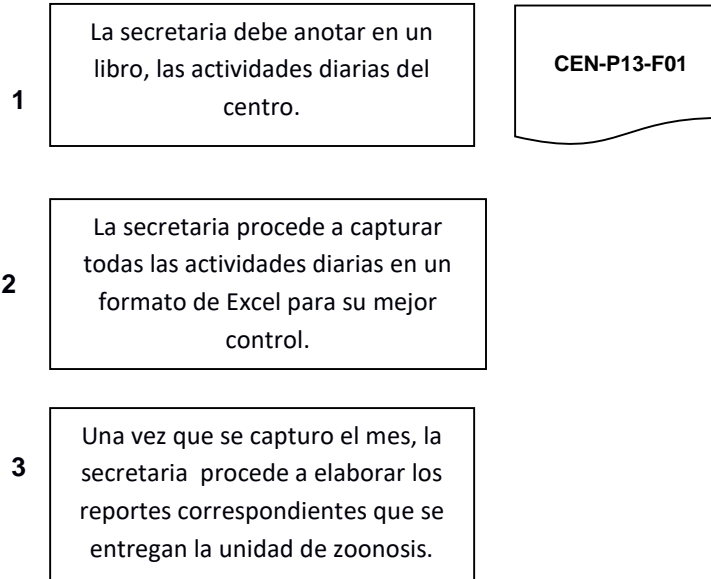
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Secretaria	1.-Debe anotar en un libro, las actividades diarias del centro	CEN-P13-F01
Secretaria	2.- Procede a capturar todas las actividades diarias en un formato de Excel para su mejor control.	
Secretaria	3.-Una vez que se capturo el mes, se procede a elaborar los reportes correspondientes que se entregan a la unidad de zoonosis.	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Controlar bitácora diaria</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P13-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 15 enero 2021</b>



**FIN**



## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Controlar bitácora diaria	<b>Página 1 de 1</b>
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	CEN-P13	<b>Fecha de elaboración: 15 enero 2021</b>

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P13-F01	Un libro	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se guarda

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b> Realizar los reportes para la Unidad Salud Sonora	
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b> CEN-P14	<b>Fecha de Emisión:</b> 15 enero de 2021

### XIII. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Describir el procedimiento de la información que se entrega a servicios de salud Sonora.

### II. ALCANCE:

Servicios de Salud Sonora de la Jurisdicción Sanitaria no. 3

### III. DEFINICIONES:

Informar sobre las actividades del centro para el control de enfermedades

### IV. REFERENCIAS ESPECÍFICAS

#### Documentos Internos

- Informe Mensual de Actividades del Programa de Prevención y Control de la Rabia Animal SIS-SS-RA
- MOVIMIENTO DE BIOLÓGICO
- Lista nominal de Esterilizaciones

### V. POLÍTICAS

#### 5.25 CRITERIO PARA REALIZAR LOS REPORTES A LA UNIDAD DE SALUD

**Criterio 1.** Tener información sobre las actividades diarias.

#### 5.26 CRITERIO PARA NO REALIZAR LOS REPORTES A LA UNIDAD DE SALUD

**Criterio 1** Que no se tenga información

### VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CEN-P14-F01 Informe Mensual de Actividades del Programa de Prevención y Control de la Rabia Animal SIS-SS-RA

CEN-P14-F02 MOVIMIENTO DE BIOLÓGICO

CEN-P14-F03 Lista nominal de Esterilizaciones

### VII. ANEXOS

CEN-P14-DF01 Diagrama Funcional de Realizar reportes para la Unidad de Salud Sonora

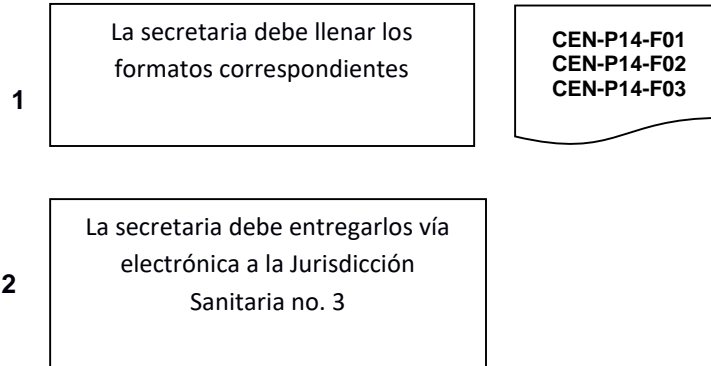
## VIII. DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO/REGISTRO
Secretaria	1.-Debe llenar los formatos correspondientes	CEN-P14-F01 CEN-P14-F02 CEN-P14-F03
Secretaria	2.- Debe entregarlos vía electrónica a la Jurisdicción Sanitaria no. 3	

**Fin del procedimiento**

## DIAGRAMA DE FLUJO

<b>PROCEDIMIENTO: Realizar los reportes para la Unidad de Salud Sonora</b>	
<b>CÓDIGO DEL DIAGRAMA: CEN-P14-DF01</b>	<b>Fecha de Emisión: 15 de enero 2021</b>



**FIN**

## INVENTARIO DE REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS

MUNICIPIO DE NOGALES SONORA  
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
CENTRO DE ATENCION CANINA Y FELINA

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	Realizar los reportes para la Unidad de Salud Sonora	Página 1 de 1
<b>CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:</b>	CEN-P14	Fecha de elaboración: 15 enero 2021

No.	Registro	Puesto Responsable *	Resguardo			
			Tipo	Tiempo	Ubicación	Disposición final
CEN-P14-F01	Informe mensual de Actividades del Programa de prevención y control de la rabia animal SIS-SS-RA	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se envía electrónicamente y se archiva
CEN-P14-F02	Movimientos de biológicos	Secretaria	Papel	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se envía electrónicamente y se archiva
CEN-P14-F03	Lista Nominal de esterilizaciones	Secretaria	Papeñ	3 años	En la oficina principal, en un estante dentro de una carpeta	Se envía electrónicamente y se archiva

**CEN-P14-F01** Informe mensual de Actividades del Programa de prevención y control de la rabia animal SIS-SS-RA



Informe Mensual de Actividades del Programa de Prevención y Control de la Rabia Animal SIS-SS-R

Hoja 1 de 1

Nombre de la unidad: CENTRO DE ATENCION CANINAY FELINA CLUES: \_\_\_\_\_  
 Nombre del responsable: MVZ. GILBERTO JAVIER ROMERO RODRIGUEZ Mes estadístico: \_\_\_\_\_ Del 01 de \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 SIS-2016

			SSA		Autoridad local		Grupos de la comunidad		Centro de Atención Canina	
			Clave	Total	Clave	Total	Clave	Total	Clave	Total
Animales vacunados			Perro	RAV16		RAV09		RAV10		
			Gato	RAV17		RAV14		RAV15		
Animales en control					RAE04				RAE03	
Animales esterilizados	Perro	Macho	Menor de 1 año	RAM21		RAM22		RAM23		
			De 1 año y más	RAM24		RAM25		RAM26		
		Hembra	Menor de 1 año	RAM27		RAM28		RAM29		
			De 1 año y más	RAM30		RAM31		RAM32		
	Gato	Macho	Menor de 1 año	RAM33		RAM34		RAM35		
			De 1 año y más	RAM36		RAM37		RAM38		
		Hembra	Menor de 1 año	RAM39		RAM40		RAM41		
			De 1 año y más	RAM42		RAM43		RAM44		
Muestras enviadas al laboratorio			Quiróptero y otra fauna silvestre	REL01		REL02				
			Gato y otra fauna doméstica	REL03		REL04				
			Perro	REL05		REL06				
0 Muestras positivas			Quiróptero y otra fauna silvestre	RMP01		RMP02				
			Gato y otra fauna doméstica	RMP03		RMP04				
			Perro	RMP05		RMP06				



**CEN-P14-F03 Lista nominal de esterilizaciones**