



# PERIÓDICO OFICIAL



ÓRGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TAMAULIPAS

Periódico Oficial del Estado

RESPONSABLE

Registro Postal publicación periódica  
PP28-0009

TAMAULIPAS

SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

AUTORIZADO POR SEPOMEX

TOMO CXLIX

Victoria, Tam., martes 03 de diciembre de 2024.

Anexo al Número 145

## SUMARIO

### GOBIERNO DEL ESTADO

PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
(COEPRIS)

MANUAL de Procedimientos de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.

# GOBIERNO DEL ESTADO

## PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

#### COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS (COEPRIS)

Ciudad Victoria, Tamaulipas. Julio de 2024.

#### Hoja de Identificación

CLAVE: COEPRIS/001

| Realiza   |                                      | Aprueba  |
|---|--------------------------------------|--|
| Ing. Ana Luisa Medina Montaña                           | Lic. Mónica Alexandra Pérez Saldívar | Dr. Mario Alberto Rebolledo Urcadiz  |
| Enlace para la elaboración del Manual de Procedimientos |                                      | Encargado del Despacho de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| 17 de julio de 2024                                     |                                      | 17 de julio de 2024  |

Elaborado al mes de julio de 2024; con fundamento en el Artículo 11, numeral 2,3 y 4 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.

#### Presentación

La Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, tiene como función básica planear, dirigir y evaluar las políticas y estrategias para el ejercicio de las atribuciones de control, vigilancia y fomento sanitario que corresponden a la Secretaría de Salud del Estado, conforme a las disposiciones sanitarias vigentes federales y estatales, a fin de disminuir o evitar riesgos y daños a la salud.

Lo anterior se ha logrado a través de la aplicación congruente de la misión de la COEPRIS en el entorno estatal, que determina salvaguardar eficazmente la salud de la población y visitantes en Tamaulipas mediante la vigilancia, el monitoreo y control de riesgos originados en el territorio nacional o en el extranjero.

Por ello se ha elaborado el Manual de Procedimientos de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como documento normativo de la institución, el cual incluye de manera detallada las actividades, responsabilidades y referencias del quehacer gubernamental en nuestro respectivo ámbito de competencia, demostrando de esta manera que el enfoque de procesos ya está plasmado en nuestra cultura organizacional.

Como antecedente cabe mencionar que esta Comisión, ha trabajado bajo un enfoque de procesos desde el 2018, en el afán de lograr la estandarización de nuestras actividades, esto a través de la obtención de la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2015, la cual sigue aún vigente; por ello algunos de nuestros procedimientos pueden reflejar cambios y fechas de elaboración anteriores a la presentación de este manual ante la Contraloría Gubernamental.

En este contexto y de manera muy particular, se incluyen apartados exclusivos a los procedimientos de la COEPRIS a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, siendo estos:

- Control de cambios, que de acuerdo con el punto 8.5.6 permite a la COEPRIS documentar y controlar la evolución del procedimiento.
- Icono de candado, para la identificación de actividades de verificación y revisión del procedimiento para el aseguramiento del producto o servicio, con base en el punto 8.2.3.1 de la Norma ISO.

**Dr. Mario Alberto Rebolledo Urcadiz**

**Encargado del Despacho de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Índice

|  |     |
|--|-----|
| Hoja de Identificación   | 2   |
| Presentación   | 2   |
| Listado de procedimientos  | 3   |
| Procedimientos   | 4   |
| Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección COEPRIS/OC/01   | 4   |
| Ejecución de la capacitación COEPRIS/OC/02   | 13  |
| Recepción y entrega de recursos materiales COEPRIS/OC/DA/01  | 24  |
| Control de ingresos COEPRIS/OC/DA/02   | 31  |
| Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios COEPRIS/OC/DJC/01 | 39  |
| Proyecto playas limpias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01  | 50  |
| Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/02   | 55  |
| Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica COEPRIS/DEMRS/DFRP/01   | 60  |
| Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos COEPRIS/DOS/01  | 66  |
| Licencia sanitaria para Rayos X COEPRIS/DEAS/01  | 75  |
| Desinsectación de embarcaciones COEPRIS/DSI/DSIM/01  | 83  |
| Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos COEPRIS/DSI/DSIA/01   | 94  |
| Verificación sanitaria en materia de servicios de salud COEPRIS/CJ/01  | 100 |
| Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango COEPRIS/CJ/02   | 110 |
| Resoluciones inmediatas COEPRIS/CJ/03  | 122 |
| Glosario de términos   | 128 |
| Anexos   | 133 |

Listado de procedimientos

|  | Nombre   | Siglas                | Nombre y Firma                          |                                 |
|--|--|-----------------------|---|---------------------------------|
|  |  |                       | Elaboró                                 | Aprobó                          |
|  | Comité de calidad – Revisión por la Dirección  | COEPRIS/OC/01         | Ana Luisa Medina Montañó                | Mario Alberto Rebolledo Urcadiz |
|  | Ejecución de la capacitación   | COEPRIS/OC/02         | Mónica Alexandra Pérez Saldivar         | Mario Alberto Rebolledo Urcadiz |
|  | Recepción y entrega de recursos materiales   | COEPRIS/OC/DA/01      | María Leticia Cuellar Zapata            | Julio César Peña Segura         |
|  | Control de ingresos  | COEPRIS/OC/DA/02      | Rosaura Vázquez Hernández               | Julio César Peña Segura         |
|  | Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios | COEPRIS/OC/DJC/01     | María Del Carmen Jaramillo De La Fuente | Jaime Martínez Olguín           |
|  | Atención de Emergencias Sanitarias   | COEPRIS/DEMRS/DMRS/01 | Víctor Manuel Charles Rojas             | Jorge Sánchez Vanoye            |
|  | Proyecto Playas limpias  | COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | Jorge Sánchez Vanoye                    | Raúl Terrazas Barraza           |
|  | Muestreo del Proyecto Agua de Calidad Bacteriológica   | COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | Omar Moreno Castro                      | Raúl Terrazas Barraza           |
|  | Operación y seguimiento del programa calidad microbiológica de alimentos                                     | COEPRIS/DOS/01        | Rosa Isela Flores Flores                | Luis Roberto García Pedraza     |
|  | Licencia Sanitaria para Rayos X  | COEPRIS/DEAS/DALS/01  | Mario Humberto Flores Ríos              | Roberto Castro Canales          |

|  |  |                     |                                  |                            |
|--|--|---------------------|----------------------------------|----------------------------|
|  | Desinsectación de embarcaciones                                | COEPRIS/DSI/DSIM/01 | Mauricio López Tirado            | José Alfredo López De León |
|  | Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos           | COEPRIS/DSI/DSIA/01 | José Alfredo López De León       | José Alfredo López De León |
|  | Verificación sanitaria en materia de servicios de salud        | COEPRIS/CJ/01       | Eduardo Muñoz Lavín              | Alejandro Pérez Rivera     |
|  | Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango | COEPRIS/CJ/02       | Saúl Alberto Escobedo Banda      | Alejandro Pérez Rivera     |
|  | Resoluciones inmediatas  | COEPRIS/CJ/03       | Yessica Saharaí Gutiérrez Ibarra | Alejandro Pérez Rivera     |

**Procedimientos**

**Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección (FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/01

NOVIEMBRE 2018

**Elabora:**

Responsable del SGC

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

2

**Objetivo:**

Establecer los criterios para la revisión por la Dirección, por parte del Comité de Gestión de Calidad de la COEPRIS (CGC), con la finalidad de determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 a través de revisiones periódicas.

**Alcance:**

Desde la planeación de la revisión de la dirección, incluyendo las solicitudes de las entradas de información a las áreas pertinentes, hasta el seguimiento de los acuerdos emanados respecto a los resultados de la misma, por medio del cual se elabora el reporte Resultados de la Revisión por la Dirección.

**Áreas de aplicación**

Comité de Gestión de Calidad

**Políticas o normas de operación**

El Comité de Gestión de Calidad (CGC) es un grupo de autoridades y personal técnico de la COEPRIS que se reúne periódicamente para la planeación, organización, toma de decisiones y seguimiento de acuerdos, con la finalidad de contribuir al mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad; en materia de la Norma ISO 9001:2015, este grupo de personas es conocido como Alta Dirección.

Las responsabilidades del CGC son:

- Valorar la viabilidad de gestión de recursos para el SGC.
- Determinar jurídicamente la información pertinente del SGC.
- Desarrollar y aprobar procesos misionales, estratégicos y de apoyo, gestionando y realizando el seguimiento de los mismos.
- Participar en las reuniones de revisiones por la dirección.
- Apoyar en la ejecución de los planes de auditorías internas de la calidad.
- Tomar decisiones con base en la gestión de los riesgos institucionales.
- Impulsar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los documentos del SGC, comprobando que las personas realizan las actividades según lo prescrito.
- Participar activamente en el SGC y fomentar la comprensión del mismo en el personal.

**Políticas o normas de operación**

- Realizar revisiones de la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas, como mecanismos de revisión del SGC.
- Prevenir, detectar y efectuar el seguimiento de la aparición de no conformidades a través de las acciones correctivas del SGC.
- Las que resulten necesarias en el marco de la mejora continua.

El CGC está integrado por:

- Titular de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Titular de la Dirección de Evidencias y Manejo de Riesgos Sanitarios
- Titular de la Dirección de Operación Sanitaria
- Titular de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria
- Titular de la Dirección de Sanidad Internacional
- Titular de la Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria
- Titular del Departamento Administrativo
- Titular del Departamento Jurídico y Consultivo
- Responsable del SGC

El CGC es presidido por el Titular de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, quien tendrá como responsabilidad autorizar el procedimiento del CGC (Revisión por la Dirección) y los acuerdos emanados de las reuniones del mismo.

Se lleva a cabo la formalización del CGC a través de un acta de instalación, que da certeza normativa funcional en la toma de decisiones del SGC.

Todos los miembros del Comité deben designar un suplente en caso de ausencia en las reuniones a llevarse a cabo. De igual manera, los suplentes, formarán parte del equipo de trabajo del SGC, cuando así se estime pertinente.

La Revisión por la Dirección, deberá ser programada de manera anual, a través del documento OC-SGC-05 Calendario de Revisiones por la Dirección, siendo el Responsable del SGC de elaborarlo contando con la aprobación del Titular de la COEPRIS. Dicha programación también puede incluir las reuniones extraordinarias que se lleven a cabo con el CGC, cuando así se estime pertinente.

En la programación también se pueden incluir las revisiones de la política de calidad y de los objetivos de calidad (anual), así como la identificación o confirmación de las partes interesadas y de los riesgos institucionales de la Comisión.

En caso de que alguna reunión programada no se lleve a cabo, el Responsable del SGC deberá enviar un informe a los miembros del CGC sobre los avances mensuales correspondientes.

En las reuniones del CGC, se generan compromisos y se toman las decisiones y que den certeza de la eficacia y eficiencia del SGC; el Responsable del SGC, da seguimiento a los acuerdos emanados de dichas reuniones de trabajo y conserva información documentada a través de minuta de juntas, presentaciones, informes, entre otros.

El equipo de trabajo del SGC, en conjunto con el personal del área involucrada, genera los informes y la implementación de acciones emanadas de los acuerdos del CGC.

Cuando sea requerida la participación de algún otro mando o personal de la COEPRIS, del área del sector salud o del sector gubernamental debido a los temas a tratar y por su ámbito de responsabilidad, éste actuará como invitado.

Entre las actividades que realiza el Responsable del SGC está la integración y evaluación de objetivos de calidad y de los indicadores declarados de cada uno de los programas, proyectos y actividades de la COEPRIS a nivel central; los mismos son mostrados al CGC en las reuniones de trabajo y trimestralmente sus avances son enviados a sus directivos.

Para el desarrollo de la Presentación de la Revisión por la Dirección, se requiere de la información captada por el Responsable del SGC, en el transcurso del año, por medio de las acciones de verificación del desempeño y eficacia del SGC, o bien solicitando a las áreas información específica.

Así mismo, solicita a las áreas la información, cuando sea necesario, esto se debe hacer por lo menos con 5 días de anticipación a realizar la reunión para Revisión por la Dirección.

Con dicha información se desarrolla una presentación para el CGC que integre la información de Entrada de la Revisión por la Dirección; ésta contendrá:

- El estado de acciones comprometidas de revisiones por la dirección previas.
- Cambios en cuestiones internas o externas pertinentes al SGC.

**Políticas o normas de operación**

- Información sobre el desempeño del SGC:
  - Satisfacción del usuario (encuestas, quejas, sugerencias o felicitaciones)
  - Retroalimentación de partes interesadas
  - Resultados de la aplicación de los objetivos de calidad
  - Desempeño de los procesos y conformidad de los servicios.
  - No conformidades – acciones correctivas
  - Resultados de seguimiento y medición - Indicadores
  - Resultados de Auditorías
  - Desempeño de proveedores externos
- Adecuación de recursos
- Eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades
- Oportunidades de Mejora
- Adicionales:
  - Resultados de Clima Organizacional,
  - Implementación de acciones conjuntas con la Contraloría Gubernamental,
  - Seguimiento al Plan de Acción Anticorrupción,
- Proyecto de Responsabilidad Social,
- Las Salidas de la Revisión de la Dirección, deberán incluir las decisiones y acciones sobre los siguientes aspectos:
  - Oportunidades de Mejora
  - Necesidades de cambios en el SGC
  - Necesidades de recursos
- Posterior a lo anterior, el Área de Calidad genera un documento donde se plasman los Resultados de la Revisión por la Dirección y se entrega a los miembros del CGC; este documento es auditable ante las instancias de certificación externa, auditorías internas y seguimiento de la COFEPRIS.

**Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección  
(FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

COEPRIS/OC/01

**Elaboración:**

NOVIEMBRE 2018

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                  | Referencia   |
|------|--|------------------------------|--|
|      | Inicio   |                              |  |
| 1    | Elabora el Calendario de Revisiones por la Dirección en acuerdo con el Titular de la COEPRIS, estableciendo en el mismo reuniones mensuales en caso de requerirse, auditorías internas y las intervenciones de certificación y vigilancia para la certificación del SGC. | Responsable del SGC          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendario de Revisiones por la Dirección (OC-SGC-05)</li> </ul>  |
| 2    | Firma el Calendario de Revisiones por la Dirección para su posterior difusión.   | Titular de la COEPRIS        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendario de Revisiones por la Dirección (OC-SGC-05)</li> </ul>  |
| 3    | Envía a los integrantes del Comité Directivo copia del calendario de revisiones por la Dirección, una vez autorizado por el Titular de la COEPRIS, así como a sus suplentes.   | Responsable del SGC          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• Calendario de Revisiones por la Dirección (OC-SGC-05)</li> </ul>                                  |
| 4    | Solicita información a los responsables de los procesos del SGC, equipo de trabajo o a los miembros del CGC, respecto a las entradas de la Revisión por la Dirección.  | Responsable del SGC          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> </ul>   |
| 5    | Recibe información de los responsables de los procesos, equipo de trabajo o miembros del CGC   | Responsable del SGC          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación soporte</li> <li>• Memorándum</li> <li>• Tarjeta Informativa</li> </ul>                                   |
| 6    | Integra la información recibida en la presentación correspondiente para llevar a cabo la Revisión por la Dirección.  | Responsable del SGC          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación soporte</li> <li>• Memorándum</li> <li>• Tarjeta Informativa</li> <li>• Presentación ejecutiva</li> </ul> |
| 7    | Convoca a los miembros del CGC e invitados a la Reunión de Revisión por la Dirección.  | Titular de la COEPRIS        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• Orden del Día</li> <li>• Documentos a revisar, en su caso</li> </ul>                              |
| 8    | Presenta la información de Entrada para la Revisión por la Dirección, ante el Comité de Gestión de Calidad para apoyar la toma de decisiones pertinente.   | Comité de Gestión de Calidad | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la Revisión por la Dirección</li> </ul>   |
| 9    | Elabora minuta con los acuerdos y compromisos pertinentes de la revisión por la Dirección; los cuales están formalizados por cada miembro del CGC.   | Comité de Gestión de Calidad | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta de Juntas</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06), en su caso.</li> </ul>              |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad  | Responsable                                 | Referencia  |
|------|--|---|---|
| 10   | Envía al CGC los acuerdos y compromisos generados ya sea a través de Minuta de Juntas o de los Resultados de la Revisión por la Dirección. | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta de Juntas (OC-01)</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06), en su caso</li> <li>• Memorándum, en su caso.</li> </ul> |
| 11   | Da seguimiento a los compromisos adquiridos.   | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta de Juntas</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06), en su caso.</li> </ul>   |
| 12   | ¿Se cumplieron con los compromisos?<br>12.1 No: Continúa en la actividad 13.<br>12.2 Si: Continúa en la actividad 14.                      | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta de Juntas</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06), en su caso</li> </ul>  |
| 13   | Envía recordatorio, informando al Comisionado  | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta informativa</li> </ul>   |
| 14   | Conserva información documentada para la próxima reunión del CGC.  | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación CGC</li> </ul>  |
| 15   | Integra la información de Salida de la Revisión por la Dirección.  | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentaciones</li> <li>• Minutas</li> <li>• Tarjetas</li> </ul>   |
| 16   | Elabora el documento Resultados de la Revisión por la Dirección con base en las reuniones de trabajo del CGC.                              | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06)</li> </ul>  |
| 17   | Firma Reporte de Resultados de la Revisión por la Dirección.   | Titular de la COEPRIS / Responsable del SGC | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06)</li> </ul>  |
| 18   | Difunde al CGC los resultados de la Revisión para su conocimiento y en su caso, atención.  | Responsable del SGC                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum.</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección (OC-SGC-06)</li> </ul>   |
|      | Fin  |   |   |



Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección  
(FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)

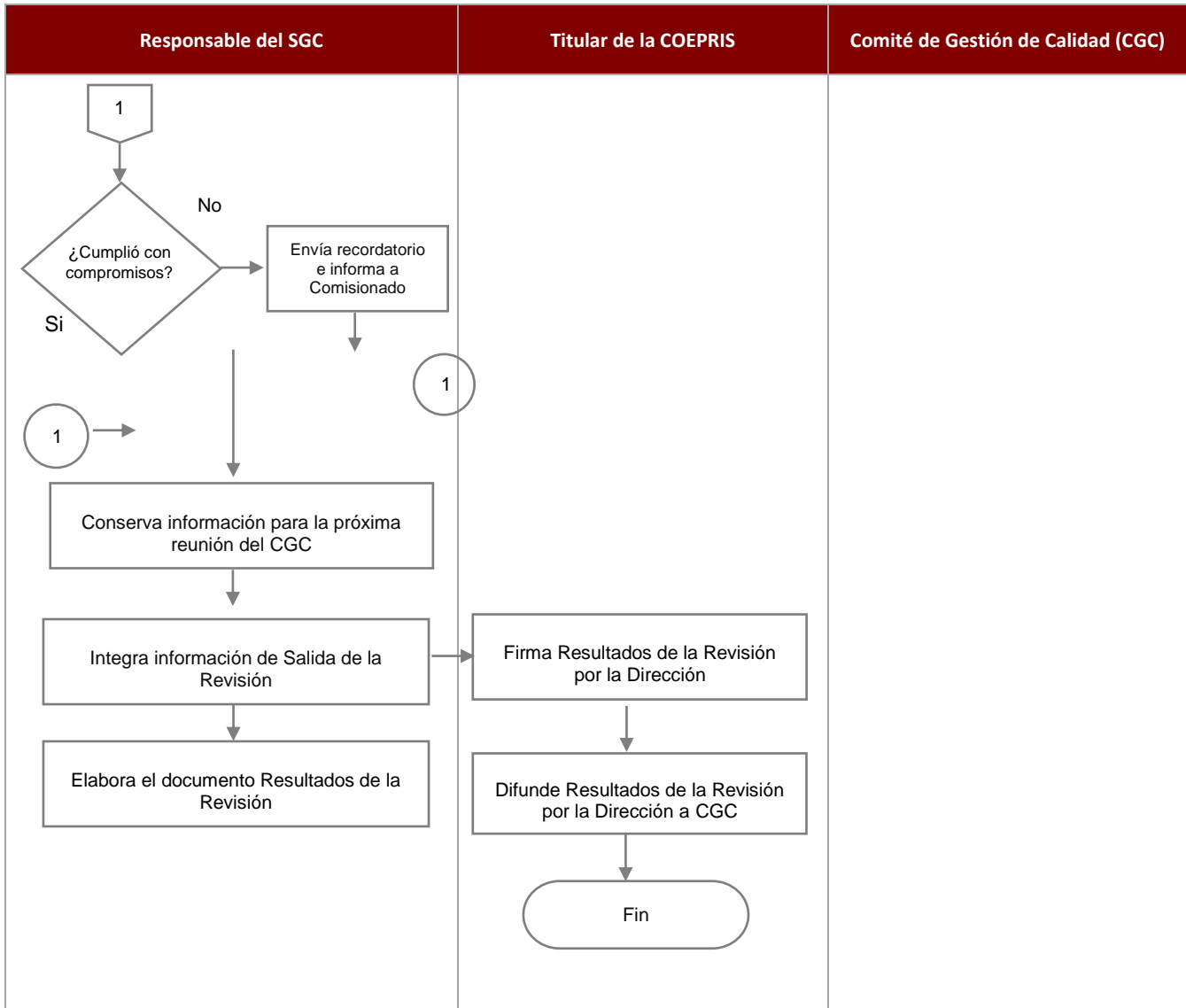
Clave:  
COEPRIS/OC/01

Elaboración:  
NOVIEMBRE 2018

Diagrama de flujo



Diagrama de flujo



**Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección  
(FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/01 | NOVIEMBRE 2018      |

**Indicadores**

| Indicador   | Meta |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|
|   | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Acuerdos cumplidos de las reuniones derivadas de la revisión por la dirección</b><br>(No. de acuerdos cumplidos de la revisión por la dirección / No. de acuerdos adquiridos de la revisión por la dirección) x100 | 75%  | 75%  | 75%  | 75%  | 75%  | 75%  |

**Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección  
(FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/01 | NOVIEMBRE 2018      |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo                        | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|--|
| Falta de Compromiso del CGC con el SGC. | Generación de reuniones programadas. | Sistema de Gestión de Calidad     | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Convocatoria</li> <li>Minuta de Juntas</li> </ul> |

**Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección  
(FASSA Ramo 12 y Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/01 | NOVIEMBRE 2018      |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |

## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio   | Fecha       |
|---------------|--|-------------|
| 0             | Nueva Creación   | 13/NOV/2018 |
| 1             | Se adicionan políticas de operación con respecto a la integración del Comité, sus responsabilidades y las del Responsable del SGC; se determina los suplentes y equipos de trabajo y las convocatorias a las reuniones; se realizan los cambios de codificación de formatos para una mayor claridad y comprensión. Se elimina la referencia del Plan de Trabajo Anticorrupción, toda vez que ya no es vigente.   | 31/MAY/2023 |
| 2             | <p>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).; Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.</p> <p>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.</p> <p>En políticas de operación: Se incluye la descripción del CGC y las funciones de este Comité, se elimina de las entradas a revisión las actividades de diseño y desarrollo y se agrega un último párrafo advirtiendo que la información del CGC es auditable.</p> <p>En la narrativa, se incluyen las actividades de elaboración del documento Resultados de la Revisión.</p> | 17/JUL/2024 |

**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/02

NOVIEMBRE 2018

**Elabora:**

Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

7

**Objetivo:**

Establecer un procedimiento documentado para definir los lineamientos que debe seguir el Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario, para la ejecución del Programa de Capacitación Anual para la COEPRIS dirigido al personal de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Tamaulipas, a fin de contribuir en mejorar el desarrollo profesional del personal

**Alcance:**

Desde que revisa el Programa de Capacitación Anual para la COEPRIS (PCAC), hasta la actualización de la formación y las competencias del personal y la base de datos de capacitación del personal capacitado.

**Áreas de aplicación**

Áreas de la COEPRIS

**Políticas o normas de operación**

El ECSFS es el responsable de:

- Elaborar los lineamientos para la operación de los procedimientos de capacitación con el personal de la COEPRIS.
- Difundir con las Áreas Administrativas y Coordinaciones Jurisdiccionales el presente procedimiento.
- Coordinar los servicios requeridos para los cursos de capacitación con la COFEPRIS, las Coordinaciones Jurisdiccionales y/o con el Departamento Administrativo.

El ECSFS revisa a inicio de cada mes el PCAC y gestiona con las áreas que competen la organización de la capacitación.

**Capacitaciones programadas por la COFEPRIS**

Se espera a la recepción de invitación por parte del área de Capacitación de la COFEPRIS, ya que pudieran reprogramarse capacitaciones en el PCSFS. Dicha invitación se turna por medio de oficio o correo electrónico a las Áreas Administrativas competentes, de acuerdo con el perfil especificado en la misma. Al designarse la persona que participa en la capacitación federal, se elabora la CAP09 Carta compromiso de réplica de evento dónde, de manera presencial o virtual, tendrá que replicar con las Coordinaciones Jurisdiccionales involucradas la información adquirida en la capacitación en un periodo no mayor a 2 meses posteriores a la fecha de capacitación.

- Para las **capacitaciones presenciales**, el asistente es quien debe gestionar los viáticos con el Departamento Administrativo.
- Para el caso de las **videoconferencias**:
  - Los participantes deben proporcionar un correo electrónico o número de teléfono para mensajería instantánea, para que el ECSFS les envíe las ligas proporcionadas por la COFEPRIS.
  - Llenar el listado de asistencia proporcionado por el ECSFS.
  - Informar al ECSFS si es necesario el uso de la sala de juntas o de una cámara web.
  - En cuanto el ECSFS recibe el material de la(s) ponencia(s) por parte de la COFEPRIS, envía el material a los participantes, a fin de que sirva de referencia para su réplica.
  - El participante debe solicitar al ECSFS las grabaciones de los cursos que requiera, los cuales pueden llevar hasta 5 días hábiles para su descarga y disposición.

La emisión de las constancias de participación emitidas por la COFEPRIS, está condicionada al cumplimiento de los siguientes puntos:

**Políticas o normas de operación**

- Realizar el pre-registro (liga)
- Registro en lista de asistencia (físico)
- Realizar la evaluación de calidad del curso (liga)
- Realizar los exámenes que apliquen (liga, estos pueden ser para examen diagnóstico y/o para examen final).

**Capacitaciones estatales COEPRIS**

Para las **capacitaciones presenciales**, el ECSFS se coordina con el Departamento Administrativo, que es quien apoya en la contratación de los servicios requeridos para los eventos de capacitación presenciales programados en Oficina Central.

Para las **capacitaciones presenciales en Coordinaciones Jurisdiccionales**, el ECSFS se coordina con el Departamento Administrativo y el Administrador de la Coordinación, ya que son las Coordinaciones las responsables de la contratación de los servicios requeridos para los eventos en su Jurisdicción.

Para las invitaciones a capacitaciones impartidas por dependencias de Gobierno que no se encuentren registradas en el PCAC, se considera el registro de estas solo en caso de que la dependencia de Gobierno requiera la gestión del ECSFS para el desarrollo de la capacitación.

Las capacitaciones que comprenden el PCAC pueden ser canceladas, reprogramadas o incluidas de acuerdo con los requerimientos de las Áreas Administrativas o de los responsables de su ejecución, dichos ajustes los realiza y los comunica el ECSFS.

La comunicación económica con capacitadores, Enlaces de capacitación y o participantes se realiza de forma verbal o por WTSP a fin de dar celeridad a la organización y desarrollo de las capacitaciones, sin embargo, los temas tratados de manera económica deberán formalizarse por correo electrónico, memorándum u oficio, a fin de dar seriedad y certidumbre a las acciones del procedimiento.

**Programación de capacitaciones presenciales y/o virtuales**

Las capacitaciones registradas en el PCAC no tienen una fecha fija definida (solo el mes), por lo que el capacitador debe realizar con al menos 1 semana de antelación la solicitud de programación al ECSFS, esto se realiza a través del formato CAP10 Solicitud de programación de capacitación, el cual debe ser firmado por el Jefe superior inmediato del área y debe contener la siguiente información:

- Tipo de capacitación,
  - Curso: estrategia de enseñanza-aprendizaje que comprende una secuencia de sesiones articuladas y orientadas al logro de los objetivos de aprendizaje previstos.
  - Reunión: estrategia presencial o virtual para tratar un tema que será coordinado por un conductor, pueden ser informativas, formativas o incentivas.
- Modalidad, ya sea presencial, virtual o multimodal.
- Lugar, fecha, horario y duración estimada.
- Objetivo de la capacitación y a quien va dirigida.
- Método de evaluación, descripción del tipo de evaluación a aplicar con la finalidad de medir el conocimiento adquirido a través de la ponencia.
- Recursos necesarios, que pueden ser: humanos, materiales y/o financieros necesarios para desarrollar la capacitación.

Para solicitar capacitaciones que no se encuentren registradas en el PCAC, estas deben solicitarse al ECSFS por medio de oficio o por correo electrónico, su tratamiento debe seguir el procedimiento de ejecución que aplique (presencial o virtual).

**Para las listas de asistencia:**

- Presenciales: se utiliza el formato CAP05 Lista de asistencia capacitaciones, el cual puede ajustarse de acuerdo con los días de duración del evento, dicho ajuste está a cargo del ECSFS.
- Virtuales: el solicitante debe incluir el listado de los participantes con nombre y correo electrónico, para el envío de la invitación a la sala virtual, de no recibir el listado, el ECSFS envía la invitación y el formato CAP06 Lista para capacitaciones virtuales a los correos electrónicos de las Coordinaciones Jurisdiccionales y a los Enlaces de capacitación en las Coordinaciones Jurisdiccionales para el registro de los participantes, para su posterior envío (lista escaneada) al correo electrónico del ECSFS, en un periodo no mayor a 3 días hábiles, esto a fin de registrar a los participantes para la elaboración de constancias y el envío de material y grabación de la capacitación.

**Políticas o normas de operación****A los capacitadores les corresponde:**

- Solicitar al ECSFS la programación de la capacitación con al menos 1 semana de antelación.
- Entregar con 2 días de anticipación el material a utilizar durante la capacitación (ponencia, documentación complementaria, según se requiera para su revisión de forma).
- Entregar un listado de al menos 5 preguntas para incluir la sección Examen de conocimientos en el formulario de evaluación CAP07, con la finalidad de medir el conocimiento adquirido a través de la capacitación, esto con excepción de las capacitaciones que sean de tipo reunión. El ponente está en su derecho de implementar un método de evaluación diferente, el cual deberá documentar a través de una tarjeta informativa dirigida al ECSFS.

**Emisión de constancias estatales**

De acuerdo con el listado de asistencia, se entrega una constancia de aprobación en las capacitaciones que sean de tipo curso, siempre y cuando el participante cumpla con el formulario CAP07 Evaluación de Salida del Curso y, en caso de que lo determine el capacitador, la realización y aprobación del 60% del Examen de conocimientos, para el caso de los que no cumplan con el 60% y para las capacitaciones tipo reunión, se elabora constancia de participación.

Los lineamientos para la emisión de constancias estatales están descritos en el instructivo de trabajo IT-CAP03-2023 Entrega de constancias de capacitación.

**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

COEPRIS/OC/02

**Elaboración:**

NOVIEMBRE 2018

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad   | Responsable  | Referencia   |
|------|---|--|--|
|      | Inicio  |  |  |
| 1    | Revisa el Programa de Capacitación Anual para la COEPRIS (PCAC).  | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP03 Programa Anual de Capacitación</li> <li>• Revisión a inicio de mes</li> </ul>   |
| 2    | <p>Área gestora de la capacitación:</p> <p>2.1 Si es impartida por la COEPRIS: Pasa a actividad 3.</p> <p>2.2 Si es impartida por la COFEPRIS: Pasa a la actividad 16.</p> <p>2.3 Si es impartida por otra dependencia o institución: Pasa a la actividad 23.</p> | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP03 Programa Anual de Capacitación</li> </ul>   |
| 3    | Coordina el evento con el área que imparte la capacitación.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 4    | Envía las necesidades técnicas para la realización de la capacitación.  | Área capacitadora                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP10 Solicitud de programación de capacitación</li> </ul>  |
| 5    | <p>¿Modalidad de la capacitación es presencial?</p> <p>5.1 Si: Pasa a la actividad 6.</p> <p>5.2 No: Agenda sala virtual. Pasa a la actividad 7.</p>  | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP10 Solicitud de programación de capacitación</li> </ul>  |
| 6    | Establece lugar y fecha para realizar la capacitación e informa al ponente.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• WTSP</li> </ul>   |
| 7    | Elabora lista de asistencia y envía junto con la invitación vía correo electrónico a las Coordinaciones Jurisdiccionales participantes, Enlaces de capacitación y al ponente, para su conocimiento.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio o correo electrónico</li> <li>• CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones</li> <li>• CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales</li> </ul> |
| 8    | Envía el material y evaluación a utilizar en la capacitación.   | Área Capacitadora                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 9    | Lleva a cabo la capacitación en cualquiera de sus modalidades con el apoyo del ECSFS.   | Área Capacitadora                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material de exposición</li> <li>• CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones</li> </ul>   |



| Descripción Narrativa |  |  |   |
|-----------------------|--|--|---|
| Núm.                  | Actividad  | Responsable  | Referencia  |
|                       |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales</li> </ul>   |
| 10                    | Ingresar a la liga de la encuesta de evaluación de salida del curso, misma que contiene el examen de conocimientos, según la petición del ponente; al final de la capacitación.  | Personal participante                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP07 Evaluación de Salida del Curso</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• WTSP</li> </ul>                          |
| 11                    | Envía las listas de asistencia al ECSFS para su registro.  | Áreas de la COEPRIS                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones o</li> <li>• CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales</li> </ul> |
| 12                    | Elabora las constancias de participación y/o acreditación.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos de capacitación</li> <li>• Formato de constancia</li> </ul>  |
| 13                    | Carga en la nube del SGC de la COEPRIS el material de la capacitación.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material de capacitación</li> </ul>  |
| 14                    | Envía por correo electrónico las constancias a los participantes (en caso de tenerlas disponibles) junto con el material de la capacitación.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Constancias</li> <li>• Material de capacitación</li> </ul>                               |
| 15                    | Realiza la actualización de la formación y las competencias del personal y la base de datos de capacitación del personal capacitado.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP08 Registro Individual de Competencias</li> <li>• Base de datos de capacitación</li> </ul>                          |
|                       | Fin  |  |   |
| 16                    | Recibe de la COFEPRIS invitación a curso por correo electrónico y la turna la invitación a las áreas pertinentes de la COEPRIS, solicitando nombres de los participantes y que los mismos realicen el registro y evaluación inicial. | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitación de la COFEPRIS</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 17                    | Envían información de asistentes al curso al Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario.   | Áreas de la COEPRIS                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>  |
| 18                    | Entrega lista de asistencia al inicio de la capacitación.  | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia de la COFEPRIS</li> </ul>  |
| 19                    | Recibe lista de asistencia del ECSFS para registrar sus datos y realiza la evaluación final.   | Personal participante                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia de la COFEPRIS</li> </ul>  |
| 20                    | Firma carta compromiso donde define fecha tentativa para realizar la réplica de la capacitación.   | Personal participante                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia de la COFEPRIS</li> </ul>  |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad   | Responsable  | Referencia  |
|------|---|--|---|
| 21   | Escanea la lista de asistencia y envía por correo electrónico a la COFEPRIS; al finalizar la capacitación.                                  | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP09 Carta compromiso de réplica de evento</li> </ul>   |
| 22   | Recibe material de capacitación y/o constancias por correo electrónico, WTSP o nube. Pasa a la actividad 13.                                | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material de capacitación</li> <li>• Constancias de la COFEPRIS</li> </ul>  |
| 23   | Envía solicitud a la Dependencia o espera la convocatoria de capacitación por parte de la Dependencia.                                      | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>  |
| 24   | Turna la invitación a las áreas pertinentes de la COEPRIS, solicitando nombres de los asistentes.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio o convocatoria</li> <li>• Memorándum</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>                                   |
| 25   | Envían información de los asistentes al Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario.   | Áreas de la COEPRIS                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>  |
| 26   | Elabora lista de asistencia de acuerdo con el tipo de capacitación.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones o</li> <li>• CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales</li> </ul> |
| 27   | Recibe la capacitación de la Dependencia, bajo el esquema establecido por la misma, donde se realiza su registro en la lista de asistencia. | Personal participante                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones o</li> <li>• CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales</li> </ul> |
| 28   | Solicita material de capacitación a la Dependencia. Pasa a la actividad 13.   | Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material de capacitación</li> </ul>  |

**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/02

NOVIEMBRE 2018

**Diagrama de flujo**

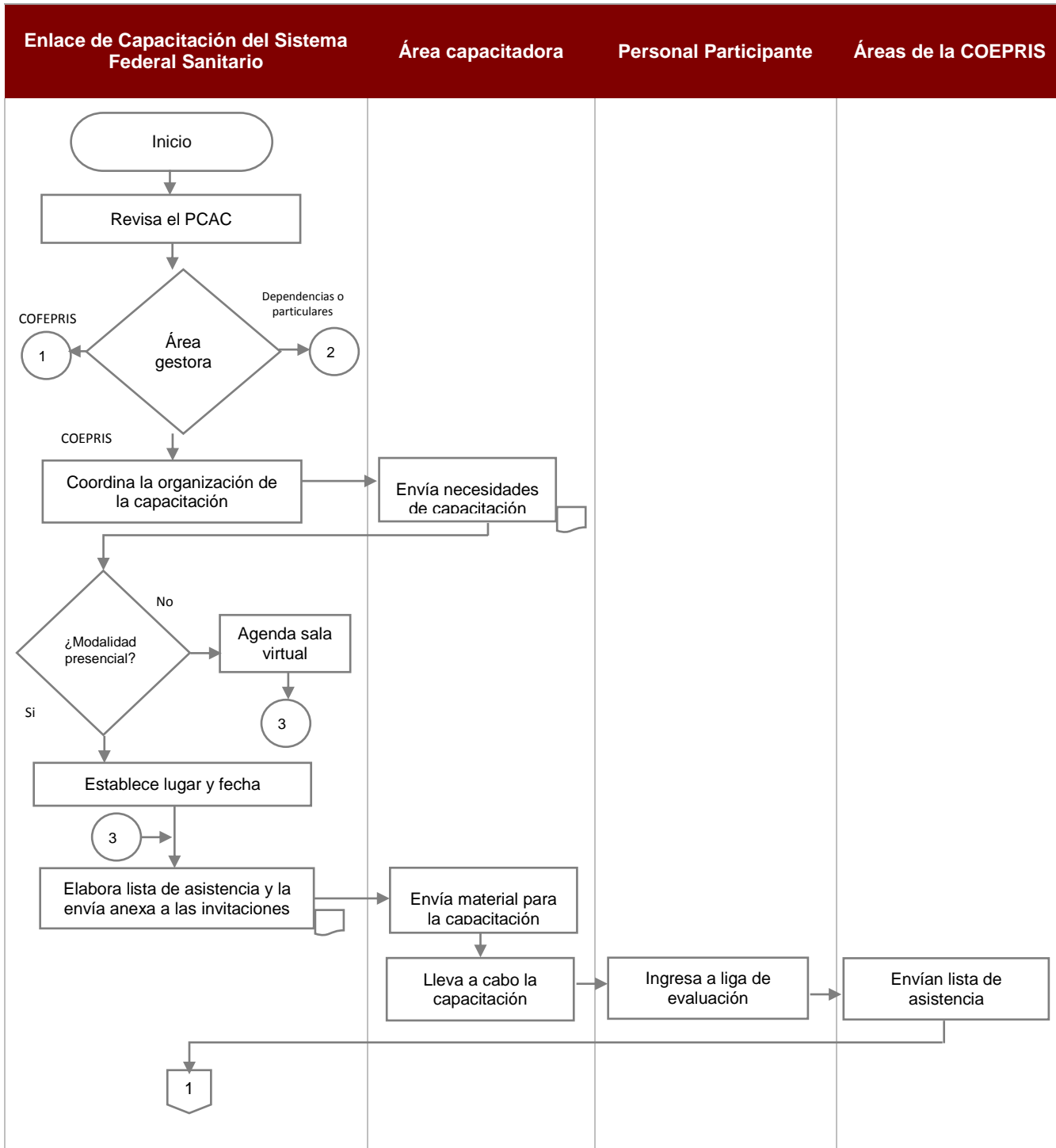


Diagrama de flujo

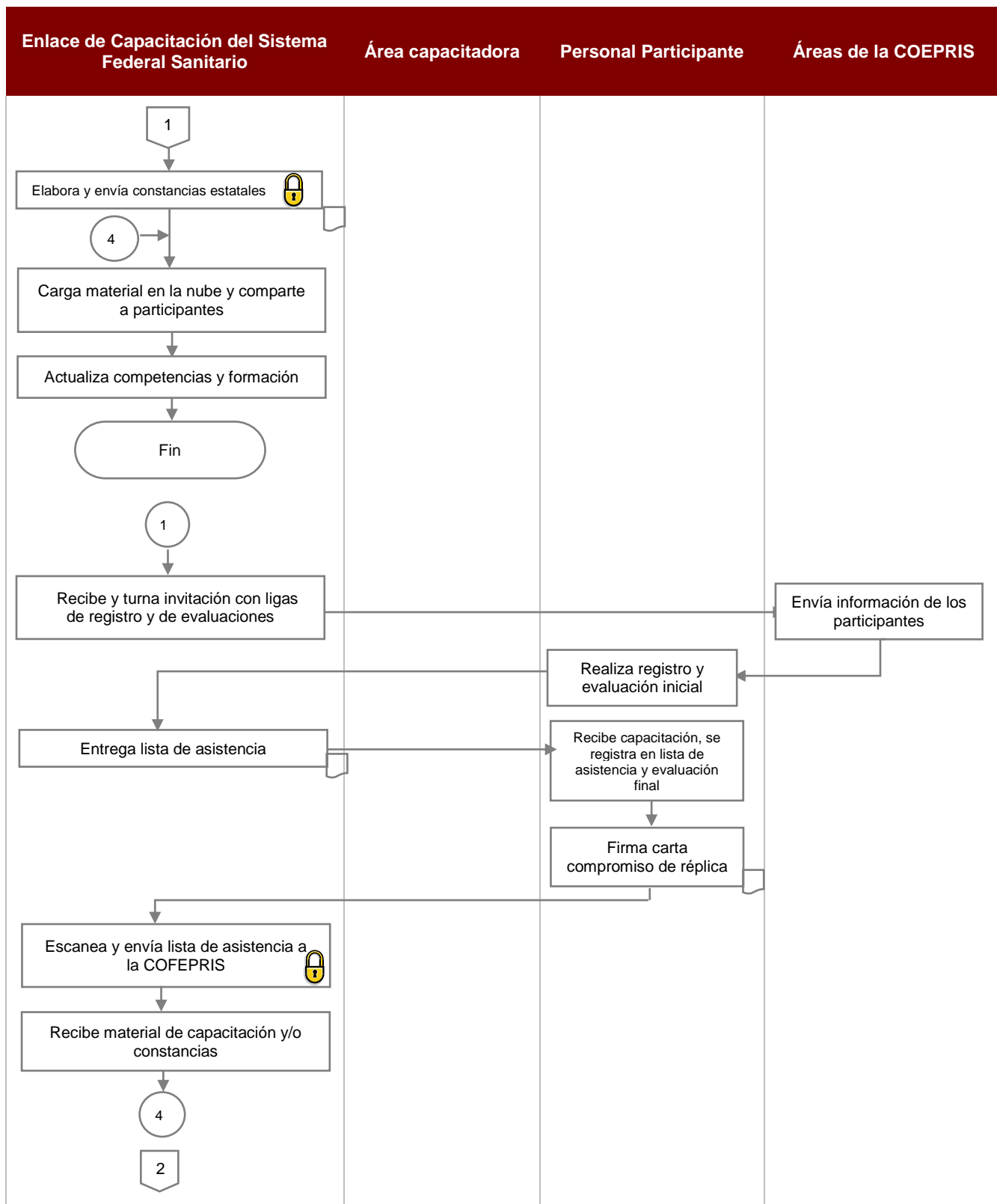
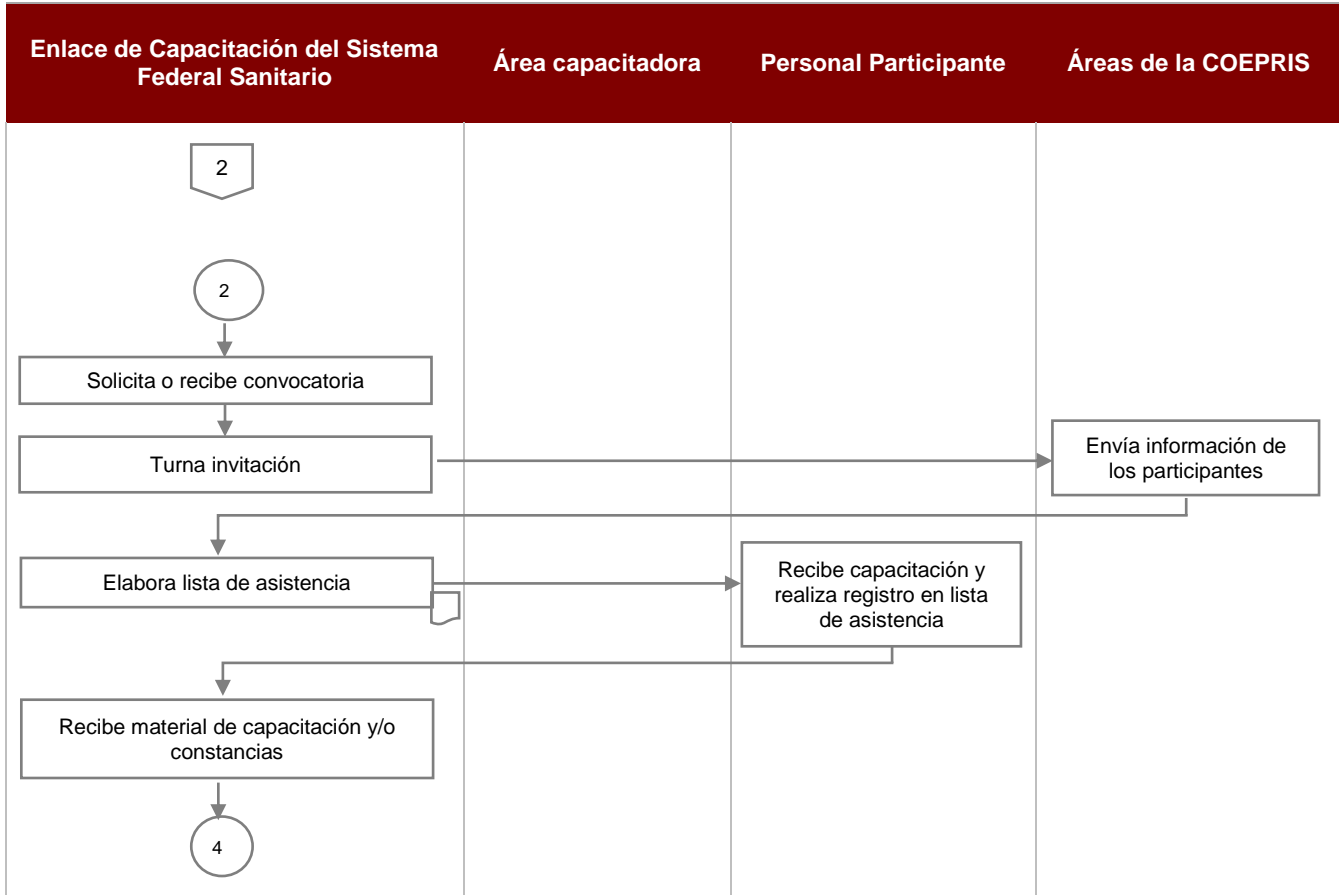


Diagrama de flujo



**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/02 | NOVIEMBRE 2018      |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Capacitaciones realizadas</b><br>(No. de capacitaciones realizadas / No. de capacitaciones programadas) x100  | 77%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |
| <b>Personal capacitado</b><br>(No. de personal dentro del alcance del SGC de la COEPRIS capacitado durante el año / No. de personal dentro del alcance del SGC de la COEPRIS) x100 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/02 | NOVIEMBRE 2018      |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo                               | Descripción de la acción de control   | Unidad administrativa responsable                             | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|--|---|---|-----------------|------------------|--|
| Movimiento constante de personal en las áreas. | Proponer a las áreas de la COEPRIS que se establezca la rotación de personal a fin de que permanezcan en las áreas el personal competente y/o capacitado. | Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de Roles y responsabilidades</li> </ul> |

**Ejecución de la capacitación  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/02 | NOVIEMBRE 2018      |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |

## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio   | Fecha       |
|---------------|--|-------------|
| 0             | Nueva Creación   | 16/NOV/2018 |
| 1             | Se agrega la evaluación de aprovechamiento de la capacitación y la referencia de operación de las capacitaciones virtuales emitidas por la COFEPRIS a través de instructivo IT-CTCS-CAP02.   | 28/ENE/2019 |
| 2             | Se modifica y elimina terminología que no es relevante, se modifica la política de operación para las capacitaciones virtuales, se condiciona la elaboración de evaluaciones de las capacitaciones presenciales, la emisión de las constancias de participación y se añade un nuevo indicador.   | 17/JUL/2019 |
| 3             | Se añade a las capacitaciones impartidas por la COFEPRIS la elaboración de la Carta compromiso para la réplica de eventos.   | 15/ENE/2020 |
| 4             | Se modifican los canales para solicitud de capacitaciones presenciales y se añaden las especificaciones a incluir en las solicitudes tanto para capacitaciones presenciales como virtuales.<br>Se agregan indicador de videoconferencias impartidas sobre las programadas.   | 23/MAR/2020 |
| 5             | Las capacitaciones virtuales tendrán que seguir el mismo esquema de solicitud y evaluación que las presenciales.<br>El personal de la COEPRIS que solicite y/o imparta el curso o taller, ya sea presencial o virtual, debe establecer un método de evaluación para medir el conocimiento adquirido a través de la ponencia, sin aplicar para las capacitaciones tipo reunión.   | 02/FEB/2021 |
| 6             | Se modifican las políticas de operación para realizar las capacitaciones de la COFEPRIS, definiendo lo que se realiza para las videoconferencias, supliendo al instructivo IT-CAP02-2019.<br>Aumenta el tiempo de 2 semanas a 1 mes para llevar a cabo la réplica de la capacitación.<br>Se elimina el tipo de capacitación: taller, al considerarse repetitivo con la opción curso.<br>Reducción del tiempo de entrega de material del ponente al ECSFS de 1 día a 2 días antes de la capacitación, así mismo debe entregar un listado de al menos 5 preguntas para incluir en la evaluación.<br>Se condiciona la emisión de constancia de participación al llenado del formulario CAP07 Evaluación de Salida del Curso y/o evaluación de conocimientos del participante.<br>Se elimina el apartado de registrar las invitaciones a capacitaciones impartidas por Dependencias de Gobierno en las que la COEPRIS no colabore como organizador.<br>Se añade la referencia al instructivo IT-CAP03-2023 Entrega de constancias de capacitación<br>Se elimina el indicador de videoconferencias impartidas.  | 25/ABR/2023 |
| 7             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).; Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br>Se agrega en políticas de operación la forma de comunicación económica con capacitadores, Enlaces de capacitación y o participantes se realiza de forma verbal o por WTSP a fin de dar celeridad a la organización y desarrollo de las capacitaciones. Se agrega el formato CAP10 Solicitud de programación de capacitación el cual debe ir firmado por el superior inmediato.<br>De acuerdo con el listado de asistencia, se entrega una constancia de aprobación en las capacitaciones que sean de tipo curso, siempre y cuando el participante cumpla con el formulario CAP07 Evaluación de Salida del Curso y, en caso de que lo determine el capacitador, la realización y aprobación del 60% del Examen de conocimientos, para el caso de los que no cumplan con el 60% y para las capacitaciones tipo reunión, se elabora constancia de participación. | 17/JUL/2024 |

**Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/DA/01

AGOSTO 2022

**Elabora:**

Departamento Administrativo

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

1

**Objetivo:**

Controlar la recepción y entrega del material comprado o entregado por almacén central, mismo que se distribuye a las diferentes Áreas de la COEPRIS.

**Alcance:**

Desde que recibe notificación del Almacén Central, donde se avisa que hay material disponible para su entrega hasta que distribuye el material de acuerdo con las peticiones recibidas de las áreas de la COEPRIS.

**Áreas de aplicación**

Departamento Administrativo  
Áreas de la COEPRIS

**Políticas o normas de operación**

El Departamento Administrativo es el área de la COEPRIS que realiza las gestiones para recoger material en el Almacén Central, para esto recibe la notificación de llegada de material al Almacén Central, así mismo recibe un correo electrónico que contiene la SOLPED y la información relativa al material solicitado, dicha información debe ser plasmada de acuerdo con los campos contenidos en el Vale de salida de almacén, siendo esto requerido por la Dirección de Recursos Materiales de la Secretaría de Salud.

El formato Vale de salida de almacén, debe estar firmado por el Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el Jefe del Departamento Administrativo y validado por el Jefe del Almacén Central de la Secretaría de Salud y la Directora de Recursos Materiales de la Secretaría de Salud, para su canje correspondiente.

Al canjear el Vale de salida de almacén, es necesario presentar copia de la identificación oficial (INE) de quien recibe los materiales.

La solicitud de material no programado se debe realizar por medio del formato DA01 Solicitud de papelería, el cual debe entregarse al Departamento Administrativo para su autorización.

Para la adquisición de material que no se encuentra en bodega, las Coordinaciones Jurisdiccionales podrán realizar la compra por fondo revolvente de gastos menores.

Para la adquisición de material que no se encuentra en bodega, las Áreas de Oficina Central realizan la solicitud de material por memorándum anexando el formato DA01 Solicitud de papelería, dirigido al Comisionado Estatal con copia al Jefe del Departamento Administrativo, en caso de ser autorizada la compra, el Área de Recursos Financieros realiza la compra, una vez efectuada la compra, el Área de Recursos Materiales para entrega el material al Área de Oficina Central que lo solicitó junto al formato DA03 Entrega de material.



**Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/DA/01

AGOSTO 2022

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad   | Responsable                        | Referencia   |
|------|---|------------------------------------|--|
|      | Inicio  |                                    |  |
| 1    | Recibe notificación del Almacén Central, donde se avisa que hay material disponible para su entrega.                              | Departamento Administrativo        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Llamada, correo electrónico, y/o mensaje de WTSP</li> </ul>                       |
| 2    | Requisita el formato Vale de salida de almacén y/o Vale de activo fijo, solicitado por el Almacén Central.                        | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de salida de Almacén</li> <li>SOLPED</li> </ul>                              |
| 3    | Recaba firma del Jefe del Departamento Administrativo y del Comisionado Estatal.  | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de salida de Almacén</li> </ul>  |
| 4    | Envía el Vale de salida de Almacén al Almacén Central para su validación.   | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de salida de Almacén</li> </ul>  |
| 5    | ¿Se validó?<br>5.1 Si: Pasa a la actividad 6.<br>5.2 No: Revisa el Vale de salida de Almacén. Pasa a la actividad 2.              | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de salida de Almacén</li> </ul>  |
| 6    | Recaba firma de autorización del Vale de salida de Almacén en la Dirección de Recursos Materiales de la Secretaría de Salud.      | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de salida de Almacén</li> </ul>  |
| 7    | Recoge y revisa el material en el Almacén Central, presentando el Vale de salida de Almacén y copia de la identificación oficial. | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vale de Salida de Almacén</li> <li>Copia de INE</li> </ul>                        |
| 8    | Traslada el material a Oficina Central de la COEPRIS.   | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Material</li> </ul>   |
| 9    | ¿Distribución programada?<br>9.1 Si: Pasa a la actividad 10.<br>9.2 No: Pasa a la actividad 11.                                   | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de distribución de material</li> </ul>                                      |
| 10   | Distribuye el material de acuerdo con las peticiones recibidas de las áreas de la COEPRIS.  | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de distribución de material</li> <li>DA01 Solicitud de papelería</li> </ul> |
|      | Fin   |                                    |  |
| 11   | Presenta solicitud para adquisición de material de papelería o tóner.   | Áreas de la COEPRIS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>  |
| 12   | Recibe solicitud y revisa disponibilidad en bodega.   | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>  |
| 13   | ¿Material en existencia?<br>13.1 Si: Pasa a la actividad 10.<br>13.2 No: Pasa a la actividad 14.                                  | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>  |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                        | Referencia   |
|------|--|------------------------------------|--|
| 14   | ¿Solicitud de Áreas de Oficina Central?<br>14.1 Si: Pasa a la actividad 15.<br>14.2 No: Realiza compra por fondo revolvente menor. Pasa a FIN.         | Áreas de la COEPRIS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio o memorándum</li> <li>• DA01 Solicitud de papelería</li> </ul> |
| 15   | Elabora oficio o memorándum de solicitud de adquisición de material dirigida al Comisionado Estatal con copia al Jefe del Departamento Administrativo. | Áreas de Oficina Central           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>          |
| 16   | ¿Se autoriza la compra?<br>16.1 Si: Pasa a la actividad 17.<br>16.2 No: Notifica al Área de la COEPRIS. Pasa a FIN.                                    | Departamento Administrativo        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>          |
| 17   | Turna la solicitud al Área de Recursos Financieros para la adquisición del material.   | Departamento Administrativo        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>          |
| 18   | Recibe material del Área de Recursos Financieros. Pasa a la actividad 10.  | Responsable de Recursos Materiales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• DA01 Solicitud de papelería</li> </ul>          |

Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)

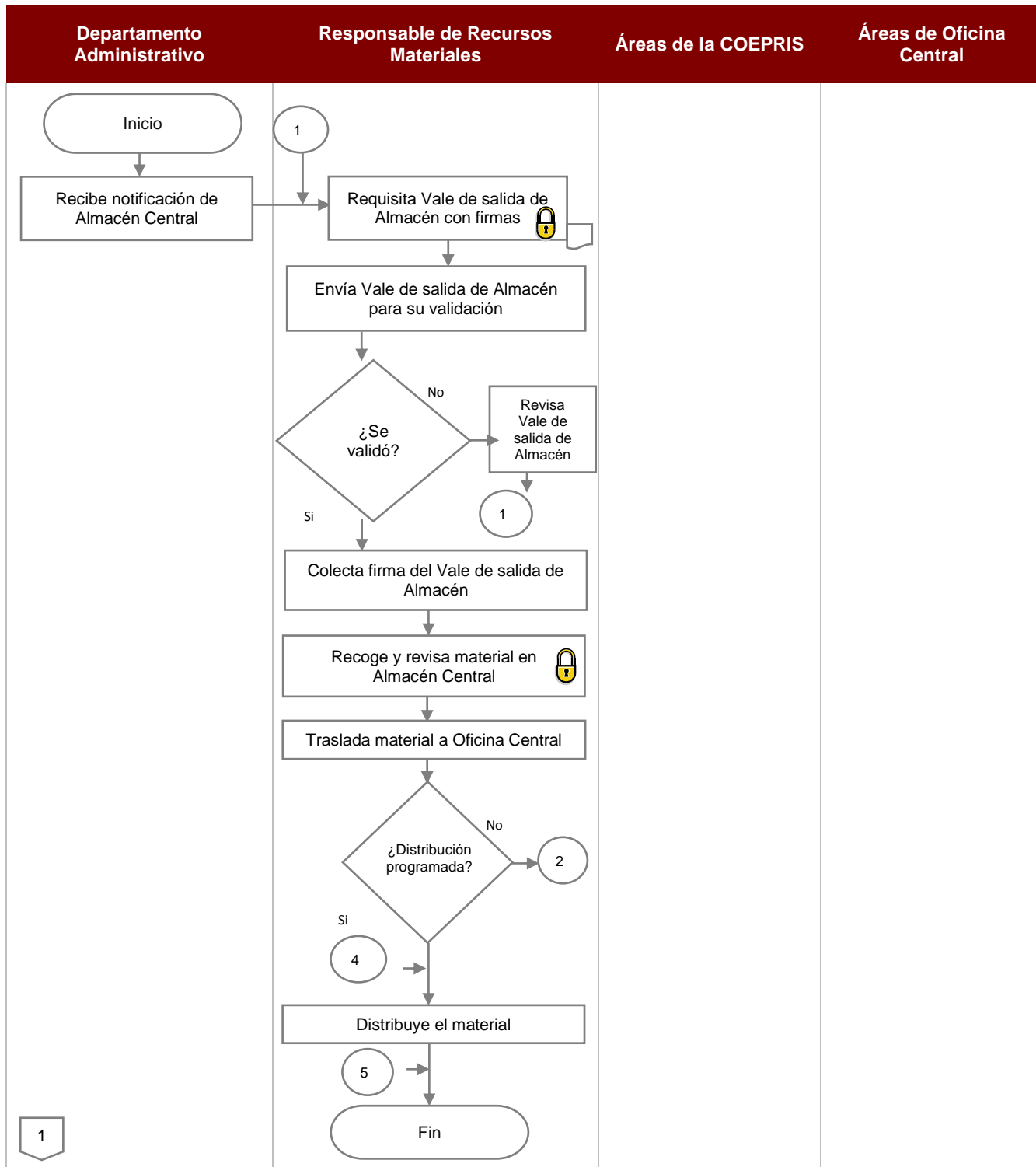
Clave:

Elaboración:

COEPRIS/OC/DA/01

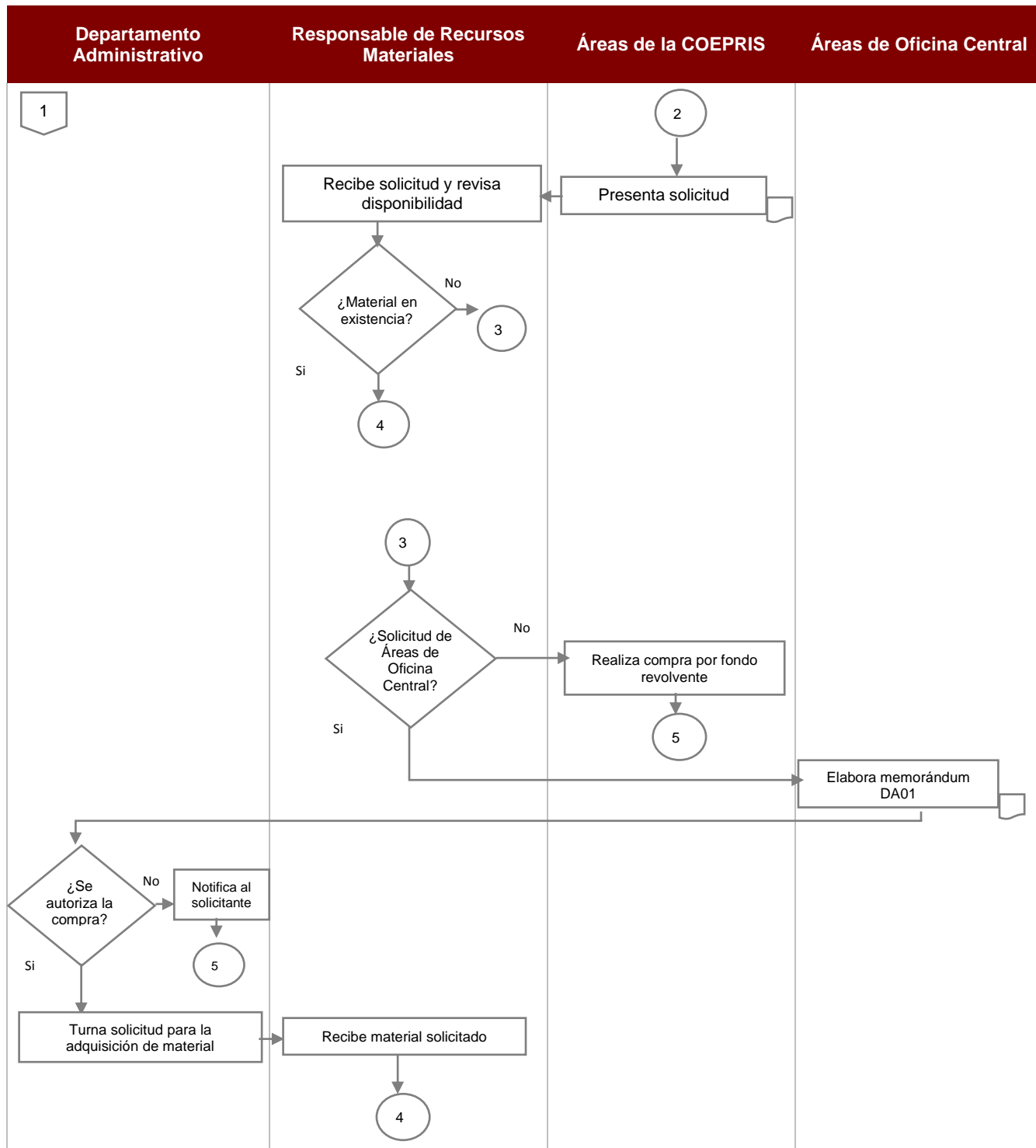
AGOSTO 2022

Diagrama de flujo



1

Diagrama de flujo



Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/01 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador | Meta |      |      |      |      |      |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
|           | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |

|   |      |     |     |     |     |     |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Recepción y entrega de recursos materiales<br>(No. de solicitudes entregadas / No. de solicitudes recibidas) x100 | 100% | 71% | 71% | 71% | 71% | 71% |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|

Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/01 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo | Descripción de la acción de control | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|

|   |   |                     |          |              |  |
|---|---|---------------------|----------|--------------|--|
| Se requieren 3 cotizaciones para que el área de Recursos Materiales de Secretaría de Salud inicie proceso de adquisición de un bien o servicio; el área en mención modifica las cotizaciones con otros proveedores. | Que el área de Recursos Materiales no cambie o modifique a los proveedores propuestos por COEPRIS, ya que el resultado de la calidad de los productos o servicios pueden variar o afecta los procesos de la Comisión. | Secretaría de Salud | 01 enero | 31 diciembre | Oficios de solicitud con cotizaciones anexas |
|---|---|---------------------|----------|--------------|--|

Recepción y entrega de recursos materiales  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/01 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo           | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|---------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC   | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |
| Supervisión federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Especifico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas.  | Anual                 | 100%  |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/AGO/2022 |
| 1             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br>En políticas de operación antes no se mencionaba el paso de validación, referente a la rúbrica de revisión del almacén central antes de que firme la Dirección de Recursos Materiales de Oficina Central | 17/JUL/2024 |

**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/DA/02

AGOSTO 2022

**Elabora:**

Departamento Administrativo

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

2

**Objetivo:**

Implementar la correcta aplicación del Artículo 93 de la Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas, por medio de la página de la Secretaría de Finanzas, quienes remiten a la Secretaría de Salud de Tamaulipas los ingresos recaudados por la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

**Alcance:**

Inicia desde que recibe solicitud de trámite estatal por parte del usuario hasta la revisión y resguardo de los reportes de ingreso, a fin de mantener la información documentada para auditorías o supervisiones de las autoridades pertinentes.

**Áreas de aplicación**

Departamento Administrativo  
 Departamento de Sanidad Internacional Marítima  
 Área de Administración de Papel Seguridad  
 Administradores de Coordinaciones Jurisdiccionales  
 CIS de Coordinaciones Jurisdiccionales  
 Áreas de Ingeniería Sanitaria

**Políticas o normas de operación**

Este procedimiento ha sido realizado por el Departamento Administrativo de la COEPRIS y refleja el protocolo que debe ejecutar cada uno de los involucrados en el control de ingresos en cada una de sus etapas, a fin de que se cuente con un control de expedientes efectivo y se logre la comprobación transparente de recursos con base en la normatividad vigente.

A través de este procedimiento se determina la cantidad de servicios que presta la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios por medio de las Coordinaciones Jurisdiccionales quienes cuentan con el área de CIS e Ingeniería Sanitaria, así como del Departamento de Sanidad Internacional Marítima, para la atención al usuario.

Personal que realiza actividades de Control de Ingresos: Coordinador Jurisdiccional, Responsable del CIS y Administrador de la Coordinación Jurisdiccional, así como DSIM y su Administrador.

El personal de CIS, Ingeniería Sanitaria y DSIM, deben proporcionar la orientación adecuada al usuario sobre los trámites y servicios que solicitan, especificando medios de pago, costos y requisitos.

Las resoluciones son documentación oficial, que presenta un folio y previamente a su emisión, la firma de:

- Titular de la COEPRIS y del Coordinador Jurisdiccional, en resoluciones inmediatas.
- Titular de la COEPRIS y antefirma del Director de Evaluación y Autorización Sanitaria, en Licencias, Permisos y Autorizaciones.
- Titular de la COEPRIS y antefirma del Responsable de Ingeniería Sanitaria en permisos sanitarios de construcción y asesoría.
- Titular del DSIM en los documentos de su competencia: certificados, aplicación de vacuna contra fiebre amarilla, notificación para el capitán e información de verificaciones sanitarias.

Los medios de pago establecidos por Secretaría de Finanzas del Gobierno Estatal son: Pago en ventanilla bancaria, transferencia electrónica, pago en línea; en el caso de los CIS, también se acepta el pago con tarjeta de crédito o débito en terminal bancaria. Todos los pagos deben realizarse únicamente en los bancos y establecimientos autorizados por la Secretaría de Finanzas los cuales aparecen en las boletas de pago.

El pago previo del trámite no determina la aceptación de la gestión por parte de la COEPRIS; es indispensable que se presente la documentación ante el responsable de recepción de trámites antes de realizar el pago, para su debida revisión, con el objeto de garantizar la regulación sanitaria. Por lo anterior, no se emitirán resoluciones o autorizaciones si no presenta los requisitos documentales, independientemente de haber realizado el pago previo.

El responsable del CIS, y el personal del DSIM, entregará al Administrador (Coordinación Jurisdiccional / DSIM) de manera física la boleta de pago y su comprobante de pago, así como CD con los documentos escaneados; cada archivo en formato PDF debe contener, la boleta de pago con su comprobante y el documento oficial expedido.

**Políticas o normas de operación**

El Departamento Administrativo de COEPRIS, genera un reporte mensual de ingresos por coordinación, descargado de la página de Secretaría de Finanzas, para posteriormente enviarlo a cada Coordinación Jurisdiccional o DSIM.

La Coordinación Jurisdiccional o DSIM, envía y adjunta la información solicitada por el Departamento Administrativo, que consta de:

- Boleta de pago,
- Comprobante de pago, de preferencia original,
- CD con los documentos escaneados del boleta y comprobante de pago y del documento oficial de cada trámite.

La entrega física del comprobante de pago debe ser de preferencia original debidamente pegado en la parte inferior de la boleta de pago; en caso de que el comprobante de pago sea tamaño media carta, se pegará al reverso de la boleta de pago o en una hoja en blanco; si es tamaño carta, se anexará únicamente a la boleta de pago.

**Bases Generales para Administradores:**

A partir del envío del listado mensual de ingresos generado en la plataforma de la Secretaría de Finanzas a los Administradores (Coordinación Jurisdiccional / DSIM) por parte del Departamento Administrativo de COEPRIS, cuentan con 10 días hábiles para enviar la información, que deberá incluir:

- La relación de ingresos impresa que contenga los números de los documentos oficiales expedidos,
- las boletas de pago en el orden consecutivo de acuerdo al listado, y deberá anotarse en la parte superior derecha del documento, el número consecutivo, así como el número del documento oficial,
- CD con archivos escaneados que contengan cada uno la boleta de pago y su comprobante y el documento oficial expedido; además de anexar la relación de ingresos con los números de los documentos oficiales ya incluidos.

El nombre del archivo en el CD debe contener el número de listado de los ingresos, con base en el reporte mensual y folio de pago. (ejemplo).

En el CD deberán de incluir los trámites que no aparezcan en la relación de ingresos y que fueron realizados por su coordinación Jurisdiccional, y por error involuntario no aplicaron correctamente en su asignación de jurisdicción o a lo que haya lugar.

Cuando se anexasen los trámites que no aparezcan en el listado de ingresos, deberán de incluirlos en el reporte de ingresos en la parte inferior enseguida de la terminación de los mismos; para enviarlos, deberán ser por medio de oficio, donde relacionen todos los trámites, además de especificar que son por error involuntario de la coordinación jurisdiccional y de ser posible la especificación del mismo anexándole las boletas de pago y su CD correspondiente.; lo anterior para estar en posibilidades de transparentar todos los folios de los documentos oficiales asignados a su Coordinación.

Así mismo, deberán de enviar los tramites extemporáneos por medio de oficio, aclarando en el mismo el mes de ingresos al que pertenece y el número de listado que se le generó, adjuntando el CD correspondiente.

El administrador (Coordinación Jurisdiccional / DSIM) debe de complementar todo el listado de ingresos que se le envía en cada reporte mensual hasta alcanzar el 100%.

El responsable del CIS, área de Ingeniería Sanitaria y DSIM, deben informar al Administrador de su Coordinación para que notifique por medio de oficio al área de monitoreo de documentos oficiales los motivos de cancelación del documento oficial, además de enviarlos físicamente con dicho oficio para su resguardo y procedimiento a lo que haya lugar, por lo que el área de monitoreo de documentos oficiales será la encargada de informar vía oficio al Departamento Administrativo de la COEPRIS los folios cancelados por coordinación únicamente para su conocimiento.

El Departamento Administrativo enviará el reporte mensual de ingresos con el número del documento oficial que proporciona cada coordinación, al área de Monitoreo de Documentos Oficiales para la validación de dicha información, cotejándola con su sistema gestor y controles internos; en caso de alguna observación, deberá de informarlo vía oficio al Departamento Administrativo para conocimiento, así como a la Coordinación correspondiente de dicha observación para su aclaración.

**Responsabilidades del Administrador de Papel Seguridad:**

- Llevar el registro y control de los documentos expedidos, cancelados y del stock de documentos oficiales en cada una de las áreas que ejecutan resoluciones con documentos oficiales.

Realizar la validación de la información de los documentos oficiales utilizados y los documentos cancelados por Coordinación Jurisdiccionales, esto de acuerdo con los reportes de ingresos recibidos del Departamento Administrativo.



**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

COEPRIS/OC/DA/02

**Elaboración:**

AGOSTO 2022

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad   | Responsable                          | Referencia   |
|------|---|--------------------------------------|--|
|      | Inicio  |                                      |  |
| 1    | Recibe solicitud de trámite estatal por parte del usuario y aplica el procedimiento correspondiente.  | Responsable de recepción del trámite | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud de trámite</li> <li>Requisitos</li> </ul>   |
| 2    | Integra expediente técnico con los requisitos presentados por el usuario.   | Responsable de recepción del trámite | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente técnico</li> </ul>   |
| 3    | Digitaliza la copia de la resolución entregada al usuario, debidamente requisitada, así como la boleta de pago y el comprobante de pago y genera expediente de estos dos últimos documentos para el Administrador.                  | Responsable de recepción del trámite | <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de resolución</li> <li>Boleta de pago</li> <li>Comprobante de pago</li> </ul>                           |
| 4    | ¿La integración del expediente es de CIS?:<br>4.1: Si, pasa a la actividad 5.<br>4.2: No, pasa a la actividad 9.  | Responsable de recepción del trámite | <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de resolución</li> <li>Boleta de pago</li> <li>Comprobante de pago</li> </ul>                           |
| 5    | Envía los expedientes técnicos físicos a las unidades o mesas pertinentes de la Coordinación Jurisdiccional, de igual manera envía la boleta de pago y comprobante original y el CD con los documentos escaneados al Administrador. | Responsable de recepción del trámite | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ingresos mensuales (Finanzas)</li> <li>Oficio a Coordinador</li> <li>Correo electrónico</li> </ul> |
| 6    | Recibe expedientes físicos y electrónicos por parte del CIS, para los fines conducentes.  | Coordinación Jurisdiccional          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ingresos mensuales (Finanzas)</li> <li>Oficio a Coordinador</li> <li>Correo electrónico</li> </ul> |
| 7    | Entrega a la unidad o mesa correspondiente de la CJ para los fines conducentes.   | Coordinación Jurisdiccional          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente técnico</li> </ul>   |
| 8    | Entrega al Administrador de la CJ para su revisión y cotejo.  | Coordinación Jurisdiccional          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente de ingresos</li> <li>Listado registro</li> </ul>   |
| 9    | Revisa la información física, documentos de CD, listado y valida la información.  | Administrador (CJ / DSIM)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente de ingresos</li> <li>Listado registro</li> <li>Sistema Gestor</li> </ul>                           |
| 10   | ¿Es correcta la información?<br>10.1: Si, pasa a la actividad 11.<br>10.2: No, Entabla contacto (CIS / DSIM), para la revisión de la información faltante. Pasa a la actividad 3.   | Administrador (CJ / DSIM)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente técnico</li> </ul>   |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad   | Responsable                 | Referencia  |
|------|---|-----------------------------|---|
| 11   | Integra expediente electrónico de los trámites realizados por mes.  | Administrador (CJ / DSIM)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente electrónico</li> </ul>  |
| 12   | Envía al Administrador (CJ/DSIM) el listado mensual de los ingresos generados en el mes inmediato anterior, emitido por medio de la plataforma de la Secretaría de Finanzas.  | Departamento Administrativo | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ingresos mensuales (Finanzas)</li> <li>Correo electrónico</li> </ul>  |
| 13   | Recibe listado y coteja la información con las boletas de pago, comprobantes y documentos escaneados del mes.   | Administrador (CJ / DSIM)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ingresos mensuales (Finanzas)</li> <li>Boletas de pago</li> <li>Comprobante de pago</li> <li>Documento oficial emitido por tramite</li> </ul> |
| 14   | ¿Es correcta la información?<br>14.1: Si, pasa a la actividad 15.<br>14.2: No, Entabla contacto con áreas involucradas, para aclaraciones pertinentes. Pasa a la actividad 15.  | Administrador (CJ / DSIM)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ingresos mensuales (Finanzas)</li> <li>Boletas de pago</li> <li>Comprobante de pago</li> <li>Documento oficial emitido por tramite</li> </ul> |
| 15   | Elabora los CDs correspondientes:<br>Información de ingresos mensual<br>Documentos extemporáneos<br>Documentos con error involuntario   | Administrador (CJ / DSIM)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>CDs</li> </ul>   |
| 16   | Genera oficios firmados por el Coordinador Jurisdiccional / DSIM de la entrega de cada uno de los CDs y envía al Departamento Administrativo de COEPRIS.<br>Asimismo, envía por oficio la entrega de documentos cancelados al área de Monitoreo de Documentos Oficiales | Administrador (CJ / DSIM)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficios</li> <li>CDs</li> <li>Documentos cancelados</li> </ul>   |
| 17   | Recibe información de cada una de las Coordinaciones Jurisdiccionales y DSIM.   | Departamento Administrativo | <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficios</li> <li>CDs</li> </ul>  |
| 18   | Revisa y resguarda los reportes de ingreso a fin de mantener la información documentada para auditorías o supervisiones de las autoridades pertinentes.   | Departamento Administrativo | <ul style="list-style-type: none"> <li>CDs</li> </ul>   |
|      | Fin   |                             |   |

**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/OC/DA/02

AGOSTO 2022

**Diagrama de flujo**

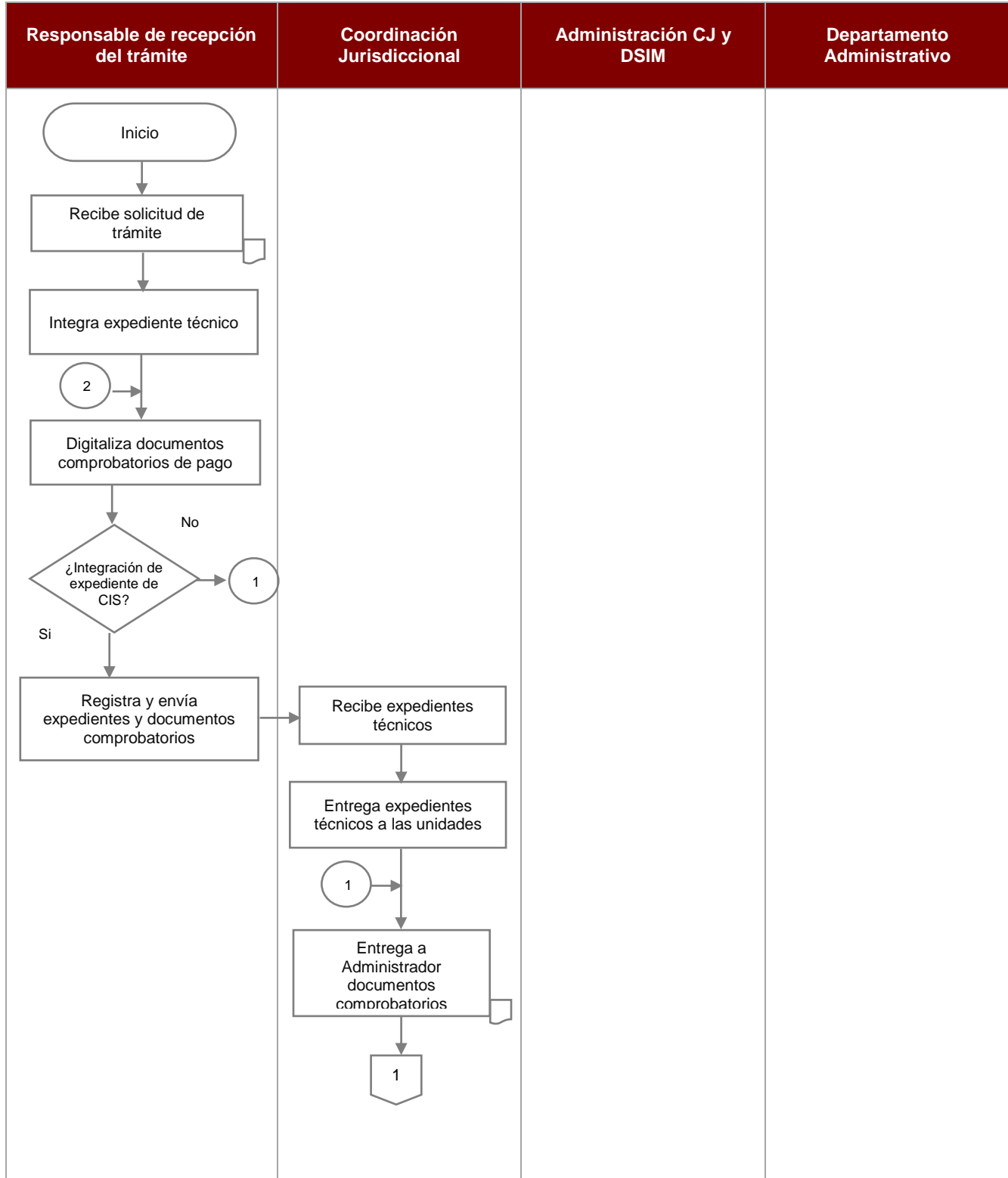


Diagrama de flujo

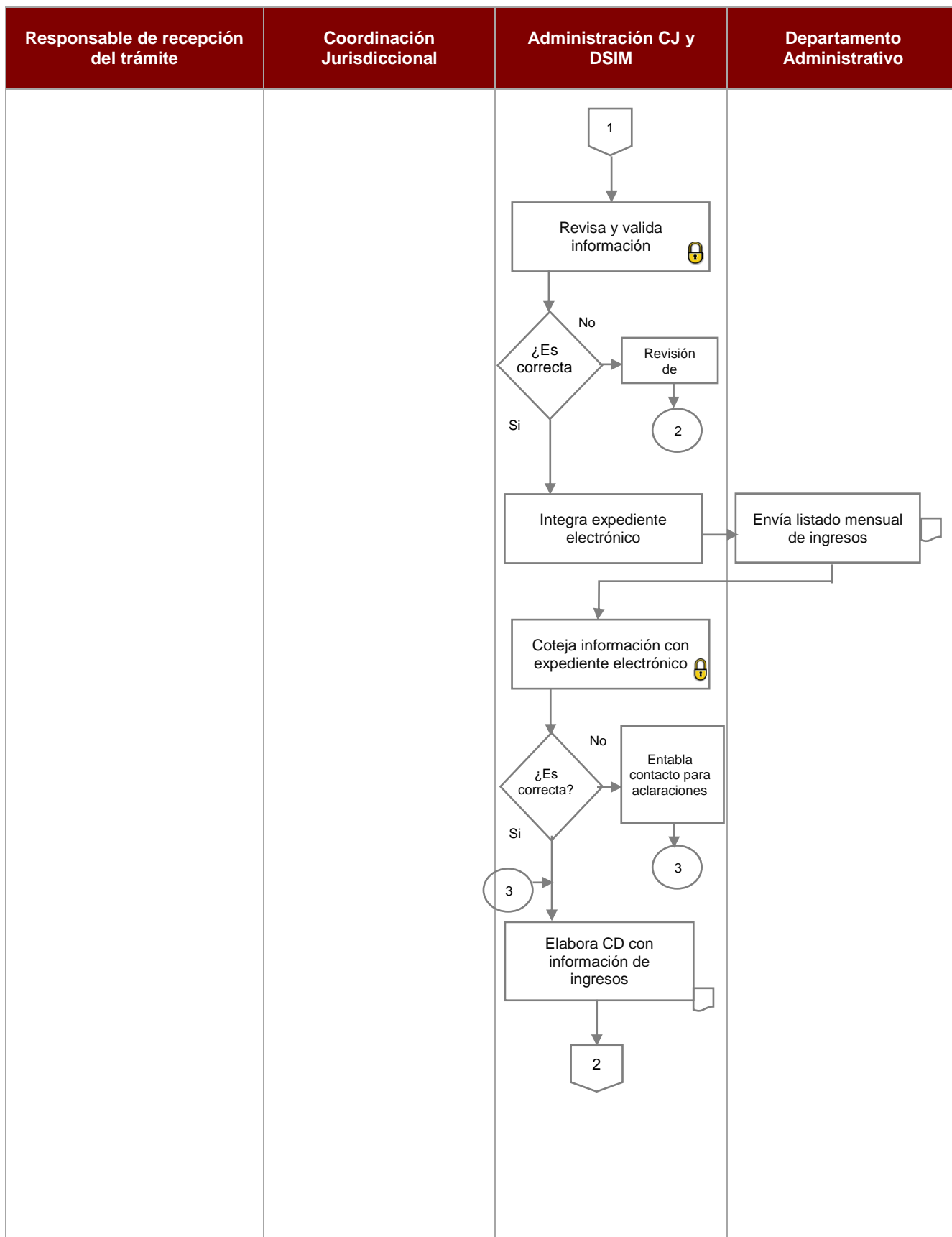
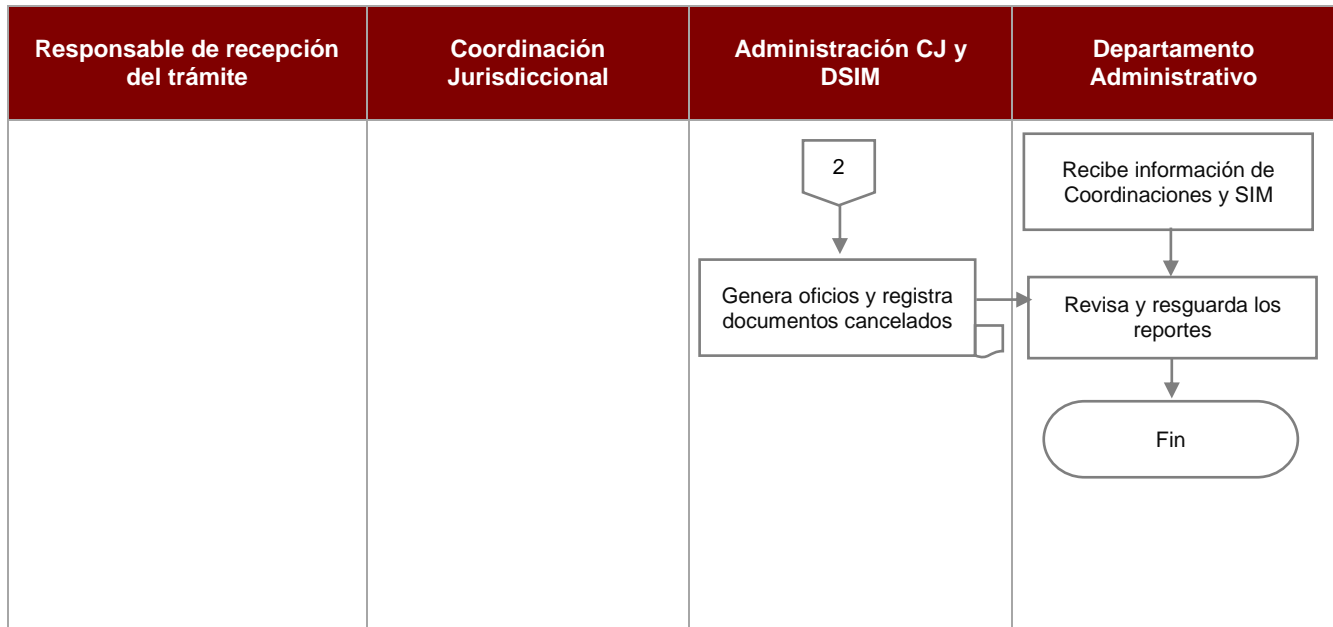


Diagrama de flujo



**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/02 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Comprobación de ingresos mensuales</b><br>(No. de comprobaciones del total de ingresos anuales/ No. de solicitudes de total de ingresos anuales) x100 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/02 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo                               | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable              | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|--|--|--|-----------------|------------------|--|
| Movimiento constante de personal en las áreas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Proponer a las áreas de la COEPRIS que se establezca la rotación de personal a fin de que permanezcan en las áreas el personal competente y/o capacitado.</li> <li>Asegurar la inducción al puesto del personal que vaya a desempeñar una nueva actividad.</li> </ul> | Departamento Administrativo - Recursos Humanos | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de Roles y responsabilidades</li> <li>Capacitaciones</li> </ul> |

**Control de ingresos  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>    | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DA/02 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo   | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|---|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC                                   | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |
| Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud | Fiscalización de Ingresos, ejecución de recursos, entre otros   | Anual                 | 0% de observaciones                               |
| Secretaría de Finanzas                              | Registro de ingresos a través del Portal de la Secretaría de Finanzas   | Mensual               | 0% de observaciones                               |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/AGO/2022 |
| 1             | Se corrige objetivo y alcance a fin de que sean congruentes con el procedimiento; Se clarifica que el procedimiento determina el protocolo a seguir por cada uno de los participantes en el control de ingresos; se eliminan del documento referencias en políticas de operación y en el diagrama de flujo por no estar vinculadas directamente con el control de ingresos; se elimina la referencia de acceso al sistema gestor por parte de los administradores; se modifica la manera de integrar el expediente físico y electrónico de comprobación de ingresos para mayor facilidad de comprensión y control.  | 16/JUN/2023 |
| 2             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br><br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br><br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br><br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br><br>Se elimina del diagrama de flujo la validación por el área de Monitoreo de Documentos Oficiales, la cual pasa a ser Administrador de Papel seguridad y se describen sus responsabilidades en este procedimiento en las políticas de operación. | 17/JUL/2024 |

**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios (FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b>     |
| COEPRIS/OC/DJC/01     | AGOSTO 2019             |
| <b>Actualización:</b> | <b>No. de revisión:</b> |
| JULIO 2024            | 2                       |

**Elabora:** Departamento Jurídico y Consultivo

**Aprueba:** COEPRIS

**Objetivo:** Dar respuesta a las solicitudes de informes, felicitaciones, sugerencias, quejas sanitarias y de servicio presentadas por el usuario a través de las vías de comunicación oficiales captadas por el Centro de Atención y Monitoreo (CAM), con la finalidad de controlar y dar seguimiento de dichas solicitudes, lo cual agiliza el manejo de la información y atención de las mismas.

**Alcance:** Desde que recibe la solicitud por parte del usuario por los diferentes medios de captación hasta que el CAM registra los resultados de la acción en el formato.

**Áreas de aplicación**  
Áreas de la COEPRIS

### Políticas o normas de operación

El CAM es el área encargada de la COEPRIS de brindar informes y de registrar y turnar las quejas, sugerencias y felicitaciones obtenidas a través de los canales oficiales de captación:

- Correo electrónico, [contacto.coepris@tamaulipas.gob.mx](mailto:contacto.coepris@tamaulipas.gob.mx)
- Línea telefónica, 800 720 3774
- WTSP, 834 268 7089
- Facebook, <https://www.facebook.com/COEPRISTamaulipas>
- Buzones físicos de quejas y sugerencias ubicados en los CIS
- Encuestas de satisfacción de usuarios, aplicadas en los CIS
- Buzón QR, colocados en los CIS

El CAM depende del Departamento Jurídico y Consultivo (DJC) de la COEPRIS.

El operador del CAM registra todas las solicitudes de los usuarios en el CAM01 Formulario Registro de Actividad CAM, donde se especifica el tipo de solicitud recibida (informes, queja sanitaria, queja o de servicio, felicitación, sugerencia), descripción, fecha.

#### Flujo por tipo de solicitud

- **Informes:** se proporciona la información por parte del operador del CAM, en caso de requerir información adicional o específica de algún trámite, se solicita al usuario un canal de comunicación para proporcionar la información en cuanto se tenga disponible.
- **Felicitaciones o sugerencias:** se canaliza al Comisionado Estatal para que defina el tratamiento que se les dará.
- **Queja de servicio:** se canaliza al Comisionado Estatal para que defina el tratamiento que se les dará con base en los lineamientos definidos por la Contraloría Gubernamental.
- **Queja sanitaria:** se canaliza a través de memorándum a la Dirección de Operación Sanitaria para que realice las acciones conducentes.

Al finalizar cada una de las solicitudes, el CAM registra las acciones realizadas en la Base de Datos Atenciones CAM, según el tipo de solicitud para dar por concluida la misma.

#### Tratamiento de las quejas sanitarias

El CAM y la DOS son los involucrados en la modificación de la hoja de cálculo compartida en la nube CAM03 Oficios enviados a la DOS.

El CAM realiza la notificación de las quejas sanitarias a la DOS a través de memorándum, donde se describe la queja, así como el municipio y Coordinación Jurisdiccional a la que pertenece.

Para dar pronta atención a la queja en Coordinaciones Jurisdiccionales, la DOS notifica por medio de correo electrónico la acción a realizar a la Coordinación Jurisdiccional a la cual corresponda la queja, posteriormente registra en la hoja de cálculo CAM03 Oficios enviados a la DOS la fecha en que se notifica la atención de queja; aunado a ello enviará la solicitud de atención de queja a través de oficio para su notificación a la Coordinación Jurisdiccional por correspondencia.

La Coordinación Jurisdiccional designa a través de Orden de Trabajo al personal para realizar la Visita de Verificación Sanitaria, donde evalúa el motivo de la queja y obtiene evidencia de esta. La Coordinación Jurisdiccional envía evidencia de las acciones realizadas por correo electrónico y por oficio a la DOS.

Para las quejas correspondientes a las Áreas de Oficina Central, la DOS envía la solicitud de atención de queja a través de memorándum para su atención y resolución, posteriormente responden con evidencia de las acciones realizadas a la DOS por correo electrónico y por memorándum.

Cuando una queja no sea procedente, la DOS informa por medio de memorándum la justificación de la NO PROCEDENCIA de la queja.

Se les dará un plazo de **diez** días hábiles a la Coordinación No. I y a las áreas de Oficina Central; y **quince** días hábiles a las demás Coordinaciones, para que generen el estatus en que se encuentra dicha queja.

La DOS notifica la resolución de atención de cada queja a través de memorándum, añadiendo al mismo la evidencia de la acción realizada (orden de trabajo, acta de verificación, fotos y demás evidencias que considere pertinentes), el cual que se debe entregar al DJC con copia al Comisionado Estatal. Así mismo, previo a realizar el envío físico de la resolución, la DOS registra las acciones realizadas en la hoja de cálculo CAM03 Oficios enviados a la DOS.

Se dará por culminada la atención de la queja una vez que se haga llegar al DJC evidencia física de lo realizado.



**Políticas o normas de operación**

**Tratamiento de los formatos de quejas, sugerencias, felicitaciones y encuestas en los Centro Integrales de Servicios (CIS)**

Para la atención de quejas, felicitaciones y sugerencias captadas a través de los medios establecidos en los CIS (buzones, buzón QR y encuestas de satisfacción) se realiza lo siguiente:

- **Formatos de quejas y sugerencias captados a través de los buzones del CIS:** el Responsable del CIS envía los formatos cada primer lunes del mes al DJC; en caso de no presentarse formatos en los buzones, lo notifica en el mismo periodo; estas acciones por medio de oficio dirigido al DJC.
- **Encuestas de satisfacción:** estas las cargan mensualmente los Responsables de los CIS en la carpeta compartida Encuesta Satisfacción Usuarios (una para cada Coordinación) en la nube; el Responsable del CAM revisa y extrae aquellas que contienen en el apartado de comentarios generales información referente a felicitaciones, sugerencias, quejas de servicio y/o quejas sanitarias.
- **Buzón QR:** este se difunde en los CIS; la información proporcionada por el usuario se almacena en el CAM04 Formulario Buzón QR, el cual revisa diariamente el Responsable del CAM para su atención inmediata.

Todos los puntos anteriores siguen lo dictado en el apartado **Flujo por tipo de solicitud.**

**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios (FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>     | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DJC/01 | AGOSTO 2019         |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad   | Responsable                    | Referencia   |
|------|---|--------------------------------|--|
|      | Inicio  |                                |  |
| 1    | Recibe la solicitud por parte del usuario por los diferentes medios de captación.   | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIS07 Queja</li> <li>• CIS09 Sugerencia o felicitación</li> <li>• CIS10-1 Encuesta para usuarios</li> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Redes sociales</li> <li>• Página web</li> <li>• Teléfono</li> <li>• WTSP</li> <li>• CAM04 Buzón QR</li> </ul> |
| 2    | Registra la solicitud en el formato correspondiente.  | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM03 Oficios enviados a la DOS</li> </ul>  |
| 3    | Tipo de solicitud:<br>3.1 Si es queja: Pasa a la actividad 4.<br>3.2 Si es información: Pasa a la actividad 15.<br>3.3 Si es felicitación o sugerencia: Pasa a la actividad 20. | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>   |

|    |  |                                  |   |
|----|--|----------------------------------|---|
| 4  | ¿Es queja sanitaria?<br>4.1 Si: Pasa a la actividad 5.<br>4.2 No: Pasa a la actividad 25.  | Centro de Atención y Monitoreo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM03 Oficios enviados a la DOS</li> </ul> |
| 5  | Elabora memorándum dirigido a la DOS con los datos de la queja.  | Centro de Atención y Monitoreo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum interno</li> </ul>  |
| 6  | ¿Procede la queja?<br>6.1 Si: Pasa a la actividad 7.<br>6.2 No: Elabora memorándum de justificación de no procedencia. Pasa a la actividad 12.                             | Dirección de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum interno</li> </ul>  |
| 7  | Analiza la queja para determinar la acción a realizar y notifica al área responsable que la ejecutará.   | Dirección de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum interno</li> <li>• Oficio</li> </ul>  |
| 8  | Revisa la queja y designa al personal de su área que la atenderá.  | Áreas de la COEPRIS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum interno</li> <li>• Orden de visita de verificación</li> </ul>   |
| 9  | Acude personal del área al sitio para atender la queja tomando evidencias de ello.   | Áreas de la COEPRIS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de visita de verificación</li> <li>• Evidencia fotográfica</li> </ul>   |
| 10 | Procesa evidencia colectada por el personal del área que dio atención a la queja.  | Áreas de la COEPRIS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de visita de verificación</li> <li>• Evidencia fotográfica</li> </ul>   |
| 11 | Envía resultados y evidencia de la acción a la DOS.  | Áreas de la COEPRIS              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio con evidencias</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 12 | Carga evidencias digitales en el formato CAM03.  | Dirección de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAM03 Oficios enviados a la DOS</li> </ul>   |
| 13 | Envía resultados de la acción al DJC.  | Dirección de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum con evidencias</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 14 | Registra los resultados de la acción realizada en el formato y base de datos.  | Centro de Atención y Monitoreo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM03 Oficios enviados a la DOS</li> </ul> |
|    | Fin  |                                  |   |
| 15 | ¿Son trámites de COEPRIS?<br>15.1 Si: Pasa a la actividad 16.<br>15.2 No: Registra la petición y brinda la información al usuario. Pasa a la actividad 14.                 | Centro de Atención y Monitoreo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>  |
| 16 | ¿Recepción diferente a correo electrónico?<br>16.1 Si: Pasa a la actividad 17.<br>16.2 No: Registra la petición y envía la información al usuario. Pasa a la actividad 14. | Centro de Atención y Monitoreo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>  |

|    |  |                                |  |
|----|--|--------------------------------|--|
| 17 | Registra la petición y solicita correo electrónico para envío de información.  | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul> |
| 18 | ¿El usuario tiene correo electrónico?<br>18.1 Si: Pasa a la actividad 19.<br>18.2 No: Proporciona información a través del medio recibido y solicita número telefónico para información. Pasa a la actividad 14. | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• BD Atenciones CAM</li> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul> |
| 19 | Envía la información por correo electrónico. Pasa a la actividad 14.   | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 20 | Responde en agradecimiento al usuario.   | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Redes sociales</li> <li>• WTSP</li> </ul>   |
| 21 | Registra la felicitación o sugerencia en el formulario.  | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>                              |
| 22 | Entrega evidencia de la queja al Comisionado Estatal y conserva copia.   | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CIS07 Queja</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>  |
| 23 | Analiza la felicitación o sugerencia y notifica a las Áreas de la COEPRIS involucradas.  | Comisionado Estatal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum, oficio o correo electrónico</li> </ul>  |
| 24 | Informa sobre la acción realizada al Comisionado Estatal con atención al DJC. Pasa a la actividad 14.  | Áreas de la COEPRIS            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum, oficio o correo electrónico</li> </ul>  |
| 25 | Registra en el formulario y turna la queja al Comisionado Estatal.   | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>                              |
| 26 | ¿Es sobre servidor público?<br>26.1 Si: Pasa a la actividad 27.<br>26.2 No: Revisa la inconformidad de servicio y busca la solución a la inconformidad. Pasa a la actividad 13.                                  | Centro de Atención y Monitoreo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CAM01 Formulario Registro de actividad CAM</li> <li>• CAM02 Hoja de cálculo Registro de actividad CAM</li> </ul>                              |
| 27 | Realiza la acción conducente con base en los lineamientos de la Contraloría Gubernamental y/o Secretaría de Salud.   | Comisionado Estatal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos</li> <li>• Código de conducta y ética</li> </ul>   |
| 28 | Informa al CAM el estado de la queja (si se dio resolución al tema, si continúa en proceso o si no fue procedente). Pasa a la actividad 14.  | Comisionado Estatal            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum o correo electrónico</li> </ul>  |

Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios  
(FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>     | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DJC/01 | AGOSTO 2019         |

**Diagrama de flujo**

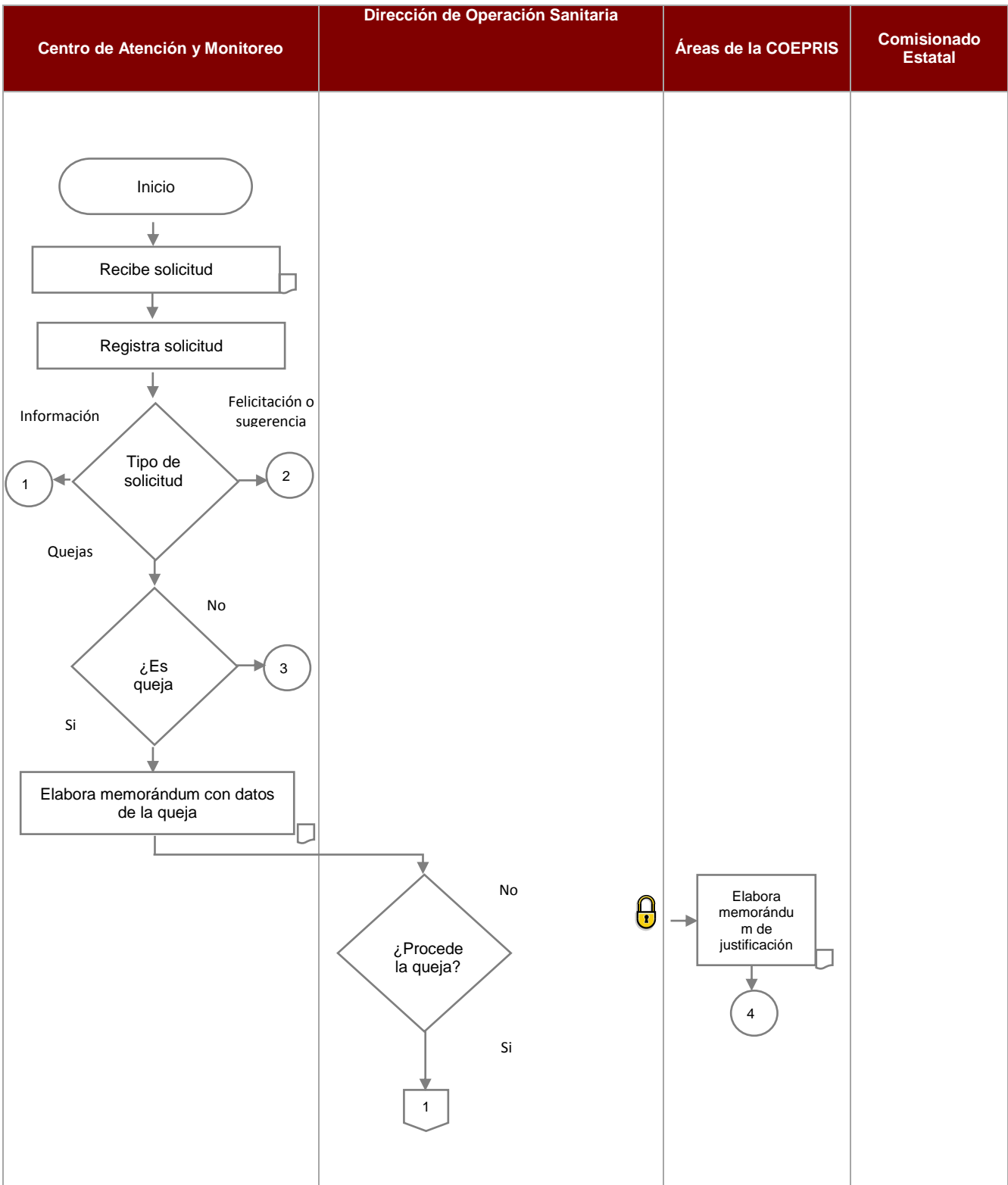


Diagrama de flujo

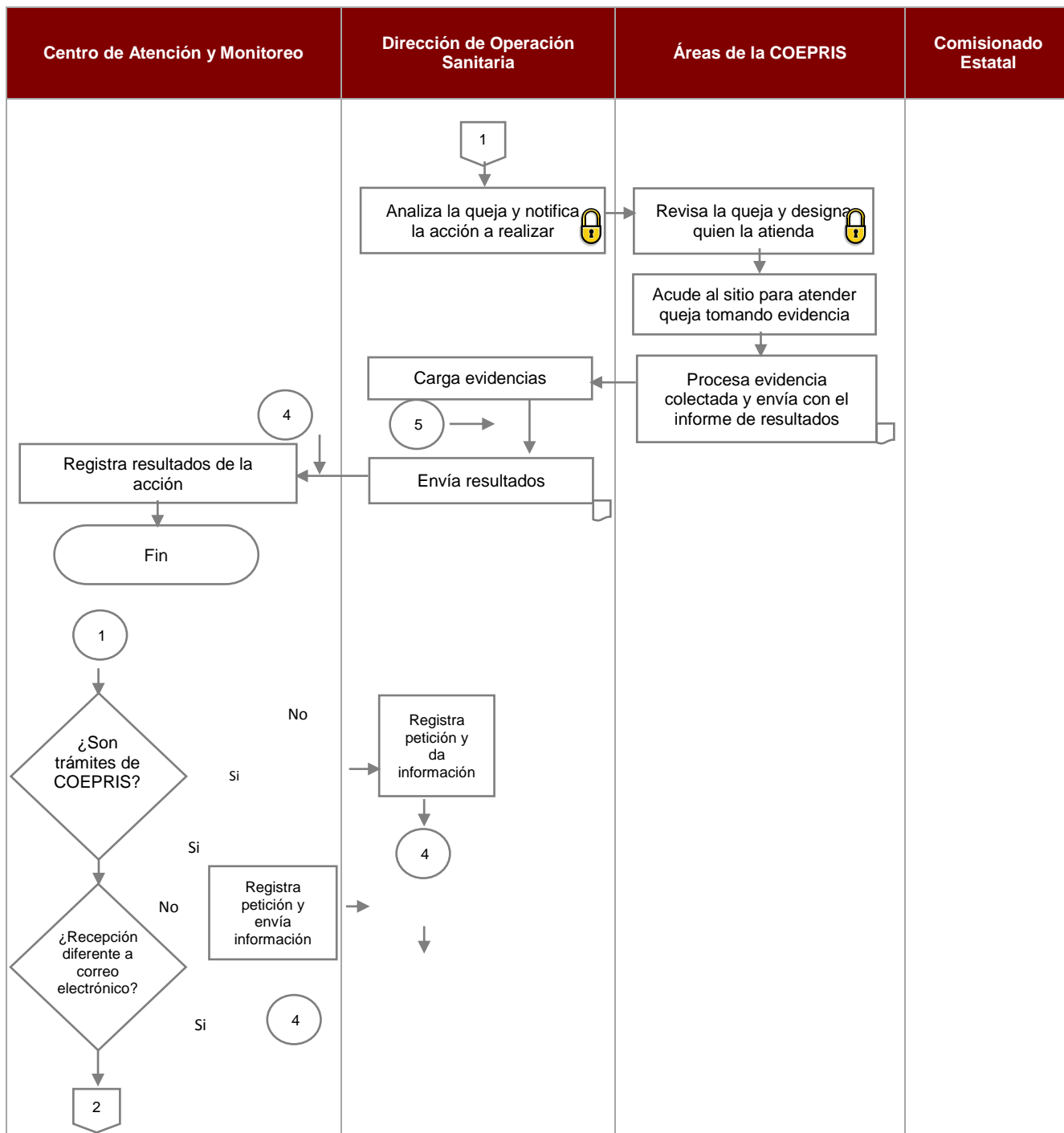


Diagrama de flujo

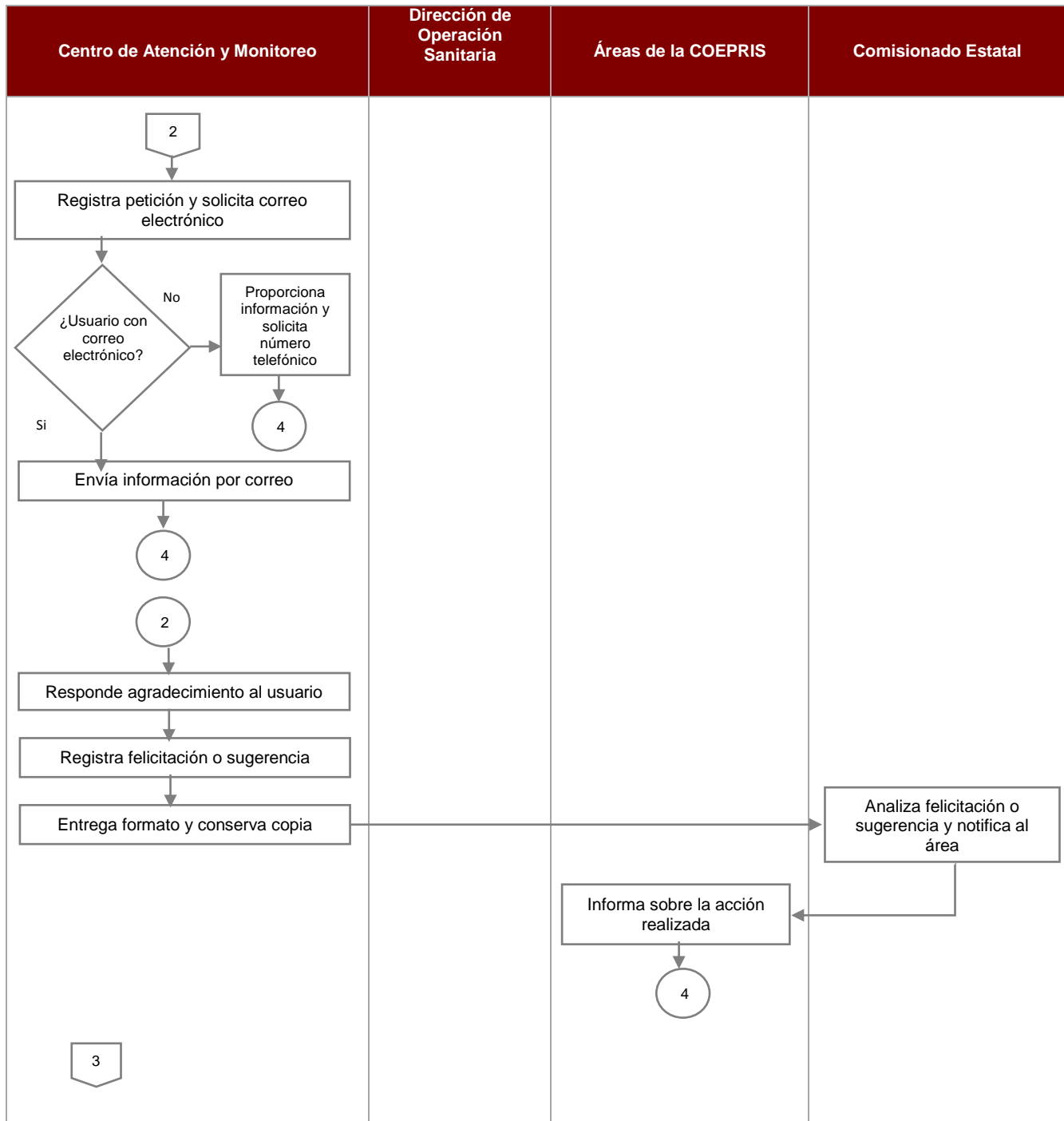
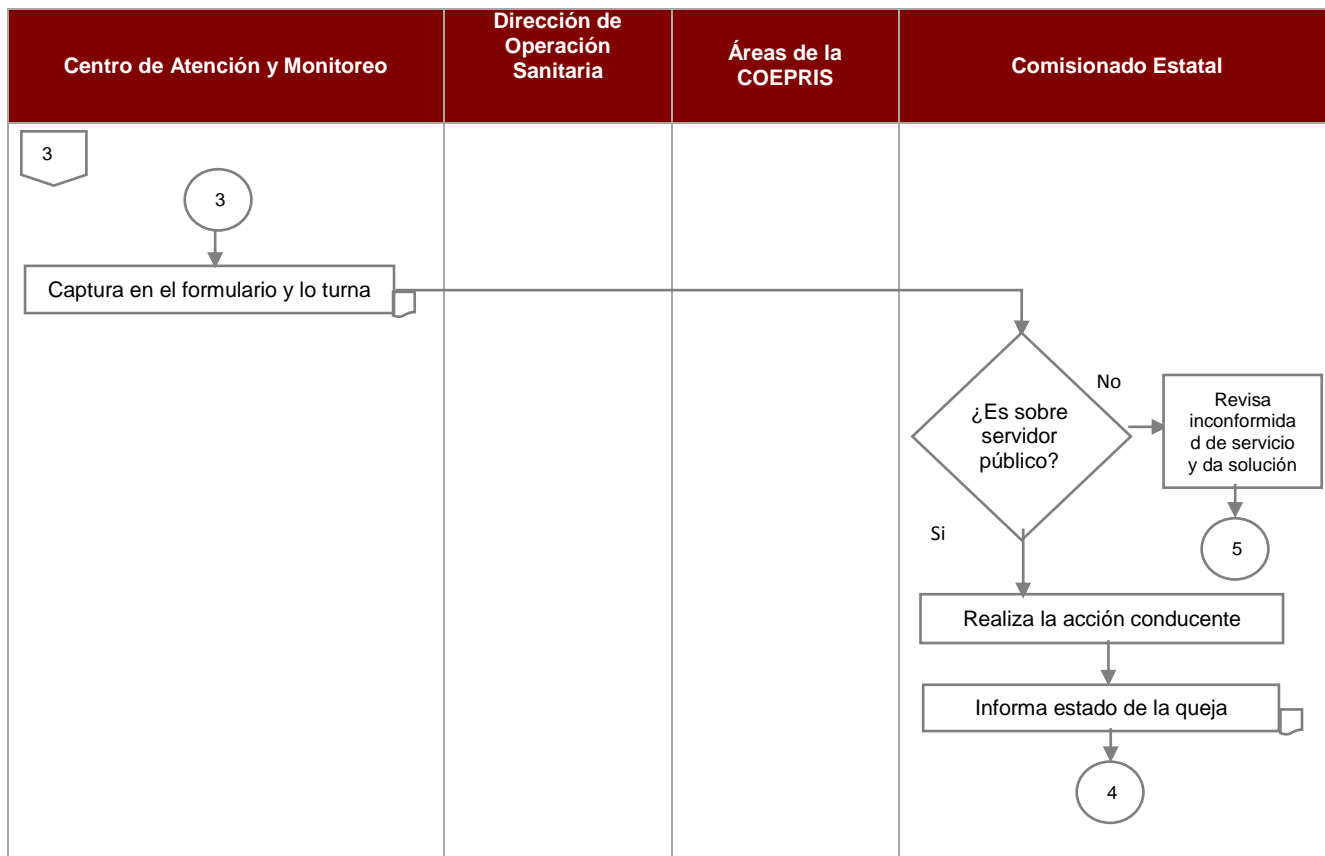


Diagrama de flujo



**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios (FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>     | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DJC/01 | AGOSTO 2019         |

**Indicadores**

| Indicador   | Meta |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|
|   | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Porcentaje de resoluciones por quejas sanitarias (estatales)</b><br>(Número de quejas atendidas por el área competente/ Número de quejas turnadas al área competente) x100 | 78%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |
| <b>Objetivo de calidad: Quejas</b><br>(Total de quejas recibidas/ Total de trámites y verificaciones) x100  | 0%   | 5%   | 5%   | 5%   | 5%   | 5%   |

**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios (FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>     | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DJC/01 | AGOSTO 2019         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo   | Descripción de la acción de control   | Unidad administrativa responsable  | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación                              |
|--|---|------------------------------------|-----------------|------------------|---|
| Falta de informe y seguimiento de las quejas recibidas en las coordinaciones o fuera del Centro de Atención y Monitoreo. | Mayor difusión de los medios de comunicación adecuados para que los usuarios puedan presentar sus quejas de servicio de manera efectiva directamente al Centro de Atención y Monitoreo para su debido registro y seguimiento. | Departamento Jurídico y Consultivo | 01 enero        | 31 diciembre     | CAM02 Hoja de cálculo:<br>Registro de actividad CAM |

**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios (FASSA Ramo 12 y 33, Cuotas de recuperación)**

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>     | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/OC/DJC/01 | AGOSTO 2019         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |



## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio   | Fecha       |
|---------------|--|-------------|
| 0             | Nueva Creación   | 29/OCT/2018 |
| 1             | Cambia de responsable de elaboración por transferirse las responsabilidades de este procedimiento al Centro de Monitoreo; se lleva a cabo modificaciones relativas a la captación por diversos medios de las quejas, así como el tratamiento y toma de decisiones para su adecuada resolución.   | 07/AGO/2019 |
| 2             | <p>Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.</p> <p>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).</p> <p>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.</p> <p>Modificación de: objetivo; alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa; políticas de operación donde se especifica el flujo a seguir de acuerdo al tipo de solicitud; se define el tratamiento de las quejas sanitarias, así como el tratamiento de los formatos de quejas, sugerencias, felicitaciones y encuestas en los Centro Integrales de Servicios (CIS); por lo anterior se actualiza el diagrama de flujo.</p> | 17/JUL/2024 |

**Proyecto playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/DEMRS/DMRS/02

AGOSTO 2022

**Elabora:**

Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios

JULIO 2024

1

**Objetivo:**

Evaluar la calidad sanitaria del agua de mar de las playas con mayor afluencia turística, mediante la determinación del parámetro enterococos intestinales a través de la toma de muestras

**Alcance:**

Desde que da a conocer el calendario prevacacional, periodo de muestreo y fecha de envío de dictamen de resultados y termina hasta que envía el dictamen de los resultados del muestreo de agua de mar a la COFEPRIS.

**Áreas de aplicación**

Coordinaciones Jurisdiccionales  
Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios

**Políticas o normas de operación**

Mediante el monitoreo continuo del agua de las playas en el estado, se logra determinar el riesgo potencial de adquirir alguna enfermedad o intoxicación relacionada con el agua de contacto, de uso recreativo, de tal manera que el público que visita nuestras playas conozca, mediante la publicación de los resultados microbiológicos en fuentes oficiales, la calidad sanitaria del agua y decida a cuál playa asistir.

Las playas que están sujetas a vigilancia sanitaria son:

- Playa Bagdad, en Matamoros
- Playa La Pesca, en Soto la Marina
- Playa Barra del Tordo, en Aldama
- Playa Miramar, en Cd. Madero

La programación de metas está sujeta al calendario prevacacional que envía la COFEPRIS al Estado, el responsable del proyecto Playas Limpias es el encargado de designar el número de muestras a coleccionar de acuerdo con los puntos de muestreo previamente georeferenciados, designados por la COFEPRIS; así mismo debe enviar la programación anual a las Coordinaciones Jurisdiccionales costeras que participan, siendo estas Tampico, Matamoros, Padilla y Altamira.

| Coordinación | Playa           | No. de puntos de muestreo |
|--------------|-----------------|---------------------------|
| Matamoros    | Bagdad          | 2                         |
| Padilla      | La Pesca        | 3                         |
| Altamira     | Barra del Tordo | 2                         |
| Tampico      | Miramar         | 5                         |

La programación anual está sujeta al calendario de temporalidad emitido por la COFEPRIS.

Previo a realizar el muestreo es necesario contar con los siguientes insumos:

- Hieleras de unicel
- Frascos de boca ancha de 1 litro
- Plumines indelebles
- Bolsas de cierre hermético
- Hielo potable o gel refrigerante
- Termómetro infrarrojo
- Etiqueta para identificación de la muestra, la cual debe incluir los siguientes datos:

**Políticas o normas de operación**

- Lugar, fecha y hora de la colecta
- Punto de muestreo al que corresponde
- Temperatura del agua y del ambiente

Durante el muestreo el verificador sanitario debe cumplir los siguientes criterios:

- La muestra se debe tomar a la altura de la cintura, sumergiendo el frasco con la boca hacia abajo, abriendo el mismo cuando el agua llegue a la altura del codo del verificador sanitario, una vez llenado el frasco, se tapa aun sumergido a la altura mencionada, esto con el fin de evitar la contaminación o derrame de la muestra.
- Posteriormente se coloca la etiqueta en el frasco, se coloca dentro de la bolsa hermética y se guarda en la hielera de unicel con hielo o gel refrigerante, para conservar la muestra entre 5°C y 6°C hasta su llegada al LESPT.

Para la entrega de la muestra al laboratorio el verificador sanitario debe cumplir lo siguiente:

- La muestra debe estar debidamente refrigerada para su aceptación, de no ser así, el LESPT la rechaza y tendrá que realizarse un nuevo muestreo.
- Incluir el formato designado por el LESPT para el ingreso de la muestra, especificando los mismos datos plasmados en la etiqueta.
- Conservar copia del formato de entrega, el cual deberá incluir fecha y hora recepción y la temperatura de conservación de la muestra al momento de la entrega.

El LESPT está comprometido a entregar el resultado de la muestra al tercer día hábil de la recepción de la muestra, dicho resultado lo envía por correo electrónico, dirigido al Comisionado Estatal y con copia al responsable del proyecto Playas Limpias.

El responsable del proyecto Playas Limpias es el encargado de emitir el dictamen sanitario derivado del resultado de la muestra, para su registro en el formato establecido, para su envío a la COFEPRIS a través del STEAP mensualmente.

La nomenclatura del formato establecido debe incluir el número del mes y el número de año que corresponda. EJEMPLO para muestra del mes de enero del año 2024, se añade al final del nombre del formato 012024.

**Clasificación de playas**

Es la condición sanitaria de las playas cuando cumplen o no cumplen con los parámetros de enterococos intestinales establecidos en los lineamientos del programa de playas limpias de la COFEPRIS, donde se establece que una playa es apta cuando este parámetro es de 0 a 200 NMP/100ml de agua de mar. En caso de ser mayor a 200 NMP/100ml de agua de mar, se considera que la clasificación del agua de la playa es no apta para uso recreativo, por lo cual se emitirá una recomendación al Comité Local de Playas para el cierre temporal de la playa en tanto no se hayan encontrado valores aceptables para su reapertura.

A través de la página oficial de la SEMARNAT la población puede consultar qué playas son aptas para uso recreativo en el país y poder elegir la que sea de su agrado para vacacionar.

**Proyecto Playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | AGOSTO 2022         |

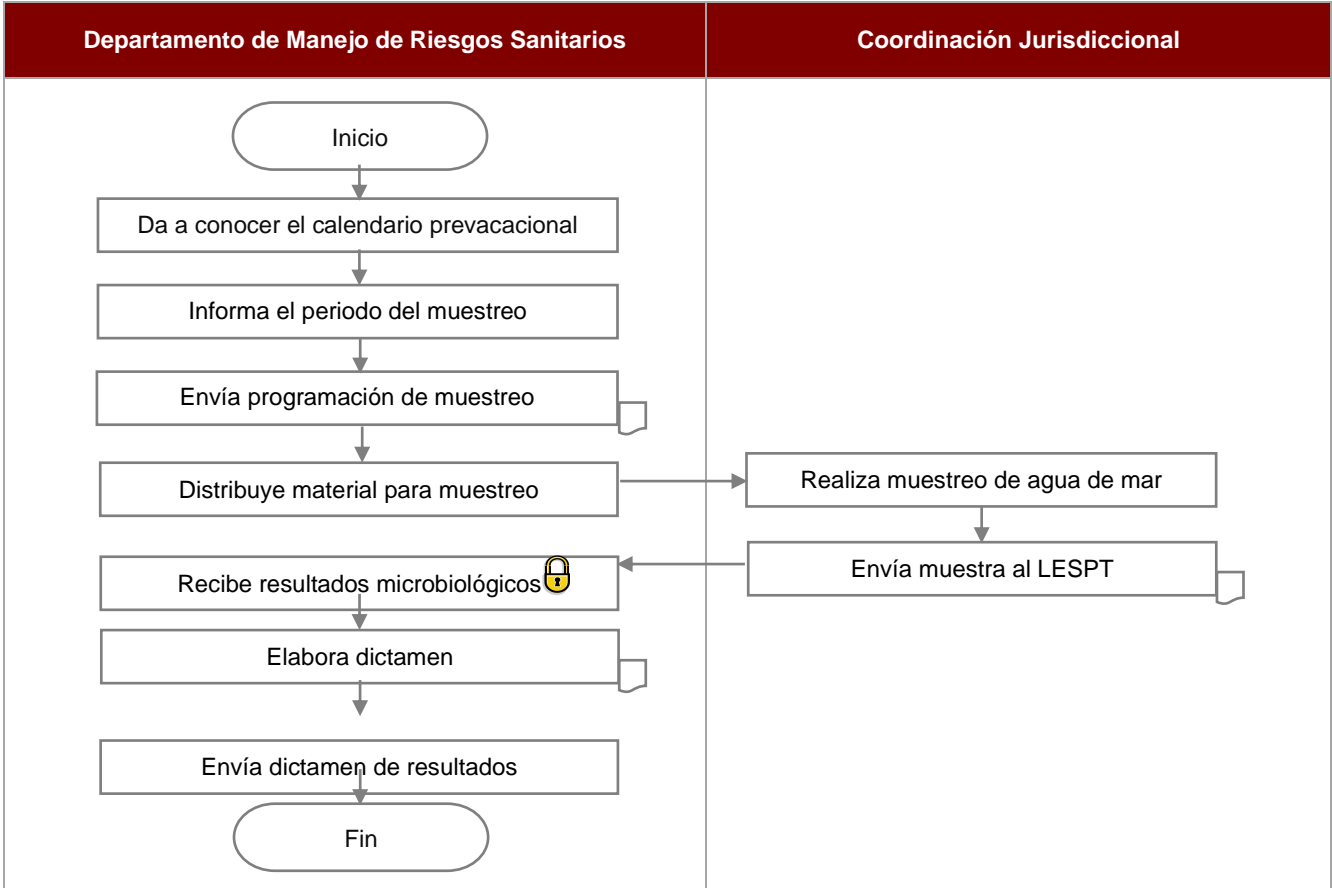
**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                  | Referencia   |
|------|--|--|--|
|      | Inicio   |  |  |
| 1    | Da a conocer el calendario prevacacional, periodo de muestreo y fecha de envío de dictamen de resultados.          | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 2    | Informa el periodo del muestreo prevacacional a las Coordinaciones Jurisdiccionales.                               | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Llamada telefónica</li> </ul>                     |
| 3    | Envía programación de muestreo a las Coordinaciones Jurisdiccionales.  | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Oficio con calendarización de muestreo</li> </ul> |
| 4    | Distribuye el material para colecta y envío de muestras al LESPT por parte de las Coordinaciones Jurisdiccionales. | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vale firmado por la Coordinación</li> </ul>                                     |
| 5    | Realiza muestreo de agua de mar de playas prioritarias.  | Coordinaciones Jurisdiccionales              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual Operativo Agua de Contacto 2024</li> </ul>                               |
| 6    | Envía la muestra al LESPT.   | Coordinaciones Jurisdiccionales              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Manual Operativo Agua de Contacto 2024</li> </ul>             |
| 7    | Recibe resultados microbiológicos.   | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 8    | Elabora dictamen de los resultados microbiológicos.  | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual Operativo Agua de Contacto 2024</li> </ul>                               |
| 9    | Envía el dictamen de los resultados del muestreo de agua de mar a la COFEPRIS.                                     | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• STEAP</li> </ul>  |
|      | Fin  |  |  |

**Proyecto Playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | AGOSTO 2022         |

**Diagrama de flujo**



**Proyecto Playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador | Meta |      |      |      |      |      |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
|           | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |

|   |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Muestreo de agua de mar</b><br>(Número de muestras procesadas/ Total de muestras programadas) x100 | 83% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

**Proyecto Playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo | Descripción de la acción de control | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|

|  |   |  |          |              |   |
|--|---|--|----------|--------------|---|
| Utilización de insumos no adecuados para el almacenamiento de la muestra | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación presencial o remota con los líderes del proyecto para homologar criterios.</li> <li>Revisión de insumos entregados por el Departamento Administrativo.</li> </ul> | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | 01 enero | 31 diciembre | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listas de asistencia</li> <li>Oficios de insumos solicitados al Departamento Administrativo</li> </ul> |
| Mala conservación de la muestra  | Capacitación presencial o remota con los líderes del proyecto para homologar criterios.   | Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios | 01 enero | 31 diciembre | <ul style="list-style-type: none"> <li>Listas de asistencia</li> <li>Reportes de rechazo del LESPT</li> </ul>                                 |

**Proyecto Playas limpias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/02 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo           | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|---------------------|--|-----------------------|------|
| Supervisión Federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas. | Anual                 | 100% |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 20/JUL/2022 |
| 1             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa. | 17/JUL/2024 |

**Emergencias sanitarias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

AGOSTO 2022

**Elabora:**

Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios

JULIO 2024

1

**Objetivo:**

Proporcionar la atención rápida, oportuna y eficaz a las emergencias sanitarias con la finalidad de minimizar los riesgos y afectación a la salud de la población.

**Alcance:**

Desde que recibe información de la emergencia sanitaria ocurrida por parte de las autoridades competentes de los tres niveles de gobierno y/o mediante redes sociales, hasta que informa a la COFEPRIS la conclusión y/o cierre del evento o de la emergencia sanitaria

**Áreas de aplicación**

Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios  
Coordinaciones Jurisdiccionales

**Políticas o normas de operación**

Este procedimiento fundamenta su operación con base en: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 1°, 2° 3° y 27 de la Ley General de Salud; Artículo 2 de la Ley Estatal de Salud; Artículo 3.

La COEPRIS a través de la Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios (DEMRS) cuenta con planes de preparación y respuesta ante las emergencias ocurridas en cualquier parte del estado que tengan potencial de afectación al país.

De igual manera el personal brigadista participa en operativos nacionales de respuesta a emergencias en salud en donde se requiera del apoyo a través de la Secretaría de Salud.

Se forman brigadas por Coordinación Jurisdiccional, integradas por un número determinado de personas, según la afectación de la emergencia sanitaria ocurrida.

Para llevar a cabo el proceso de atención de emergencias sanitarias, se tienen 23 formatos diseñados por la COFEPRIS exclusivamente para este proyecto y donde solicita la información según la emergencia sanitaria presentada los cuales se enuncian en los Anexos.

En este rubro, se debe cumplir con los lineamientos establecidos en el Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos, que se emite anualmente.

Dentro de las acciones sanitarias que las Coordinaciones Jurisdiccionales deben aplicar por motivo de una emergencia sanitaria se encuentran:

**Políticas o normas de operación**

- Determinación el cloro residual para el agua de uso y consumo humano.
- Distribución de insumos como Plata coloidal, pastillas de hipoclorito de calcio, gel antibacterial, cubrebocas.
- Saneamiento básico: encalamiento de focos infecciosos, toma de muestras de hisopos de letrinas.
- Pláticas sobre el manejo higiénico de alimentos.
- Pláticas sobre saneamiento básico
- Toma de muestras: de alimentos, de agua de uso y consumo
- Verificación a establecimientos

Estas acciones sanitarias pueden variar según el tipo de emergencia como: desastres naturales, brotes, exposición a otros agentes, infección nosocomial, entre otros.

Existen diversos medios de captación de información sobre las emergencias sanitarias ya sea para conocimiento inicial, para la toma de decisiones inmediata como para el seguimiento de acciones:

- La COFEPRIS emite los formatos para la información que se proporciona de los diferentes tipos de emergencias sanitarias que se presentan, como desastres naturales, brotes, exposición a otros agentes, infección nosocomial.
- **Formatos de Epidemiología Estatal de la Secretaría de Salud:** Son formatos que emite y utiliza la Dirección de Epidemiología Estatal para informar la ocurrencia de brotes y enfermedades.
- **Correo electrónico:** La información recibida de la ocurrencia de algún brote es recibido por correo electrónico.
- **Redes Sociales:** La información de alguna Emergencia también es recibida por medio de las diferentes redes sociales.

Para la programación de metas en atención a emergencia sanitaria, se contempla el promedio de emergencias presentadas durante los dos años anteriores.

En materia de capacitación para la atención a emergencias dirigida al personal brigadista, se contemplan las temporadas con mayor riesgo para la salud de la población como son la temporada de calor y la temporada invernal.

En la DEMRS, se encuentran de forma electrónica por mes y por evento de emergencia, la información recibida y enviada a la COFEPRIS, quien es la que asigna un número de emergencia el cual se plasma en los formatos de información.

En las Coordinaciones Jurisdiccionales se encuentran los formatos que contienen la información de las acciones sanitarias realizadas durante la emergencia sanitaria ocurrida en esa jurisdicción sanitaria.

En el caso de inundaciones, desastres naturales y heladas, el seguimiento a las acciones sanitarias es DIARIO y en el caso de brotes, infecciones nosocomiales y exposición a otros agentes, el seguimiento es PERIÓDICO, en ambos casos el seguimiento será por correo electrónico.

El fin de la emergencia será determinado por:

- **Dirección de Epidemiología** cuando se trate de brotes, enfermedades e infecciones nosocomiales.
- **COEPRIS** cuando se trate de desastres naturales o exposición a otros agentes.

Se genera un informe mensual de las emergencias atendidas, el cual se entrega al Enlace Federal.



**Emergencias sanitarias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias  
sanitarias)**

Clave:

Elaboración:

COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

AGOSTO 2022

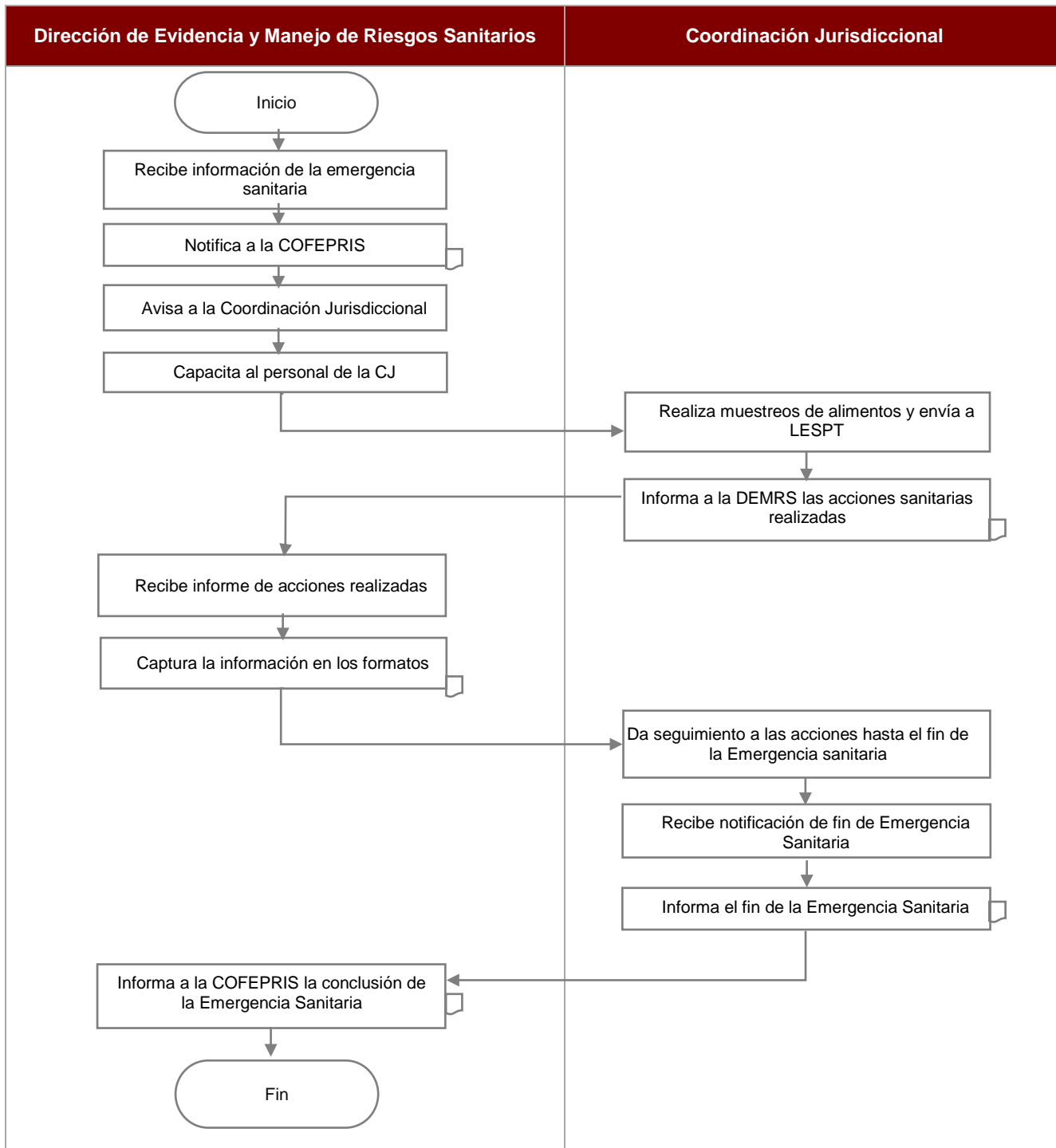
**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable   | Referencia   |
|------|--|---|--|
|      | Inicio   |   |  |
| 1    | Recibe información de la emergencia sanitaria ocurrida por parte de las autoridades competentes de los tres niveles de gobierno y/o mediante redes sociales.             | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Redes sociales</li> <li>• Teléfono</li> <li>• WTSP</li> </ul>     |
| 2    | Notifica a la COFEPRIS de la emergencia sanitaria en los formatos establecidos y en un término no mayor a 24 horas de la ocurrencia                                      | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formato (según la emergencia)</li> </ul>                          |
| 3    | Informa a la Coordinación Jurisdiccional la emergencia sanitaria ocurrida o probablemente que ocurra según sea el tipo de emergencia.                                    | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Teléfono</li> <li>• WTSP</li> </ul>                               |
| 4    | Capacita mediante videoconferencia al personal responsable de emergencias sanitarias en la CJ sobre el protocolo y las acciones sanitarias a realizar en una emergencia. | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videoconferencia</li> </ul>   |
| 6    | Realiza muestreos de alimentos y envía al LESPT.   | Coordinación Jurisdiccional                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestras</li> <li>• Oficio</li> </ul>   |
| 7    | Informa a la DEMRS sobre la atención a la emergencia ocurrida, las acciones sanitarias realizadas y los resultados de muestras de alimentos.                             | Coordinación Jurisdiccional                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formatos según las acciones sanitarias y la emergencia</li> </ul> |
| 8    | Recibe informe de la atención de la emergencia sanitaria en la CJ correspondiente y de las acciones sanitarias realizadas.   | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formatos según las acciones sanitarias y la emergencia</li> </ul> |
| 9    | Captura la información en formato establecido y se envía a la COFEPRIS.  | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formatos según las acciones sanitarias y la emergencia</li> </ul> |
| 10   | Da seguimiento a las acciones sanitarias emprendidas hasta el fin de la emergencia sanitaria.  | Coordinación Jurisdiccional                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formatos según las acciones sanitarias y la emergencia</li> </ul> |
| 11   | Recibe notificación del fin de la emergencia sanitaria   | Coordinación Jurisdiccional                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Oficio</li> <li>• Comunicado.</li> </ul>                          |
| 12   | Informa a la DEMRS de la terminación de las acciones sanitarias de la emergencia.  | Coordinación Jurisdiccional                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Teléfono</li> <li>• WTSP</li> </ul>                               |
| 13   | Informa a la COFEPRIS de la conclusión y/o cierre del evento o de la emergencia sanitaria.   | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Formato F-3 de emergencias</li> </ul>                             |
|      | Fin  |   |  |

**Emergencias sanitarias**  
**(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/01 | AGOSTO 2022         |

**Diagrama de flujo**



**Emergencias sanitarias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/01 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Emergencias sanitarias atendidas</b><br>(Número de emergencias atendidas/ Número de emergencias ocurridas) x100                   | 100% | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |
| <b>Emergencias sanitarias notificadas</b><br>(Número de emergencias notificadas a la COFEPRIS/ Número de emergencias ocurridas) x100 | 100% | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |

**Emergencias sanitarias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/01 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo   | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación           |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|------------------|----------------------------------|
| No proveer todos los medios e insumos para la realización de un correcto procedimiento | Mantener una constante comunicación con el área administrativa para el otorgamiento de equipamiento y material para la realización de funciones. | Departamento Administrativo       | 01 enero        | 31 diciembre     | Oficios de solicitud de material |

**Emergencias sanitarias  
(H470101 Monitoreo y detección de emergencias sanitarias)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DMRS/01 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo           | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|---------------------|--|-----------------------|------|
| Supervisión Federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Especifico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas. | Anual                 | 100% |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/NOV/2018 |
| 1             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa. | 17/JUL/2024 |

**Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)**

**Elabora:** Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios

**Aprueba:** Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios

**Objetivo:** Proteger a la población de riesgos potencialmente presentes en el agua de uso y consumo humano (para la preparación de alimentos e higiene, así como para actividades recreativas en agua).

**Alcance:** Desde que ingresa al SIMA para emitir la orden de trabajo para el monitoreo de cloro residual hasta que notifica al organismo operador los resultados obtenidos.

**Clave:** COEPRIS/DEMRS/DFRP/01

**Elaboración:** AGOSTO 2022

**Actualización:** JULIO 2024

**No. de revisión:** 1

**Áreas de aplicación**

Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios

**Políticas o normas de operación**

La desinfección del agua tiene el propósito de asegurar que el consumidor reciba agua salubre, mediante la destrucción o inactivación de la gran mayoría de agentes patógenos, manteniendo una barrera protectora que actúe sobre ellos cuando se introducen en el sistema de distribución, y suprima el posible crecimiento microbiológico y de esta forma proteja a la población de posibles enfermedades.

La efectividad del procedimiento de desinfección del agua que se suministra a la población se puede cuantificar mediante análisis bacteriológicos en búsqueda de microorganismos patógenos, para esto la autoridad sanitaria elabora el Programa anual de monitoreo, en el que se definirán los sistemas, número de muestras y periodicidad de muestreo.

El establecimiento de rutas para la determinación de concentración de desinfectante residual libre de los sistemas de abastecimiento, debiendo contemplar únicamente a las localidades que cuentan con sistema de abastecimiento y realizan la desinfección.

El personal de riesgos sanitarios debe efectuar el muestreo y determinación de concentración de desinfectante, como lo especifican los lineamientos.

La autoridad sanitaria debe cumplir como mínimo con el número de determinaciones de cloro o yodo residual libre (según aplique) acorde al tamaño de población de conformidad con la siguiente tabla para la vigilancia de la calidad del agua:

| <b>Monitoreo para residuales de la desinfección: Cloro o yodo residual libre o plata total.</b>                              |  |                   |
|--|--|-------------------|
| <b>Población abastecida (número de habitantes)</b>   | <b>Muestras por número de habitantes</b> | <b>Frecuencia</b> |
| <5,000   | 1  | Semanal           |
| 5,001 a 50,000   | 1/5,000                                  | Semanal           |
| 50,001 a 500,000   | 1/10,000 + 10 muestras adicionales       | Semanal           |
| >500,000   | 1/50,000                                 | Diaria            |
| <b>Monitoreo de disposiciones microbiológicas: <i>Escherichia coli</i>, coliformes fecales u organismos termotolerantes.</b> |  |                   |
| <b>Población abastecida (número de habitantes)</b>   | <b>Muestras por número de habitantes</b> | <b>Frecuencia</b> |
| <50,000  | 1  | Semanal           |
| 50,001 a 500,000   | 1/50,000                                 | Semanal           |
| >500,000   | 1/250,000                                | Diaria            |

**Políticas o normas de operación**

La captura de resultados del monitoreo de cloro residual libre en redes y sistemas de distribución de agua mediante el Sistema de Monitoreo de Agua SIMA, se realiza mediante hojas de cálculo compartidas en la nube con las 12 Coordinaciones Jurisdiccionales de la COEPRIS.

Para la emisión de reportes se tienen establecido el formato TamACM1, el cuál es enunciado en el Anexo y se utilizarán de la siguiente manera:

- **En archivo PDF:** para informar el Programa Anual de Trabajo de Vigilancia de la Calidad Sanitaria del Agua y los posibles Riesgos identificados.
- **En archivo de hoja de cálculo:** para reporte mensual sobre resultados del monitoreo de cloro residual libre realizados, reporte mensual sobre los resultados de análisis bacteriológicos, reporte mensual sobre los resultados de análisis de Giardía Lamblia, reporte mensual sobre las notificaciones realizadas a los responsables de los organismos operadores, respecto a los resultados de los hallazgos obtenidos durante el monitoreo; así como las acciones realizadas.

**Periodicidad de informes**

Semanales, mensuales, Trimestrales y Anual

Asignar informes escaneados vía correo electrónico y la manera en cómo deben ordenarse:

- Notificación
- Cadena de custodia
- Oficio de envío
- Resultados del muestreo de laboratorio
- Dictamen

En caso de salir mal los resultados agregar las acciones correctivas.

**Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | AGOSTO 2022         |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable  | Referencia  |
|------|--|--|---|
|      | Inicio   |  |   |
| 1    | Ingresar al SIMA para emitir la orden de trabajo para el monitoreo de cloro residual.          | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>SIMA</li> </ul>  |
| 2    | Selecciona el punto de muestreo y designa verificador sanitario                                | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>SIMA</li> </ul>  |
| 3    | Entrega material de muestreo al Verificador Sanitario  | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kit para determinar cloro residual libre y PH</li> </ul>                             |
| 4    | Realiza la determinación de cloro residual libre en el punto georreferenciado.                 | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kit para determinar cloro residual libre y PH</li> </ul>                             |
| 5    | ¿Muestreo dentro de la norma?<br>5.1 Si: Pasa a la actividad 6.<br>5.2 No: Pasa a actividad 7. | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kit para determinar cloro residual libre y PH</li> </ul>                             |
| 6    | Registra resultados en el dispositivo móvil y/o hojas de cálculo.                              | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tablet o dispositivo móvil</li> </ul>  |
| 7    | Notifica al organismo operador los resultados.   | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbal</li> <li>Oficio</li> </ul>  |
|      | Fin  |  |   |
| 8    | Realiza toma de muestra bacteriológica.  | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kit para determinar cloro residual libre y PH</li> </ul>                             |
| 9    | Etiqueta frasco con los datos de la muestra  | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Etiqueta</li> <li>Frasco embalado</li> <li>Hielera con Hielo de 4°C a 8°C</li> </ul> |
| 10   | Elabora la cadena de custodia.   | Verificador Sanitario                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cadena de Custodia</li> </ul>  |
| 11   | Redacta oficio para solicitud de muestreo dirigido al LESPT.                                   | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio</li> <li>Cadena de Custodia</li> <li>Hielera con muestra</li> </ul>           |
| 12   | Recibe resultados del LESPT. Pasa a la actividad 7.  | Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | <ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de laboratorio</li> </ul>   |

Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | AGOSTO 2022         |

**Diagrama de flujo**

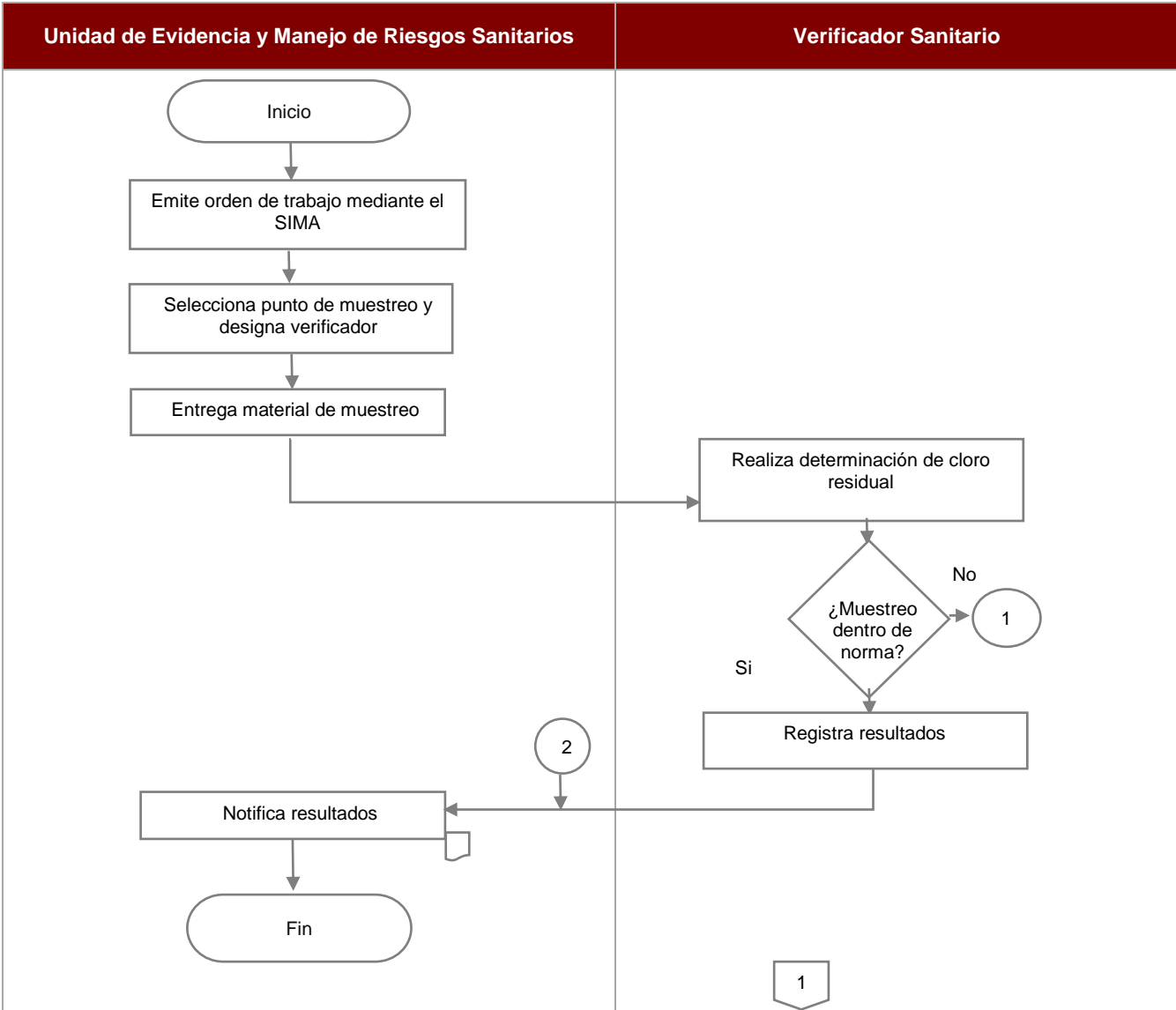
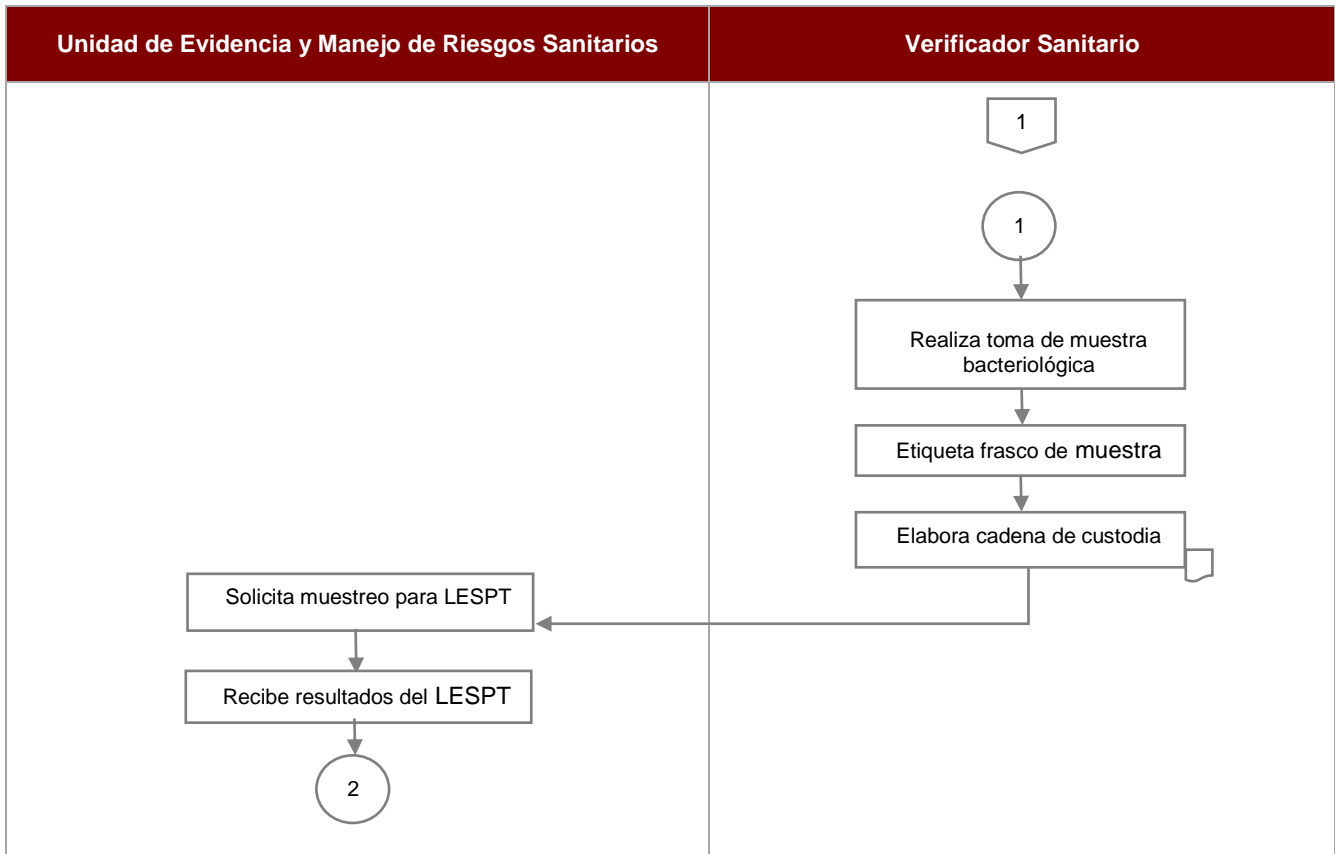


Diagrama de flujo





**Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador   | Meta |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|
|   | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Porcentaje monitoreos de cloro residual realizados</b><br>(Total de monitoreos realizados / Total de monitoreos programados) x100      | 107% | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |
| <b>Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de las normas</b><br>(Total de muestras realizadas / Total de muestras programadas) x100 | 99%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |

**Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable                     | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación |
|---|--|---|-----------------|------------------|------------------------|
| Que el personal de campo no realice el procedimiento de monitoreo o muestreo, conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación y/o actualización del personal operativo, en materia de legislación sanitaria y en el manejo de la plataforma SIMA.</li> <li>Proceso documentado de capacitación y supervisión del personal operativo en materia de monitoreo y muestreo.</li> </ul> | Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios | 01 enero        | 31 diciembre     | SIMA                   |

**Muestreo del proyecto Agua de Calidad Bacteriológica (H450101 Control y vigilancia sanitaria de fuentes de abastecimiento hídricas)**

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DEMRS/DFRP/01 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo           | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|---------------------|--|-----------------------|------|
| Supervisión Federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas. | Anual                 | 100% |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/AGO/2022 |
| 1             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa. | 17/JUL/2024 |

**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/DOS/01

NOVIEMBRE 2019

**Elabora:**

Dirección de Operación Sanitaria

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

1

**Objetivo:**

Establecer un programa de vigilancia, control y fomento sanitario que permita obtener información sobre el grado de contaminación microbiológica de los alimentos, las condiciones sanitarias de los establecimientos que los procesan y expenden en la entidad a través del muestreo aleatorio.

**Alcance:**

Desde que solicita a las Coordinaciones Jurisdiccionales la propuesta de programación de actividades para el programa Calidad Microbiológica de Alimentos hasta que informa a las Coordinaciones Jurisdiccionales las estrategias a implementar derivadas del análisis de resultados de la COFEPRIS.

**Áreas de aplicación**

Dirección de Operación Sanitaria  
Coordinaciones Jurisdiccionales

**Políticas o normas de operación**

Este procedimiento se encuentra regulado por la Ley General de Salud, la Ley de Salud del Estado de Tamaulipas y las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en la materia; así mismo, se encuentra armonizado con los criterios y protocolos derivados del procedimiento para el seguimiento de programas específicos de control sanitario, emitido por la COFEPRIS (COS-DEPE-P-01).

Se establece como correo oficial para el intercambio de información relacionada al proyecto Calidad Microbiológica de Alimentos el siguiente: [alimentos.coepris@tamaulipas.gob.mx](mailto:alimentos.coepris@tamaulipas.gob.mx)

La comunicación económica con los Responsables del Programa CMA se realiza de forma verbal o por WTSP a fin de facilitar la comunicación cuando el personal se encuentra trabajando fuera de la oficina y dar celeridad a la corrección de errores sin embargo, los temas tratados de manera económica deberán formalizarse por correo electrónico, memorándum u oficio, a fin de dar seriedad y certidumbre a las acciones del procedimiento.

En el mes de octubre, las Coordinaciones Jurisdiccionales de la COEPRIS, con base en su capacidad operativa y temporalidad, proponen un programa anual de trabajo para el siguiente año en el cual incluyen las verificaciones sanitarias de los establecimientos procesadores de alimentos, así como la estrategia de fomento sanitario para difundir la legislación sanitaria aplicable; desglosando las acciones a realizar por mes y por grupo de alimentos; dicho programa es presentado a la Dirección de Operación Sanitaria para su validación y una vez autorizado se notifica a las coordinaciones el plan de trabajo oficial que registrará el siguiente ciclo.

**Políticas o normas de operación**

Las Coordinaciones Jurisdiccionales deberán mantener actualizado el padrón de establecimientos en los giros priorizados por la COFEPRIS, realizando dicho censo en el mes de enero del ejercicio en curso, a fin de enviar en febrero la información al Líder del Programa CMA utilizando para tal efecto los dos formatos designados:

1. **Padrón de establecimientos general**, que considera todos los giros priorizados.
2. **Padrón actualizado de elaboradores y puntos de venta de quesos artesanales que se comercializan en la entidad federativa**. Cabe mencionar que el padrón de elaboradores y puntos de venta de quesos artesanales también deberán incluirse en el padrón de establecimientos general.

Tomando en cuenta la capacidad analítica del LESPT, la DOS a través del Líder del Programa CMA en coordinación con la DEMRS establecen el programa de muestreo de alimentos priorizados en los meses considerados como vigilancia regular, en espera de los lineamientos que establezca la COFEPRIS dentro del CEMTR, para la vigilancia a través del muestreo de alimentos, haciendo llegar a las Coordinaciones Jurisdiccionales entre la tercer y cuarta semana del mes, el calendario de muestreo del siguiente mes.

Para la distribución del muestreo en cada una de las 12 Coordinaciones Jurisdiccionales se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

- a) Información generada por la Dirección Estatal de Epidemiología con relación a las enfermedades asociadas a la ingesta de alimentos.
- b) Productos de mayor consumo por temporalidad (Cuaresma).
- c) Seguimiento a muestras.
- d) Atención de intoxicaciones alimentarias.
- e) Comportamiento de resultados de muestreo por coordinación jurisdiccional.

Las Coordinaciones Jurisdiccionales deben aplicar las medidas regulatorias y no regulatorias que consideren necesarias para promover la reducción de los niveles de contaminación de los alimentos potencialmente peligrosos.

Las Coordinaciones Jurisdiccionales realizan el programa de vigilancia regular de establecimientos y el monitoreo de productos dando seguimiento a las acciones que se deriven de la visita de verificación sanitaria hasta concluir el procedimiento.

Al considerar el programa de muestreo, se debe definir por mes y total del ejercicio por tipo de producto y analito.

Las actividades realizadas en materia de vigilancia y control sanitario se reportan a nivel central a través de los formatos oficiales establecidos para tal fin, emitidos por la COFEPRIS, así como por la COEPRIS Estatal, los cuales para este procedimiento denominaremos en su conjunto Reportes CMA:

| Nomenclatura estatal   | Nomenclatura federal             | Actividades que se reportan   |
|--|----------------------------------|---|
| <p><b>ACCIONES DE CONTROL</b><br/>(número y nombre de Coordinación Jurisdiccional)<br/>AC (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>1.- VICTORIA AC ENERO 2024</p>               | <p>COS-DEPE-P-01-POI-02-F-01</p> | <p>Formato de Acciones de Control Sanitario aplicadas en establecimientos procesadores de alimentos e instructivo de llenado. Se reportan en forma cuantitativa las actividades realizadas en materia de muestreo, verificación y fomento sanitario. Se entregará con instructivo de llenado a las Coordinaciones jurisdiccionales.</p> |
| <p><b>VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO</b><br/>(número y nombre de Coordinación Jurisdiccional)<br/>CMA1 (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>2.- TAMPICO CMA1 ENERO 2024</p> | <p>CMA1 2024</p>                 | <p>El formato se encuentra en periodo de prueba y contiene toda la información que genera el programa de Calidad Microbiológica de Alimentos, incluyendo vigilancia regular y comprometida dentro del CEMTR, conforme se generen actualizaciones el líder estatal retroalimentara a las Coordinaciones Jurisdiccionales.</p>            |

| Políticas o normas de operación   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| <p><b>SEGUIMIENTO A MUESTRAS FUERA DE ESPECIFICACION</b><br/>(número y nombre de Coordinación Jurisdiccional)<br/>SEGUIMIENTO (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>10.- VALLE HERMOSO<br/>SEGUIMIENTO ENERO 2024</p> | AL2 SEGUIMIENTO                 | Este formato contiene los datos de las muestras con resultados fuera de especificación y las acciones generadas por las coordinaciones para la eliminación y/o control del riesgo a la población |
| <p><b>MUESTREO BRUCELLA</b><br/>(número y nombre de Coordinación Jurisdiccional)<br/>BRUCELLA (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>12.- ALTAMIRA BRUCELLA<br/>ENERO 2024</p>   | BPL1                            | Reporte de resultados de muestreo de productos lácteos para brucella   |
| <p><b>PADRÓN CALIDAD MICROBIOLÓGICA DE ALIMENTOS</b><br/>(número y nombre de coordinación) PADRON CMA (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>12.- ALTAMIRA PADRON CMA ENERO 2024</p>                                   | Padrón de establecimientos      | Padrón actualizado establecimientos de giros priorizados dentro del programa Calidad Microbiológica de Alimentos   |
| <p><b>PADRÓN BRUCELLA</b><br/>(número y nombre de coordinación) PADRON BRUCELLA (mes y año)<br/><b>Ejemplo:</b><br/>12.- ALTAMIRA PADRON BRUCELLA ENERO 2024</p>  | bp_padron_brucelosis_2024_CEMAR | Padrón actualizado de elaboradores y puntos de venta de quesos artesanales que se comercializan en la entidad federativa.  |

Los formatos antes mencionados se envían a las Coordinaciones Jurisdiccionales vía electrónica para su uso, por parte del Líder Estatal del Programa de CMA.

Para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por la COFEPRIS para la entrega de informes, las Coordinaciones Jurisdiccionales deben enviar en los reportes a nivel central la información generada, al correo oficial [alimentos.coepris@tamaulipas.gob.mx](mailto:alimentos.coepris@tamaulipas.gob.mx) una vez que cuenten con la totalidad de resultados de laboratorio de las muestras enviadas para su análisis en el calendario del mes que corresponda a fin de que se analice y concentre la información estatal para subir al STEAP el informe mensual a la COFEPRIS y conforme a las instrucciones que se acuerden con el Líder estatal.

El Líder Estatal del Programa, analiza los reportes enviados por las coordinaciones y, una vez aprobada, se concentra y se informa a través del STEAP y de los correos oficiales autorizados por la COFEPRIS para enviar la información.

Los archivos electrónicos respecto a los informes concentrados que se envían por medio del STEAP, deben cumplir con la identificación única determinada por la COFEPRIS para su rastreabilidad pertinente y para las coordinaciones jurisdiccionales la nomenclatura de los archivos será la marcada en el presente manual como "Nomenclatura estatal"

Se integra al procedimiento la evidencia escaneada de las muestras tomadas y analizadas utilizando la nube donde la Líder del programa CMA les asigna una carpeta por mes donde deben subir el expediente completo de cada muestra, este debe contener en orden cronológico los documentos que se generen como son:

- Orden de trabajo y acta de verificación sanitaria utilizada en la actividad.
- Cadena de custodia donde se solicita el análisis al LESPT
- Resultado de los análisis practicados a la muestra en el LESPT
- Dictamen sanitario
- Notificación de Dictamen Sanitario

**Políticas o normas de operación**

Los formatos establecidos para la operación y seguimiento del programa deben ser resguardados y conservados tanto en las Coordinaciones Jurisdiccionales como en la DOS, considerando los criterios establecidos por la COFEPRIS; los registros deben conservarse por un periodo de 6 años y posteriormente se practica el proceso pertinente de depuración que indica la legislación estatal.

Y demás documentos que se generen. Las evaluaciones se llevan a cabo de manera mensual y acumulativa sobre metas programadas y acciones realizadas por Coordinación Jurisdiccional y a nivel estatal, misma que se da a conocer a las Coordinaciones Jurisdiccionales que integran la COEPRIS.

La evaluación de los indicadores generados por este procedimiento se lleva a cabo bajo los siguientes criterios de semaforización:

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
|  | Cumplimiento de metas del 85 al 100 % |
|  | Cumplimiento de metas del 75 al 84 %  |
|  | Cumplimiento de metas menor al 75 %   |

Derivado del análisis de resultados obtenidos, se determina el mantenimiento o modificación de las medidas aplicadas y se implementan nuevas medidas de control.

**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>  | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DOS/01 | NOVIEMBRE 2019      |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable  | Referencia  |
|------|--|--|---|
|      | Inicio   |  |   |
| 1    | Solicita la propuesta de programación de trabajo para el programa Calidad Microbiológica de Alimentos.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>   |
| 2    | Elabora y envía propuesta de programación de trabajo con base en la capacidad operativa en materia de visitas de verificación y fomento sanitario.                           | Responsable del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>   |
| 3    | Analiza la información recibida de las Coordinaciones Jurisdiccionales con base en la capacidad operativa de las mismas.   | Dirección de Operación Sanitaria                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>   |
| 4    | ¿Autoriza la propuesta?<br>4.1 Si: Pasa a la actividad 5.<br>4.2 No: Notifica a la Coordinación Jurisdiccional para realizar los cambios pertinentes. Pasa a la actividad 2. | Dirección de Operación Sanitaria                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>   |
| 5    | Integra las propuestas de las Coordinaciones Jurisdiccionales y agrega las metas y actividades de muestreo.  | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrado de programación y evaluación de metas.</li> </ul>  |
| 6    | Envía a las CJ la programación final y formatos para realizar la vigilancia sanitaria en materia de verificaciones sanitarias y fomento sanitario.                           | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Concentrado de programación y evaluación de metas</li> </ul>               |
| 7    | ¿No se han recibido los lineamientos de la COFEPRIS sobre el Programa CMA?<br>7.1 Si: Pasa a la actividad 8.<br>7.2 No: Pasa a la actividad 18.                              | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos del CEMTR</li> </ul>  |
| 8    | Ejecuta la programación establecida conforme a metas en materia de verificaciones sanitarias, fomento sanitario y muestreo.  | Responsable del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan anual de trabajo</li> <li>• Acta de Verificación Sanitaria</li> <li>• Dictamen Sanitario</li> </ul> |
| 9    | Captura las acciones de control sanitario aplicadas en establecimientos procesadores de alimentos.   | Responsable del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> <li>• Nube</li> </ul>  |
| 10   | Envía los reportes generados vía correo electrónico.   | Responsable del Programa Calidad Microbiológica de           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>  |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad  | Responsable  | Referencia   |
|------|--|--|--|
|      |  | Alimentos  |  |
| 11   | Analiza y verifica los reportes enviados por las Coordinaciones jurisdiccionales.  | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 12   | ¿Presenta inconsistencias?<br>12.1 Si: Pasa a la actividad 13.<br>12.2 No: Pasa a la actividad 14  | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> </ul>   |
| 13   | Interactúa con el Responsable del Programa CMA para solventar las mismas y se libere la información.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> <li>• WTSP</li> <li>• Llamada telefónica</li> <li>• Correo electrónico</li> </ul> |
| 14   | Concentra la información de las CJ en los formatos electrónicos, identificándolos con base en lo establecido en el glosario de actividades definidas en el CEMTR.  | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> </ul>   |
| 15   | Entrega al Enlace Estatal la información vía electrónica, para que se envíe a la COFEPRIS, en espera de observaciones de ésta.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes CMA</li> </ul>   |
| 16   | Recibe de la COFEPRIS estrategias para mejorar el desempeño y el impacto de las medidas adoptadas.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
| 17   | Informa a las Coordinaciones Jurisdiccionales las estrategias a implementar derivadas del análisis de resultados de la COFEPRIS.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>   |
|      | Fin  |  |  |
| 18   | Realiza las modificaciones y ajustes que sean necesarios al programa de trabajo para alinear la vigilancia regular con la vigilancia establecida dentro del CEMTR.   | Líder del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lineamientos del CEMTR</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>                                  |
| 19   | Envía a las Coordinaciones Jurisdiccionales el programa de trabajo con las adecuaciones realizadas, proporcionando los lineamientos y formatos establecidos para el desarrollo de las actividades comprometidas. | Líder del Programa CMA                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>                                      |
| 20   | Planifica las actividades con base en el nuevo plan de trabajo y lineamientos federales.<br>Pasa a la actividad 8.   | Responsable del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> <li>• Plan anual de trabajo</li> </ul>                                      |

**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>  | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DOS/01 | NOVIEMBRE 2019      |

**Diagrama de flujo**

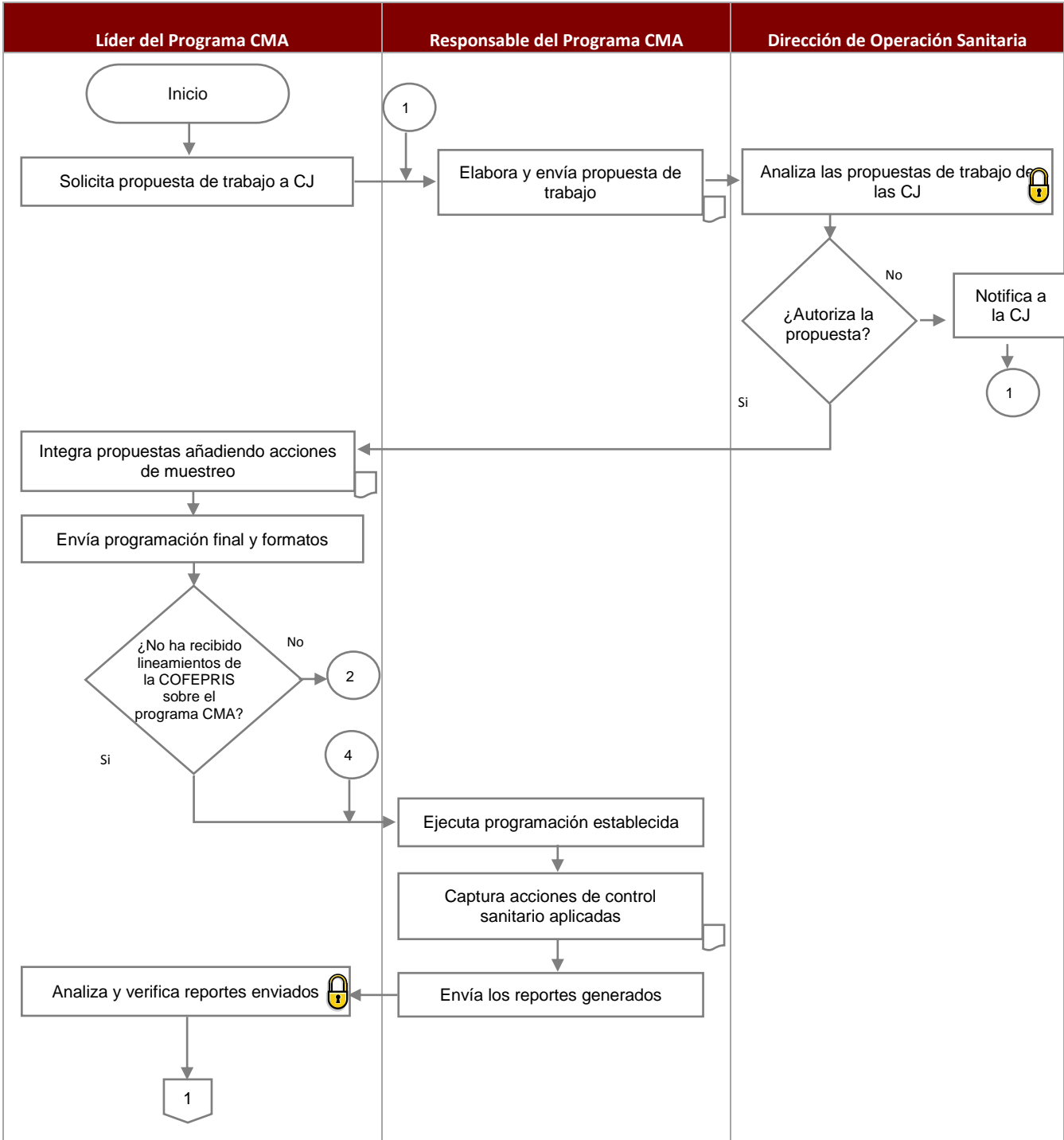
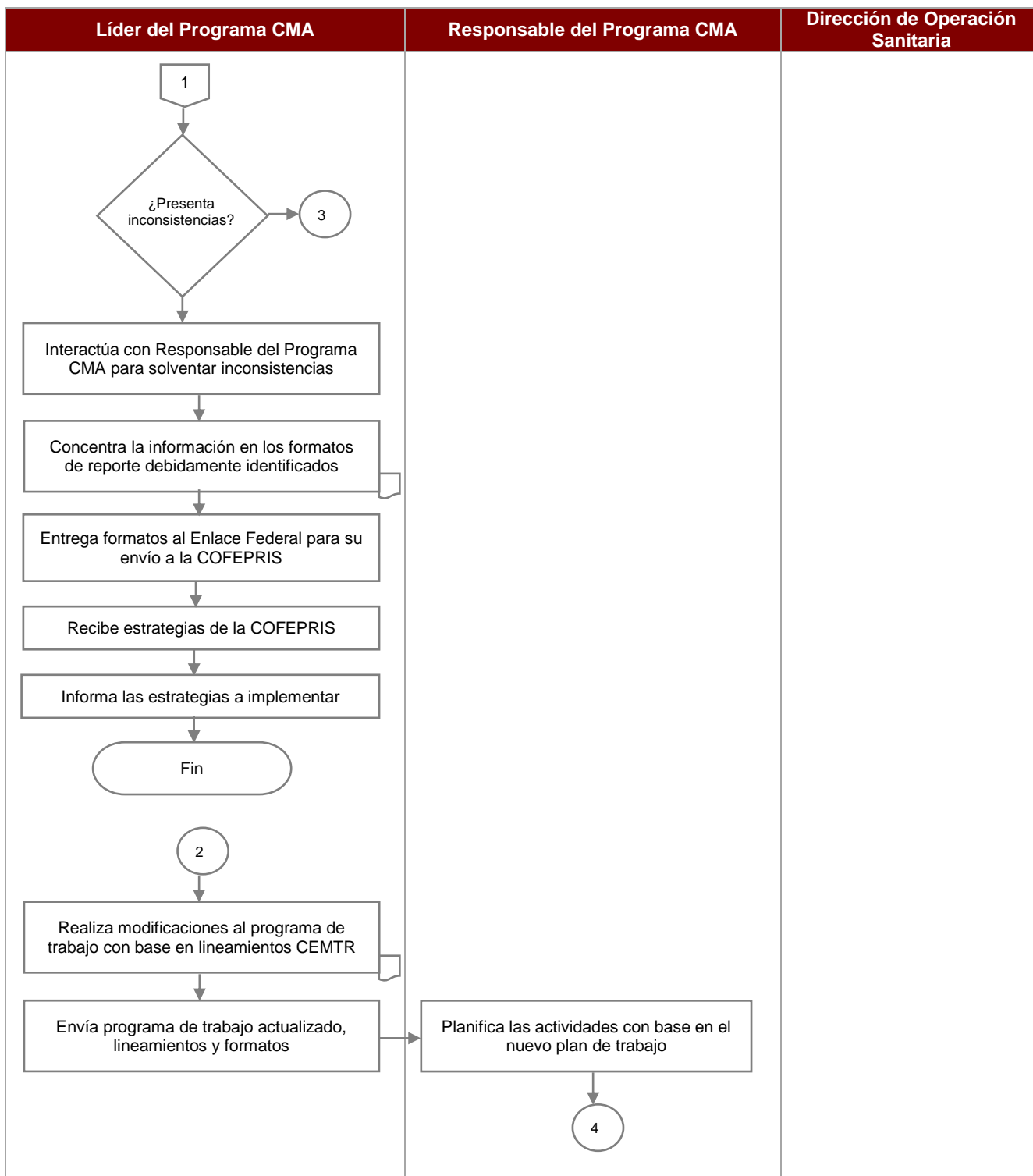




Diagrama de flujo



**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>  | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DOS/01 | NOVIEMBRE 2019      |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Verificaciones sanitarias CMA</b><br>(No. de verificaciones realizadas (CMA)/ No. de verificaciones programadas (CMA)) x100             | 100% | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  |
| <b>Fomento sanitario CMA</b><br>(No. de actividades de fomento realizadas (CMA)/ No. de actividades de fomento programadas (CMA)) x100     | 100% | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  |
| <b>Muestreo a la CMA</b><br>(No. de muestras ingresadas y analizadas por LESPT (CMA)/ No. de muestreo de alimentos programados (CMA)) x100 | 100% | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  |

**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>  | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DOS/01 | NOVIEMBRE 2019      |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|------------------|--|
| Inicio de operaciones sin lineamientos establecidos por la federación | <ul style="list-style-type: none"> <li>Priorización de actividades con recurso estatal para mantener la vigilancia sanitaria en materia de alimentos.</li> <li>Capacitar en los nuevos lineamientos federales correspondientes al ejercicio presupuestal y alineación de metas.</li> </ul> | Dirección de Operación Sanitaria  | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Correo electrónico</li> <li>Lineamientos del CEMTR</li> </ul> |

**Operación y seguimiento del programa Calidad Microbiológica de Alimentos (FASSA Ramo 12 y 33)**

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>  | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DOS/01 | NOVIEMBRE 2019      |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo           | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|---------------------|--|-----------------------|------|
| Supervisión Federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Especifico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas. | Anual                 | 100% |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación.- Este procedimiento iniciará con revisión 0, no obstante queda reconocido que ya se contaba con lineamientos para la operación del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos federal, no así estatal.  | NOV/2019    |
| 1             | Ajustes al formato y estructuración del procedimiento con base en la Guía Técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Contraloría Gubernamental. Se incluye el indicador respecto a muestras fuera de especificación.   | 31/ENE/2020 |
| 2             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del objetivo, haciéndolo más conciso, así como al alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br>Se agrega en políticas de operación la forma de comunicación económica de forma verbal o por WTSP a fin de dar celeridad a la organización y desarrollo de las actividades. Se agrega tabla para definir la nomenclatura para nombrar cada uno de los reportes CMA.<br>Se elimina indicador número de muestras fuera de especificación, ya que esta ponderación está incluida en un formato de reporte de la COFEPRIS. | 17/JUL/2024 |

**Licencia sanitaria para Rayos X  
(H440101 Autorización Sanitaria)**

|                 |  |                       |                      |                         |             |
|-----------------|--|-----------------------|----------------------|-------------------------|-------------|
| <b>Elabora:</b> | Departamento de Autorizaciones de Licencias Sanitarias | <b>Clave:</b>         | COEPRIS/DEAS/DALS/01 | <b>Elaboración:</b>     | AGOSTO 2022 |
| <b>Aprueba:</b> | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria       | <b>Actualización:</b> | JULIO 2024           | <b>No. de revisión:</b> | 1           |

**Objetivo:**

Regular que los establecimientos públicos y privados que operan con Gabinete de rayos X (Radiografía Convencional, Fluoroscopia, Tomografía, mastografía, Panorámica Dental) cumplan con los requisitos establecidos por la normatividad sanitaria vigente.

**Alcance:**

Desde que recibe trámite para la emisión de licencia sanitaria de rayos X hasta que entrega al usuario oficio y licencia sanitaria de rayos X.

**Áreas de aplicación**

Centro Integral de Servicios  
Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria  
Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria

**Políticas o normas de operación**

Este procedimiento está basado en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002. Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X, a fin de que los establecimientos cumplan con dicha normatividad.

A su vez, se debe de tramitar el permiso del responsable de la operación y funcionamiento de una unidad médica que utiliza fuentes de radiación para fines médicos y de diagnóstico (ROF) el cual tiene vigencia de dos años de conforme al artículo 224, fracción III del Reglamento de la Ley General de salud en materia de prestación de servicios y atención médica.

**Políticas o normas de operación**

La COEPRIS de acuerdo con el criterio de atención No. 3 de ejercicio en concurrencia, emitidos por la COFEPRIS, a través de la DEAS expide la Licencia Sanitaria de Rayos X como lo determina el artículo 198 fracción IV de la Ley General de Salud.

La COEPRIS a través de la DEAS expedirá la Licencia Sanitaria de Rayos X con vigencia indeterminada de conformidad al Artículo 370 de la Ley General de Salud.

La Licencia Sanitaria de Rayos X es un documento de carácter oficial que presenta folio y es firmada por el Comisionado de la COEPRIS y con antefirma del Director de Evaluación y Autorización Sanitaria y del responsable de Rayos X. Esta debe ser impresa en papel seguridad federal pleca gris, el cual es proporcionado y controlado por el Administrador de Papel Seguridad.

El tiempo máximo de entrega de la resolución es de 60 días hábiles.

Requisitos solicitados para realizar el trámite:

- Formato "Servicios de Salud", debidamente requisitado, llenando los campos 1,2, y 3.
  - Copia simple del acta constitutiva del establecimiento (si es Persona Moral) y/o Alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
  - Copia notariada que acredite la personalidad jurídica del Representante Legal de la institución (si es Persona Moral).
  - Copia legible de identificación oficial del representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo).
  - Copia legible de identificación oficial de personas autorizadas o representante legal (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte vigente o cartilla del servicio militar nacional o licencia de manejo). Si es Persona Moral.
  - "Memoria analítica de los blindajes" (\*) y el "Levantamiento de niveles de radiación" (\*) después de la instalación del equipo, en cada sala (con croquis de distribución de áreas del establecimiento y ubicación de los equipos dentro del mismo), avalados por un Asesor especializado en seguridad radiológica.
  - Cédula de la información técnica para la solicitud de licencia para establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, debidamente requisitada y actualizada. Conforme a la guía técnica y formatos auxiliares para la presentación de requisitos documentales al formato de servicios de salud.
  - Copia simple legible del permiso vigente de responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento (En caso de no contar con el permiso antes mencionado, deberá presentar la solicitud del permiso de responsable al mismo tiempo que la solicitud de licencia).
  - Manual de seguridad y protección radiológica (\*)
  - Manual de procedimientos técnicos. (\*)
  - Programa de Garantía de calidad, de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de la NOM-229-SSA1-2002(\*).
  - Comprobante de Pago de Derechos Original
- (\*) Avalado por el Asesor especializado.

El Asesor especializado en seguridad radiológica, es la persona física o moral cuya función es la de proporcionar apoyo técnico al titular del establecimiento y al ROF en el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de seguridad y protección radiológica, y el Asesor debe de contar con el permiso correspondiente emitido por la Secretaría de Salud.

El personal de los CIS de las Coordinaciones Jurisdiccionales será el único responsable de la recepción de la documentación preliminar proporcionada por el usuario.

La recepción de la documentación se realizará de la siguiente manera:

- 1) CIS: Requisitos completos.
- 2) UEAS: Revisión de documentación de acuerdo con los criterios de aceptación.
- 3) DEAS: calidad de la información de los requisitos.

La resolución emitida por la DEAS es entregada por la Coordinación Jurisdiccional y podrá ser:

- **Licencia sanitaria:** esta se emite cuando el usuario cumple con la totalidad de los requisitos establecidos en la legislación sanitaria vigente. Esta se entrega en el CIS, notificando previamente por llamada telefónica al usuario para acudir a recogerla. Debe contar con una copia de la licencia sanitaria donde el usuario coloca fecha, nombre y firma, dicho acuse se turna a la UEAS para añadir al expediente una copia y enviar el original a la DEAS.

**Políticas o normas de operación**

- **Oficio de prevención:** este se emite cuando se requiere requerirse documentación complementaria y/o aclaración de información de los requisitos, la DEAS otorga un plazo determinado por ley a partir de la notificación al usuario, apercibiéndole que, de no cumplir con lo solicitado en tiempo y forma, se desechará su trámite. Este se notifica en el establecimiento del usuario, a través de una orden de notificación. Se solicita a quien recibe firme una copia como acuse, donde coloca fecha, nombre, cargo y firma de quien recibe la notificación, dicho acuse se turna a la UEAS para añadir al expediente una copia y enviar el original a la DEAS.

**Desecho de trámites**

El trámite puede ser desechado por un oficio de prevención en los siguientes casos, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 17-A de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo:

- No cumplir con el tiempo de respuesta estipulado en el oficio de prevención, 20 días hábiles para este trámite, que corresponde al primer tercio del plazo de respuesta.

Si la documentación o información presentada por causa del oficio de prevención no cumple con los criterios establecidos en la legislación sanitaria vigente.

**Licencia Sanitaria para Rayos X  
(H440101 Autorización Sanitaria)**

**Clave:**

COEPRIS/DEAS/01

**Elaboración:**

AGOSTO 2022

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                      | Referencia   |
|------|--|--|--|
|      | Inicio   |  |  |
| 1    | Recibe trámite para la emisión de la licencia sanitaria de rayos X.  | Centro Integral de Servicios                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de Servicios de Salud con solicitud de licencia sanitaria</li> <li>• Requisitos y/o información complementaria</li> </ul> |
| 2    | Envía el trámite con los documentos recibidos.   | Centro Integral de Servicios                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorándum</li> <li>• Documentos de trámite</li> </ul>  |
| 3    | Recibe y revisa los documentos anexos.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente</li> <li>• Asienta fecha con sello y firma acuse de recibo</li> </ul>  |
| 4    | Elabora y envía oficio con expediente anexo.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente</li> </ul>   |
| 5    | Recibe documentos para el trámite de la licencia sanitaria de rayos X.   | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Expediente</li> </ul>   |
| 6    | Registra y turna expediente.   | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Expediente</li> </ul>   |
| 7    | Revisa los documentos, corroborando que la información cumpla con la normatividad vigente.   | Responsable de Rayos X                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente</li> </ul>   |
| 8    | ¿Los documentos cumplen la normatividad?<br>8.1 Si: Pasa a la actividad 9.<br>8.2 No: Elabora oficio de prevención, solicitando la documentación complementaria. Pasa a la actividad 10. | Responsable de Rayos X                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul>   |
| 9    | Genera y antefirma oficio y licencia sanitaria de rayos X.   | Responsable de Rayos X                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia sanitaria</li> </ul>   |
| 10   | Recibe y firma documentos  | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia sanitaria</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul>   |
| 11   | Solicita firma del Comisionado Estatal.  | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia sanitaria</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul>   |
| 12   | Envía documentos a la UEAS.  | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia Sanitaria</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul>   |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                   | Referencia   |
|------|--|---|--|
| 13   | Recibe y registra documentos, anexando copia al expediente.  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia Sanitaria</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul> |
| 14   | ¿Es Licencia Sanitaria?<br>14.1 Si: Pasa a la actividad 15.<br>14.2 No: Programa visita para notificar el oficio de prevención. Pasa a la actividad 1. | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia Sanitaria</li> <li>• Oficio de prevención</li> </ul> |
| 15   | Contacta al usuario para que acuda a recoger su licencia sanitaria.  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llamada telefónica</li> </ul>   |
| 16   | Envía documentos originales para entregar al usuario.  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia Sanitaria</li> </ul>                                 |
| 17   | Entrega a usuario oficio y licencia sanitaria de rayos X.  | Centro Integral de Servicios                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Licencia Sanitaria</li> <li>• Acuse de recibo</li> </ul>      |
|      | Fin  |   |  |

Licencia Sanitaria para Rayos X  
(H440101 Autorización Sanitaria)

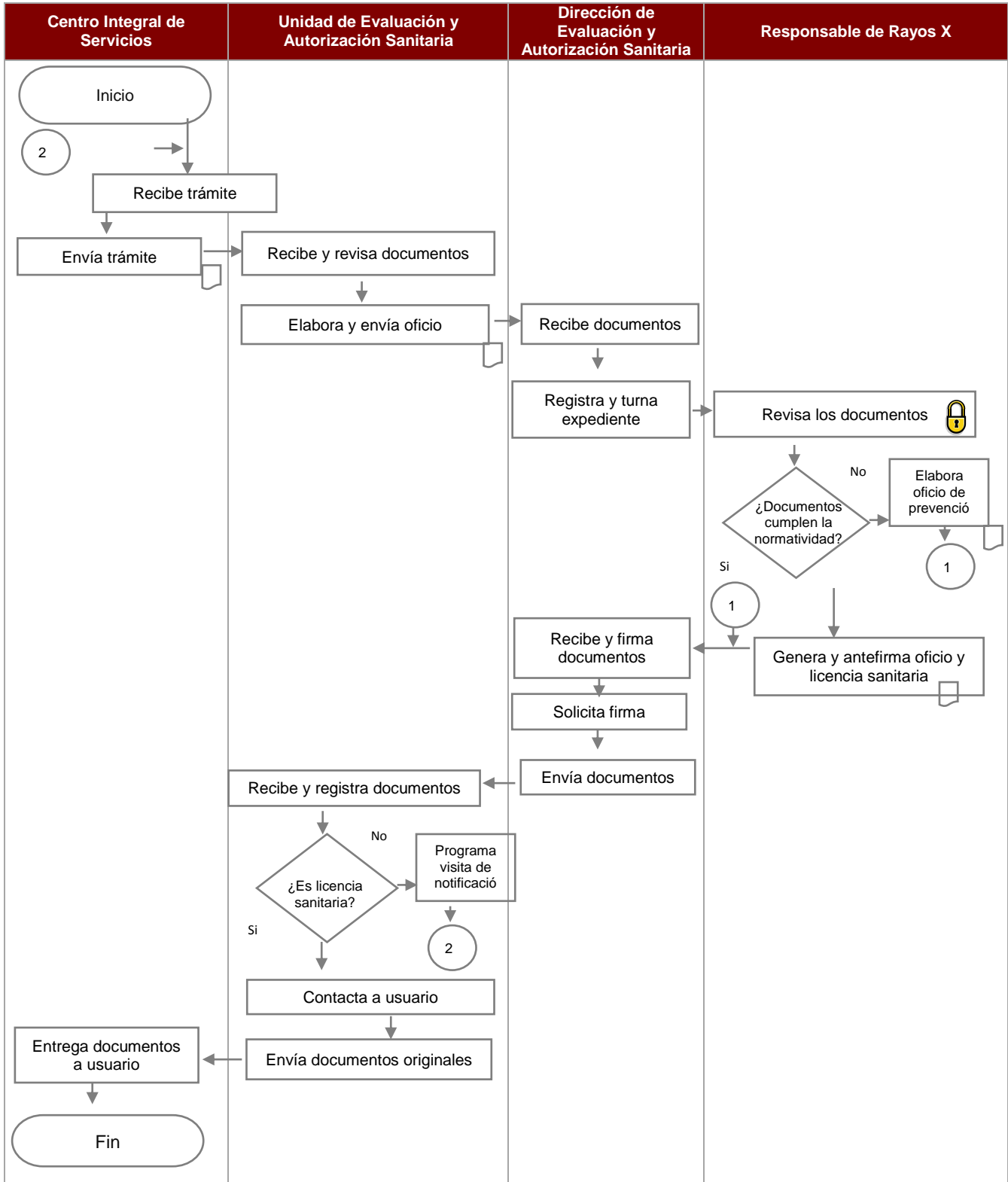
Clave:

COEPRIS/DEAS/01

Elaboración:

AGOSTO 2022

Diagrama de flujo





|   |  |   |                                    |
|---|--|---|------------------------------------|
| <b>Centro Integral de Servicios</b>                                     | <b>Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria</b> | <b>Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria</b> | <b>Responsable de Rayos X</b>      |
| <b>Licencia Sanitaria para Rayos X (H440101 Autorización Sanitaria)</b> |  | <b>Clave:</b><br>COEPRIS/DEAS/01                        | <b>Elaboración:</b><br>AGOSTO 2022 |

**Indicadores**

| Indicador | Meta |      |      |      |      |      |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
|           | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |

|   |      |     |     |     |     |     |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Licencias sanitarias para rayos X</b><br>(Número de licencias sanitarias emitidas / Número de licencias sanitarias programadas) x100 | 100% | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|

|   |                                  |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Licencia Sanitaria para Rayos X (H440101 Autorización Sanitaria)</b> | <b>Clave:</b><br>COEPRIS/DEAS/01 | <b>Elaboración:</b><br>AGOSTO 2022 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|

**Riesgos**

| Factor de Riesgo | Descripción de la acción de control | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación |
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|
|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|

|  |   |  |          |              |                      |
|--|---|--|----------|--------------|----------------------|
| Requisición de documentos insuficiente para la expedición de licencias sanitarias. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al personal de ventanilla de CIS para asesorar a los usuarios en el llenado de sus documentos de entrada (solicitudes y avisos de funcionamiento).</li> <li>Revisión de Catálogo de requisitos por trámite y actualización, a intervalos planificados.</li> </ul> | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | 01 enero | 31 diciembre | Listas de asistencia |
|--|---|--|----------|--------------|----------------------|

|   |                                  |                                    |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Licencia Sanitaria para Rayos X (H440101 Autorización Sanitaria)</b> | <b>Clave:</b><br>COEPRIS/DEAS/01 | <b>Elaboración:</b><br>AGOSTO 2022 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |

| Mecanismo           | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|---------------------|--|-----------------------|------|
| Supervisión Federal | Cumplimiento de las actividades programadas en el Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Federales con carácter de Subsidios suscritos con las Entidades Federativas. | Anual                 | 100% |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/AGO/2022 |
| 1             | <p>Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.</p> <p>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).</p> <p>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.</p> <p>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.</p> <p>En políticas de operación se especifican las resoluciones que se pueden generar: licencia sanitaria u oficio de prevención, así como las causas de desecho de trámites.</p> | 17/JUL/2024 |

**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/DSI/DSIM/01

SEPTIEMBRE 2018

**Elabora:**

Departamento de Sanidad  
Internacional Marítima

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

Dirección de Sanidad Internacional

JULIO 2024

2

**Objetivo:**

Tomar las medidas necesarias para coadyuvar a evitar la propagación de enfermedades transmitidas por medio de vectores que pongan en riesgo la salud e integridad de la población nacional que pudieran ingresar por vía marítima.

**Alcance:**

Desde que se recibe hora estimada de llegada (ETA) de la embarcación por medio del portal Puerto Inteligente Seguro de los Puertos de Tampico y Altamira hasta el envío del informe mensual a la Dirección de Sanidad Internacional.

**Áreas de aplicación**

Departamento de Sanidad Internacional Marítima

**Políticas o normas de operación**

La Dirección de Sanidad Internacional se coordina con las autoridades federales y estatales competentes, para conocer de manera oportuna sobre las alertas epidemiológicas y sanitarias emitidas por la OMS, OPS, la Secretaría de Salud y demás entes regulatorios y disposiciones aplicables, para llevar a cabo la desinsectación de embarcaciones.

La desinsectación a embarcaciones se realiza cuando éstas provienen de países y/o zonas consideradas de riesgo sanitario, conforme al listado específico y/o alertas epidemiológicas sanitarias proporcionados por la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Estado.

Por protocolo internacional, la COEPRIS a través de la DSI es la primera autoridad nacional en ingresar a la embarcación, para corroborar las condiciones sanitarias y de salud de sus tripulantes y pasajeros.

Previo a la libre plática, se recibe la ETA por parte de la Administración del Sistema Portuario Nacional de los Puertos de Tampico y Altamira, por medio de su portal electrónico de información a usuarios del Puerto Inteligente Seguro denominado PIS, a fin de contar con un tiempo estimado para el arribo de la embarcación.

A través de la ETA, que determina la procedencia de la embarcación, se define si existe la necesidad de llevar a cabo la desinsectación, tomando en cuenta los criterios establecidos en el instructivo de trabajo IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones.

Por medio de la libre plática con el capitán de la embarcación proveniente de otros puertos nacionales e internacionales y con la información documental, se puede corroborar que no existe riesgo sanitario a bordo causado por vectores.

Al momento de realizar la comunicación a la embarcación y posterior a la libre plática, se realiza la desinsectación en aquellos casos que se definió realizar el procedimiento.

Los requisitos documentales determinados para la libre plática son de utilidad para la generación del Certificado de Desinsectación.

El Certificado de Desinsectación se integra al expediente generado en la libre plática o en el Certificado de Exención de Sanidad a Bordo.

Los requisitos documentales para la libre plática y de exención de sanidad a bordo son los siguientes:

- Declaración Marítima de Sanidad
- Listado de Tripulación
- Listado de Vacunación
- Lista de últimos 10 Puertos Tocados
- Lista de Narcóticos
- Listado de Negativos
- Manifiesto de Carga

**Políticas o normas de operación**

Los requisitos para la desinsectación son:

- Los anteriores
- Pago de derechos sobre el servicio de desinsectación (comprobante de pago bancario original).

Todos los requisitos antes mencionados deben presentar la firma y sello del capitán de la embarcación, excepto el pago de derechos.

Al realizar la comunicación a la embarcación como parte del protocolo establecido es llevar a cabo la libre plática y, en su caso, la desinsectación del navío; para tal efecto y una vez cumplido los requisitos, se entregan los siguientes documentos:

- Notificación al Capitán (Original al Capitán del navío y copia a la Agencia Naviera)
- Certificado de Desinsectación (Original al Capitán del navío y copia a la Agencia Naviera)
- Certificado de Exención de Sanidad a Bordo, en su caso (Original al Capitán del navío y copia a la Agencia Naviera)

Se entrega comunicado a las asociaciones de agencias navieras sobre el listado actualizado de países con riesgo sanitario, a fin de que se tome en cuenta dicha información al momento de realizar el pago por concepto de desinsectación de embarcaciones internacionales. Asimismo, se entrega a Administración del Sistema Portuario Nacional, las alertas sanitarias con el objeto de que ésta las difunda a sus usuarios.

La distribución del papel seguridad entregado al DSIM es responsabilidad de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria, área que lleva el control del papel seguridad que se utiliza en la COEPRIS.

El Certificado de Desinsectación, la Notificación al Capitán y la Solicitud de Exención de Sanidad a Bordo, son documentos oficiales que presentan un folio y son firmados por el Jefe de Departamento de Sanidad Internacional Marítima, dichos documentos cuentan con diversos candados de seguridad, el llenado de los mismos está especificado en el instructivo de trabajo IT/DSIM03/2018 Llenado de formatos resolutivos de Sanidad Internacional Marítima.

La gestión del pago es responsabilidad de las agencias navieras y el pago de derechos se aceptará solamente si el mismo se realiza por transferencia electrónica o por pago en ventanilla en institución bancaria a nombre de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de Tamaulipas, en caso de pago en ventanilla se deberá presentar el comprobante de pago original emitido por la institución bancaria en la cual se realizó el depósito.

Con respecto al formato DSI01 Programación de Buques, el llenado de la columna de "hora de cruce de escolleras", es de manera manual y eventualmente la columna de "procedencia", cuando la información no se encuentra disponible por el medio electrónico del puerto; se presentan casos en las entradas programadas que, por situaciones operativas en las terminales, es necesario postergar la entrada de la embarcación, por lo que en la columna "hora de cruce de escolleras", se anota la palabra "Reprogramado".

El medio de comunicación entre el área de pilotos del puerto y las agencias navieras con el DSIM para la actualización de la programación de buques es vía telefónica.

En el caso de que el capitán de la embarcación solicite el Certificado de Exención de Sanidad a Bordo, se llevará a cabo la desinsectación, independientemente de la procedencia del buque.

Las condiciones de seguridad del personal, equipamiento y manejo de químicos se encuentran determinados en los instructivos de trabajo IT/DSIM02/2018 Requisitos de Seguridad para el ingreso a terminales y el IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones.

En el caso de que la Declaración Marítima de Sanidad manifieste que existe un riesgo sanitario en la embarcación o que la tripulación se encuentre enferma antes de su ingreso al puerto, la autoridad sanitaria determina si el navío permanece en el área de fondeadero o puede ingresar al puerto.

El protocolo epidemiológico aplicado a la embarcación en la que se detecte latente riesgo sanitario es responsabilidad de su ejecución de Servicios de Salud del Estado, siendo Sanidad Internacional participante de dicha formalidad.

Los expedientes integrados respecto a la atención a las embarcaciones permanecerán en la oficina del DSIM por el periodo de 1 año, considerado como archivo en trámite; posteriormente pasará al archivo de concentración, permaneciendo en el mismo 5 años, como se establece en las Lineamientos de Depuración de Archivos del Estado de Tamaulipas. El archivo de concentración se encuentra en las oficinas de Sanidad Internacional Marítima del Puerto de Tampico.

Se aplican encuestas de satisfacción sobre el servicio de desinsectación a las embarcaciones que lleguen a puerto, por medio del formato DSI04, con el objeto de conocer la opinión del capitán del navío y de la agencia naviera sobre el trámite y las características del otorgamiento del servicio. Dicha encuesta se aplica los jueves de cada semana mínimo al 50% de las embarcaciones a las que se les aplique desinsectación.

**Políticas o normas de operación**

El Departamento de Sanidad Internacional Marítima proporciona tanto a las agencias navieras como a los capitanes de buques, los mecanismos pertinentes en caso de requerir el levantamiento de una queja, denuncia, sugerencia o felicitación, principalmente por correo electrónico [contacto.coepris@tamaulipas.gob.mx](mailto:contacto.coepris@tamaulipas.gob.mx) o vía telefónica 800 7207374.

El RETyS es el Registro Estatal de Trámites y Servicios del Gobierno del Estado de Tamaulipas y en él, se encuentran los trámites y servicios inscritos por COEPRIS, incluyendo el de Desinsectación de Embarcaciones, lo que beneficia en la comunicación efectiva con el usuario, ya que la información plasmada en la ficha técnica cumple las reglamentaciones solicitadas por la Ley Estatal de Mejora Regulatoria para Tamaulipas y sus municipios.

Las acciones de sanidad internacional se encuentran plasmadas en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 de la Organización Mundial de la Salud, el cual tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional.

Al finalizar la desinsectación el Verificador Sanitario Marítimo debe entregar la documentación completa recopilada de la libre plática y/o exención de sanidad a bordo y desinsectación para su revisión e integración de expediente.

En caso de que se detecten anomalías en la emisión del Certificado de Desinsectación, se registra en el formato OC-SGC-07 Servicio no conforme.

Las actividades realizadas se registran diariamente en el formato DSI02 Reporte Mensual de Actividades, identificando los casos de desinsectación. Con dicha información se elabora el DSI03 Informe Mensual para su envío mensual a la Dirección de Sanidad Internacional.

**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIM/01 | SEPTIEMBRE 2018     |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                    | Referencia   |
|------|--|--|--|
|      | Inicio   |  |  |
| 1    | Recibe hora estimada de llegada (ETA) de la embarcación por medio del portal PIS de los Puertos de Tampico y Altamira.   | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Portal PIS de los Puertos de Tampico y Altamira</li> <li>ETA (24 horas antes de su entrada)</li> </ul>                            |
| 2    | Recibe de la agencia naviera la Declaración Marítima de Sanidad antes de la libre plática, cuando exista riesgos sanitario manifiesto por el capitán de la embarcación.                | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración Marítima de Sanidad</li> <li>Correo electrónico</li> </ul>  |
| 3    | Analiza previamente las condiciones de la procedencia de la embarcación y de su próximo arribo y si existe riesgos sanitario latente.  | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración Marítima de Sanidad</li> <li>ETA</li> <li>IT/DSIM01/2018</li> </ul>   |
| 4    | ¿Existe riesgo sanitario latente?<br>4.1 Si: Pasa a la actividad 5.<br>No: Pasa a la actividad 8.  | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración Marítima de Sanidad</li> <li>ETA</li> <li>IT/DSIM01/2018</li> </ul>   |
| 5    | Informa a la Dirección de Sanidad Internacional a fin de que ésta se coordine con Servicios de Salud de Tamaulipas y sus instancias locales y jurisdiccionales correspondientes.       | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Llamada telefónica</li> <li>Nota informativa</li> <li>Reglamento Sanitario Internacional</li> <li>Ley General de Salud</li> </ul> |
| 6    | ¿Se contuvo el riesgo sanitario?<br>6.1 Si: Pasa a la actividad 7.<br>6.2 No: Prohíbe entrada a la embarcación aplicándose la medida de seguridad correspondiente. Pasa a Fin.         | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reglamento Sanitario Internacional</li> </ul>   |
| 7    | Autoriza el ingreso de la embarcación a puerto.  | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>ETA</li> <li>Reglamento Sanitario Internacional</li> </ul>  |
| 8    | Recibe diariamente del Área de Pilotos del Puerto, la programación de entrada de las embarcaciones.  | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Programación de entrada de embarcaciones</li> </ul>   |
| 9    | Actualiza DSI01 con base en la programación del área de Pilotos de Puerto para determinar el horario definitivo de entrada de las embarcaciones a puerto, por lo menos una vez al día. | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Programación de entrada de embarcaciones</li> <li>DSI 01 Programación de Buques</li> </ul>  |
| 10   | Monitorea el acercamiento de las embarcaciones a puerto por medio de las aplicaciones electrónicas.  | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicaciones de acceso libre</li> </ul>   |
| 11   | Recibe confirmación de ingreso de la embarcación al cruce de escolleras por parte de la agencia naviera.   | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>Llamada telefónica</li> </ul>   |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad  | Responsable                                    | Referencia  |
|------|--|--|---|
| 12   | Registra el horario del cruce de la embarcación.   | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DSI 01 Programación de Buques</li> </ul>   |
| 13   | Instruye al personal que realizará la libre plática y la desinsectación, y en su caso la Exención de Sanidad a Bordo, entregando juegos de documentos resolutivos.   | Departamento de Sanidad Internacional Marítima | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación al Capitán</li> <li>• Certificado de Desinsectación</li> <li>• Solicitud de Exención de Sanidad a Bordo</li> </ul>  |
| 14   | Realiza la preparación del químico correspondiente en el equipo de desinsectación.   | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/DSIM01/2018</li> </ul>  |
| 15   | Arriba a la terminal portuaria definida en la ETA, cumpliendo las medidas correspondientes.  | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ETA</li> <li>• IT/DSIM02/2018</li> </ul>   |
| 16   | Realiza libre plática y/o el proceso de Sanidad a Bordo en compañía del representante de la Agencia Naviera presentándose con el Capitán de la embarcación.  | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de autoridad sanitaria</li> <li>• Notificación al Capitán</li> <li>• Certificado de Desinsectación</li> <li>• Solicitud de Exención de Sanidad a Bordo</li> </ul> |
| 17   | Revisa la información documental correspondiente, el comprobante de pago del servicio de desinsectación, así como los carnets de vacunación para fiebre amarilla de la tripulación.  | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisitos de la libre plática</li> <li>• IT/DSIM03/2018</li> </ul>  |
| 18   | ¿Presentó el carnet de vacunación para fiebre amarilla?<br>18.1 Si: Pasa a la actividad 19.<br>18.2 No: Se prohíbe bajar a la embarcación al tripulante sin carnet y se informa al Instituto Nacional de Migración para evitar que se autorice el ingreso al muelle. Pasa a la actividad 19. | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisitos de la libre plática</li> </ul>  |
| 19   | Llena el Formato de Notificación al Capitán (libre plática) y/o el proceso de Exención de Sanidad a Bordo, en su caso.   | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación al Capitán</li> <li>• IT/DSIM03/2018</li> <li>• Llamada telefónica</li> </ul>   |
| 20   | Informa al Capitán que, por la procedencia de la embarcación es necesario llevar a cabo el proceso de desinsectación de la misma, manifestándole las áreas a trabajarse y el método de aplicación.   | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/DSIM01/2018</li> </ul>  |
| 21   | Se inicia el llenado del Certificado de Desinsectación y solicita las firmas del Capitán y del representante de la Agencia naviera.  | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/DSIM03/2018</li> <li>• Certificado de Desinsectación</li> <li>• Declaración Marítima de Sanidad</li> </ul>  |
| 22   | Entrega documentación al Capitán (original) y al representante de la Agencia Naviera (copia), conserva un juego de documentos.   | Verificador Sanitario Marítimo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación al Capitán</li> <li>• Certificado de Desinsectación</li> <li>• Solicitud de Exención de Sanidad a Bordo</li> </ul>  |

### Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad  | Responsable                    | Referencia                      |
|------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| 23   | Inicia el proceso de desinsectación, una vez que el capitán del navío asigna el acompañante por parte de la tripulación de la embarcación, haciendo el recorrido correspondiente.              | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
| 24   | Primera Fase:<br>Realiza desinsectación por aspersion en cubiertas de la embarcación. Monitorea la existencia de fauna nociva, vectores o situaciones de riesgo.                               | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
| 25   | Segunda Fase:<br>Realiza desinsectación por aspersion en área especial de basura o contenedores. Monitorea la existencia de fauna nociva, vectores o situaciones de riesgo.                    | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
| 26   | Tercera Fase:<br>Realiza desinsectación por chorro en área de cocina, tomando las medidas de seguridad pertinentes. Monitorea la existencia de fauna nociva, vectores o situaciones de riesgo. | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
| 27   | ¿Se encontraron inconsistencias?<br>27.1 Si: Pasa a la actividad 28.<br>27.2 No: Pasa a la actividad 29.   | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
| 28   | Informa al Capitán y coloca evidencia documental en el Certificado de Desinsectación para su pronta atención, y que el mismo tome las medidas correctivas y/o seguimiento de la situación.     | Verificador Sanitario Marítimo | • Certificado de Desinsectación |
| 29   | Concluye el recorrido del proceso de desinsectación de la embarcación.   | Verificador Sanitario Marítimo | • IT/DSIM01/2018                |
|      | Fin  |                                |                                 |



**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIM/01 | SEPTIEMBRE 2018     |

**Diagrama de flujo**

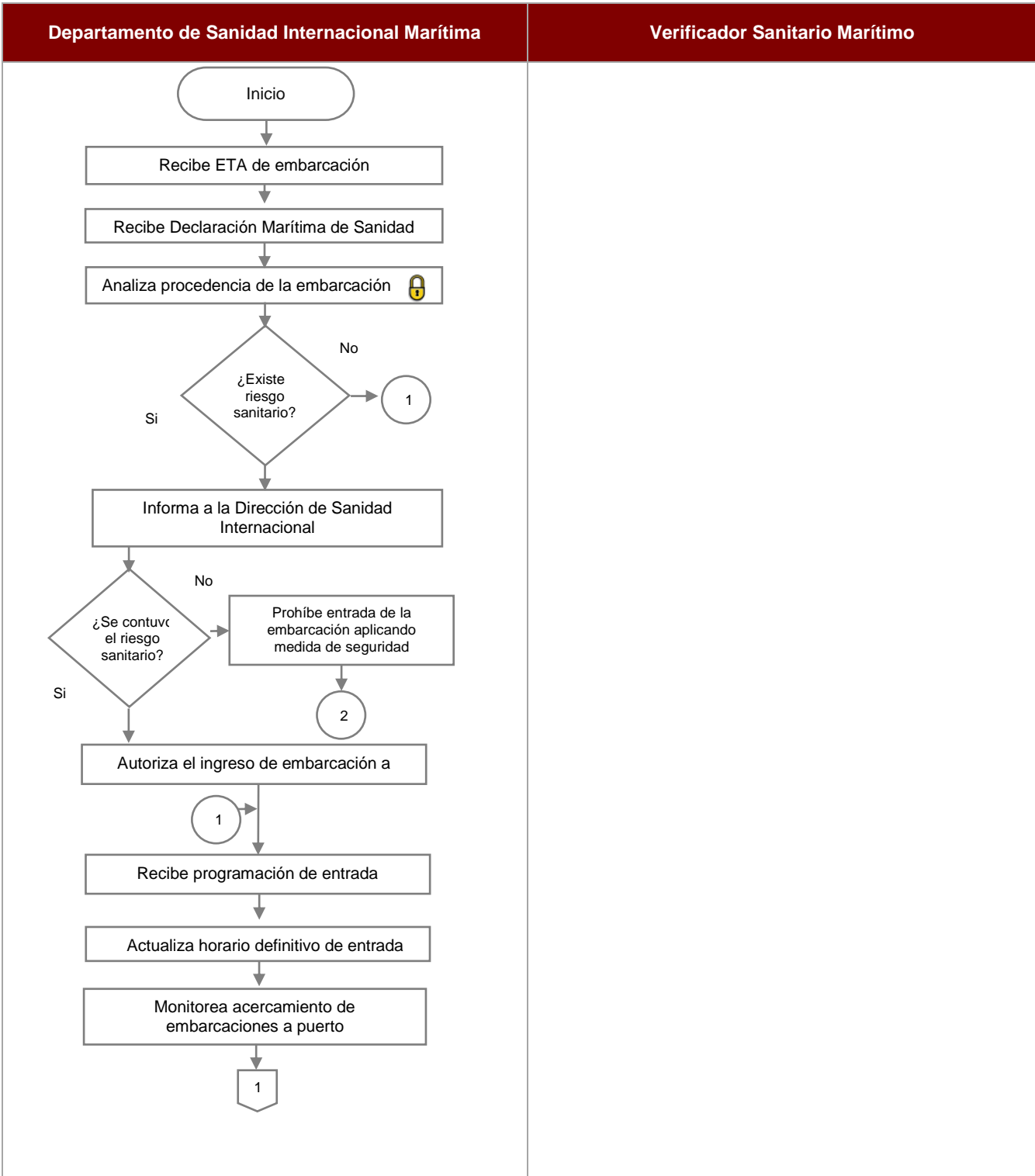


Diagrama de flujo

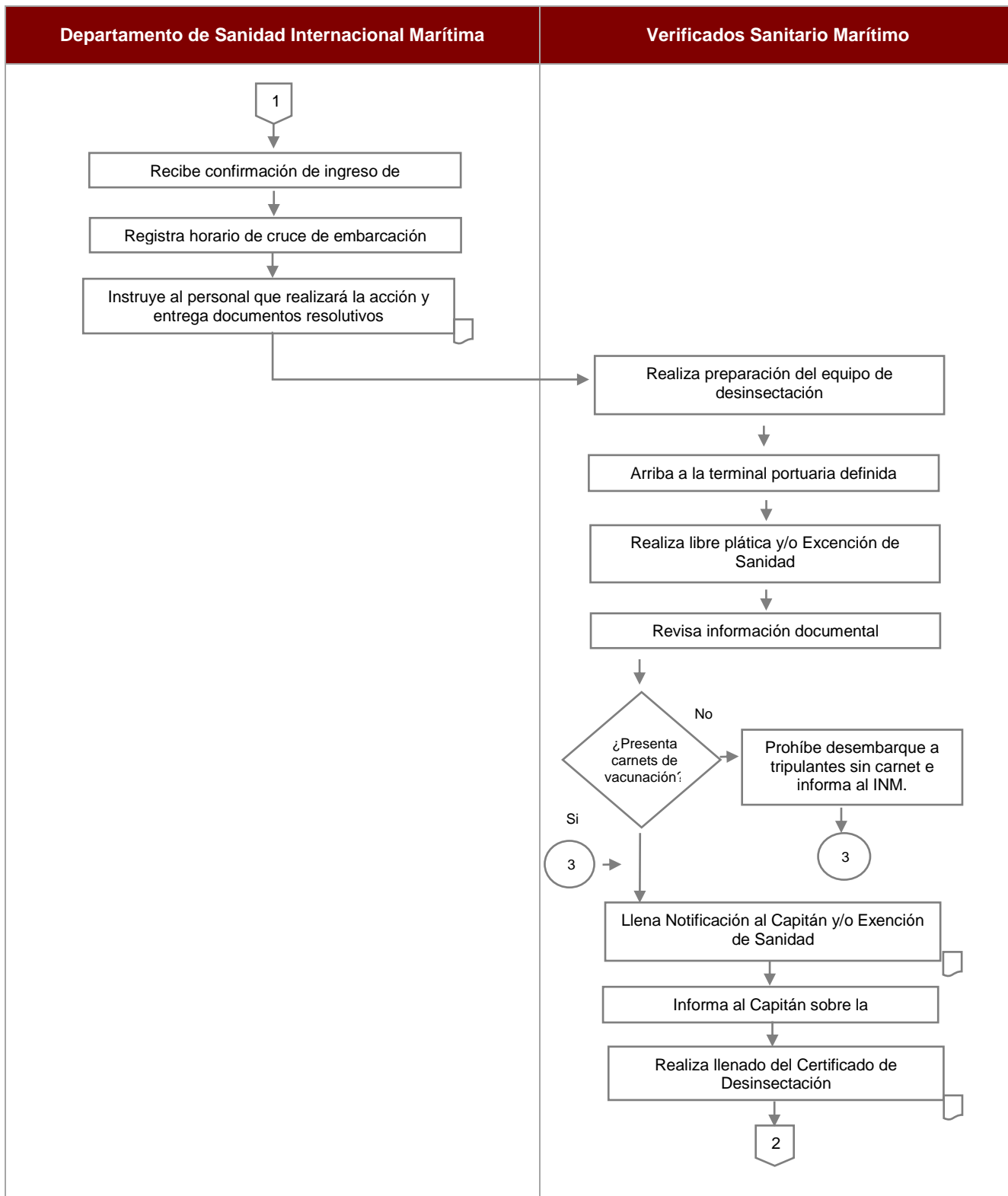
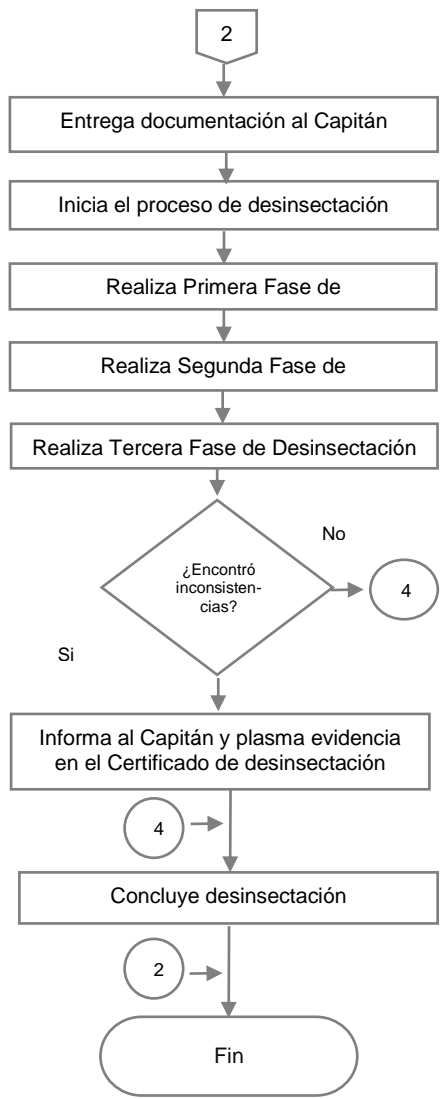


Diagrama de flujo

Departamento de Sanidad Internacional Marítima

Verificador Sanitario Marítimo



**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIM/01 | SEPTIEMBRE 2018     |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Embarcaciones desinsectadas</b><br>(Número de embarcaciones desinsectadas por vector/<br>Número de embarcaciones detectadas con riesgo sanitario<br>por vectores) x 100                     | 28%  | 71%  | 71%  | 71%  | 71%  | 71%  |
| <b>Certificados de exención de sanidad a bordo</b><br>(Total de embarcaciones desinsectadas / Número de<br>embarcaciones que solicitaron certificados de exención de<br>sanidad a bordo) x 100 | 100% | 71%  | 71%  | 71%  | 71%  | 71%  |

**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIM/01 | SEPTIEMBRE 2018     |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable  | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación  |
|---|--|------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| Contaminación en sangre por el manejo de producto químico utilizado | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo de niveles altos de colinesterasa en sangre del personal que lleva a cabo la desinsectación, al menos 1 vez al año.</li> <li>Utilización del equipamiento completo de seguridad al momento de la desinsectación.</li> </ul> | Dirección de Sanidad Internacional | 01 enero        | 31 diciembre     | Ficha de metas logradas |

**Desinsectación de embarcaciones  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos  
y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIM/01 | SEPTIEMBRE 2018     |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo                 | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|---------------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC         | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |
| Encuestas de satisfacción | Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios un día de la semana a fin de conocer el grado de satisfacción del procedimiento.  | Semanal               | 90% de aprobación                                 |

## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 25/SEP/2018 |
| 1             | Se aclara que se trabaja con una nueva plataforma llamada <i>Puerto Inteligente Seguro PIS</i> tanto para Tampico como para Altamira. Se define la nueva nomenclatura de la autoridad portuaria <i>Administración del Sistema Portuario Nacional</i> ; se define que el papel seguridad será distribuido a Sanidad Internacional Marítima por medio de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria; se corrigen las fórmulas de los indicadores a fin de que exista congruencia con los declarados en el SGC.   | 23/OCT/2023 |
| 2             | <p>Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.</p> <p>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).</p> <p>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.</p> <p>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.</p> <p>Se eliminan del diagrama de flujo actividades referentes a la generación de reportes mensuales las cuales se ubican ahora dentro de las políticas de operación.</p> | 17/JUL/2024 |

|  |   |                       |                         |
|--|---|-----------------------|-------------------------|
| <b>Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos y Cuotas de recuperación)</b> |   | <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b>     |
|  |   | COEPRIS/DSI/DSIA/01   | AGOSTO 2022             |
| <b>Elabora:</b>  | Departamento de Sanidad Internacional Aérea | <b>Actualización:</b> | <b>No. de revisión:</b> |
| <b>Aprueba:</b>  | Dirección de Sanidad Internacional          | JULIO 2024            | 2                       |

**Objetivo:** Aplicar las medidas preventivas que tienen como propósito fundamental la prevención, detección, contención y seguimiento de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica internacional o cualquier otra enfermedad señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfermedades emergentes, reemergentes o bien a los accidentes y desastres cuando a juicio de la Secretaría de Salud (SSA) sea afectada la Seguridad Nacional a través de los aeropuertos de la entidad.

**Alcance:** Desde que recibe pasajeros de vuelo en el área de puerta de llegada de pasajeros y área de reclamo de equipaje hasta que notifica a las autoridades la ausencia de riesgo sanitario.

**Áreas de aplicación**  
Departamento de Sanidad Internacional Aérea

**Políticas o normas de operación**

La inspección se realiza por medio del personal de sanidad internacional aérea; la misma está basada en el Reglamento Internacional Sanitario y en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional.

Para la recepción de vuelos, se debe mantener comunicación con la parte Administradora del Aeropuerto, así como las autoridades aeroportuarias AFAC (Agencia Federal de Aviación Civil), INM (Instituto Nacional de Migración), SENASICA (Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria), USDA (United States Department of Agriculture), Guardia Nacional; las cuales deben esperar la realización de las entrevistas e inspecciones pertinentes por parte del área de Sanidad Internacional Aérea.

Los verificadores están acreditados ante la Administración de los aeropuertos, por medio de oficio y cumplimiento de sus criterios (presenta constancia de funciones a realizar e identificación de la COEPRIS).

Los verificadores deben estar debidamente uniformados e identificados y cumplir con los requerimientos de la administración de los aeropuertos.

A la recepción del vuelo, y con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional, el personal verificador a cargo identifica pasajeros provenientes de países con alertas epidemiológicas.

Una vez detectados los mencionados, se procede a la identificación, entrevista y revisión de datos.

El cuestionario para tamizaje de probables casos sospechosos de una enfermedad infectocontagiosa en viajeros internacionales emitido en español y/o inglés por la Dirección de Sanidad Internacional de la COEPRIS Tamaulipas, se aplica a todo pasajero que coincida con los parámetros de búsqueda intencionada.

El cuestionario abarca información sobre toma de temperatura, países que anteceden a su llegada, signos, síntomas y número de asiento en el vuelo.

Como parte final de la entrevista, se le brinda información mediante código QR e información de contacto al pasajero (correos electrónicos y números de teléfono de oficinas de la COEPRIS, Jurisdicción Sanitaria, Área de Sanidad Internacional).

Los verificadores deben participar en el grupo de WTSPP institucional generado por el Departamento de Sanidad Internacional Aérea, además de una agenda de información de las instituciones de salud más cercanas al aeropuerto, para proceder a una comunicación inmediata.

**Políticas o normas de operación****¿Qué hacer ante escenarios de brotes reemergentes, infecciones de nuevo origen o materiales contaminados los cuales puedan poner en riesgo la integridad de la ciudadanía?:**

- Si se llegase a encontrar un evento de salud pública durante el proceso de revisión, el personal debe solicitar a la autoridad portuaria (Guardia Nacional/AFAC/Administración del Aeropuerto) el apoyo para el desalojo de usuarios y personal del aeropuerto, así como la contención de cualquier individuo u objeto contaminado.
- Proceder con la descontaminación, por parte de la Administración del Aeropuerto, siendo verificada esta actividad por parte de Sanidad Internacional Aérea, a través de observación y bitácora.
- Una vez llevada a cabo la contención, dar aviso a la Dirección de Sanidad Internacional.
- En caso de objetos o sustancias que pongan en riesgo la salud de la población detectados, se debe determinar la autoridad competente que debe resguardarlo, como puede ser Protección Civil, Epidemiología, Guardia Nacional, entre otros, en su caso.
- En caso de la detección de un riesgo en persona, se recopila información de contacto de la persona entrevistada para dar seguimiento durante el tiempo establecido por la autoridad de salud estatal.

Todo lo no previsto en el presente procedimiento se resolverá de acuerdo con la Legislación Sanitaria vigente, incluyendo los lineamientos de seguridad sanitaria que establezcan las autoridades en caso de presentarse una emergencia sanitaria.

El Departamento de Sanidad Internacional Marítima envía informe de actividades mensuales a la Dirección de Sanidad Internacional, así como reporte de incidencias, en su caso, para que la DSI realice informe a la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

**Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIA/01 | AGOSTO 2022         |

**Descripción Narrativa**

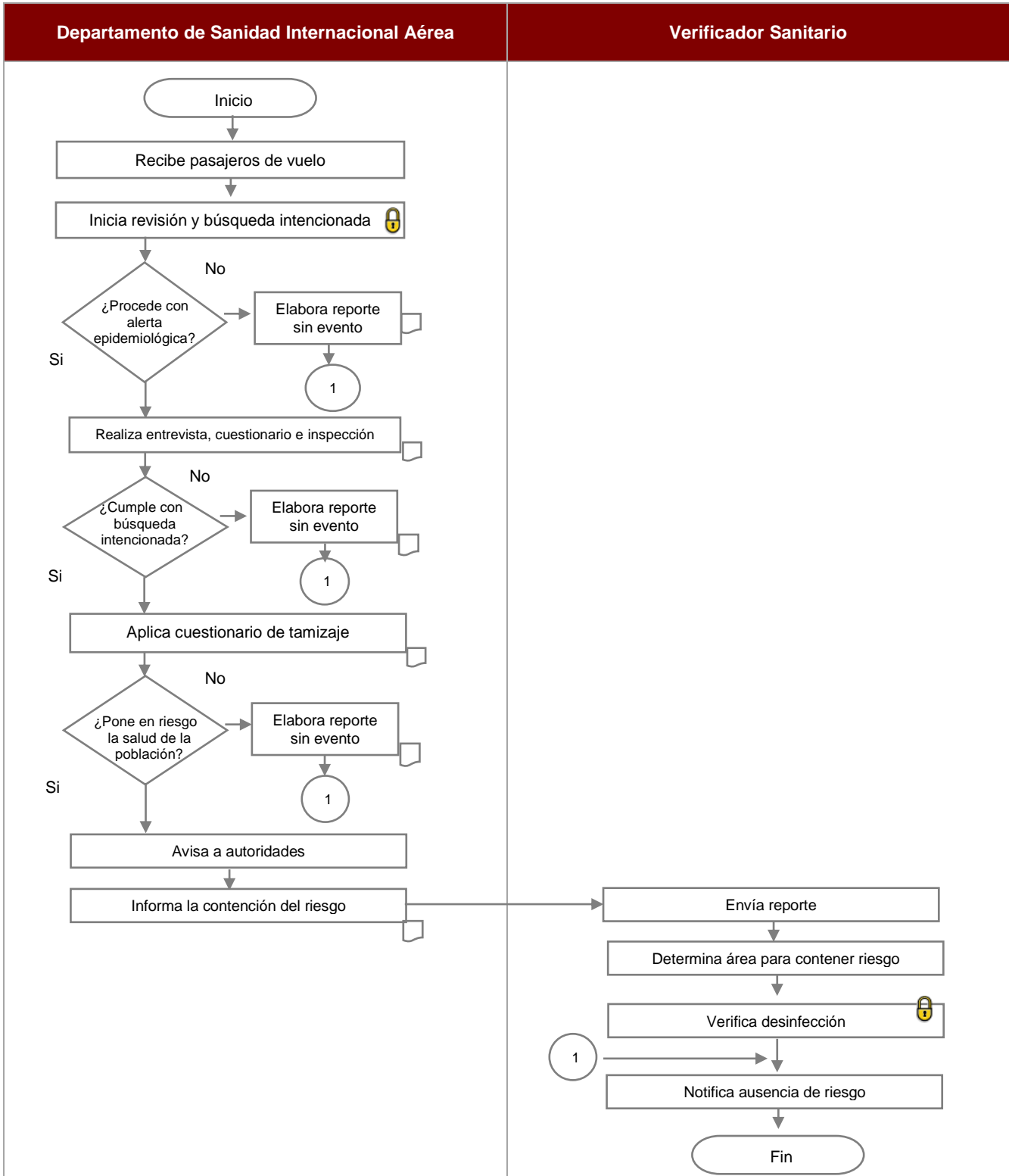
| Núm. | Actividad   | Responsable                                 | Referencia  |
|------|---|---|---|
|      | Inicio  |   |   |
| 1    | Recibe pasajeros de vuelo en área de puerta de llegada de pasajeros y área de reclamo de equipaje.  | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recepción de vuelo en coordinación con la Administración del Aeropuerto, promoviendo en todo momento la información del QR.</li> </ul> |
| 2    | Inicia la revisión y búsqueda intencionada de pasajeros u objetos sospechosos.  | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recepción de vuelo</li> </ul>  |
| 3    | ¿Procede con alerta epidemiológica?<br>3.1 Si: Pasa a la actividad 4.<br>3.2 No: Elabora reporte sin evento. Pasa a la actividad 13.  | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte</li> </ul>   |
| 4    | Lleva a cabo entrevista, aplicación de cuestionario (español o inglés) y/o inspección del pasajero u objeto.  | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista para probables casos sospechosos</li> </ul>   |
| 5    | ¿Cumple con búsqueda intencionada?<br>5.1 Si: Pasa a la actividad 6.<br>5.2 No: Elabora reporte sin evento. Pasa a la actividad 13.   | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte</li> </ul>   |
| 6    | Aplica cuestionario para tamizaje de probables casos sospechosos de una enfermedad infectocontagiosa en viajeros internacionales.   | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionario de Tamizaje</li> </ul>  |
| 7    | ¿Pone en riesgo la salud de la población?<br>7.1 Si: Pasa a la actividad 8.<br>7.2 No: Elabora reporte sin evento. Pasa a la actividad 13.  | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionario de Tamizaje</li> </ul>  |
| 8    | Avisa a las autoridades pertinentes para la realización del cerco sanitario, desalojo del inmueble y la contención del pasajero u objeto en una zona segura (designada por la Administración del Aeropuerto). | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación Inmediata</li> </ul>  |
| 9    | Informa cuando se contiene el riesgo.   | Verificador Sanitario                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota Informativa</li> </ul>  |
| 10   | Envía reporte con información del pasajero u objeto a Epidemiología, para dar seguimiento oportuno, e imponer restricciones sanitarias (aislamiento, pruebas médicas, observación médica).                    | Departamento de Sanidad Internacional Aérea | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota Informativa</li> <li>Reporte a Epidemiología</li> </ul>   |
| 11   | Determina el área a la cual se depositará el riesgo sanitario y la autoridad competente que lo atenderá.  | Departamento de Sanidad Internacional Aérea | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte</li> </ul>   |
| 12   | Verifica que se realice la desinfección del inmueble por parte de la Administración del Aeropuerto.   | Departamento de Sanidad Internacional Aérea | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácora (aeropuerto)</li> </ul>   |
| 13   | Notifica a las autoridades la ausencia de riesgo sanitario.   | Departamento de Sanidad Internacional Aérea | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verbal</li> </ul>  |
|      | Fin   |   |   |



Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos  
(H460101 Control y fomento sanitario de  
establecimientos y Cuotas de recuperación)

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIA/01 | AGOSTO 2022         |

**Diagrama de flujo**



**Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIA/01 | AGOSTO 2022         |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Vigilancia epidemiológica a aeronaves con pasajeros que provienen del extranjero</b><br>(Número de encuestas aplicadas / Encuestas programadas) x 100 | 91%  | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  | 85%  |

**Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIA/01 | AGOSTO 2022         |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control   | Unidad administrativa responsable  | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación |
|---|---|------------------------------------|-----------------|------------------|------------------------|
| Falta de espacio físico en el aeropuerto para el área de Sanidad Aérea. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud la confirmación del espacio ofrecido por la OMA.</li> <li>Tramitar ante la COEPRIS el equipamiento requerido para su operación.</li> </ul> | Dirección de Sanidad Internacional | 01 enero        | 31 diciembre     | Oficio de solicitud    |

**Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos y Cuotas de recuperación)**

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| <b>Clave:</b>       | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/DSI/DSIA/01 | AGOSTO 2022         |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo                | Descripción  | Periodo de aplicación | Meta |
|--------------------------|--|-----------------------|------|
| Programa Operativo Anual | Mediante el POA, las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal establecen de forma pormenorizada, las acciones y compromisos anuales para el cumplimiento de los objetivos y metas de sus distintos programas presupuestarios, su contribución a los programas Sectoriales/Institucionales y en su conjunto, define desde lo más básico, cómo se dará cumplimiento al Plan Estatal de Desarrollo, la consecución de metas y la gestión efectiva de recursos públicos implicados para la ejecución de los mismos. | Trimestral            | 85%  |

## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 16/AGO/2022 |
| 1             | Se realizan adecuaciones al procedimiento a fin de que se ejecute el mismo de manera permanente y no solo en los casos de emergencia sanitaria. Se clarifican las funciones del personal verificador.   | 16/JUN/2023 |
| 2             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br>Eliminación de actividades del diagrama de flujo sobre la elaboración de reporte mensual, las cuales se describen en las políticas de operación. | 17/JUL/2024 |

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/CJ/01

MAYO 2019

**Elabora:**

Coordinación Jurisdiccional

**Actualización:**

**No. de revisión:**

**Aprueba:**

COEPRIS

JULIO 2024

2

**Objetivo:**

Llevar a cabo acciones de Verificación Sanitaria a establecimientos en materia de servicios de salud, que soliciten iniciar actividades o renovación de su licencia sanitaria.

**Alcance:**

Desde la recepción de solicitud de visita de verificación sanitaria de parte de la Dirección de Operación Sanitaria, hasta la entrega del dictamen sanitario de cumplimiento al encargado del establecimiento.

**Áreas de aplicación**

Coordinación Jurisdiccional  
Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria

**Políticas o normas de operación**

La Coordinación Jurisdiccional es el área encargada de realizar las actividades de verificación sanitaria en su área de adscripción, por medio de la Unidad de Operación Sanitaria y, en el caso de Servicios de Salud, por la Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria.

Este procedimiento hace referencia exclusivamente a los casos sobre los que la Dirección de Operación Sanitaria solicita a la Coordinación Jurisdiccional llevar a cabo la verificación sanitaria a establecimientos en materia de servicios de salud, con base en solicitud de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria a fin de comprobar las condiciones sanitarias para otorgar una licencia; sin embargo, el mismo en su ejecución, es de observación general para cualquier tipo de giro.

El Verificador Sanitario debe llevar a cabo el protocolo señalado para la presentación, ejecución, levantamiento de acta, firma de testigos, entrega de información al establecimiento, correspondiente a la realización de la visita de vigilancia sanitaria, tal y como se determina en el Manual del Verificador Sanitario.

Al momento de presentarse el Verificador Sanitario en el establecimiento correspondiente y éste se encuentre cerrado, debe dejar citatorio en el establecimiento para acudir al día siguiente, se levanta el acta pertinente y se entrega a la Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria para su reprogramación posterior.

La ejecución de la verificación sanitaria puede generarse de manera indistinta corroborando las condiciones físicas del establecimiento y la documentación comprobatoria correspondiente. El orden de las acciones es indistinto.

Los tiempos de resolución de una verificación sanitaria en materia de servicios de salud son variables.

La información documental que se solicita al establecimiento debe conservarse en copia, la cual puede ser la siguiente, según el alcance de la orden de visita de verificación: permisos, papeles membretados, procedimientos utilizados, publicidad, comprobantes de fumigación, convenios de RPBI, relleno de extintores, bitácoras de limpieza, mantenimientos y calibración de equipos, manual de procedimientos, protocolos y/o bitácoras de registros de trámites o servicios proporcionados a la ciudadanía.

El Verificador Sanitario debe tomar evidencia fotográfica de lo observado en la verificación de la infraestructura del establecimiento, dicha verificación puede incluir, con base en el alcance y en las normas oficiales que le apliquen al mismo, la detección de: uso y manejo del RPBI, extracción de olores y vapores, áreas de aseo del personal, detección de enmohecimientos, recolección de basura municipal, sanitización de instrumentales, manejo y almacenaje de sustancias, limpieza de sanitarios, señalización de protección civil.

Para el cierre de la diligencia, el Verificador Sanitario solicita dos testigos para que firmen el acta correspondiente, los cuales deben presentar copia de su identificación oficial, la cual se anexa a la documentación.

Los acuses de recibo de las notificaciones de dictamen sanitario deben incluir nombre, cargo y firma de quien recibe, así como fecha y hora de recepción. Una copia del acuse de recibo se integra en el expediente de la Coordinación Jurisdiccional y el acuse de recibo original se envía a la DOS.

Para efectos de este procedimiento, los establecimientos que requieren Licencia Sanitaria Estatal y que el trámite se encuentra inscrito en el RETyS, serán considerados como establecimientos tipo A y son los siguientes:

**Políticas o normas de operación**

- Consultorios de Medicina Especializada
- Consultorios de Medicina General
- Consultorios de Nutrición
- Consultorios de Psicología
- Consultorios de Dental
- Consultorios de Medicina Dental Especializada
- Consultorios de Acupuntura
- Consultorios de Bariatría
- Consultorios de Gabinete de Ultrasonido
- Unidad Móvil tipo Ambulancia
- Unidad de Primer Nivel de Atención o Urgencias
- Consultorios de Servicio de Pedicuro

Para efectos de este procedimiento, los establecimientos que además de la Licencia Sanitaria, requieren autorización de responsable, se considerarán como establecimientos tipo B y son:

- Agencias Funerarias con Servicio de Embalsamamiento
- Anfiteatro Anatómico en Escuelas de Ciencias para la Salud
- Centro de Rehabilitación de Adicciones
- Clínica Estética (I, II y III)
- Centros de Atención Infantil (CENDI y/o Guarderías)
- Establecimientos de Asistencia Social
- Servicios Privados de Hospitalización y/o Unidades de Cirugía Ambulatoria
- Servicios Públicos de Hospitalización
- Laboratorios de Análisis Clínicos
- Laboratorio de Anatomía Patológica
- Laboratorio de Citología Exfoliativa
- Ópticas

Por instrucción del Comisionado Estatal, en los siguientes casos de solicitud de licencia sanitaria estatal, invariablemente debe solicitarse la verificación sanitaria, tanto para aperturas como para las siguientes revalidaciones:

- Guarderías
- Hospitales Privados y Unidades de Cirugía Ambulatoria
- Cámaras Hiperbáricas
- Unidades de Asistencia Social: Centro de Atención de Adicciones, Asilos, Internados, Casa Hogar, Albergues, etc.
- Algunos casos de Agencias Funerarias con Servicio de Embalsamamiento
- En casos de Médicos con Maestrías en Medicina Estética

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

Clave:

COEPRIS/CJ/01

Elaboración:

MAYO 2019

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                   | Referencia  |
|------|--|---|---|
|      | Inicio   |   |   |
| 1    | Recibe la solicitud de visita de verificación de parte de la Dirección de Operación Sanitaria y registra.  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de Solicitud de Visita de Verificación Sanitaria</li> <li>Control de correspondencia.</li> </ul>  |
| 2    | Designa verificador sanitario para realizar la diligencia a través de la generación de la orden de verificación a establecimiento, determinando claramente el alcance de la misma. | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ05 Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación y Vigilancia Sanitaria – Servicios de Salud</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> <li>Orden de verificación sanitaria</li> </ul> |
| 3    | Revisa y registra las órdenes de verificación sanitaria para su correspondiente control.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Órdenes de verificación sanitaria CJ05 Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación y Vigilancia Sanitaria – Servicios de Salud</li> </ul>  |
| 4    | Entrega órdenes verificación sanitaria ante el Coordinador Jurisdiccional para su firma.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Órdenes de verificación sanitaria</li> </ul>   |
| 5    | Sella las órdenes de verificación sanitaria una vez firmadas por el Coordinador Jurisdiccional y entrega al Verificador Sanitario designado.                                       | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Órdenes de verificación sanitaria</li> </ul>   |
| 6    | Firma control diario de entrega al recibir la orden de verificación sanitaria.   | Verificador Sanitario                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria</li> <li>Control diario</li> </ul>   |
| 7    | Acude al establecimiento determinado en la orden de verificación sanitaria.  | Verificador Sanitario                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria Acta de verificación sanitaria</li> <li>Identificación oficial</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>  |
| 8    | ¿El establecimiento está abierto?<br>8.1 Si: Pasa a la actividad 9.<br>8.2 No: Redacta la situación en el acta de verificación y deja citatorio. Pasa a la actividad 20.           | Verificador Sanitario                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria Acta de verificación sanitaria</li> <li>Identificación oficial</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> <li></li> </ul>                                    |
| 9    | Presenta la orden de verificación sanitaria al encargado del establecimiento, previa identificación del verificador.   | Verificador Sanitario                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación oficial</li> <li>Orden de verificación sanitaria</li> </ul>   |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad   | Responsable           | Referencia   |
|------|---|-----------------------|--|
| 10   | Solicita al encargado del establecimiento que firme la orden de verificación a fin de dar inicio con las actividades de la diligencia.  | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria</li> </ul>  |
| 11   | <p>¿Tipo de verificación sanitaria?</p> <p>11.1 Inicial: Pasa a la actividad 12.</p> <p>11.2 Corrección de anomalías: Verifica las anomalías detectadas en la revisión anterior. Pasa a la actividad 15.</p> <p>11.3 Suspensión de actividades: Realiza protocolo de suspensión colocando sellos pertinentes. Pasa a la actividad 16.</p> | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria</li> </ul>  |
| 12   | Solicita documentación que corrobore el cumplimiento de la normatividad sanitaria correspondiente con base en el alcance de la verificación sanitaria.  | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden de verificación sanitaria Acta de verificación sanitaria</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>                             |
| 13   | Realiza verificación sanitaria de las instalaciones del establecimiento, tomando evidencia fotográfica de lo observado.   | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de Verificación Sanitaria.</li> <li>Evidencia fotográfica</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>                             |
| 14   | Realiza monitoreo de cloro, preferentemente en tinaco o cisterna.   | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo del monitoreo de cloro</li> <li>Acta de verificación sanitaria.</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>                  |
| 15   | Complementa el Acta de verificación sanitaria con las observaciones pertinentes y lleva a cabo el cierre de la diligencia   | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 16   | Informa los hallazgos, solicitando al encargado del establecimiento que lea el Acta de verificación sanitaria a fin de corroborar la información o manifestar en la misma alguna inconsistencia.  | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria</li> </ul>   |
| 17   | Solicita la firma del encargado del establecimiento y de los 2 testigos.  | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de Verificación Sanitaria</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 18   | Entrega Acta de verificación sanitaria original al encargado del establecimiento y conserva copia del acta firmada.   | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria</li> </ul>   |
| 19   | Integra la documentación generada de la visita de verificación sanitaria, siendo esta el acta de verificación sanitaria, copia de documentos y fotografías.   | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>Información documental</li> <li>Acta de verificación sanitaria</li> <li>Fotografías</li> </ul>  |
| 20   | Entrega a la Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria la documentación generada de la visita de verificación sanitaria.  | Verificador Sanitario | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ07 Informe Diario</li> <li>Información documental</li> <li>Orden de Verificación Sanitaria</li> <li>Acta de verificación sanitaria</li> </ul> |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                                   | Referencia  |
|------|--|---|---|
| 21   | Revisa la información recibida por parte del verificador sanitario.  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ05 Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación y Vigilancia Sanitaria – Servicios de Salud</li> <li>• Información documental</li> <li>• Orden de Verificación Sanitaria</li> <li>• Acta de verificación sanitaria</li> </ul> |
| 22   | ¿Está debidamente llenada el Acta de verificación sanitaria?<br>22.1 Si: Pasa a la actividad 23.<br>22.2 No: Registra en servicio no conforme y solicita al Verificador Sanitario que complemente. Pasa a la actividad 23. | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• OC-SGC-07-V Servicio No Conforme</li> <li>• Orden de Verificación Sanitaria</li> <li>• Acta de verificación sanitaria</li> </ul>   |
| 23   | Genera registro de verificación sanitaria  | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de Verificación Sanitaria</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 24   | Entrega al Coordinador Jurisdiccional la documentación pertinente para su envío a la DOS para la elaboración del Dictamen Sanitario.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actas de Verificación Sanitaria</li> <li>• Orden de Verificación Sanitaria</li> <li>• Oficio</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>  |
| 25   | Recibe Dictamen Sanitario de la DOS.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dictamen sanitario</li> </ul>  |
| 26   | ¿Es Dictamen Sanitario de cumplimiento?<br>26.1 Si: Pasa a la actividad 27.<br>26.2 No: Programa diligencia para corrección de anomalías o suspensión de actividades. Pasa a la actividad 2.                               | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dictamen sanitario</li> </ul>  |
| 27   | Emite Orden de Visita de Verificación para la notificación del dictamen sanitario de cumplimiento.   | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de Verificación Sanitaria</li> <li>• Dictamen sanitario</li> </ul>   |
| 28   | Entrega el dictamen sanitario de cumplimiento al encargado del establecimiento.  | Verificador Sanitario                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuse de recibo de la Orden de Verificación Sanitaria y del Dictamen Sanitario</li> </ul>  |
|      | Fin  |   |   |



**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Diagrama de flujo**

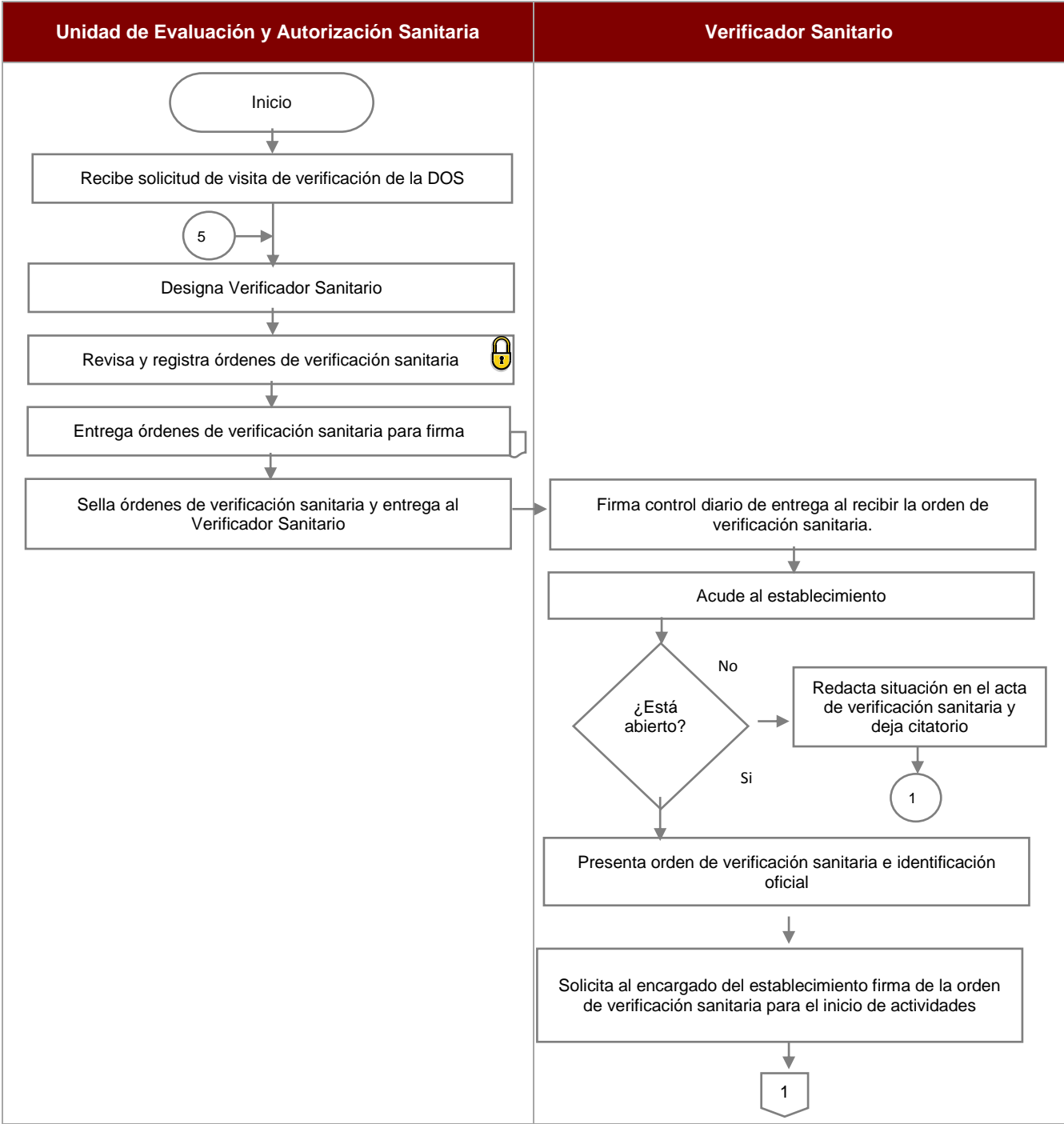


Diagrama de flujo

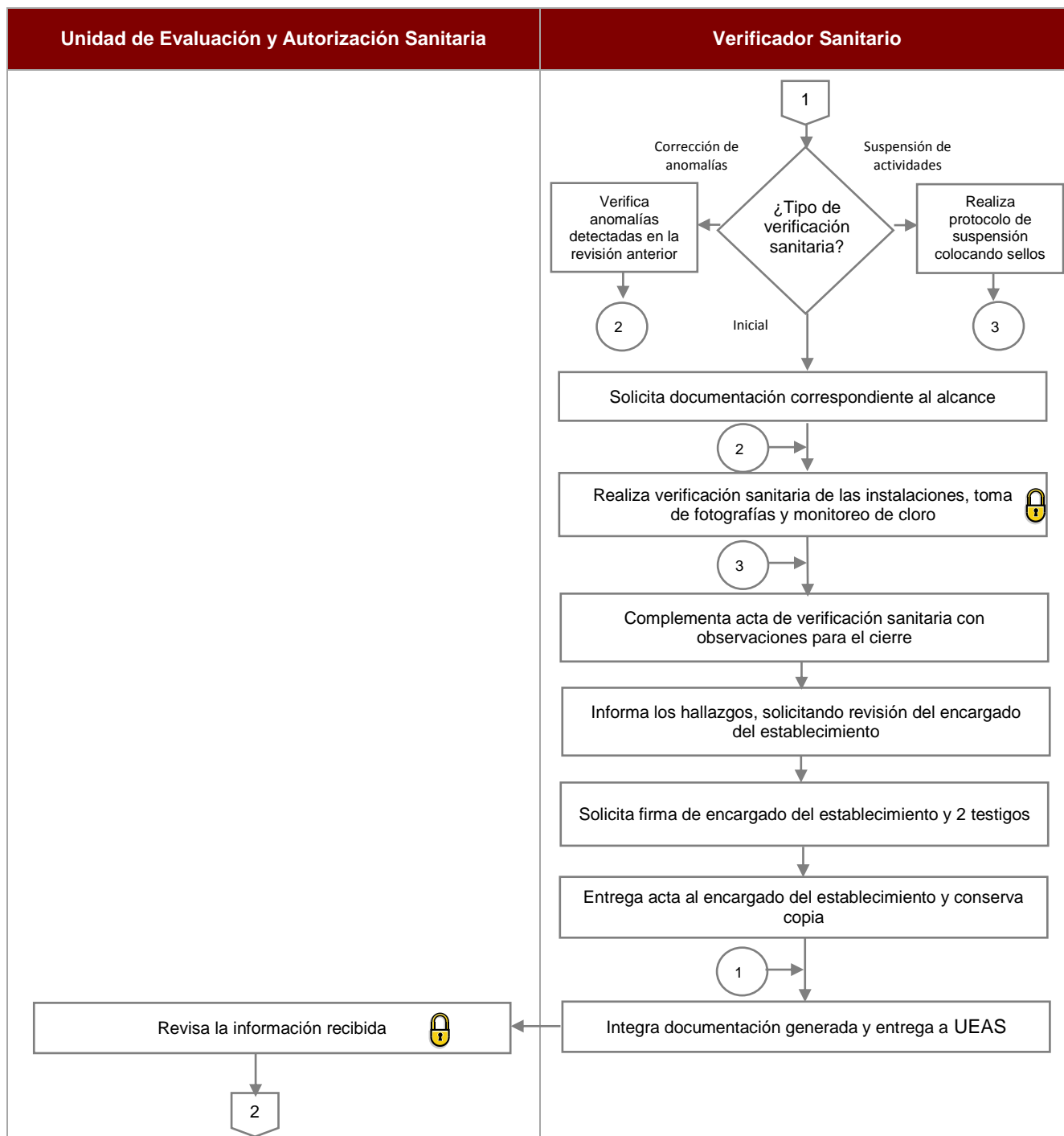
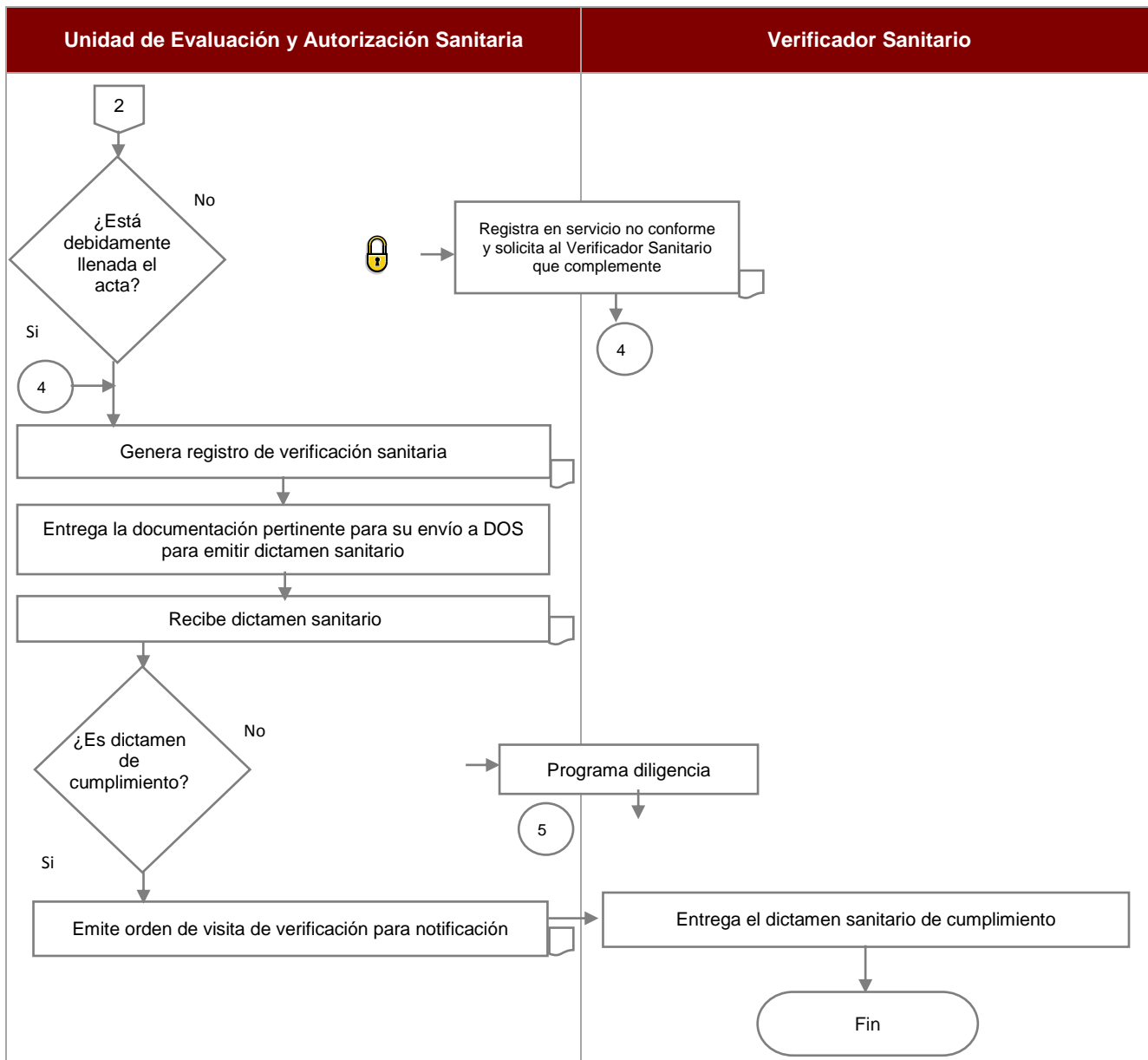


Diagrama de flujo



**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Indicadores**

| Indicador   | Meta |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|
|   | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Verificaciones sanitarias aplicadas</b><br>(Verificaciones Sanitarias realizadas a establecimientos de servicios de salud / Solicitudes de Verificaciones Sanitarias a establecimientos de Salud por parte de DOS) x 100 | 100% | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  | 80%  |

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo   | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable             | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación          |
|--|--|---|-----------------|------------------|---------------------------------|
| Elaboración de actas de verificación sanitaria que no cumplen con los criterios establecidos o no cubren el objeto y alcance de lo solicitado por la Dirección de Operación Sanitaria. | Revisión específica de la aplicación del objeto y alcance en las actas de verificación sanitaria, por parte de UEAS. | Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria | 01 enero        | 31 diciembre     | Actas de verificación sanitaria |

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |

## Control de cambios

| No. de cambio | Descripción del cambio   | Fecha       |
|---------------|--|-------------|
| 0             | Nueva Creación   | 07/MAY/2019 |
| 1             | Se hace mención a un área de sistemas en el diagrama de flujo, que es presuntamente la encargada de generar las órdenes de verificación sanitaria; estas son generadas y elaboradas directamente por el encargado de la UEAS a fin de mejorar la eficiencia en el tiempo y llevar un control más riguroso de la misma.   | 07/OCT/2019 |
| 2             | <p>Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.</p> <p>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).</p> <p>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.</p> <p>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.</p> <p>Se elimina el indicador Dictámenes sanitarios notificados por verificaciones sanitarias.</p> | 17/JUL/2024 |

|   |                             |                       |                         |
|---|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango<br/>(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)</b> |                             | <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b>     |
|   |                             | COEPRIS/CJ/02         | MAYO 2019               |
| <b>Elabora:</b>   | Coordinación Jurisdiccional | <b>Actualización:</b> | <b>No. de revisión:</b> |
| <b>Aprueba:</b>   | COEPRIS                     | JULIO 2024            | 2                       |

**Objetivo:** Llevar a cabo acciones de vigilancia sanitaria a establecimientos con el fin de corroborar que el personal que presentó previamente resultados de análisis clínicos fuera de rango para gestionar el Certificado de Manejador de Alimentos ante la COEPRIS, no se encuentre elaborando o manipulando alimentos, que puede generar o desencadenar un riesgo a la salud de la población consumidora.

**Alcance:** Desde que recibe el listado de manejadores de alimentos fuera de rango del Centro Integral de Servicios por medio de plataforma electrónica hasta que registra las acciones de vigilancia sanitaria realizadas en la verificación de actividades del manejador de alimentos fuera de rango.

**Áreas de aplicación**  
 Centro Integral de Servicios  
 Unidad de Operación Sanitaria  
 Área de Dictamen Sanitario de la Coordinación Jurisdiccional

**Políticas o normas de operación**

La Coordinación Jurisdiccional es el área encargada de realizar las actividades de Vigilancia Sanitaria en su área de suscripción, por medio de la Unidad de Operación Sanitaria.

Los manejadores de alimentos realizan el trámite de certificación cada 6 meses, el cual es un documento oficial que presenta un folio y previamente a su emisión, la firma del titular de la COEPRIS y del Coordinador Jurisdiccional.

Se debe garantizar la salud de la población que pudiera estar expuesta al contagio de enfermedades no detectadas con antelación, en este sentido, uno de los requisitos para emitir el certificado de manejador de alimentos.

Si los análisis clínicos presentan resultados fuera de rango, el CIS debe notificarlo a la Coordinación Jurisdiccional para que ésta realice las actividades de vigilancia sanitaria correspondientes.

El CIS y las Unidades de la Coordinación Jurisdiccional se reúnen periódicamente, para conjuntar esfuerzos, toma de decisiones y entrega de información; en materia de manejadores de alimentos fuera de rango entregan la información por medio de una plataforma electrónica de almacenamiento de documentos.

La ejecución de la vigilancia sanitaria se lleva a cabo en los primeros 10 días hábiles posteriores a la recepción de la información capturada por CIS en la plataforma electrónica, con el objeto de detectar en este periodo que el manejador de alimentos no realice acciones en el establecimiento que puedan significar un riesgo sanitario a la población.

Para este tipo de visitas se emplea el formato CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia sanitaria), el cual está dirigida a un solo Verificador Sanitario y puede contener la solicitud de revisión de 3 a 5 establecimientos; por cada establecimiento deberá aplicarse un acta de verificación sanitaria general.

El Verificador Sanitario debe llevar a cabo el protocolo señalado para la presentación, ejecución, levantamiento de acta, firma de testigos, entrega de información al establecimiento, correspondiente a la realización de la visita de vigilancia sanitaria, tal y como se determina en el Manual del Verificador Sanitario.

Para asegurar la identidad de los manejadores de alimentos fuera de rango, el Verificador Sanitario solicitará identificación oficial con fotografía a los manejadores de alimentos del establecimiento.

Al momento de presentarse el Verificador Sanitario en el establecimiento correspondiente y éste se encuentre cerrado, se deja citatorio para día posterior, a fin de que se atienda la visita de vigilancia sanitaria; de lo anterior se informa a la Unidad de Operación Sanitaria para su reprogramación posterior.

En caso de no atender el citatorio, se entrega Instructivo para que el propietario del establecimiento se presente en las oficinas de la Coordinación Jurisdiccional para la diligencia correspondiente, con base en el Manual del Verificador Sanitario.

**Políticas o normas de operación****Criterios para determinar la realización de un dictamen sanitario**

Para los casos de vigilancia sanitaria sobre el personal revisado en el establecimiento:

- Se encuentra manipulando o preparando alimentos y ya tiene tratamiento médico.
- Se encuentra manipulando o preparando alimentos y no tiene aún tratamiento médico.
- Se encuentra realizando otras actividades en el establecimiento, y no tiene aún tratamiento médico.
- Si son varias personas revisadas y solamente una de ellas presenta alguno de los supuestos anteriores.

Se exime de la realización de dictamen sanitario, el caso de que el personal revisado en el establecimiento se encuentre realizando otras actividades que no tengan relación con la manipulación o preparación de alimentos y, además, evidencien que se encuentran en tratamiento médico.

En caso contrario, el establecimiento se hace acreedor a una medida especial (ya sea sanción o suspensión de actividades), según lo determine el dictaminador, conforme al riesgo sanitario presentado.

Los dictámenes sanitarios deben ser notificados al establecimiento en el formato CJ04 Orden de verificación, así mismo el acuse de recibo de las notificaciones de dictamen sanitario debe incluir nombre, cargo y firma de quien recibe, así como fecha y hora de recepción.

Todas las acciones realizadas para cada tipo de visita de vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango deberán registrarse en el formato CJ02 Resumen de Trabajo, desde su inicio hasta el cierre de las acciones de vigilancia sanitaria.

**Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango (H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/02 | MAYO 2019           |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable  | Referencia  |
|------|--|--|---|
|      | Inicio   |  |   |
| 1    | Recibe listado de manejadores de alimentos fuera de rango del Centro Integral de Servicios por medio de plataforma electrónica.  | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos</li> <li>Plataforma electrónica de almacenamiento de documentos</li> </ul>      |
| 2    | Analiza la información compartida en plataforma electrónica, para determinar la generación de las órdenes de verificación sanitaria y el número de verificadores que se requerirá para llevarla a cabo.      | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos</li> <li>Plataforma electrónica de almacenamiento de documentos.</li> </ul>     |
| 3    | Entrega listado de órdenes de verificación sanitaria por verificador sanitario.  | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos</li> </ul>  |
| 4    | Elabora las órdenes de verificación sanitaria conforme al análisis de la Unidad de Operación Sanitaria.  | Área de Sistemas de la Unidad de Operación Sanitaria (UOS) | <ul style="list-style-type: none"> <li>CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos</li> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> </ul> |
| 5    | Entrega las órdenes elaboradas a la UOS para su registro, integrando el listado de manejadores de alimentos fuera de rango, resaltando los establecimientos incluidos en la orden de verificación sanitaria. | Área de Sistemas de la UOS                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> </ul>   |
| 6    | Revisa y registra las órdenes de verificación sanitaria (vigilancia sanitaria) para su correspondiente control.  | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>  |
| 7    | ¿Están los datos correctos?<br>7.1 Si: Pasa a la actividad 8.<br>7.2 No: Solicita corrección de la orden de verificación sanitaria al Área de Sistemas de la UOS. Pasa a la actividad 4.                     | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>  |
| 8    | Presenta órdenes de verificación sanitaria (vigilancia sanitaria) ante el Coordinador Jurisdiccional para su firma.  | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> </ul>   |
| 9    | Recibe y sella las órdenes de verificación sanitaria (vigilancia sanitaria) y entrega al Verificador Sanitario designado.  | Unidad de Operación Sanitaria                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> <li></li> </ul>  |



## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad   | Responsable                   | Referencia   |
|------|---|-------------------------------|--|
| 10   | Recibe la orden de verificación sanitaria (vigilancia sanitaria) y firma de recibido la misma.  | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>  |
| 11   | Realiza la visita de verificación sanitaria identificando a quien(es) presentaron resultados de análisis clínicos fuera de rango.             | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificaciones oficiales</li> </ul>   |
| 12   | Revisa las actividades actuales que está desarrollando el personal verificado.  | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> <li>• Identificaciones Oficiales</li> </ul>   |
| 13   | ¿Está manipulando alimentos?<br>13.1 Si: Pasa a la actividad 14.<br>13.2 No: Pasa a la actividad 15.  | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> </ul>   |
| 14   | Solicita al encargado del establecimiento su separación del área de manera inmediata.   | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 15   | Solicita receta médica o comprobante de inicio de tratamiento médico.   | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> <li>• Receta médica</li> </ul>  |
| 16   | ¿No está en tratamiento médico?<br>16.1 Si: Pasa a la actividad 17.<br>16.2 No: Pasa a la actividad 18.                                       | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> </ul>   |
| 17   | Recomienda al encargado del establecimiento y al personal revisado su inmediata separación del área de producción.                            | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 18   | Cierra el acta de verificación sanitaria general con las observaciones correspondientes, solicitando la firma del interesado y de 2 testigos. | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 19   | Entrega las actas correspondientes debidamente requisitadas y firmadas a la Unidad de Operación Sanitaria.                                    | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de Verificación Sanitaria General</li> </ul>   |
| 20   | Actualiza el CJ02 Resumen de Trabajo con la información recibida por parte del verificador sanitario.   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ02 Resumen de Trabajo</li> <li>• CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> </ul> |
| 21   | Revisa la información recibida por parte del verificador sanitario.   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> </ul>                                    |
| 22   | ¿La persona revisada no está en tratamiento y manipulaba alimentos?<br>22.1 Si: Pasa a la actividad 23.<br>22.2 No: Pasa a la actividad 42.   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de verificación sanitaria general</li> </ul>   |

## Descripción Narrativa

| Núm. | Actividad  | Responsable                   | Referencia   |
|------|--|-------------------------------|--|
| 23   | Entrega al Área de Dictamen Sanitario las actas de verificación sanitaria general.   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria general</li> </ul>   |
| 24   | Analiza las actas de verificación sanitaria y determina la base legal que le corresponde.                                  | Área de Dictamen Sanitario    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria general</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> </ul>   |
| 25   | Emite el dictamen sanitario correspondiente, con plazo de cumplimiento para ser firmado por el Coordinador Jurisdiccional. | Área de Dictamen Sanitario    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de verificación sanitaria general</li> <li>Manual del Verificador Sanitario</li> <li>CJ03 Dictamen Sanitario.</li> </ul>               |
| 26   | Recibe y registra el dictamen sanitario firmado y lo pasa al área de notificaciones de la UOS.                             | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ03 Dictamen Sanitario.</li> </ul>   |
| 27   | Asigna verificadores y zonas de entrega de dictámenes sanitarios.  | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ03 Dictamen Sanitario.</li> </ul>   |
| 28   | Elabora y entrega las órdenes de notificación de dictamen sanitario.   | Área de Sistemas de la UOS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ04 Órdenes de Notificación</li> <li>CJ03 Dictamen Sanitario</li> </ul>  |
| 29   | Registra la información recibida y solicita firma del Coordinador Jurisdiccional en las órdenes de notificación.           | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ04 Órdenes de Notificación</li> <li>CJ03 Dictamen Sanitario.</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>                                  |
| 30   | Recibe y sella las órdenes de notificación y los dictámenes firmados y entrega al Verificador Sanitario.                   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ04 Órdenes de Notificación</li> <li>CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>                                |
| 31   | Entrega notificación y dictamen sanitario al establecimiento, solicitando fecha, nombre, firma y cargo de quien recibe.    | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ04 Orden de Notificación</li> <li>CJ03 Dictamen Sanitario</li> </ul>  |
| 32   | Presenta acuse de notificación firmada por el establecimiento a la Unidad de Operación Sanitaria.                          | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ04 Orden de Notificación (acuse)</li> <li>CJ03 Dictamen Sanitario</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>                             |
| 33   | Entrega listado de órdenes de verificación sanitaria por corrección de anomalías.  | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de establecimientos para verificación por corrección de anomalías</li> </ul>  |
| 34   | Genera nueva orden de verificación sanitaria (por corrección de anomalías)   | Área de Sistemas de la UOS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul> |
| 35   | Registra la información y solicita firma del Coordinador Jurisdiccional.   | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>CJ02 Resumen de Trabajo</li> <li>CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)</li> <li>CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> </ul> |

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad  | Responsable                   | Referencia   |
|------|--|-------------------------------|--|
| 36   | Recibe y sella las ordenes de verificación sanitaria (corrección de anomalías) firmadas y entrega documentación al Verificador Sanitario designado | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria).</li> <li>• CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> <li>• Fajilla de suspensión de actividades</li> </ul>                                   |
| 37   | Realiza la visita al establecimiento y revisa si existe cumplimiento.  | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ04 Ordenes de Notificación</li> <li>• Acta de verificación sanitaria por corrección de anomalías</li> <li>• CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul> |
| 38   | ¿El establecimiento no cumple?<br>38.1 Si: Pasa a la actividad 39.<br>38.2 No: Pasa a la actividad 40.   | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ04 Ordenes de Notificación</li> <li>• Acta de verificación sanitaria por corrección de anomalías</li> <li>• CJ03 Dictámenes Sanitarios</li> <li>• Manual del Verificador Sanitario</li> </ul> |
| 39   | Activa el protocolo de Suspensión de Actividades colocando la fajilla correspondiente.   | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ04 Orden de Notificación</li> <li>• CJ03 Dictamen Sanitario.</li> <li>• Fajilla de Suspensión de Actividades</li> </ul>   |
| 40   | Elabora acta de verificación sanitaria y entrega a la Unidad de Operación Sanitaria.   | Verificador Sanitario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ04 Orden de Notificación</li> <li>• Acta de verificación sanitaria por corrección de anomalías.</li> </ul>  |
| 41   | Registra las acciones de vigilancia sanitaria realizadas en la verificación de actividades del manejador de alimentos fuera de rango.              | Unidad de Operación Sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CJ02 Resumen de Trabajo</li> </ul>  |
|      | Fin  |                               |  |

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Diagrama de flujo**

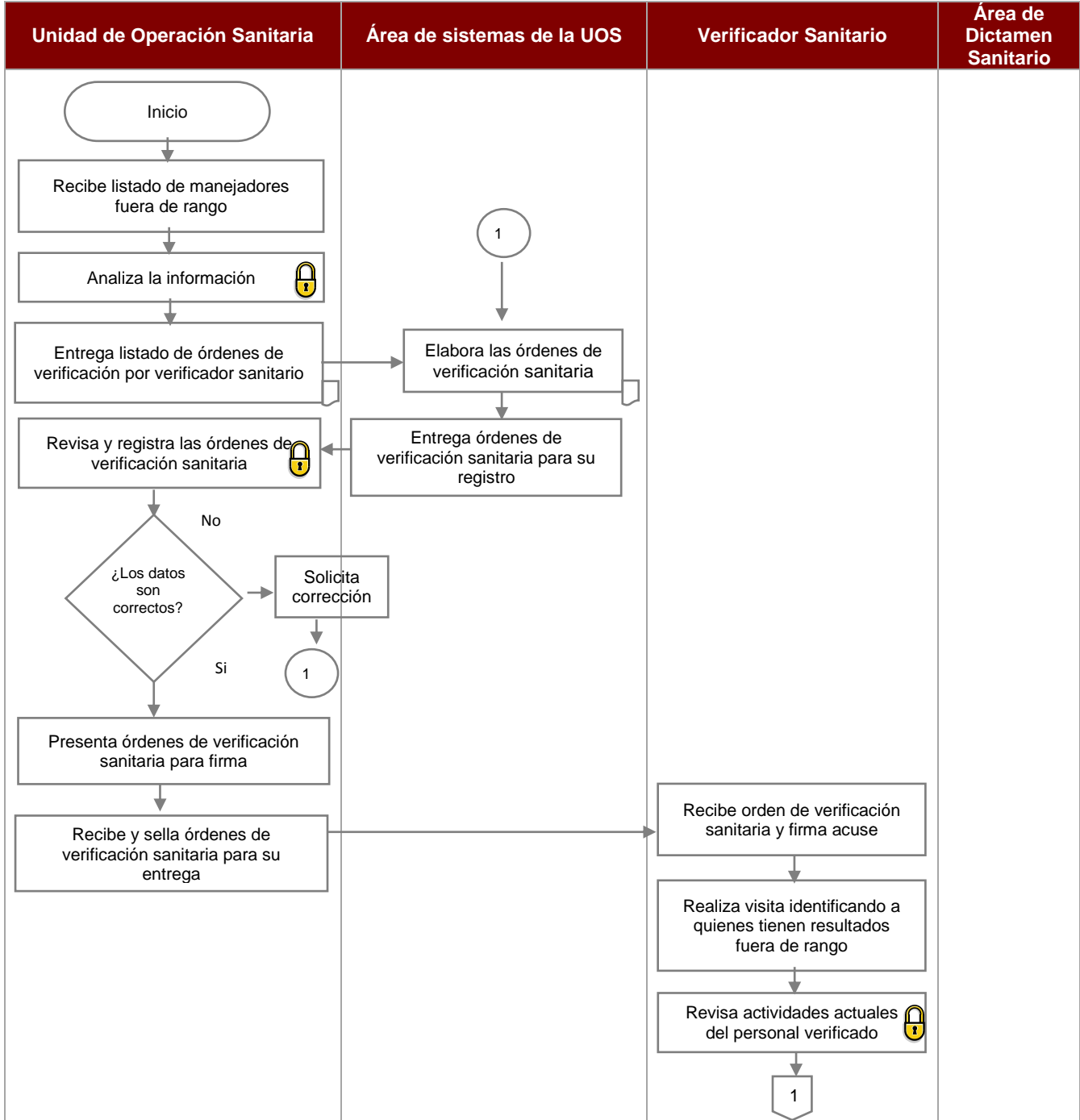


Diagrama de flujo

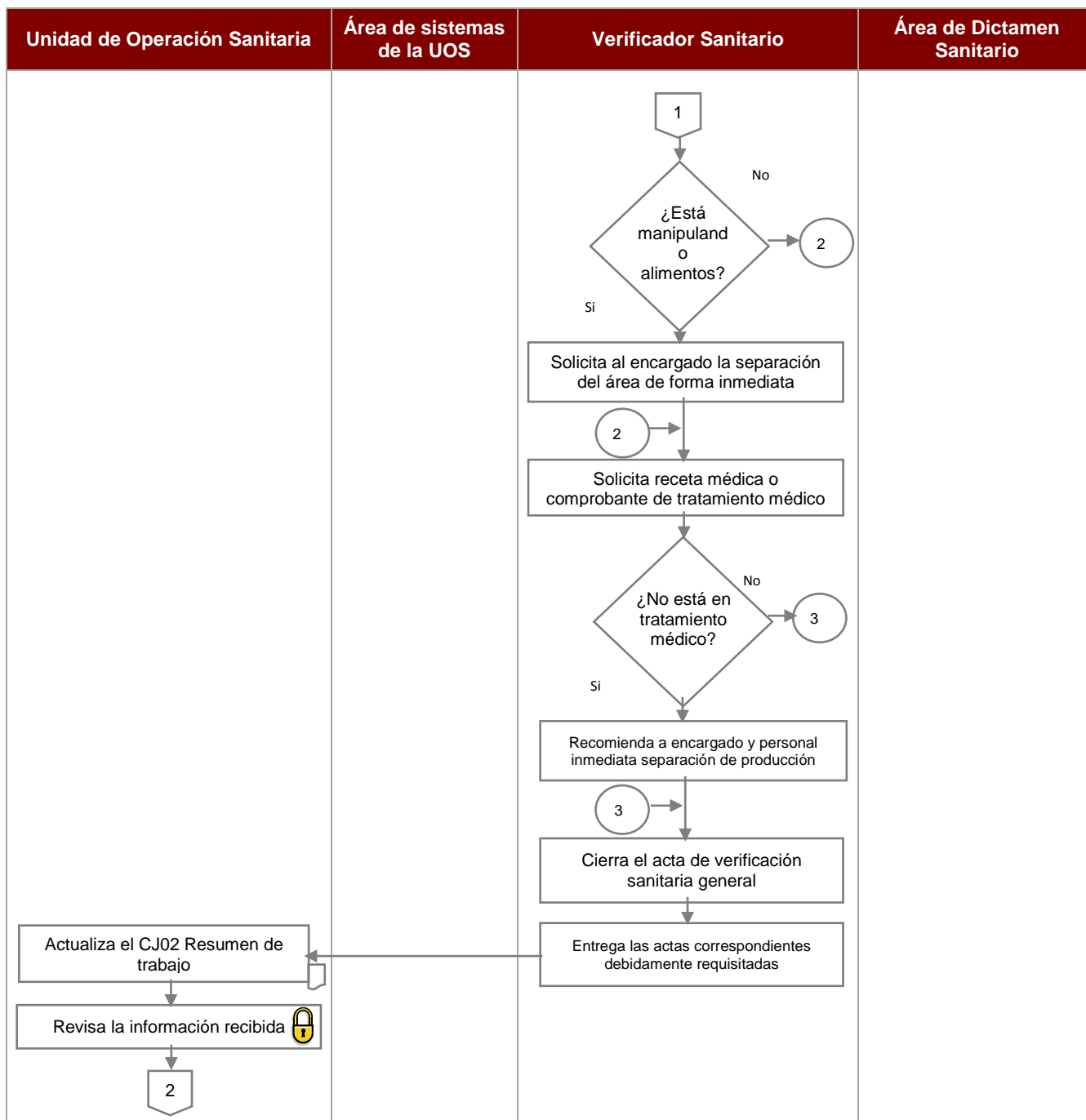


Diagrama de flujo

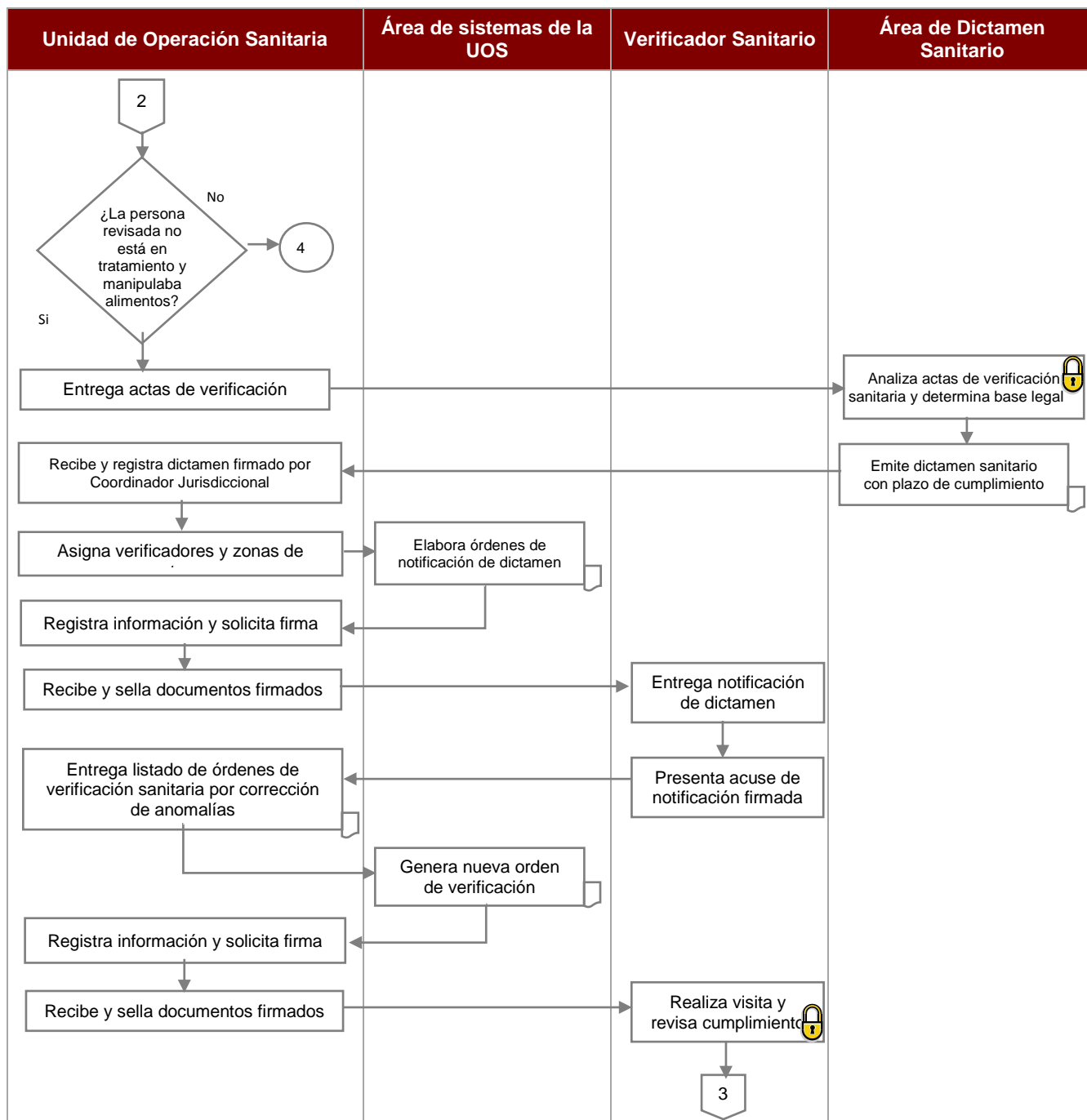
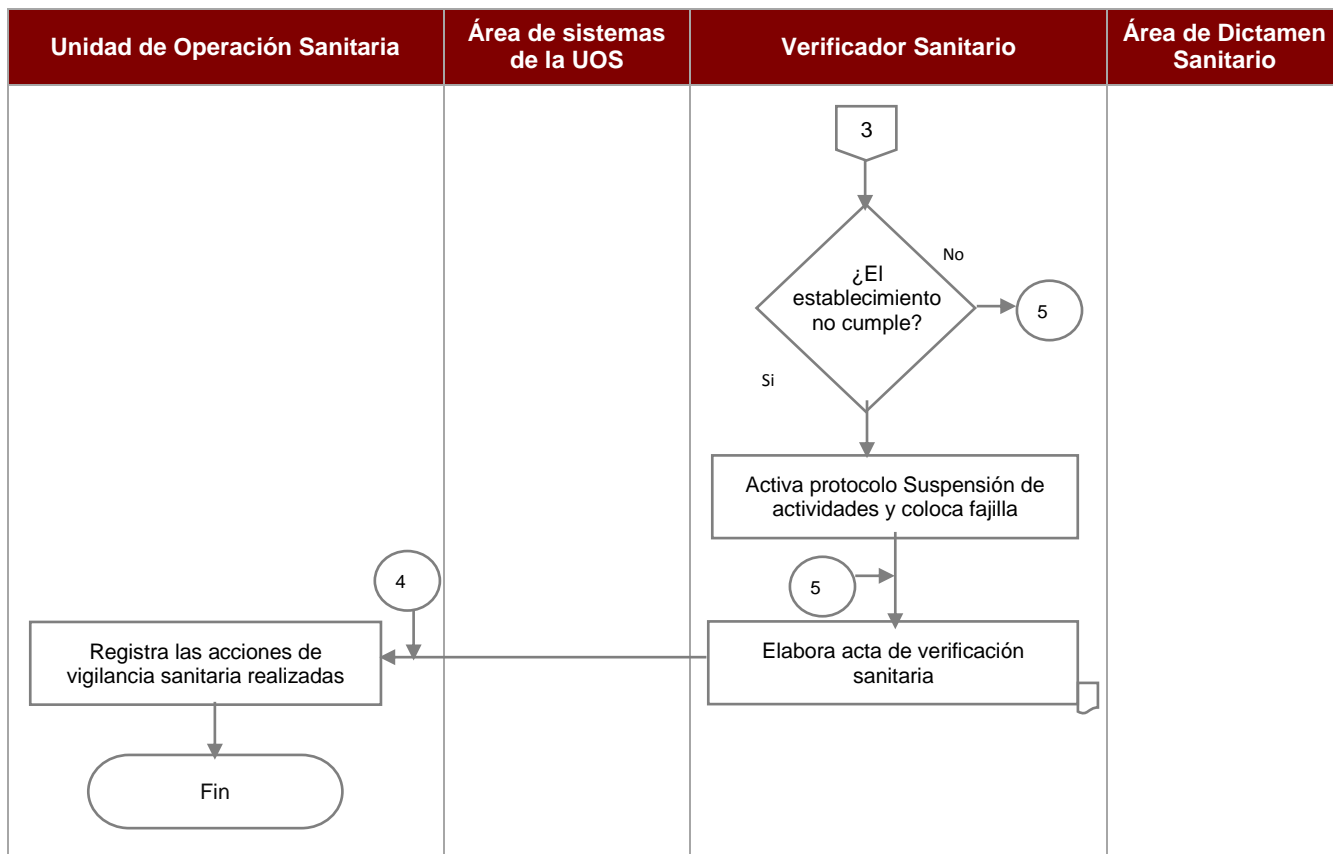


Diagrama de flujo



**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Indicadores**

| Indicador  | Meta |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|
|  | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Actos de Vigilancia Sanitaria aplicados</b><br>(Vigilancia Sanitaria a establecimientos que presentan manejadores de alimentos fuera de rango/ Manejadores de alimentos fuera de rango detectados) x100 | 98%  | 60%  | 60%  | 60%  | 60%  | 60%  |
| <b>Actos de vigilancia sanitaria emitidos a tiempo</b><br>(No. de actos de vigilancia realizados a tiempo/ No. de actos de vigilancia sanitaria realizados) x100   | 100% | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  | 90%  |
| <b>Dictámenes Sanitarios derivados Actos de vigilancia sanitaria aplicados</b><br>(No. dictámenes sanitarios emitidos/ No. de actos de vigilancia sanitaria realizados) x100                               | 100% | 60%  | 60%  | 60%  | 60%  | 60%  |

**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|---|--|-----------------------------------|-----------------|------------------|--|
| No existen garantías de la veracidad de los resultados de los análisis clínicos emitidos por los laboratorios que participan en el proceso al contar con una licencia sanitaria vigente (Faltan controles). | Elaboración de diagnóstico situacional para la toma de decisiones, en coordinación con operación sanitaria para conocimiento de los fundamentos que se revisan en las actas de verificación. | Dirección de Operación Sanitaria  | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Actas de verificación sanitaria</li> <li>Dictámenes sanitarios</li> </ul> |



**Verificación sanitaria en materia de servicios de salud  
(H460101 Control y fomento sanitario de establecimientos)**

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| <b>Clave:</b> | <b>Elaboración:</b> |
| COEPRIS/CJ/01 | MAYO 2019           |

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo         | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta  |
|-------------------|---|-----------------------|---|
| Auditoría del SGC | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año. |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio  | Fecha       |
|---------------|---|-------------|
| 0             | Nueva Creación  | 29/MAR/2019 |
| 1             | Se determina que el CIS comparte información de manejadores de alimentos fuera de rango a través de una plataforma electrónica de almacenamiento de documentos, por lo que se elimina del procedimiento la entrega del listado físico y del memorándum semanal sobre este rubro   | 22/FEB/2022 |
| 2             | Eliminación del apartado: Relación con trámites y servicios.<br>Cambio de formato, clave y en los apartados: Centros de distribución (pasa ahora a ser Áreas de aplicación), diagrama de flujo, indicadores, terminología (pasa ahora a ser Glosario de términos).<br>Se añaden los siguientes apartados: Descripción narrativa, Riesgos, Calidad del procedimiento y Anexos.<br>Modificación del alcance del procedimiento de acuerdo con las actividades descritas en la descripción narrativa.<br>Se agrega en políticas de operación la solicitud de identificación oficial con fotografía al personal verificado para asegurar su identidad.<br>Así mismo se especifican los formatos para la notificación de los dictámenes sanitarios CJ04 y el formato CJ02 para el registro de las acciones realizadas de vigilancia sanitaria sobre este procedimiento en específico. | 17/JUL/2024 |

|   |  |                       |                         |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| <b>Resoluciones inmediatas<br/>(Cuotas de recuperación)</b>   |  | <b>Clave:</b>         | <b>Elaboración:</b>     |
|   |  | COEPRIS/CJ/03         | JULIO 2024              |
| <b>Elabora:</b>   | Coordinación Jurisdiccional  | <b>Actualización:</b> | <b>No. de revisión:</b> |
| <b>Aprueba:</b>   | COEPRIS  | JULIO 2024            | 0                       |
| <b>Objetivo:</b>  | Regular las actividades de los usuarios que brinden servicios en materia de riesgos sanitarios a fin de garantizar que se realicen con apego a la normatividad aplicable, salvaguardando la salud de la población en Tamaulipas. |                       |                         |
| <b>Alcance:</b>   | Desde que registra al usuario y revisa los requisitos de resolución inmediata que solicita hasta que entrega la resolución inmediata al usuario con copia de pago de derechos.   |                       |                         |
| <b>Áreas de aplicación</b>  |  |                       |                         |
| Centro Integral de Servicios  |  |                       |                         |
| <b>Políticas o normas de operación</b>  |  |                       |                         |
| <p>La COEPRIS expide el documento oficial de resolución inmediata con base en la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y la Ley de Hacienda para el Estado de Tamaulipas, los cuales cuentan con vigencia correspondiente, a excepción de los permisos funerarios.</p> <p>Los documentos oficiales presentan folio y candados de seguridad previamente a su emisión, la firma del titular de la COEPRIS y del Coordinador Jurisdiccional.</p> <p>El tiempo de entrega de la resolución inmediata de trámite individual se encuentra dentro del rango de 20 minutos.</p> <p>Para el caso de trámites empresariales, es decir que tramiten de forma conjunta de 11 a más resoluciones, el tiempo de entrega dependerá de la cantidad total, teniendo como máximo 48 horas laborales a partir de la recepción del trámite.</p> <p>Las resoluciones inmediatas son clasificadas como Certificado de Manejador de Alimentos, Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas o Permiso Sanitario Funerario con requisitos específicos conforme a los lineamientos que los regulan.</p> <p>A la llegada de un usuario el Asesor del Centro Integral de Servicios debe recibir al usuario con el saludo institucional, determinado en el instructivo de trabajo IT/CIS01/2018/Políticas del Servicio del CIS</p> |  |                       |                         |
| <b>CERTIFICADO DE MANEJADOR DE ALIMENTOS</b>  |  |                       |                         |
| Requisitos:   |  |                       |                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Original o copia con QR para validación de Análisis Clínico de Laboratorio (Reacciones Febriles y Coproparasitológico Único con validez de 30 días posterior a toma de muestra, siempre y cuando los resultados de análisis de laboratorios estén dentro de los valores de referencia.)</li> <li>▪ Copia de identificación oficial</li> <li>▪ Comprobante de pago de derechos de Certificado de manejador de alimentos.</li> <li>▪ Fotografía digital del rostro en formato jpg, sin gorra y sin lentes</li> <li>▪ Adicional en tramites empresariales anexar:</li> <li>▪ Poder notarial que contempla razón social</li> <li>▪ Copia de identificación oficial del gestor.</li> <li>▪ Fotografía digital del personal debidamente identificadas en formato jpg en dispositivo USB</li> </ul>   |  |                       |                         |
| <b>CONSTANCIA SANITARIA</b>   |  |                       |                         |
| Requisitos por <b>primera vez:</b>  |  |                       |                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aviso de Funcionamiento de la plataforma DIGIPRIS.</li> <li>▪ Copia de identificación oficial del propietario.</li> <li>▪ Original y Copia Carta de anuencia.</li> <li>▪ Comprobante de pago de derechos de constancia sanitaria y vista petición de parte control sanitario.</li> <li>▪ Escrito libre de solicitud de visita petición de parte control sanitario.</li> </ul>  |  |                       |                         |

**Políticas o normas de operación****Requisitos por renovación:**

- Copia de identificación oficial del propietario
- Copia de constancia sanitaria anterior
- Copia de licencia de funcionamiento para establecimiento de bebidas alcohólicas anterior.
- Comprobante de pago de derechos de constancia sanitaria.
  - ✓ **Persona moral**
    - Copia de acta constitutiva
    - Copia de Poder notarial
    - Copia de identificación del representante legal.
  - ✓ **Usuario Gestor**
    - Carta poder simple con copia de identificación oficial del otorgante-apoderado y dos testigos.

**PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS****Requisitos:**

- Formato de solicitud debidamente llenada según aplique para cada trámite.
- Copia de identificación oficial del solicitante disponente originario o secundario.
- Copia del certificado de defunción y/o acta de defunción según sea el caso.
- Original de carta de embalsamamiento según sea el caso.
- Título de propiedad de la fosa según sea el caso.
- Escrito libre dirigido al Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Tamaulipas en caso de solicitud de exhumación el cual deberá indicar atribución y destino final de los restos.
- Comprobante de pago de derechos de Permiso Sanitario funerario de inhumación, traslado, cremación o exhumación, según sea el caso.
  - **Usuario Agente Funerario**
- Carta poder simple con copia de identificación oficial del otorgante-apoderado y dos testigos.

**No proceden las solicitudes de los Permisos Sanitarios de Cremación cuando el certificado de defunción señale que la causa de fallecimiento es por un hecho violento.**

El asesor CIS en conjunto con el usuario verifica la información proporcionada de los requisitos a fin de evitar correcciones posteriores que le puedan generar al mismo un pago de derechos adicional ante una solicitud de modificación.

En casos eventuales en que el Usuario acuda al CIS sin documentación anterior de resolución inmediata se brinda el servicio de búsqueda en los archivos que cuenta la Coordinación Jurisdiccional correspondiente a dicho trámite, que, obteniendo resultado favorable, debe efectuar un pago de derechos para otorgamiento de copia simple.

El pago previo del trámite no determina la aceptación de la gestión por parte de la COEPRIS; es indispensable que se presente la documentación ante el CIS, antes de realizar el pago, para su debida revisión con el objeto de garantizar la regulación sanitaria del establecimiento.

Los motivos por los que se podrá cancelar una Resolución Inmediata se encuentran establecidos en el IT/CIS02/2018 Control de Servicio No Conforme CIS y son:

- Error en captura por parte del asesor CIS
- Error del sistema gestor
- Error de impresión o ilegibilidad

La recepción, asesoría personal y emisión de Resoluciones Inmediatas son exclusivamente de facultad del asesor CIS de las Coordinaciones Jurisdiccionales de la COEPRIS.

Una vez revisada e integrada la documentación para una resolución inmediata, el CIS envía el expediente a la Coordinación Jurisdiccional que corresponda para su almacenamiento por el periodo de conservación legal y/o el tratamiento que dé lugar. Así mismo, envía las boletas de pago de derechos originales con el escaneo de su respectiva resolución inmediata al área administrativa de la Coordinación Jurisdiccional.

**Resoluciones inmediatas  
(Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/CJ/03

JULIO 2024

**Descripción Narrativa**

| Núm. | Actividad   | Responsable                         | Referencia  |
|------|---|-------------------------------------|---|
|      | Inicio  |                                     |   |
| 1    | Registra al usuario y revisa los requisitos de resolución inmediata que solicita.   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Gestor</li> <li>• Requisitos</li> </ul>                                  |
| 2    | Da atención al usuario para resolución inmediata.   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• COEPRIS/OC/CJ04</li> <li>• COEPRIS/OC/CJ05</li> <li>• COEPRIS/OC/CJ06</li> </ul> |
| 3    | Valida (entrevista y cotejo de documentación)   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/CIS03/2018</li> </ul>   |
| 4    | ¿Es correcta la información?<br>4.1 Si: Pasa a la actividad 5.<br>4.2 No: Informa al usuario que es necesario complementar documentación. Pasa a fin. | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/CIS04/2018</li> <li>• IT/CIS05/2018</li> </ul>                                |
| 5    | Genera boleta de pago de derechos y usuario define si se requiere factura.  | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Página de Finanzas de Gobierno del Estado</li> </ul>                             |
| 6    | Sugiere a usuario opción de pago, ya sea por terminal bancaria o si acude al banco a realizar pago en efectivo.                                       | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/CIS02/2019</li> </ul>   |
| 7    | Sella la documentación aprobatoria.   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/CIS02/2019</li> </ul>   |
| 8    | Captura la información para la emisión de resolución inmediata.   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Gestor</li> </ul>  |
| 9    | Entrega la resolución inmediata al usuario con copia de pago de derechos.   | Asesor Centro Integral de Servicios | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT/CIS03/201</li> </ul>  |
|      | Fin   |                                     |   |

Resoluciones inmediatas  
(Cuotas de recuperación)

Clave:

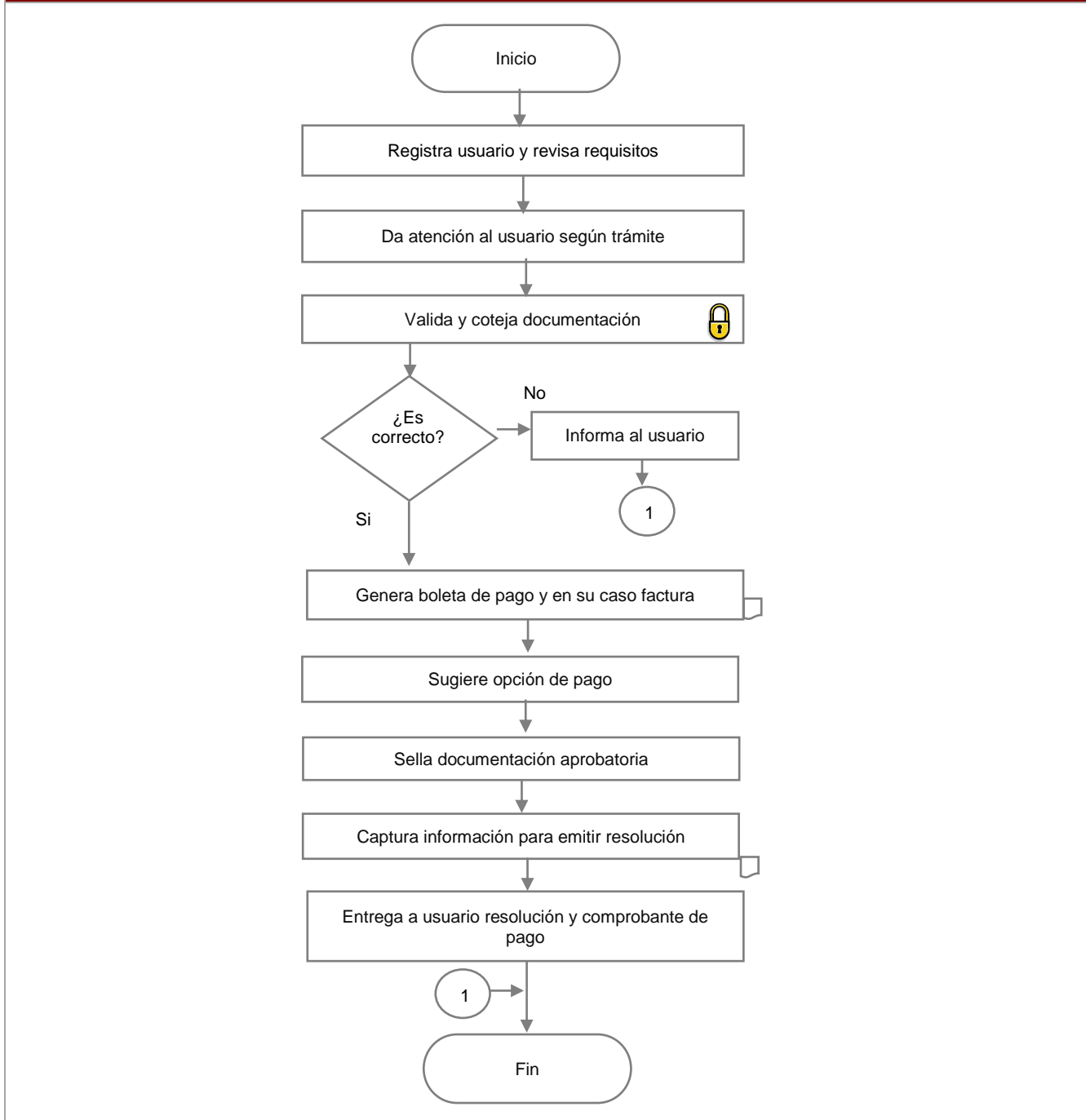
Elaboración:

COEPRIS/CJ/03

JULIO 2024

Diagrama de flujo

Asesor CIS



**Resoluciones inmediatas  
(Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/CJ/03

JULIO 2024

**Indicadores**

| Indicador   | Meta |      |      |      |      |      |
|---|------|------|------|------|------|------|
|   | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| <b>Certificados de manejadores de alimentos</b><br>(No. certificados de manejadores de alimentos emitidos / No. certificados de manejadores de alimentos emitidos en el año inmediato anterior) x100                | 94%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| <b>Constancias sanitarias de bebidas alcohólicas</b><br>(No. Constancias sanitarias de bebidas alcohólicas emitidas / No. Constancias sanitarias de bebidas alcohólicas emitidas en el año inmediato anterior) x100 | 91%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| <b>Permisos sanitarios funerarios</b><br>(No. Permisos sanitarios funerarios emitidos / No. Permisos sanitarios funerarios emitidos en el año inmediato anterior) x 100   | 94%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Resoluciones inmediatas  
(Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/CJ/03

JULIO 2024

**Riesgos**

| Factor de Riesgo  | Descripción de la acción de control  | Unidad administrativa responsable                | Fecha de inicio | Fecha de término | Medios de Verificación   |
|---|--|--|-----------------|------------------|--|
| Falta de monitoreo y supervisión de los procesos de resolución inmediata de los CIS | Ejecución del Programa de Monitoreo de expedientes en las 12 coordinaciones jurisdiccionales a través de muestra representativa. | Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria | 01 enero        | 31 diciembre     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nube</li> <li>▪ Correo electrónico</li> <li>▪ Revisión de expedientes solicitados para monitoreo</li> </ul> |

**Resoluciones inmediatas  
(Cuotas de recuperación)**

**Clave:**

**Elaboración:**

COEPRIS/CJ/03

JULIO 2024

**Calidad del procedimiento**

| Mecanismo  | Descripción   | Periodo de aplicación | Meta   |
|--|---|-----------------------|--|
| Auditoría del SGC  | Para la certificación bajo la norma ISO 9001:2015, de manera anual se realizan auditorías por parte de una empresa certificadora y auditorías internas por personal de la COEPRIS a fin de verificar el cumplimiento del desarrollo del procedimiento con base en lo establecido en el presente documento. Derivado de ello se emite un reporte de auditoría en el que se realizan observaciones sobre el desarrollo del procedimiento. | Anual                 | Auditar el procedimiento al menos una vez al año.                                    |
| Monitoreo de Resoluciones Inmediatas (Supervisión a nivel central) | Se realiza la revisión del 2% de los trámites de resoluciones inmediatas emitidas a fin de corroborar que se integren de manera adecuada los expedientes y se capturen en el Sistema Gestor.  | Mensual               | 70% de los expedientes revisados completos relativos al 2% monitoreado del universo. |
| Encuesta de satisfacción de usuarios                               | Percepción de satisfacción en trámites y servicios del estado.  | Mensual               | 90% de satisfacción ciudadana  |

**Control de cambios**

| No. de cambio | Descripción del cambio | Fecha       |
|---------------|------------------------|-------------|
| 0             | Nueva Creación         | 17/JUL/2024 |

**Glosario de términos**


1. **Administrador (CJ / DSIM):** Personal operativo que realiza funciones en materia de gestión de control de recursos humanos, materiales y financieros, ante el Departamento Administrativo de COEPRIS Oficina Central, que pueden ser de las Coordinaciones jurisdiccionales o del Departamento de Sanidad Internacional Marítima.
2. **AFAC:** Agencia Federal de Aviación Civil.
3. **Agencia naviera:** Representante legal de los propietarios de las embarcaciones en el país encargados de facilitar ante autoridades los documentos concernientes ante una posible visita.
4. **Agua de contacto:** Es el agua de las playas que usan los bañistas a modo recreativo.
5. **Agua para uso y consumo humano:** aquella que no causa efectos nocivos a la salud y que no presenta propiedades objetables o contaminantes en concentraciones fuera de los límites permisibles y que no proviene de fuentes de aguas residuales tratadas
6. **Alerta epidemiológica:** Evento epidemiológico que representa un daño inminente a la salud de la población y/o de trascendencias social, frente al cual es necesario ejecutar acciones de salud inmediatas y eficaces, a fin de minimizar o contener su ocurrencia.
7. **Almacén central:** unidad de recepción de material y activos de la secretaria de salud de Tamaulipas.
8. **Análisis y/o determinación:** Proceso de laboratorio, mediante el cual se conoce la concentración del parámetro enterococos intestinales en una muestra de agua de mar.
9. **Analito:** Componente de la muestra cuya concentración se busca en un análisis químico.
10. **Área capacitadora:** Personal de la COEPRIS facultado(s) por experiencia para coordinar y/o impartir cursos, perteneciente(s) a las Áreas de la COEPRIS.
11. **Áreas de la COEPRIS:** Distintas Direcciones y Departamentos que integran la COEPRIS Oficina Central, incluyendo la Oficina del Comisionado y Coordinaciones Jurisdiccionales.
12. **Áreas de Oficina Central:** Distintas Direcciones, Departamentos y Áreas que integran la COEPRIS Oficina Central.
13. **Área de Pilotos del Puerto:** Departamento de Pilotos del puerto, que está encargada en conjunto con la capitanía de puerto y la agencia naviera de llevar a cabo la programación de ingreso a puerto de las embarcaciones y de brindarles el servicio por medio de su personal para ingresar el navío de manera segura al puerto.
14. **Autoridades competentes:** Son las dependencias y entidades de los tres niveles de gobierno, que pudieran informar de una emergencia ocurrida en el estado, por ejemplo: Coordinación General de Protección Civil, Secretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente, SEDENA, SEMAR, PROFEPA y/o COFEPRIS, entre otros.
15. **Boleta de Pago:** Documento generado a través de la Página de Finanzas para el pago del trámite.
16. **Brigada:** Son grupos de servidores públicos organizados y capacitados para la atención a las emergencias, que son responsables de combatirlos de manera preventiva o ante eventualidades de un alto riesgo, siniestro o desastre.
17. **Calidad sanitaria de agua de mar:** Se refiere al grado de concentración de enterococos en agua de mar que permite evaluar el límite máximo permisible, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la COFEPRIS y a la NMX-AA-120-2016.
18. **CAM:** Centro de Atención y Monitoreo.
19. **CEMTR:** Convenio Específico de Transferencia en Materia de Recursos.
20. **CD:** Disco compacto para almacenamiento de información digital.
21. **CGC:** Comité de Gestión de Calidad; Grupo de personas que se reúne periódicamente para la planeación, organización, toma de decisiones y seguimiento de acuerdos, con la finalidad de contribuir al mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
22. **CIS:** Centro Integral de Servicios.
23. **CJ:** Coordinación Jurisdiccional.



24. **Código QR:** (Del inglés Quick Response code), es la evolución del código de barras. Es un módulo para almacenar información en una matriz de datos o en un código de barras bidimensional. La matriz se lee en el dispositivo móvil por un lector específico, y de forma inmediata nos lleva a una aplicación en Internet, un mapa de localización, un correo electrónico, una página web o un perfil en una red social.
25. **COEPRIS:** Comisión Estatal para la protección contra Riesgos Sanitarios.
26. **COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
27. **Comité local de playas:** conformado por autoridades federales, estatales y municipales que tienen como propósito vigilar y hacer cumplir la normatividad aplicable para la conservación y buen uso de las playas.
28. **Coordinaciones Jurisdiccionales:** Oficinas de la COEPRIS ubicadas en las Jurisdicciones de Victoria, Tampico, Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo, Mante, San Fernando, Jaumave, Miguel Alemán, Valle Hermoso, Padilla y Altamira.
29. **CRL:** Cloro Residual Libre.
30. **DA:** Departamento Administrativo.
31. **DALS:** Departamento de Autorizaciones de Licencias Sanitarias.
32. **DEAS:** Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria.
33. **DEMRS:** Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios.
34. **Desinsectación:** Procedimiento mediante el cual se adoptan medidas sanitarias para controlar o eliminar insectos vectores de enfermedades humanas en equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales. (RSI)
35. **DFRP:** Departamento de Factores de Riesgo Poblacional.
36. **Dictamen Sanitario:** Opinión o juicio que se emite como resultado de la evaluación de las actas de verificación, los resultados de los análisis de laboratorio o la documentación que acompaña la solicitud de una autorización sanitaria.
37. **DJC:** Departamento Jurídico y Consultivo.
38. **DMRS:** Departamento de Manejo de Riesgos Sanitarios.
39. **DN:** Dentro de Norma.
40. **Documento oficial:** Es un documento preimpreso que se utiliza para la resolución de un trámite o servicio y que, por su incidencia en el proceso de recaudación de ingresos, adquiere un valor público.
41. **DOS:** Dirección de Operación Sanitaria.
42. **DSI:** Dirección de Sanidad Internacional.
43. **DSIM:** Departamento de Sanidad Internacional Marítima
44. **ECSFS:** Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario.
45. **Enlace Federal:** Personal de la COEPRIS Tamaulipas que funge como canal de comunicación entre la COFEPRIS y la COEPRIS.
46. **Enterococos:** Bacterias de origen fecal que son muy comunes en el agua de uso recreativo que pueden causar enfermedades a los usuarios de playas cuando no se tiene un control de las descargas que proceden de las actividades humanas.
47. **Entradas de la revisión por la Dirección:** Información relativa al desempeño del SGC, obtenida de la aplicación de distintos factores y generada por las áreas responsables de los procesos.
48. **ETA:** (Estimated Time of Arrival – Hora estimada de llegada) documento emitido por la Administración portuaria correspondiente, por medio de la cual presenta los detalles de la programación del buque y la misma se comunica a las autoridades pertinentes sobre el tiempo estimado de arribo de la embarcación al área de fondeadero.
49. **Fajilla de Suspensión de Actividades:** documento que es utilizado por la Coordinación Jurisdiccional, a través de los verificadores sanitarios, para llevar a cabo la suspensión de trabajos o servicios en establecimientos que infrinjan la normatividad en materia sanitaria.
50. **Felicitación:** Manifestación de satisfacción por los servicios recibidos.

51. **Ficha de capacitación:** Ficha técnica de las capacitaciones a realizar, donde se describe la modalidad, alcance, objetivo y fechas de estas.
52. **FN:** Fuera de Norma.
53. **Fondo revolvente:** Asignación de recurso a la unidad de COEPRIS Oficina Central y a las Coordinaciones Jurisdiccionales.
54. **Gabinete de Rayos X:** Establecimiento de diagnóstico médico que operan con equipos de radiografía convencional, mastógrafos, fluoroscopia, tomografía o panorámica dental.
55. **Grifo o válvula:** instrumento o accesorio con manivela que al ser accionado abre, regula y cierra el flujo de agua en su punto de salida.
56. **INE:** Instituto Nacional Electoral.
57. **INM:** Instituto Nacional de Migración.
58. **ISO:** (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO).
59. **LESPT:** Laboratorio Estatal de Salud Pública de Tamaulipas.
60. **Libre plática:** Autorización a una embarcación para entrar a un puerto, embarcar o desembarcar, descargar o cargar suministros o carga. (RSI)
61. **Licencia Sanitaria:** Documento que autoriza a un establecimiento de diagnóstico médico (público o privado) requieran para iniciar operaciones con un Gabinete de Rayos X.
62. **Líder del Programa CMA:** Encargado a nivel estatal del Programa Calidad Microbiológica de Alimentos.
63. **Liga:** Enlace que establece un vínculo con una página web para registro o evaluación.
64. **Límite máximo permisible:** Es el valor más alto que solicita una determinada norma o lineamiento para clasificar como aceptable para uso recreativo una playa.
65. **Manejador de alimentos fuera de rango:** Persona que se encuentra laborando en establecimiento realizando actividades de procesamiento de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios y que en sus análisis clínicos se detecte la presencia de parasitosis y/o salmonelosis.
66. **Monitoreo de Documentos Oficiales:** Área que se encarga de la distribución y monitoreo de los documentos oficiales, incluyendo los cancelados para su buen control y manejo adecuado, dependiente de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria.
67. **NMP:** Método del Número Más Probable, con el cual se puede hacer una estimación de la cantidad de bacterias coliformes totales y fecales por mililitro de agua
68. **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
69. **Notificación:** Acto mediante el cual se le informa al usuario del resultado del dictamen, pudiendo ser sin apercibimiento, cuando el dictamen señala que está dentro de norma y, con apercibimiento cuando se señala que está fuera de norma.
70. **Nube:** La computación en la nube, conocida también como servicios en la nube, informática en la nube, nube de cómputo o simplemente «la nube», es el uso de una red de servidores remotos conectados a internet para almacenar, administrar y procesar datos, servidores, bases de datos, redes y software.
71. **OC:** Oficina del Comisionado.
72. **OMA:** Organización Mundial de Aduanas.
73. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
74. **Operador del CAM:** personal del CAM que opera las líneas de atención telefónica, encargados de brindar la atención requerida por los medios pertinentes.
75. **Organismo operador:** instancia responsable de operar, mantener y administrar el sistema de abastecimiento.
76. **Parámetro:** a la característica del agua que se evalúa o mide.
77. **PCAC:** Programa de Capacitación Anual para la COEPRIS.
78. **PCSFS:** Programa de Capacitación del Sistema Federal Sanitario.


79. **Personal participante:** Personal de las diversas áreas de la COEPRIS que participan de la capacitación.
80. **PIS:** Puerto Inteligente Seguro.
81. **Playa limpia:** Es el grado que otorga la NMX-AA-120-2016 a las playas que cumplen con las especificaciones y requisitos de sustentabilidad de playas.
82. **P.P.M:** Partes por millón.
83. **Preservación de la muestra:** al proceso y medidas por los cuales, se reducen al mínimo los cambios de las características de la muestra durante el tiempo que transcurre entre el muestreo y el análisis.
84. **Punto de muestreo:** posición precisa en una zona determinada donde son tomadas las muestras.
85. **Queja de servicio:** Expresión de insatisfacción hecha a una organización o proceso por percibir un servicio no agradable por parte del usuario.
86. **Queja sanitaria:** Tiene por objeto poner en conocimiento de la COEPRIS los hechos actos u omisiones en materia sanitaria, que, según la perspectiva del denunciante, provoque un daño a la salud de la población o le represente un riesgo.
87. **Reportes CMA:** Formatos de reporte enviados mensualmente por los Responsables del Programa CMA y la Líder del Programa CMA, los cuales incluyen los formatos: Acciones de control, Vigilancia y control sanitario, Seguimiento a muestras fuera de especificación y Muestreo brucella.
88. **Responsable de Rayos X:** Personal de COEPRIS Oficina Central responsable de la dictaminación documental y emisión de las resoluciones y/o autorizaciones sanitarias de Rayos X.
89. **Responsable de recepción de trámite:** Personal responsable de recibir los requisitos y solicitud de los trámites, quienes pueden ser: Personal del CIS así como de Ingeniería Sanitaria de las Coordinaciones Jurisdiccionales y Departamento de Sanidad Internacional Marítima.
90. **Responsable del CIS:** Persona encargada del Centro Integral de Servicios.
91. **Responsable del Programa CMA:** Encargado en la Coordinación Jurisdiccional de ejecutar las acciones programadas y proporcionar los avances al Líder del Programa CMA.
92. **RETyS:** Registro Estatal de Trámites y Servicios.
93. **Revisión por la Dirección:** Es una herramienta de análisis para la evaluación integral del desempeño del SGC, por medio de la cual, el CGC se asegura de la idoneidad, la adecuación, la eficiencia y la alineación continuas con la dirección estratégica de la COEPRIS.
94. **ROF:** Responsable de la Operación y Funcionamiento de una unidad médica que utiliza fuentes de radiación para fines médicos y de diagnóstico.
95. **RPBI:** Residuo Peligroso Biológico Infeccioso.
96. **RSI:** Reglamento Sanitario Internacional.
97. **Salidas de la revisión por la Dirección:** Se refiere a los acuerdos y compromisos contraídos derivados del análisis de la información entrante para la Revisión por la Dirección.
98. **Saludo Institucional:** Saludo específico con el que el personal del CIS recibe al usuario para la gestión de su trámite o servicio.
99. **SEMARNAT:** Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.
100. **SENASICA:** Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria.
101. **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.
102. **SIMA:** Sistema de Monitoreo de Agua.
103. **Sistema de abastecimiento de agua:** al conjunto intercomunicado o interconectado de fuentes de abastecimiento, obras de captación, plantas potabilizadoras, tanques de almacenamiento y regulación, líneas de conducción y distribución, incluyendo vehículos cisterna, que abastece de agua para uso] y consumo humano.
104. **Sistema Federal Sanitario:** Integrado por la COEPRIS y las autoridades equivalentes u homólogas en las entidades federativas con las que se haya suscrito.
105. **Sistema Gestor:** Sistema electrónico de la COEPRIS para la captura de trámites de resolución inmediata.

106. **SOLPED:** Solicitud de Pedido.
107. **SSA:** Secretaría de Salud.
108. **SST:** Servicios de Salud de Tamaulipas.
109. **STEAP:** Sistema de Transferencia Electrónica de Avance de Proyectos.
110. **Sugerencia:** Planteamiento de ideas para mejorar la calidad de los servicios que presta un proceso, subproceso o procedimiento, su eficacia o eficiencia.
111. **UEAS:** Unidad de Evaluación y Autorización Sanitaria.
112. **UEMRS:** Unidad de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios.
113. **UOS:** Unidad de Operación Sanitaria.
114. **USDA:** (United States Department of Agriculture) Departamento de Agricultura de Estados Unidos.
115. **Vale de salida de almacén:** Block de formatos foliados en 7 tantos (controlados por el Jefe del Departamento de Almacén Central, para ser entregado a las dependencias, departamentos, áreas de la secretaria de salud de Tamaulipas).
116. **Vectores:** Todo insecto u otro animal que normalmente sea portador de un agente infeccioso que constituya un riesgo para la salud pública.
117. **Verificación Sanitaria:** Es el acto de autoridad por medio del cual se realiza la vigilancia sanitaria con el propósito de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales.
118. **Vigilancia Sanitaria:** Conjunto de acciones para llevar a cabo la constatación física o inspección de productos, procesos o servicios a lo largo de la cadena de producción y comercialización y su comparación contra los requisitos establecidos en la normatividad correspondiente para evaluar su cumplimiento.
119. **WTSP:** Aplicación de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes utilizada para enviar mensajes, fotografías, videos, enlaces y documentos de forma económica y al momento.
120. **Zona de riesgo sanitario:** Aquellas zonas definidas por el área de Epidemiología que representen un riesgo sanitario.
121.  : Actividades de verificación y revisión del procedimiento para el aseguramiento del producto o servicio.

**Anexos**

**Comité de gestión de calidad - Revisión por la dirección COEPRIS/OC/01**

**Anexo 1. OC-SGC-05 Calendario de Revisiones por la Dirección**



**Tamaulipas**  
Gobierno del Estado

*COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS*  
**CALENDARIO DE REVISIONES POR LA DIRECCIÓN**

AÑO: \_\_\_\_\_  
Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_

OC-SGC-05

|                   |                |                  |                  |
|-------------------|----------------|------------------|------------------|
| <b>ENERO</b>      | <b>FEBRERO</b> | <b>MARZO</b>     | <b>ABRIL</b>     |
|                   |                |                  |                  |
| <b>MAYO</b>       | <b>JUNIO</b>   | <b>JULIO</b>     | <b>AGOSTO</b>    |
|                   |                |                  |                  |
| <b>SEPTIEMBRE</b> | <b>OCTUBRE</b> | <b>NOVIEMBRE</b> | <b>DICIEMBRE</b> |
|                   |                |                  |                  |

COMENTARIOS:

- 
- 
-

\_\_\_\_\_  
**Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
**Responsable del SGC COEPRIS**  
(nombre y firma)

1:31/MAYO/2023

Comité de gestión de calidad - Revisión por la dirección COEPRIS/OC/01

Anexo 2. OC-SGC-06 Resultados de la Revisión por la Dirección



COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
RESULTADOS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

OC-SGC-06

Fecha de la Revisión por la Dirección \_\_\_\_\_

| OPORTUNIDADES DE MEJORA                     |  |
|---|--|
| 1.-   |  |
| 2.-   |  |
| 3.-   |  |
| CAMBIOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD |  |
| 1.-   |  |
| 2.-   |  |
| 3.-   |  |
| NECESIDADES DE RECURSOS                     |  |
| 1.-   |  |
| 2.-   |  |
| 3.-   |  |
| OTROS                                       |  |
| 1.-   |  |
| 2.-   |  |
| 3.-   |  |

- En cada caso, incluir responsable y fecha compromiso.
- Se entrega copia del documento a cada miembro del CGC; el original lo conserva el Responsable del SGC.

COMISIONADO ESTATAL PARA LA  
PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
(Nombre y Firma)

RESPONSABLE DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE CALIDAD  
(Nombre y firma)

Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo 3. CAP03 Programa Anual de Capacitación



Programa de Capacitación Anual  
para la COEPRIS (AÑO)  
CAP03

| No. | Evento | Clasificación | Área que imparte | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|-----|--------|---------------|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 3.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 4.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 5.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 6.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 7.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 8.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 9.  |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 10. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 11. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 12. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 13. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 14. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 15. |        |               |                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

**NOMBRE**  
Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**NOMBRE**  
Responsable de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad

**NOMBRE**  
Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario en Tamaulipas

Nota: El Programa de Capacitación Anual para la COEPRIS (AÑO), no es restrictivo ni limitativo, por lo que se pueden incluir, reprogramar o cancelar eventos; los cuales podrán ser presenciales o virtuales, según lo determine el área que imparte.

**TERMINOLOGÍA**  
 OC: Oficina Central  
 CJ: Coordinaciones Jurisdiccionales  
 OF. COM: Oficina del Comisionado  
 DA: Departamento Administrativo  
 DEAS: Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria  
 DOS: Dirección de Operación Sanitaria  
 DEMRS: Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios  
 DSI: Dirección de Sanidad Internacional

Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo 4. CAP05 Lista de Asistencia Capacitaciones



LISTA DE ASISTENCIA  
CAPACITACIONES  
CAP05

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_ PONENTE: \_\_\_\_\_ SEDE: \_\_\_\_\_  
OBJETIVO: \_\_\_\_\_  
PROYECTO O PROGRAMA: \_\_\_\_\_

| No. | NOMBRE | ÁREA | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA<br>DÍA 1 | FIRMA<br>DÍA 2 |
|-----|--------|------|--------------------|----------------|----------------|
| 1.  |        |      |                    |                |                |
| 2.  |        |      |                    |                |                |
| 3.  |        |      |                    |                |                |
| 4.  |        |      |                    |                |                |
| 5.  |        |      |                    |                |                |
| 6.  |        |      |                    |                |                |
| 7.  |        |      |                    |                |                |
| 8.  |        |      |                    |                |                |
| 9.  |        |      |                    |                |                |
| 10. |        |      |                    |                |                |



Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo 5. CAP06 Lista de Registro para Capacitaciones Virtuales



LISTA DE REGISTRO PARA  
CAPACITACIONES VIRTUALES  
CAP06

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 HORA: \_\_\_\_\_ PONENTE: \_\_\_\_\_  
 OBJETIVO: \_\_\_\_\_  
 PROYECTO O PROGRAMA: \_\_\_\_\_ COORDINACIÓN: \_\_\_\_\_

| No. | NOMBRE | ÁREA | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
|-----|--------|------|--------------------|-------|
| 1.  |        |      |                    |       |
| 2.  |        |      |                    |       |
| 3.  |        |      |                    |       |
| 4.  |        |      |                    |       |
| 5.  |        |      |                    |       |
| 6.  |        |      |                    |       |
| 7.  |        |      |                    |       |
| 8.  |        |      |                    |       |
| 9.  |        |      |                    |       |
| 10. |        |      |                    |       |
| 11. |        |      |                    |       |
| 12. |        |      |                    |       |
| 13. |        |      |                    |       |

### Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

#### Anexo 6. CAP07 Evaluación de Salida del Curso

**ORGANIZACIÓN**

Con ello se pretende evaluar el entorno y desarrollo de la capacitación, con la finalidad de detectar puntos de mejora para futuras capacitaciones.

**Evaluación a la organización de la capacitación \***

|   | Muy malo              | Malo                  | Regular               | Buena                 | Muy buena             |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Puntualidad de inicio del curso                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Organización del curso  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Las instalaciones y/o plataforma donde se desarrolló el curso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tienes alguna sugerencia sobre el curso, las ponencias o el programa en general, háznosla saber \*

Tu respuesta

Nos interesa mucho saber ¿Qué es lo más importante que aprendiste en este curso? \*

Tu respuesta

¿Cómo calificarías en su totalidad la capacitación? \*

|          | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |           |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Muy malo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Excelente |

Atrás **Siguiente** Página 4 de 5 Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google. El formulario se creó en Tamaulipas. [Denunciar abuso](#)

**COEPRIS**  
Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

**CAP07 Evaluación de salida del curso:**  
**Nombre de la capacitación**

monica.perez@tamauilpas.gob.mx [Cambiar cuenta](#)  
No compartido

**EXAMEN DE CONOCIMIENTOS**

El presente examen tiene la finalidad de identificar el conocimiento adquirido con la capacitación y detectar los puntos vulnerables de la misma para mejorar.  
Por favor selecciones la respuesta que considere correcta.

Atrás **Enviar** Página 5 de 5 Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google. El formulario se creó en Tamaulipas. [Denunciar abuso](#)

Google Formularios

Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo 7. CAP08 Registro Individual de Competencias



**REGISTRO INDIVIDUAL DE  
COMPETENCIAS  
CAP08**

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

|   |  |                  |       |
|---|--|------------------|-------|
| <b>NOMBRE DEL TRABAJADOR:</b>             |  | _____            |       |
| <b>PUESTO O CÓDIGO:</b>                   |  | _____            |       |
| <b>AREA ADSCRIPCIÓN:</b>                  |  | _____            |       |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                |  | <b>TELÉFONO:</b> | _____ |
| <b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                |  |                  |       |
| <input type="checkbox"/> Carrera Técnica: |  | _____            |       |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura:    |  | _____            |       |
| <input type="checkbox"/> Maestría:        |  | _____            |       |
| <input type="checkbox"/> Doctorado:       |  | _____            |       |

| <b>CAPACITACIÓN RECIBIDA<br/>(Cursos, Diplomados y Talleres)</b> | <b>FECHA</b> | <b>CAPACITADOR</b> | <b>CONSTANCIA<br/>Si/No</b> |
|--|--------------|--------------------|-----------------------------|
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |
|  |              |                    |                             |

Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo 8. CAP09 Carta compromiso de réplica de evento



CARTA COMPROMISO  
DE RÉPLICA DE EVENTO  
CAP09

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
ÁREA DE CAPACITACIÓN

CARTA COMPROMISO  
DE RÉPLICA DE EVENTO

|   |       |
|---|-------|
| Fecha:  |       |
| Yo:   | Área: |
| Me comprometo a replicar, al menos una vez el evento:   |       |
| Que cursé en la fecha:  |       |
| Con sede:   |       |
| Con el propósito de difundir y compartir el conocimiento entre el personal adscrito a la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios que tenga relación con el contenido revisado. |       |

Atentamente

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

Ejecución de la capacitación COPERIS/OC/02

Anexo9. CAP10 Solicitud de programación de capacitación



**Tamaulipas**  
Gobierno del Estado



**CAP10 Solicitud para  
programación de capacitaciones**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre de la capacitación</b>  |  |
| <b>Tipo de capacitación: (Curso o Reunión)</b>  |  |
| <b>Modalidad: (Virtual o Presencial)</b>  |  |
| <b>Lugar:</b>   |  |
| <b>Fecha:</b>   |  |
| <b>Horario:</b>   |  |
| <b>Duración estimada:</b>   |  |
| <b>Objetivo de la capacitación</b>  |  |
| <b>A quién va dirigida</b>  |  |
| <b>Recursos necesarios:<br/>(pueden ser: humanos, materiales y/o financieros necesarios para desarrollar la capacitación)</b> |  |
| <b>¿Aplicará evaluación final?</b>  |  |
| <b>Solicitudes especiales</b>   |  |

En caso de aplicar evaluación final, favor de enviar de forma virtual de 5 a 10 preguntas de opción múltiple (indicando cual es la respuesta correcta) para realizar la evaluación virtual a aplicar al final de la capacitación.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE SUPERIOR INMEDIATO**

Recepción y entrega de recursos materiales COEPRIS/OC/DA/01

Anexo 10. Vale de salida de Almacén



Oficio No. SST/COEPRIS/DA-RM-\_\_\_\_/2024

Ciudad Victoria, Tamaulipas; a

Por este conducto entrego el siguiente material a\_\_\_\_\_

| CODIGO | DESCRIPCION DEL MATERIAL | U Medida | CANTIDAD |
|--------|--------------------------|----------|----------|
|        |                          |          |          |
|        |                          |          |          |
|        |                          |          |          |
|        |                          |          |          |

Autorizó:

\_\_\_\_\_  
Comisionado Estatal para la Protección  
Contra Riesgos Sanitarios

Elaboro y Entrego:

Vo.Bo:

\_\_\_\_\_  
Responsable del Área de Almacén

\_\_\_\_\_  
Jefe del Departamento Administrativo  
COEPRIS

Recibe:\_\_\_\_\_

c.c.p. Archivo  
c.c.p.-

8 BERRIOZABAL Y ANAYA N° 1020  
ZONA CENTRO CP. 87000 TEL8341070290





Recepción y entrega de recursos materiales COEPRIS/OC/DA/01

Anexo 12. DA03 Entrega de material



COMISIÓN ESTATAL PARA LA  
PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ENTREGA DE MATERIAL

DA03

FOLIO 0000000

Cd. Victoria Tamaulipas, a \_\_\_ de \_\_\_ del 20\_\_

Por este conducto entrego el siguiente material, al C. \_\_\_\_\_ Área  
\_\_\_\_\_

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL | OBSERVACIÓN | CANTIDAD |
|--------|--------------------------|-------------|----------|
|        |                          |             |          |
|        |                          |             |          |
|        |                          |             |          |

Autorizó:

\_\_\_\_\_

C.

Jefe del Departamento Administrativo

Recibe:

Entrega:

\_\_\_\_\_

C.

\_\_\_\_\_

C.



**Atención de informes, felicitaciones, sugerencias y quejas sanitarias y de servicio presentadas por usuarios**

**Anexo 13. CAM01 Formulario Registro de actividad CAM**

### Registro de actividad CAM

contacto.coepris@tamauilipas.gob.mx [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

\* Indica que la pregunta es obligatoria

**Asesor \***

Salvador Castillo

Gabriela Tamez

Manifer

**Usuario \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Teléfono o correo \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Vía de recepción \***

Teléfono

Correo

Redes Sociales

Otro: \_\_\_\_\_

**Coordinación \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Tipo de llamada \***

Queja Sanitaria

Queja de Servicio

Información de requisitos

Información de estatus

Información de horarios y personal de la COEPRIS

Otro: \_\_\_\_\_

**Tipo de tramite**

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Estatus del tramite**

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Fecha del tramite**

Fecha

dd/mm/aaaa

**Comentarios generales \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_



**Enviar** Borrar formulario





**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 16. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE 01-2023 Cédula de evaluación Refugios temporales**

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-01  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS DE REFUGIOS TEMPORALES  
EN CASO DE EMERGENCIA**

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_

Atención por:  BEIE  AP  H  DN  EOA

Nombre del evento: \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Sitio donde fue habilitado el refugio temporal

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

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

Capacidad: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Hombres: \_\_\_\_\_ Mujeres: \_\_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_\_ Bebes: \_\_\_\_\_

Mujeres embarazadas \_\_\_\_\_ Personas discapacitadas \_\_\_\_\_ Personas de la 3a edad \_\_\_\_\_



Responsable: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_

**2. INSTALACIONES GENERALES**

|  | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| <b>2.1 Área de Dormitorios</b>   |    |    |               |
| 2.1.1 Limpios y en buen estado   |    |    |               |
| 2.1.2 Residuos de alimentos preparados, frutas y/o bebidas de sabores.                               |    |    |               |
| <b>2.2 Los Servicios sanitarios cuentan con:</b>   |    |    |               |
| 2.2.1 Registros de limpieza (periódica)  |    |    |               |
| 2.2.2 Jabón  |    |    |               |
| 2.2.3 Agua   |    |    |               |
| 2.2.4 Papel y/o toallas desechables  |    |    |               |
| 2.2.5 Botes de basura con tapa   |    |    |               |
| 2.2.6 Se encuentran limpios  |    |    |               |
| <b>2.3 Área para la atención médica (primer contacto)</b>  |    |    |               |
| 2.3.1 ¿Cuenta con área para consultorio?   |    |    |               |
| 2.3.2 ¿Maneja medicamentos fraccionados?   |    |    |               |
| 2.3.3 ¿Se administran Vacunas (biológicos)?  |    |    |               |
| 2.3.3.1 En caso de que manejen biológicos, la red fría o cadena de frío se lleva de manera adecuada? |    |    |               |
| 2.3.4 Fecha de caducidad de insumos y vacunas vigentes   |    |    |               |
| 2.3.5 ¿El instrumental empleado está limpio / desinfectado / esterilizado?                           |    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 17. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-02-2023 Cédula de evaluación del Sistema de abastecimiento de agua.**

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-02  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS DE  
SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO Y USO HUMANO EN CASO DE EMERGENCIAS**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:**  BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del evento:** \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del Sistema a Evaluar: \_\_\_\_\_  
 Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Organismo Operador del Sistema: \_\_\_\_\_  
 Comunidades y/o Localidades a las que abastece: \_\_\_\_\_  
 Población total beneficiada con el sistema: \_\_\_\_\_ No. de viviendas con toma de agua: \_\_\_\_\_

**2. FUENTE (S) DE ABASTECIMIENTO**

2.1 Tipo de fuente:  Manantial  Lago  Laguna  Río  Arroyo  Presa  Pozo  
 Otro: \_\_\_\_\_

2.2 ¿Existen focos de contaminación en un perímetro de 20 metros de la fuente?  Sí  No

2.2.1 Tipo de focos de contaminación:  Tiradero de basura  Desechos industriales  
 Animales en descomposición  Agua residual  Otro: \_\_\_\_\_

**3. SISTEMA DE CAPTACIÓN O ALMACENAMIENTO**

3.1 Tipo de captación:  Caja de captación  Pozo profundo  Pozo artesanal  
 Cisterna  Tanque  Dique  Otro: \_\_\_\_\_

3.2 Capacidad y/o dimensiones del sistema de captación o almacenamiento: \_\_\_\_\_

3.3 La distribución de agua se realiza mediante:  Gravedad  Bombeo  Mixta

3.4 De forma:  Continua  Intermitente / Tandeo:  Rebombear  Manual

3.5 El sistema de extracción que se utiliza es:  Bomba sumergible  Bomba vertical

3.5.1 ¿El sistema se encuentra en condiciones óptimas de funcionamiento? 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.2 ¿La bomba presenta algún aditamento que pudiera ocasionar riesgos a la salud de la población? 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.2.1 Si es sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.5.3 ¿Presenta fuga el equipo de bombeo? 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.3.1  Tubería  Válvulas  Cuerpo de bomba (Estopero)  Unión entre tuberías (Brida)  
 Otros: \_\_\_\_\_

3.5.3.2 Sustancia involucrada en la fuga: \_\_\_\_\_ 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.4 ¿Cuenta con cerca perimetral? 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.5 ¿Cuenta con sello sanitario en buen estado? 



| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

3.5.6 ¿La estructura de la obra esta en buen estado y libre de grietas y fugas? 

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |

Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

Anexo 18. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-03-2023 Cédula de evaluación Unidad de atención médica.

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-03  
Rev. 01 / Octubre 2023

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS PARA  
UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIAS**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:** BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del evento:** \_\_\_\_\_

**1. INFORMACION GENERAL**

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del establecimiento: \_\_\_\_\_

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

**2. TIPO DE UNIDAD MÉDICA**

2.1 Tipo de establecimiento:  Público  Privado

2.2 Institución a la que pertenece: SS  IMSS  ISSSTE  SEMAR   
PEMEX  SEDENA  Otra: \_\_\_\_\_

2.3 Unidad Médica: General  Especialidades  Unidad de Medicina Familiar   
Centro de salud  Comunitario  Otra: \_\_\_\_\_  
Urbana  Rural

2.4 Capacidad de Atención: Camas: \_\_\_\_\_ Personal Operativo: \_\_\_\_\_

2.4.1 No. de Pacientes ambulatorios: \_\_\_\_\_

2.4.2 Cuenta con plan para la atención de emergencias en caso de desastres: Si  No



**3. DAÑOS REGISTRADOS / CONDICIONES SANITARIAS**

3.1 **De la infraestructura.**  
Se registraron daños: Sí  No  Evaluación de las condiciones sanitarias: Sí  No

| Área  | Sí | No | Observaciones |
|---|----|----|---------------|
| 3.1.1 Consultorios  |    |    |               |
| 3.1.2 Laboratorio clínico                                 |    |    |               |
| 3.1.3 Laboratorio de patología                            |    |    |               |
| 3.1.4 Banco de sangre                                     |    |    |               |
| 3.1.5 Quirófano (s)                                       |    |    |               |
| 3.1.6 Unidad de Cuidados Intensivos                       |    |    |               |
| 3.1.7 Unidad de urgencias                                 |    |    |               |
| 3.1.8 Unidad de toxicología y toxicología                 |    |    |               |
| 3.1.9 Hospitalización                                     |    |    |               |
| 3.1.10 Pediatría  |    |    |               |
| 3.1.11 Gabinete de radiología                             |    |    |               |
| 3.1.12 Farmacia   |    |    |               |
| 3.1.13 Central de gases                                   |    |    |               |
| 3.1.14 Central de esterilización y equipos (CEyE)         |    |    |               |
| 3.1.15 Sala (s) de espera                                 |    |    |               |
| 3.1.16 Área de depósitos de basura (residuos municipales) |    |    |               |
| 3.1.17 Área de depósitos de residuos R.P.B.I.             |    |    |               |
| 3.1.18 Almacenes generales                                |    |    |               |
| 3.1.19 Cocina   |    |    |               |
| 3.1.20 Oficinas administrativas                           |    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 19. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-04-2023** Cédula de evaluación Centros de acopio.

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-04  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS PARA CENTROS DE ACOPIO  
EN CASO DE EMERGENCIA**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:**  BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del evento:** \_\_\_\_\_

**1. INFORMACION GENERAL**

1.1 Lugar donde se habilitó el centro de acopio: \_\_\_\_\_

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

1.3 Localidad: \_\_\_\_\_ 1.4 Municipio: \_\_\_\_\_

1.5 Institución responsable: \_\_\_\_\_

1.6 Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

1.7 Días y horario de servicio: \_\_\_\_\_

**2. INFRAESTRUCTURA**

|   | SI | NO | Observaciones |
|---|----|----|---------------|
| <b>2.1 Instalaciones Físicas</b>  |    |    |               |
| 2.1.1 Existe control en el acceso al área   |    |    |               |
| 2.1.2 Limpias y ordenadas   |    |    |               |
| 2.1.3 Pisos de material adecuado y resistente   |    |    |               |
| 2.1.4 Espacio destinado para la recepción de donaciones   |    |    |               |
| 2.1.5 Cuenta con tarimas separadas de pared y techo   |    |    |               |
| 2.1.6 Presencia de fauna nociva   |    |    |               |
| <b>2.2 Estaciones de lavado de manos</b>  |    |    |               |
| 2.2.1 Agua corriente  |    |    |               |
| 2.2.2 Cuenta con jabón y toallas desechables  |    |    |               |
| 2.2.3 Con bote de basura con tapa   |    |    |               |
| <b>2.3 Sanitarios</b>   |    |    |               |
| 2.3.1 Cuenta con baño (s) independiente (s) a las área de recepción y almacenamiento de productos |    |    |               |
| 2.3.2 Limpios   |    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**



**Anexo 20. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-05-2023 Cédula de evaluación Restaurantes**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|    |  | <b>COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS<br/>SANITARIOS<br/>COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA</b> | Cédula de Evaluación:<br>COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-05<br>Rev. 01 / Octubre 2023. |
| <b>CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS PARA<br/>RESTAURANTES (ESTABLECIMIENTOS FIJOS) EN CASO DE EMERGENCIA</b>  |   |  |  |
| Estado: _____   |   | Fecha de evaluación: _____   |  |
| Atención por: BEIE <input style="width: 40px;" type="text"/> AP <input style="width: 40px;" type="text"/> H <input style="width: 40px;" type="text"/> DN <input style="width: 40px;" type="text"/> EOA <input style="width: 40px;" type="text"/>                |   |  |  |
| Nombre de Evento: _____   |   |  |  |
| <b>1. Información General</b>   |   |  |  |
| Nombre del Propietario y/o Establecimiento: _____   |   |  |  |
| Domicilio: _____  |   |  |  |
| Municipio: _____  |   | Localidad: _____   |  |
| Capacidad de servicio: _____  |   | Horario de servicio: _____   |  |
| Tipo de Afectación: Directa <input style="width: 40px;" type="text"/> Indirecta <input style="width: 40px;" type="text"/>   |   |  |  |
| Existieron fallas de electricidad   |   |  |  |
| <b>2. Instalaciones y áreas</b>   | <b>SI</b>   | <b>NO</b>  | <b>Observaciones</b>   |
| 2.1 Las instalaciones del establecimiento, incluidos techos, puertas, paredes, pisos, baños, cisternas, tinacos u otros depósitos de agua; y mobiliario se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y limpios  |   |  | Tiempo   |
| 2.2 Las puertas y ventanas de las áreas de producción o elaboración están provistas de protección para evitar la entrada de lluvia y fauna nociva   |   |  |  |
| <b>3. Equipos y Utensilios</b>  |   |  |  |
| 3.1 El equipo, utensilios y materiales que se emplean en la producción o elaboración, son inocuos y son resistentes a la corrosión y están instalados en forma tal que el espacio entre estos, la pared, el techo y el piso permite su limpieza y desinfección. |   |  |  |
| 3.2 El equipo y utensilios se encuentran en buenas condiciones de funcionamiento, limpios y desinfectados   |   |  |  |
| 3.3 Los equipos de refrigeración y/o congelación se encuentran trabajando adecuadamente, asentar la Temperatura   |   |  | Cant. Equip: T°:   |
| 3.4 Los trapos y jergas tienen un uso específico y se lavan y desinfectan frecuentemente  |   |  |  |
| <b>4. Servicios</b>   |   |  |  |
| 4.1 Cuenta con abastecimiento de agua potable e instalaciones apropiadas para su almacenamiento y distribución  |   |  | Tipo   |
| 4.2 Cuenta con depósito de agua protegido contra la contaminación (cisterna, tinaco, tambo, etc.)   |   |  | Tipo   |
| 4.3 Se practica alguna medida y/o método que garantice la potabilidad del agua  |   |  | Cual   |
| 4.4 Determinación de cloro residual libre   |   |  | Punto de toma  |
| 4.5 Sanitarios limpios y desinfectados, cuenta con jabón, toallas desechables, agua corriente y bote con tapa   |   |  |  |
| 4.6 El drenaje cuenta con trampa contra olores, coladeras y/o canaletas con rejillas, libres de basura, sin estancamiento y en buen estado; y en su caso trampas para grasa   |   |  |  |
| <b>5. Almacenamiento</b>  |   |  |  |
| 5.1 Almacenamiento de materias primas y/o productos en orden y limpio   |   |  |  |
| 5.2 Las materias primas y/o productos se colocan en mesas, estibas, tarimas, anaqueles, entrepaños, estructura o cualquier superficie limpia y en condiciones que evite su contaminación  |   |  |  |



**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 21. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-06-2023 Cédula de evaluación Tiendas de autoservicio**

SECRETARÍA DE SALUD  
COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-06  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS PARA TIENDAS DE AUTOSERVICIO EN CASO DE EMERGENCIA**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:** BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del Evento:** \_\_\_\_\_

**Información General**

Razón social: \_\_\_\_\_

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

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

Establecimiento afectado: 

|    |    |
|----|----|
| SÍ | NO |
|----|----|

Existieron fallas de electricidad: 

|    |    |
|----|----|
| SÍ | NO |
|----|----|

| SI | NO | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    | Tiempo:       |

**1. Instalaciones y áreas**

11 Las instalaciones del establecimiento, incluidos techos, puertas, paredes, pisos, baños, cisternas, tinacos u otros depósitos de agua, y mobiliario se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y limpios.

12 De existir áreas de producción o elaboración, éstas se encuentran separadas del área de expendio.

13 Hay evidencia de plagas o fauna nociva.

**2. Equipo y utensilios**

21 El equipo y utensilios en contacto con productos a granel son inocuos y resistentes a la corrosión y se encuentran limpios y desinfectados.

22 Los equipos de refrigeración y/o congelación están provistos de termómetros o dispositivos para el registro de temperatura funcionando correctamente en un lugar accesible para su monitoreo y no presentan acumulación de agua.

**3. Servicios**

31 Cuenta con abastecimiento de agua potable, instalaciones apropiadas para su almacenamiento (cisterna o tinacos) y distribución.

32 Determinación de cloro residual libre

33 El drenaje cuenta con trampa contra olores, coladeras y/o canaletas con rejillas, libres de basura, sin estancamiento y en buen estado; y en su caso trampas para grasa.

34 Los sanitarios cuentan con separación física completa y no tienen comunicación ni ventilación directa hacia el área de expendio y están provistos con agua potable, retretes, lavabos, papel higiénico, jabón o detergente, toallas desechables o secador de aire de accionamiento automático y recipiente para basura con bolsa y tapa oscilante o accionada por pedal y cuentan con rótulos o ilustraciones que promuevan la higiene personal y el lavado de manos después de utilizar los sanitarios.

35 Los residuos (basura, desechos o desperdicios) son retirados por lo menos una vez al día y se colocan en recipientes identificados y con tapa.

36 Cuenta con planta de luz de emergencia funcionando adecuadamente

**4. Almacenamiento General**

41 Los productos se colocan en mesas, estibas, tarimas, anaqueles, entrepaños, estructura o cualquier superficie limpia que evite su contaminación.

42 Los productos secos se encuentran almacenados en un lugar fresco y seco.

43 El producto se observa sin abolladuras, roturas o cualquier alteración

44 En caso de que se expandan otros productos no clasificados como alimentos o bebidas, se deben mantener en un área específica, separada y delimitada de tal forma que se evite la contaminación de los alimentos.



**5. Personal**

51 El personal que maneja productos a granel no presenta signos como: tos frecuente, secreción nasal, diarrea, vómito, fiebre, ictericia o heridas en áreas corporales que entran en contacto directo con los productos y se encuentra aseado con ropa y calzado limpios e íntegros y no existe evidencia de que come, bebe, fuma, masca, escupe, tose y/o estornuda.

52 El personal en contacto directo con productos a granel, se lava las manos cada vez que es necesario.

Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

Anexo 22. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-07-2023 Cédula de evaluación Mercados públicos.

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-07  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CEDULA DE EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES SANITARIAS PARA MERCADOS PÚBLICOS,  
TENDEJONES O TIENDAS DE ABARROTES EN CASO DE EMERGENCIA**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:**  BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del evento:** \_\_\_\_\_

**1.-INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del Mercado (  Tienda (  ) o Tendejón (  ) : \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del Responsable y/o Administrador \_\_\_\_\_

Número total de locales comerciales: Activos: \_\_\_\_\_ Cerrados: \_\_\_\_\_ Número de locales de venta de alimentos preparados: (Aplicar Cédulas de Evaluación para Restaurantes) Activos: \_\_\_\_\_ Cerrados: \_\_\_\_\_

**2. SERVICIOS GENERALES**

2.1 Servicios de agua potable:  Red Municipal  Pipas  Otros: \_\_\_\_\_

2.2 Tipo de servicios:  Continuo diario  Tandeo diarios (horas)  Tandeo Semanal: especificar los días: \_\_\_\_\_

2.3 Tipo de depósitos:  Cisterna  Tinaco  Tambo  Otro (s) \_\_\_\_\_

2.4 Capacidad de depósitos: \_\_\_\_\_ litros.

2.5 Cloro residual: Red \_\_\_\_\_ ppm Sin cloro \_\_\_\_\_ Pipas \_\_\_\_\_ ppm Sin cloro \_\_\_\_\_ Depósito \_\_\_\_\_ ppm Sin cloro \_\_\_\_\_

2.6 Cuentan con registros o bitácoras de monitoreo de cloro residual: Si  No

2.7.1 Cuentan con Luz (Si) (No) Condiciones apropiadas (Si) (No) 2.7.2 Cuentan con Gas: (Si) (No) Instalaciones apropiadas: (Si) (No)

Cuentan con generador de luz (Si) (No) Observaciones: \_\_\_\_\_

**3. CONDICIONES DE (LOS) DEPOSITO(S) DE AGUA POTABLE**

|              | SI | NO | Observaciones |
|--------------|----|----|---------------|
| 3.1 Limpios: |    |    |               |
| 3.2 Tapados: |    |    |               |

**4.- SANITARIOS**

|   | SI | NO | Observaciones |
|---|----|----|---------------|
| 4.1 Número de Sanitarios: Hombres ( ) Mujeres ( )         |    |    |               |
| 4.2 Número de lavabos: Hombres ( ) Mujeres ( )            |    |    |               |
| 4.3 Se encuentran todos operando y en buen estado         |    |    |               |
| 4.4 Limpios   |    |    |               |
| 4.5 Botes de Basura con tapa                              |    |    |               |
| 4.6 Cuentan con papel higiénico, jabón y toallas de papel |    |    |               |
| 4.7 Cuentan con registro de limpieza                      |    |    |               |

**5. BASURA (RESIDUOS SÓLIDOS)**

|   | SI | NO | Observaciones |
|---|----|----|---------------|
| 5.1 Se encuentra un área específica de residuos sólidos       |    |    |               |
| 5.2 Contenedores: tapados _____ área abierta _____            |    |    |               |
| 5.3 Frecuencia de recolección de basura                       |    |    |               |
| 5.4 Presenta encharcamientos o escurrimientos de lixiviados   |    |    |               |
| 5.5 Cuenta con áreas para el resguardo de insumos de limpieza |    |    |               |

**6. LOCAL**

|   | SI | NO | Observaciones |
|---|----|----|---------------|
| 6.1 Limpios y en buen estado                    |    |    |               |
| 6.2 Estantes, anaqueles, repisas en buen estado |    |    |               |

6.3 Tipo de Mercancía  Enlatados  Bebidas  Alimentos Empacados  Alimentos Frescos  Sustancias químicas  Medicamentos  Otros: \_\_\_\_\_

|  | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| 6.3.1 Mercancía en buen estado:        |    |    |               |
| 6.3.2 Etiquetado vigente y buen estado |    |    |               |

6.4 Afectaciones:  Inundado con lodos  Inundación con aguas negras  Inundación por agua lluvia  Sismo  Sistema eléctrico  Incendio Área: \_\_\_\_\_  Explosión  Fallas en Estructura  Otro (s) (especifique): \_\_\_\_\_

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 23. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-08-2023 Cédula de evaluación Purificadoras de agua.**




**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-08  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS PARA  
PURIFICADORAS DE AGUA EN CASO DE EMERGENCIA**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:**  BEIE  AP  H  DN  EOA

**Nombre del evento:** \_\_\_\_\_

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|    |    |

El Establecimiento fue afectado por el siniestro:

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

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

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

Razón Social: \_\_\_\_\_

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

Nombre quien atiende la visita: \_\_\_\_\_

Días laborables: \_\_\_\_\_

Proveedor de agua u origen de está: \_\_\_\_\_

Horario de labores: \_\_\_\_\_

**2. INSTALACIONES FÍSICAS**

2.1 Se encuentra libre de basura

2.2 Presenta encharcamientos

2.3 Las instalaciones del establecimiento, incluidos techos, puertas, paredes, pisos, baños, cisternas, tinacos u otros depósitos de agua; y mobiliario son de fácil limpieza, se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y

2.4 Cuenta con área de envasado limpia

2.5 Cuenta con área de lavado de utensilios y envases

2.6 Los sanitarios cuentan con separación física completa, no tienen comunicación ni ventilación directa hacia el área de producción o elaboración y no son utilizados para fines distintos a lo que están destinados

2.7 Cuenta con área de lavado para el personal con jabón, toallas desechables y bote de basura con tapa

2.8 Cuenta con área para resguardo de sustancias químicas y utensilios de limpieza

2.9 Los drenajes cuentan con protección para evitar la entrada de plagas provenientes del alcantarillado o áreas externas

2.10 Los residuos (basura, desechos o desperdicios) generados durante la producción o elaboración son retirados de las áreas cada vez que es necesario o por lo menos una vez al día y los recipientes donde se depositan están identificados y tienen tapa

| SI | NO | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

**3. PERSONAL**



3.1 Se encuentra limpio en su persona e indumentaria

3.2 Presenta heridas visibles en manos y cara o síntomas de enfermedad

| SI | NO | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 24. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-09-2023 Cédula de evaluación Rastros**

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**  
**COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-09  
Rev. 01 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS DE RASTROS EN CASO DE EMERGENCIA**

**Estado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_

**Atención por:**  BEIE  AP  H  DN  EOA

**Evento:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_

**1. INFORMACION GENERAL**

Rastro municipal:  Rastro particular o matadero:

Ubicación/Domicilio: \_\_\_\_\_

Días laborables: \_\_\_\_\_ Horario de labores: \_\_\_\_\_

Volumen total de Sacrificio: \_\_\_\_\_ Especie (s) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Veterinario Responsable: \_\_\_\_\_

**2. PERSONAL**

|  | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| 2.1 Aseoado y con indumentaria limpia, se aprecia limpio en su persona   |    |    |               |
| 2.2 Cubreboca y cofia  |    |    |               |
| 2.3 Mandil, botas de hule, el vestuario presenta desgaste excesivo   |    |    |               |
| 2.4 El personal que trabaja en producción o elaboración presenta signos como: tos frecuente, secreción nasal, diarrea, vómito, fiebre, ictericia o heridas en áreas corporales que entran en contacto directo con las materias primas o productos, existe evidencia de que come, ingiere bebidas, fuma, masca, escupe, tose y/o estornuda. |    |    |               |

**3. INSTALACIONES**

|  | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| 3.1 Limpieza General   |    |    |               |
| 3.2 Las instalaciones del establecimiento, incluidos techos, puertas, paredes, pisos, baños, cisternas, tinacos u otros depósitos de agua; y mobiliario se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento y limpios |    |    |               |
| 3.3 Corrales [desembarque, inspección antemortem, cuarentena, reposo y arreo]  |    |    |               |
| 3.4 Área de proceso (sacrificio, sangrado, desollado, evisceración, lavado y refrigeración, despiece y troceado, separación y clasificación de cortes, embarque, distribución), separación de huesos piel y vísceras   |    |    |               |
| 3.5 Servicios Sanitarios cuentan con jabón, agua corriente, papel higiénico y toallas desechables, botes de basura con tapas   |    |    |               |
| 3.6 Se encuentran limpios y en buen estado de mantenimiento  |    |    |               |
| 3.7 El drenaje cuenta con trampa contra olores, coladeras y/o canaletas con rejillas, libres de basura, sin estancamiento y en buen estado; y en su caso trampas para grasa  |    |    |               |
| 3.8 Áreas de regaderas y vestidores para el aseo del personal  |    |    |               |

**4. SERVICIOS**

4.1 Tipo de abastecimiento de agua con el que cuenta: Red municipal (  ) Pipa (  ) Pozo (  )  
Otro: \_\_\_\_\_

4.2 Tipo de almacenamiento de agua: Cisterna (  ) Tinaco (  ) Tambos (  )  
Capacidad \_\_\_\_\_



4.3 Resultado de medición del Cloro residual: **Red:** \_\_\_\_\_ ppm **Sin Cloro** \_\_\_\_\_ **Cisterna:** \_\_\_\_\_ ppm **Sin Cloro** \_\_\_\_\_

4.4 Los servicios cuentan con:

|  | SI | NO | Observaciones |
|--|----|----|---------------|
| 4.4.1 Agua caliente                              |    |    |               |
| 4.4.2 Limpios e identificados                    |    |    |               |
| 4.4.3 Tubería, ductos en buenas condiciones      |    |    |               |
| 4.4.4 Disponibilidad suficiente para el personal |    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 25. COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-10-2023 Cédula de evaluación Escuelas**

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS  
SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA**

Cédula de Evaluación:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-CE-10  
Rev. 00 / Octubre 2023.

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DE CONDICIONES SANITARIAS DE  
CENTROS EDUCATIVOS O ESCUELAS**

Evento: \_\_\_\_\_  
 Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del plantel: \_\_\_\_\_  
 Nivel educativo: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Dirección (ubicación): \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Unidad Educativa: Pública  Privada  Modalidades: Escolar  Mixta  No escolarizada   
 Capacidad del plantel: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_  
 Personal masculino: \_\_\_\_\_ Personal femenino: \_\_\_\_\_ Alumnas: \_\_\_\_\_ Alumnos: \_\_\_\_\_  
 Nombre del responsable: \_\_\_\_\_

**2. INSTALACIONES GENERALES**

**2.1 Área de oficinas**

2.1.1 Cantidad: \_\_\_\_\_

2.1.2 Limpias y ordenadas

2.1.3 Cestos de basura: Cantidad: \_\_\_\_\_

**2.2 Áreas comunes y/o patio**

2.2.1 Cantidad: \_\_\_\_\_

2.2.2 Limpias y ordenadas

2.2.3 Cestos de basura

2.2.4 Cuenta con servicios: Agua  Luz  Drenaje

**2.3 Aulas**

2.3.1 Cantidad por grado escolar:

| Grado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No.   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

2.3.1.1 Limpias y ordenadas

2.3.1.2 Cestos de basura

2.3.2 Aulas para actividades lúdicas

2.3.2.1 Cantidad: \_\_\_\_\_

2.3.2.2 Limpias y ordenadas

2.3.2.3 Cestos de basura

2.3.3 Productos que se utilizan en la limpieza de las Aulas en general:

\_\_\_\_\_

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

Observaciones

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

**2.4 Tienda o cooperativa**

2.4.1 Cuenta con servicios: Agua  Luz  Drenaje

2.4.2 Limpia y ordenada

2.4.3 Cestos de basura

**2.5 Conserjería**

2.5.1 Limpia y ordenada

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

| Sí | No | Observaciones |
|----|----|---------------|
|    |    |               |
|    |    |               |
|    |    |               |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 26. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-01 Notificación de evento**



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-01  
Rev. 01 / Octubre 2023

**FORMATO F-01. NOTIFICACIÓN DEL EVENTO DE EMERGENCIAS SANITARIAS**

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

Municipio (s): \_\_\_\_\_ Evento: \_\_\_\_\_

Localidad (es): \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia del evento: \_\_\_\_\_

Tipo de evento:

|      |                                  |  |
|------|----------------------------------|--|
| BEIE | Casos probables y/o confirmados: |  |
| DN   | Fenómeno natural relacionado:    |  |
| AP   | Acciones por:                    |  |
| IAAS | Unidad de salud involucrada:     |  |
|      | Casos probables y/o confirmados: |  |
| EOA  | Posible sustancia involucrada:   |  |

Fecha de conocimiento: \_\_\_\_\_

No. estimado de población afectada y/o en riesgo: \_\_\_\_\_ personas.

**Información preliminar del evento:**

BEIE: Brotes por Enfermedades Infecciosas y/o Emergentes  
 DN: Desastres Naturales  
 AP: Acciones Preventivas  
 IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (Infecciones nosocomiales)  
 EOA: Exposición a Otros Agentes

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 27. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-02 Registro de actividades diarias**



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-02  
Rev. 01 / Octubre 2023

**FORMATO F-02. REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS "HOJA DE CAMPO".**

Evento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Acciones de protección contra riesgos sanitarios realizadas | Lugar o razón social (incluír domicilio completo) | Tipo de muestra o monitoreo | Punto de muestreo o monitoreo | Resultados del monitoreo   |    |                  | Fomento Sanitario |            |             |            | Materiales distribuidos                      |  | Población protegida |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----|------------------|-------------------|------------|-------------|------------|--|--|---------------------|
|   |   |                             |                               | Cloro residual libre (ppm) | pH | Temperatura (°C) | Pláticas MFA      |            | Pláticas SB |            | Material de fomento impreso (No. ejemplares) | Insumos desinfección (frascos, kg, piezas) |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  | No.               | Asistentes | No.         | Asistentes |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
|   |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |
| Total:  |   |                             |                               |                            |    |                  |                   |            |             |            |  |  |                     |

Observaciones generales: \_\_\_\_\_

Realizó  
(Nombre completo del brigadista o integrantes de la brigada):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 28. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-03 Reporte de acciones diarias**



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-03  
Rev. 04 / Octubre 2023

**FORMATO F-03. REPORTE DE ACCIONES DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

1. Evento (nombre): \_\_\_\_\_ No. de evento: \_\_\_\_\_  
 2. Tipo de reporte: **Concentrado diario** Fecha: \_\_\_\_\_ Concentrado total (período): del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 3. Estado: \_\_\_\_\_ 4. Jurisdicción (es): \_\_\_\_\_ 5. Municipio (s): \_\_\_\_\_  
 6. Localidad (es) y/o colonia (s): \_\_\_\_\_

| 7. Municipios afectados                                | Cantidad        |                   |     |     | 24. Determinaciones de cloro residual libre  |  |                                 |  |            |          |
|--|-----------------|-------------------|-----|-----|--|--|---------------------------------|--|------------|----------|
|  | H               | O                 | PR  | PCA | Red  | Pipas                                    | Depósito                        | Subtotal                                 |            |          |
| 8. Localidades / Colonias afectadas                    |                 |                   |     |     | Dentro de norma (0.2 - 1.5 ppm)  | 1  | 1                               | 1  | 3          |          |
| 9. Población en riesgo                                 |                 |                   |     |     | Cloro residual < 0.2 ppm   |  |                                 |  | 0          |          |
| 10. Población afectada                                 |                 |                   |     |     | Cloro residual ≥ 1.5 ppm   |  |                                 |  | 0          |          |
| 11. Localidades / Colonias trabajadas                  |                 |                   |     |     | Sin cloro  |  |                                 |  | 0          |          |
| 12. Población protegida                                |                 |                   |     |     | <b>Total de monitoreos:</b>  | 1  | 1                               | 1  |            |          |
| 13. Refugios temporales habilitados (H) / ocupados (O) | H               | O                 |     |     | <b>T o t a l (red+pipas+depósitos):</b>  | 3  |                                 |  |            |          |
| 14. Número de personas alojadas                        | PR              |                   | PCA |     | <b>25. Muestreo de alimentos, agua para uso y consumo humano, agua purificada, hielo y ambientales</b> |  |                                 |  |            |          |
| 15. Visitas de vigilancia sanitaria realizadas:        | 15.1 Evaluación | 15.2 Verificación |     |     | 25.1 Muestras totales de alimentos:  | a) No. muestras pendientes de resultado: |                                 |  | 0          |          |
| • Plantas purificadoras de aguas                       |                 |                   |     |     | b) No. pruebas microbiológicas:  |  | c) No. pruebas físico-químicas: |  |            |          |
| • Plantas de hielo                                     |                 |                   |     |     | DN   |  |                                 | DN                                       | FN         |          |
| • Mercados públicos                                    |                 |                   |     |     | C.T.   | E.coli                                   | V. c.                           | V. p.                                    | Salmonella | S.aureus |
| • Tiendas de autoservicio                              |                 |                   |     |     | Parámetro(s) FN:   |  |                                 |  |            |          |
| • Puestos ambulantes                                   |                 |                   |     |     | Otro(s) parámetro(s) microbiológico(s) FN:   |  |                                 |  |            |          |
| • Restaurantes   |                 |                   |     |     | 25.2 Muestras totales de agua de uso y consumo humano  |  |                                 | a) No. muestras pendientes de resultado: |            | 0        |
| • Centro de preparación de alimentos                   |                 |                   |     |     | b) No. pruebas microbiológicas:  |  | c) No. pruebas físico-químicas: |  |            |          |
| • Refugios temporales                                  |                 |                   |     |     | DN   | FN                                       |                                 | Parámetro (s) FN                         |            |          |
| • Disposición de residuos sólidos                      |                 |                   |     |     | FN:  |  |                                 |  |            |          |
| • Escuelas   |                 |                   |     |     | Total  | C.T                                      | E.Coli                          | V.c.                                     | Otro (s)   |          |



**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 29. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-04 Reporte de toma de muestras**

**Formato F-04. REPORTE DE TOMA DE MUESTRAS Y RESULTADOS DE ANÁLISIS**

Evento: \_\_\_\_\_ Fecha del reporte / periodo que reporta: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Jurisdicción: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Tipo de muestra: alimentos (1); agua para uso y consumo (2); agua purificada/Hielo (3); ambientales: hisopos de moore (4); spira(5); otro (6) especificar.

Formato F-04. / 4b. REPORTE DE TOMA DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE LABORATORIO

| Tipo de muestra | Descripción de la muestra | Sitio de muestreo* | Fecha de la toma de muestra | Hora de muestreo | Tipo de análisis** | Resultado |       | No. Registro | Fecha |
|-----------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|-----------|-------|--------------|-------|
|                 |                           |                    |                             |                  |                    | ***DN     | ***FN |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |
|                 |                           |                    |                             |                  |                    |           |       |              |       |

\* Para las muestras ambientales, se podrá indicar la georreferencia del sitio  
 \*\*Especificar el tipo de análisis y determinaciones que se le practicarán a la muestra  
 \*\*\*Dentro de Norma  
 \*\*\*Fuera de Norma

Muestras totales por tipo:

| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) Otros |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| 0   | 0   | 0   | 0   | 0   | 0         |



0

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del responsable del llenado: \_\_\_\_\_

Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

Anexo 30. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-05 Información Epidemiológica de Brotes

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-05  
Rev. 01 / Octubre 2023

**Formato F-05. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE BROTOS POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y/O EMERGENTES (BEIE)**

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Estado:         | 4. Fecha del brote:     |
| 2. Municipio:      | 5. Fecha de consumo:    |
| 3. Localidad (es): | 6. Domicilio del brote: |

**II. INFORMACIÓN DEL BROTE**

| 7. Tipo de Brote |                          |              |  | 8. Origen del Brote  |                       |             |  |
|------------------|--------------------------|--------------|--|----------------------|-----------------------|-------------|--|
| EDA's            | Hepatitis "A"            | Intoxicación |  | Unidad Médica        | Institución Educativa | Restaurante |  |
| Zoonótica        | Infecciones nosocomiales | Otras        |  | Domicilio particular | Otro:                 |             |  |

9. Nombre o razón social del sitio donde se origino: \_\_\_\_\_

10. No. de personas en riesgo: \_\_\_\_\_ 11. Número de casos: \_\_\_\_\_

12. Lugar de atención médica: \_\_\_\_\_

12.1. Hospitalizados: \_\_\_\_\_ 12.2. Altas médicas: \_\_\_\_\_

13. Agente Causal: \_\_\_\_\_

| 14. Casos:    |           |          |       | 15. Diagnóstico:  |  |
|---------------|-----------|----------|-------|---|--|
| Edades        | Masculino | Femenino | Total | 15.1. No. de casos confirmados por análisis de laboratorio: |  |
|               |           |          |       | 15.2. No. de muestras humanas:                              |  |
|               |           |          |       | 15.3. Casos confirmados por diagnóstico clínico:            |  |
|               |           |          |       | 15.4. Especificar el diagnóstico:                           |  |
| <b>Total:</b> |           |          |       |   |  |

16. Seguimiento de casos: \_\_\_\_\_

| 17. Probable fuente del brote: |          |                   |       | 18. Probable mecanismo de transmisión: |          |  |  |
|--------------------------------|----------|-------------------|-------|--|----------|--|--|
| Agua                           | Alimento | Sustancia Química |       | Manipulador de alimentos               | Comensal |  |  |
| Otro:                          |          | Confirmado:       | Si No | Exposición                             | Otro:    |  |  |

**19. Alimentos y/o productos involucrados**

|   |   |
|---|---|
| 19.1. Alimento y/o productos ingeridos: | 19.2. Origen del alimento y/o productos involucrados: |
|   |   |

**20. Síntomas reportados:**

|                          |           |         |          |                       |                        |             |
|--------------------------|-----------|---------|----------|-----------------------|------------------------|-------------|
| Visión borrosa           | Nausea    | Vómito  | Fiebre   | Deshidratación        | Taquicardia            | Hipodinamia |
| Conjuntivas amarillentas | Ictericia | Diarrea | Arritmia | Calambres abdominales | Tembor de extremidades |             |
|                          | Vértigo   | Cefalea | Otros:   |                       |                        |             |

**III. Observaciones**



**IV. DATOS DEL RESPONSABLE DEL LEVANTAMIENTO DE LA ENCUESTA**

|                       |       |     |     |
|-----------------------|-------|-----|-----|
| 21. Nombre:           | _____ |     |     |
| 22. Cargo:            | _____ |     |     |
| 23. Fecha de reporte: | Dia   | Mes | Año |

Notas: El presente formato debe enviarse junto con el Formato F-03 "Concentrado de acciones de protección contra Riesgos Sanitarios", donde se registraran las acciones realizadas derivadas del brote.  
 CANCELAR ESPACIOS VACÍOS.



**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 31. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-06 Notificación de eventos EOA**

|   |  | <b>COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS</b><br><b>COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA</b> | Código:<br>COS-DEPE-P-02-POI-01-F-06<br>Rev. 01 / Octubre 2023 |  |
|--|---|--|--|--|
| <b>Formato F-06. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS POR EXPOSICIÓN A OTROS AGENTES (EOA)</b>  |   |  |  |  |
| <b>1. DATOS GENERALES DEL EVENTO</b>   |   |  |  |  |
| Fecha de ocurrencia : _____<br><small>(Día/mes/año)</small>  | Explosión <input type="checkbox"/>  | Derrame <input type="checkbox"/>   | Fuga <input type="checkbox"/>                                  |  |
| Hora: _____  | Incendio <input type="checkbox"/>   | Intoxicación <input type="checkbox"/>  |  |  |
| Estado: _____  | Otros especificar: _____  |  |  |  |
| Municipio: _____   |   |  |  |  |
| Localidad y/o colonia: _____   |   |  |  |  |
| Carretera o autopista: _____   |   |  |  |  |
| <b>2. EMPRESA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE</b>  |   |  |  |  |
| Nombre o razón social: _____   |   |  |  |  |
| Giro: _____  |   |  |  |  |
| Domicilio: _____   |   |  |  |  |
| Telefono: _____  |   |  |  |  |
| <b>3. CAUSA (S) QUE ORIGINARON EL EVENTO</b>   |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Error humano  | <input type="checkbox"/> Falla mecánica   | <input type="checkbox"/> Mal almacenamiento  | <input type="checkbox"/> Falla estructural                     |  |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de operación  | <input type="checkbox"/> Falta de mantenimiento                                   | <input type="checkbox"/> Sabotaje  | <input type="checkbox"/> Se desconoce                          |  |
| <input type="checkbox"/> Exceso de velocidad en el transporte  | <input type="checkbox"/> Fenómeno natural (especificar): _____                    |  |  |  |
| <b>4. SUSTANCIAS Y/O MATERIALES INVOLUCRADOS</b>   |   |  |  |  |
| Nombre químico o común (C.A.S)   | Estado físico   |  |  | Cantidad de sustancia y/o material involucrado |
|  | Gaseoso   | Líquido  | Sólido   |  |
|  |   |  |  |  |
|  |   |  |  |  |
|  |   |  |  |  |
|  |   |  |  |  |
| <b>5. DAÑOS REGISTRADOS</b>  |   |  |  |  |
| Tipo de zona: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Escolar  |   |  |  |  |
| Sitio afectado: <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Establecimiento o local comercial <input type="checkbox"/> Vial o carretero   |   |  |  |  |
| Tipo de suelo: <input type="checkbox"/> Arcilloso <input type="checkbox"/> Arenoso <input type="checkbox"/> Rocoso   | Observaciones: _____  |  |  |  |
| Evacuación de población: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de evacuados: _____ Población en riesgo: _____  |   |  |  |  |
| Refugios temporales habilitados: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. de refugios: _____ Población albergada: _____   |   |  |  |  |
| No. de personas expuestas en forma directa: _____ No. de intoxicados: _____  |   |  |  |  |
| No. de personas expuestas en forma indirecta: _____ No. de lesionados: _____ No. de fallecidos: _____  |   |  |  |  |
| Distancia de la zona afectada con la población: _____  |   |  |  |  |
| Distancia de la zona afectada con fuentes de abastecimiento: _____   |   |  |  |  |
| Fuentes de abastecimiento de agua: <input type="checkbox"/> Pozo profundo <input type="checkbox"/> Pozos artesianos <input type="checkbox"/> Manantiales <input type="checkbox"/> Lagos <input type="checkbox"/> Ríos <input type="checkbox"/> Lagunas |   |  |  |  |
| Distancia de la zona afectada con el drenaje: _____  |   |  |  |  |
| Observaciones: _____   |   |  |  |  |
| <b>6. UNIDADES DE ATENCION MEDICA DONDE SE CANALIZO A LA POBLACION AFECTADA</b>  |   |  |  |  |
| Nombre y tipo de la unidad médica: _____   |   |  |  |  |
| Institución a la que pertenece: _____  |   |  |  |  |
| No. de personas hospitalizadas: _____  |   |  |  |  |
| Evolución de pacientes hospitalizados: _____   |   |  |  |  |
| <b>7. AUTORIDADES LOCALES, ESTATALES Y/O FEDERALES QUE INTERVINIERON:</b>  |   |  |  |  |
| 1) _____   |   |  |  |  |
| 2) _____   |   |  |  |  |
| 3) _____   |   |  |  |  |
| 4) _____   |   |  |  |  |
| 5) _____   |   |  |  |  |
| <b>8. RESPONSABLE DEL LLENADO DE ESTE FORMATO</b>  |   |  |  |  |
| Nombre: _____  |   |  | Fecha: _____   |  |
| Puesto: _____  |   |  |  |  |
| NOTA: Las actividades de protección contra riesgos sanitarios realizadas en atención a este evento se registran en el formato F-03 Reporte de acciones COFEPRIS/RSE. CANCELAR ESPACIOS VACIOS.   |   |  |  |  |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 31. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-06 Notificación de eventos EOA**

|   |  | COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS<br>COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA | Código:<br>COS-DEPE-P-02-POI-01-F-06<br>Rev. 01 / Octubre 2023 |   |
|--|---|--|--|---|
| Formato F-06. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS POR EXPOSICIÓN A OTROS AGENTES (EOA)   |   |  |  |   |
| 1. DATOS GENERALES DEL EVENTO  |   |  |  |   |
| Fecha de ocurrencia: _____<br>(Día/mes/año)  | Explosión <input type="checkbox"/>  | Derrame <input type="checkbox"/>   | Fuga <input type="checkbox"/>                                  |   |
| Hora: _____  | Incendio <input type="checkbox"/>   | Intoxicación <input type="checkbox"/>  |  |   |
| Estado: _____  | Otros especificar: _____  |  |  |   |
| Municipio: _____   |   |  |  |   |
| Localidad y/o colonia: _____   |   |  |  |   |
| Carretera o autopista: _____   |   |  |  |   |
| 2. EMPRESA INVOLUCRADA EN EL INCIDENTE   |   |  |  |   |
| Nombre o razón social: _____   |   |  |  |   |
| Giro: _____  |   |  |  |   |
| Domicilio: _____   |   |  |  |   |
| Telefono: _____  |   |  |  |   |
| 3. CAUSA (S) QUE ORIGINARON EL EVENTO  |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Error humano  | <input type="checkbox"/> Falla mecánica   | <input type="checkbox"/> Mal almacenamiento  | <input type="checkbox"/> Falla estructural                     |   |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de operación  | <input type="checkbox"/> Falta de mantenimiento                                   | <input type="checkbox"/> Sabotaje  | <input type="checkbox"/> Se desconoce                          |   |
| <input type="checkbox"/> Exceso de velocidad en el transporte  | <input type="checkbox"/> Fenómeno natural (especificar): _____                    |  |  |   |
| 4. SUSTANCIAS Y/O MATERIALES INVOLUCRADOS  |   |  |  |   |
| Nombre químico o común (C.A.S)   | Estado físico   |  |  | Cantidad de sustancia y/o material involucrado  |
|  | Gaseoso   | Líquido  | Sólido   |   |
|  |   |  |  |   |
|  |   |  |  |   |
|  |   |  |  |   |
|  |   |  |  |   |
| 5. DAÑOS REGISTRADOS   |   |  |  |   |
| Tipo de zona:  | <input type="checkbox"/> Rural  | <input type="checkbox"/> Urbana  | <input type="checkbox"/> Industrial                            | <input type="checkbox"/> Escolar  |
| Sitio afectado:  | <input type="checkbox"/> Domicilio particular                                     | <input type="checkbox"/> Establecimiento o local comercial                                       | <input type="checkbox"/> Vial o carretero                      |   |
| Tipo de suelo:   | <input type="checkbox"/> Arcilloso  | <input type="checkbox"/> Arenoso   | <input type="checkbox"/> Rocoso                                | Observaciones: _____  |
| Evacuación de población:   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                           | No. de evacuados: _____  | Población en riesgo: _____                                     |   |
| Refugios temporales habilitados:   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                           | No. de refugios: _____   | Población albergada: _____                                     |   |
| No. de personas expuestas en forma directa:  | _____   | No. de intoxicados:  | _____  |   |
| No. de personas expuestas en forma indirecta:  | _____   | No. de lesionados:   | _____  |   |
| No. de fallecidos:   | _____   |  |  |   |
| Distancia de la zona afectada con la población:  | _____   |  |  |   |
| Distancia de la zona afectada con fuentes de abastecimiento:   | _____   |  |  |   |
| Fuentes de abastecimiento de agua:   | <input type="checkbox"/> Pozo profundo  | <input type="checkbox"/> Pozos artesianos  | <input type="checkbox"/> Manantiales                           | <input type="checkbox"/> Lagos <input type="checkbox"/> Ríos <input type="checkbox"/> Lagunas |
| Distancia de la zona afectada con el drenaje:  | _____   |  |  |   |
| Observaciones:   | _____   |  |  |   |
| 6. UNIDADES DE ATENCIÓN MEDICA DONDE SE CANALIZO A LA POBLACION AFECTADA   |   |  |  |   |
| Nombre y tipo de la unidad médica: _____   |   |  |  |   |
| Institución a la que pertenece: _____  |   |  |  |   |
| No. de personas hospitalizadas: _____  |   |  |  |   |
| Evolución de pacientes hospitalizados: _____   |   |  |  |   |
| 7. AUTORIDADES LOCALES, ESTATALES Y/O FEDERALES QUE INTERVINIERON:   |   |  |  |   |
| 1) _____   |   |  |  |   |
| 2) _____   |   |  |  |   |
| 3) _____   |   |  |  |   |
| 4) _____   |   |  |  |   |
| 5) _____   |   |  |  |   |
| 8. RESPONSABLE DEL LLENADO DE ESTE FORMATO   |   |  |  |   |
| Nombre: _____  |   | Fecha: _____   |  |   |
| Puesto: _____  |   |  |  |   |
| NOTA: Las actividades de protección contra riesgos sanitarios realizadas en atención a este evento se registran en el formato F-03 Reporte de acciones COFEPRIS/RSE. CANCELAR ESPACIOS VACIOS. |   |  |  |   |

Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01

Anexo 32. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-07 informe mensual de emergencias



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-07  
Rev. 00 / Enero, 2024

Formato F-07. INFORME MENSUAL DE LA ATENCION DE EVENTOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Mes de reporte: \_\_\_\_\_

| BROTOS (BEIE)              |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
|----------------------------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|
| Fecha                      |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | Subtotal |
| Nombre y numero de evento  |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Municipio (s)              |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Localidad (es)             |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Insumos Utilizados         | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA |
|                            |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
| Casos Confirmados          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Población Riesgo           |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Población Protegida        |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Estatus (E.N., E.S., E.C.) |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |

| ACCIONES PREVENTIVAS (AP)  |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
|----------------------------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|
| Fecha                      |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | Subtotal |
| Nombre y numero de evento  |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Municipio (s)              |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Localidad (es)             |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Insumos Utilizados         | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA |
|                            |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
| Población Riesgo           |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Población Protegida        |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Estatus (E.N., E.S., E.C.) |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |

| DESASTRE NATURAL (DN)      |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
|----------------------------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|-------|------|-----|---------|----------|
| Fecha                      |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | Subtotal |
| Nombre y numero de evento  |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Municipio (s)              |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Localidad (es)             |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Insumos Utilizados         | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA | Plata | H.C. | Cal | M.I. SB | M.I. MHA |
|                            |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |
| Población Afectada         |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Población Riesgo           |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Población Protegida        |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |
| Estatus (E.N., E.S., E.C.) |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         |          |       |      |     |         | 0        |

| EXPOSICIÓN A OTROS AGENTES (EOA) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|
| Fecha                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Subtotal |
| Nombre y numero de evento        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 0        |

**Emergencias sanitarias COEPRIS/DEMRS/DMRS/01**

**Anexo 33. COS-DEPE-P-02-POI-01-F-08 Informe anual de emergencias**



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA

Código:  
COS-DEPE-P-02-POI-01-F-08  
Rev. 01 / Octubre 2023

**FORMATO F-08. INFORME ANUAL DE REGISTRO DE EVENTOS DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS**

ESTADO: \_\_\_\_\_

AÑO DE REPORTE: \_\_\_\_\_

**TOTAL ANUAL DE EVENTOS ATENDIDOS**

| Datos generales anuales      | Desastres naturales (DN) | Brotos por enfermedades infecciosas y/o emergentes (BEIE) | Acciones preventivas (AP) | Hospitales (H) | Exposición a otros agentes (EAO) | Totales |
|------------------------------|--------------------------|---|---------------------------|----------------|----------------------------------|---------|
| Número de eventos atendidos: |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Municipios afectados:        |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Municipios trabajados:       |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Localidades afectadas:       |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Localidades trabajadas:      |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Población afectada:          |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Población en riesgo:         |                          |   |                           |                |                                  | 0       |
| Población protegida:         |                          |   |                           |                |                                  | 0       |

**CONCENTRADO ANUAL DE ACCIONES DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS**

| Acciones                         | Cantidad | Acciones                                    | Cantidad        | Acciones   | Cantidad           | Acciones                            | Cantidad                       | Acciones           | Cantidad                          |           |                           |
|----------------------------------|----------|---|-----------------|--|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------|---------------------------|
| Verificaciones sanitarias:       |          | Fomento sanitario:                          |                 | Monitoreo de cloro residual libre:                 |                    | Saneamiento básico                  |                                | Tipo de muestra:   | DN                                | FN        |                           |
| Evaluaciones sanitarias:         |          |   | Pláticas de MHA |  |                    |                                     |                                |                    | No. de depósitos de agua clorados |           | Hielo p/c humano:         |
| Medidas de seguridad:            |          | Asistentes                                  |                 |  | DN (0.2 - 1.5 ppm) |                                     | No. de litros de agua clorados |                    | Ambientales:                      |           |                           |
| No. de aseguramientos            |          | Pláticas de SB                              |                 | FN: <0.2ppm y >1.5ppm                              |                    | No. de focos infecciosos encalados: |                                | - Hisopos de Moore |                                   |           |                           |
| No. de destrucciones             |          | Asistentes                                  |                 | Sin cloro: 0.0ppm                                  |                    | Total de muestras reportadas        |                                | - Hisopos de Spira |                                   |           |                           |
| Productos destruidos en Kg       |          | Material impreso entregado (No. ejemplares) |                 | Distribución y uso de Insumos:                     |                    |                                     |                                | Tipo de muestra:   | DN                                | FN        | Pruebas rápidas Colliert: |
| Productos destruidos en L        |          | Tipo de materiales impresos distribuidos:   |                 | No. frascos de plata coloidal                      |                    | Alimentos:                          |                                |                    |                                   | - Potable |                           |
| Unidades de productos destruidos |          |   |                 | Hipoclorito de calcio en Kg                        |                    | Agua de uso y consumo humano:       |                                |                    | - Purificada                      |           |                           |
| No. de suspensiones              |          |   |                 | Cal en Kg  |                    | Agua purificada:                    |                                |                    | Otras                             |           |                           |
|                                  |          |   |                 | No. total de otros productos para la desinfección: |                    |                                     |                                |                    |                                   |           |                           |



Operación y seguimiento del programa calidad microbiológica de alimentos COEPRIS/DOS/01

Anexo 35. COS-DEPE-P-01-POI-02-F-01 Acciones de control

ACCIONES DE CONTROL SANITARIO APLICADAS EN ESTABLECIMIENTOS PROCESADORES DE ALIMENTOS


CÓDIGO: COS-DEPE-P-01-POI-02-F-01

Rev. 02/ Marzo 2021

Mes de reporte: Identificar el mes en que se realizaron las actividades reportadas

Coordinación: Identificar la coordinación

|  |          |   |
|--|----------|---|
| <b>Responsable del Proyecto Calidad microbiológica de alimentos</b>              | Nombre   | Nombre completo del Responsable del Proyecto Calidad microbiológica de alimentos              |
|  | E-mail   | Anotar el correo electrónico del Responsable del Proyecto Calidad microbiológica de alimentos |
|  | Teléfono | Indicar número de teléfono con clave LADA y extensión   |
| <b>Responsable del Proyecto Control sanitario del uso ilegal del clenbuterol</b> | Nombre   | Nombre completo Responsable del Proyecto Control sanitario del uso ilegal del clenbuterol     |
|  | E-mail   | Anotar el correo electrónico del Proyecto Control sanitario del uso ilegal del clenbuterol    |
|  | Teléfono | Indicar número de teléfono con clave LADA y extensión   |

 Indica que no se registró información.

ACCIONES DE CONTROL SANITARIO APLICADAS EN ESTABLECIMIENTOS PROCESADORES DE ALIMENTOS

| Grupo                 | Establecimiento   | Muestras para análisis microbiológico. |               |                  | Visitas de verificación |                | Aseguramientos |          | Destrucciones |          | Suspensiones | Apercibimientos | Multas   | Clausuras | Fomento sanitario    |                     |            |    |
|-----------------------|---|--|---------------|------------------|-------------------------|----------------|----------------|----------|---------------|----------|--------------|-----------------|----------|-----------|----------------------|---------------------|------------|----|
|                       |   | Analizadas                             | Muestras F.E. | Muestras F.E (%) | Realizadas              | % BPHS         | Aplicados      | Kg       | Aplicadas     | Kg       |              |                 |          |           | Tripticos y carteles | Pláticas impartidas | Asistentes |    |
| Cárnicos              | Rastros   |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Mataderos   |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Plantas proceso cárnicos                                  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Puntos venta cárnicos                                     |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      | 20                  | 1          | 20 |
|                       | Tiendas de autoservicio (cárnicos)                        |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Lácteos               | Plantas proceso de leche                                  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Plantas proceso derivados lácteos                         |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Puntos de venta leche                                     |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Punto de venta derivados lácteos                          |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Tiendas de Autoservicio (lácteos)                         |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Plantas Quesos elaborados con Leche no pasteurizada       |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Ptos de venta quesos elaborados con leche no pasteurizada |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Productos de la pesca | Plantas Productos Pesqueros                               |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Pescaderías   |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Ostionerías/Restaurantes                                  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Tiendas de autoservicio (pescadería)                      |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Alimentos preparados  | Alimentos Preparados Sitio                                |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Alimentos Preparados Llevar                               |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Tiendas de autoservicio (alim preparados)                 |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Agua y hielo          | Plantas Agua  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Plantas Hielo   |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Máquinas Agua   |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Máquinas Hielo  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
|                       | Venta Agua  |  |               | #DIV/0!          |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Venta Hielo           |   |  | #DIV/0!       |                  |                         |                |                |          |               |          |              |                 |          |           |                      |                     |            |    |
| Varios                | Tiendas de autoservicio                                   |  |               | #DIV/0!          | 1                       | #DIV/0!        | 0              | 0        | 0             | 0        | 0            | 0               | 0        | 0         | 20                   | 1                   | 20         |    |
| <b>TOTAL</b>          |   | <b>0</b>                               | <b>0</b>      | <b>#DIV/0!</b>   | <b>1</b>                | <b>#DIV/0!</b> | <b>0</b>       | <b>0</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> | <b>0</b>     | <b>0</b>        | <b>0</b> | <b>0</b>  | <b>20</b>            | <b>1</b>            | <b>20</b>  |    |

ACCIONES DE CONTROL SANITARIO DE CLENBUTEROL

| Establecimiento                 | Muestras para análisis de clenbuterol |               |                  | Visitas de verificación | Aseguramientos |          | Destrucciones |          | Suspensiones | Apercibimientos | Multas   | Clausuras | Notificaciones a SAGARPA | Denuncias presentadas a PGR |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------|------------------|-------------------------|----------------|----------|---------------|----------|--------------|-----------------|----------|-----------|--------------------------|-----------------------------|
|                                 | Analizadas                            | Muestras F.E. | Muestras F.E (%) |                         | Aplicados      | Kg       | Aplicados     | kg       |              |                 |          |           |                          |                             |
| Rastros                         |                                       |               | #DIV/0!          |                         |                |          |               |          |              |                 |          |           |                          |                             |
| Mataderos                       |                                       |               | #DIV/0!          |                         |                |          |               |          |              |                 |          |           |                          |                             |
| Plantas Proceso carnicos        |                                       |               | #DIV/0!          |                         |                |          |               |          |              |                 |          |           |                          |                             |
| Puntos venta carnicos           |                                       |               | #DIV/0!          |                         |                |          |               |          |              |                 |          |           |                          |                             |
| Tiendas de Autoserv. (cárnicos) |                                       |               | #DIV/0!          |                         |                |          |               |          |              |                 |          |           |                          |                             |
| <b>TOTAL</b>                    |                                       | <b>0</b>      | <b>0</b>         | <b>#DIV/0!</b>          | <b>0</b>       | <b>0</b> | <b>0</b>      | <b>0</b> | <b>0</b>     | <b>0</b>        | <b>0</b> | <b>0</b>  | <b>0</b>                 | <b>0</b>                    |

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| <b>Elaboró</b><br>(nombre y cargo) | LLENAR EN LA COORDINACION |
| <b>Teléfono</b>                    |                           |
| <b>E-mail.</b>                     |                           |





**Operación y seguimiento del programa calidad microbiológica de alimentos COEPRIS/DOS/01**

**Anexo 37. AL2 SEGUIMIENTO Seguimiento a muestras fuera de especificación**



**Seguimiento a muestras contaminadas  
(AL2 Formato Cuasema)**

\*\*\*\*\* FAVOR DE CONSULTAR INSTRUCTIVO DE LLENADO \*\*\*\*\*

COORDINACIÓN:   
 PERIODO (2):

| SEGUIMIENTO AL ACTA No. (4) | No. DE MUESTRA (5) | FECHA DEL MUESTREO (6) | TIPO DE MUESTREO (7) | FECHA DE REPORTE ANÁLISIS (8) | TIPO DE PRODUCTO CONTAMINADO (9) | MICROORG. PATÓGENO (10) | ESTABLECIMIENTO DONDE SE TOMÓ LA MUESTRA DEL PRODUCTO (11) |                  |   |               | PROVEEDOR ORIGEN DEL PRODUCTO (12) |   |               | SOLO PARA PRODUCTOS PESQUEROS                           | ACCIONES QUE SE TOMARON POR PARTE DE LA AUTORIDAD (14) |  |
|-----------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--|------------------|---|---------------|------------------------------------|---|---------------|---|--|--|
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         | Tipo de establecimiento o (a)                              | Razón social (b) | Dirección (Calle, No, Colonia, Localidad) (c) | Municipio (d) | Razón social (e)                   | Dirección (Calle, No, Colonia, Localidad) (f) | Municipio (c) | Zona de captura, extracción o cosecha del producto (13) | FOMENTO SANITARIO (a)                                  | MEDIDAS DE SEGURIDAD Y/O SANCIONES (b) |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |
|                             |                    |                        |                      |                               |                                  |                         |  |                  |   |               |                                    |   |               |   |  |  |

Elaboró: (15)   
 Teléfono/Fac (16)

Operación y seguimiento del programa calidad microbiológica de alimentos COEPRIS/DOS/01

Anexo 38. BPL1 Muestreo brucella



COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISIÓN DE EVIDENCIA Y MANEJO DE RIESGOS

FORMATO DE REPORTE MENSUAL DEL RESULTADO DE LAS DETERMINACIONES ANALÍTICAS DE BRUCELLA SPP  
FORMATO BPL1

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_  
MES DE REPORTE: \_\_\_\_\_

| Nombre del establecimiento en donde se obtuvieron las muestras (1) | Domicilio completo donde se encuentra físicamente operando el establecimiento (2) |                                     |                    |         | Especificar el tipo de producto y número de muestras (3) |    | Fecha de toma de muestra (DD/MM/AA) (4) | Fecha de envío o entrega en el LEP (DD/MM/AA) (5) | Fecha de recepción del resultado del LEP (DD/MM/AA) (6) | RESPORTE DE LA DETERMINACIÓN ANALÍTICA (Fuera de Norma FN y Dentro de Norma DN) (7) |    |  | No. de acta de verificación sanitaria en la que se asentó el muestreo (8) | Observaciones (9) |
|--|---|-------------------------------------|--------------------|---------|--|----|---|---|---|---|----|--|---|-------------------|
|  | Domicilio   | Municipio o Demarcación territorial | Entidad federativa | C queso | Leche  | DN |   |   |   | FN  | FN |  |   |                   |
|  |   |                                     |                    |         |  |    |   |   |   |   |    |  |   |                   |
|  |   |                                     |                    |         |  |    |   |   |   |   |    |  |   |                   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Elaboró:                       | PABLO MIGUEL MORALES SANCHEZ            |
| Teléfono:                      | 833 2 17 19 12      CEL: 833 1 51 89 89 |
| Validó la información:         |   |
| Autorizó:                      |   |
| Subió a la página de Intranet: |   |





Licencia sanitaria para Rayos X COEPRIS/DEAS/DALS/01

Anexo 41. Formato Servicios de Salud

|   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
|---|--|----------------|------------------|------------|--|------------------------------|-------------------|-----------|------------|---------------------|--|---------------|------|------------------------------|---|------|------------------|------------|------------------|-------------------|-------|-----------|------------|---------------------|
| <b>gob mx</b>   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <b>Servicios de Salud</b>   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Homoclave del formato</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">FF-COFEPRIS-07</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Número de RUPA</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>   | Homoclave del formato  | FF-COFEPRIS-07 | Número de RUPA   |            | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Uso exclusivo de la COFEPRIS</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Número de ingreso</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table> | Uso exclusivo de la COFEPRIS | Número de ingreso |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Homoclave del formato   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| FF-COFEPRIS-07  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Número de RUPA  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
|   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Uso exclusivo de la COFEPRIS  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Número de ingreso   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
|   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <p style="font-size: small;">Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo, la guía de llenado y los requisitos documentales.<br/>Llenar con letra de molde legible o a máquina o a computadora.<br/>El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información.</p>  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <b>1. Homoclave, nombre y modalidad del trámite</b>   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Homoclave:  | Nombre:  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Modalidad:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <b>2. Datos del propietario</b>   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Persona física</td></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </table>   | Persona física   | RFC:           | CURP (opcional): | Nombre(s): | Primer apellido:   | Segundo apellido:            | Lada:             | Teléfono: | Extensión: | Correo electrónico: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Persona moral</td></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>Denominación o razón social:</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">Representante legal o apoderado que solicita el trámite</td></tr> <tr><td>RFC:</td></tr> <tr><td>CURP (opcional):</td></tr> <tr><td>Nombre(s):</td></tr> <tr><td>Primer apellido:</td></tr> <tr><td>Segundo apellido:</td></tr> <tr><td>Lada:</td></tr> <tr><td>Teléfono:</td></tr> <tr><td>Extensión:</td></tr> <tr><td>Correo electrónico:</td></tr> </table> | Persona moral | RFC: | Denominación o razón social: | Representante legal o apoderado que solicita el trámite | RFC: | CURP (opcional): | Nombre(s): | Primer apellido: | Segundo apellido: | Lada: | Teléfono: | Extensión: | Correo electrónico: |
| Persona física  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| RFC:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| CURP (opcional):  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Nombre(s):  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Primer apellido:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Segundo apellido:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Lada:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Teléfono:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Extensión:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Correo electrónico:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Persona moral   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| RFC:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Denominación o razón social:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Representante legal o apoderado que solicita el trámite   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| RFC:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| CURP (opcional):  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Nombre(s):  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Primer apellido:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Segundo apellido:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Lada:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Teléfono:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Extensión:  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Correo electrónico:   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <p><i>"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"</i></p>  |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <small>MÉXICO<br/>GOBIERNO DE LA REPÚBLICA</small> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <small>COFEMER<br/>Comisión Federal de Mejora Regulatoria</small> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <small>COFEPRIS<br/>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</small> </div> </div> | <p><b>Contacto:</b><br/>                 Calle Oklahoma No. 14, colonia Nápoles;<br/>                 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México,<br/>                 C.P. 03810.<br/>                 Teléfono 01-800-033-5050<br/>                 contacto@cofepris.gob.mx</p> |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |
| Página 1 de 9   |  |                |                  |            |  |                              |                   |           |            |                     |  |               |      |                              |   |      |                  |            |                  |                   |       |           |            |                     |

**Desinsectación de embarcaciones COEPRIS/DSI/DSIM/01**

**Anexo 42. DSI01 Programación de Buques**



DIRECCIÓN DE SANIDAD INTERNACIONAL  
 DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA  
**PROGRAMACIÓN DE BUQUES**

DSI01

PUERTO DE \_\_\_\_\_

PROGRAMACIÓN DE BUQUES PARA EL DIA DE HOY \_\_\_\_\_

HORA DE ACTUALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL BUQUE | HORA DE PILOTO | HORA DE CRUCE DE ESCOLLERAS | MUELLE O TERMINAL | PROCEDENCIA | AGENCIA NAVIERA |
|------------------|----------------|-----------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
|                  |                |                             |                   |             |                 |
|                  |                |                             |                   |             |                 |
|                  |                |                             |                   |             |                 |

PROGRAMACIÓN DE BUQUES PARA EL DÍA DE MAÑANA \_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL BUQUE | HORA DE PILOTO | HORA DE CRUCE DE ESCOLLERAS | MUELLE | PROCEDENCIA | AGENCIA NAVIERA |
|------------------|----------------|-----------------------------|--------|-------------|-----------------|
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |
|                  |                |                             |        |             |                 |

Nota1: Se registra información en este formato cuando se recibe ETA.  
 Nota 2: El llenado de la columna "Hora de Cruce Escolleras" se realizará al recibir comunicación de la agencia naviera, la cual puede darse tanto en la programación del día o del día siguiente.

Desinsectación de embarcaciones COEPRIS/DSI/DSIM/01

Anexo 43. OC-SGC-07-V Servicio No Conforme



COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

SERVICIO NO CONFORME

OC-SGC-07-V

PROCESO: \_\_\_\_\_

| FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA | FOLIO DEL ACTA | FECHA DE DETECCIÓN | REQUISITOS DE LIBERACIÓN DEL SERVICIO NO CUMPLIDOS |                  |            |  |  |  | RESPONSABLE<br>(quien llenó el acta) | TRATAMIENTO |
|-------------------------------|----------------|--------------------|--|------------------|------------|--|--|--|--------------------------------------|-------------|
|                               |                |                    | mal llenado de acta                                | no cumple etapas | no legible |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                  |            |  |  |  |                                      |             |



Desinsectación de embarcaciones COEPRIS/DSI/DSIM/01

Anexo 44. DSI02 Reporte Mensual de Actividades

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA DSI02

mes: \_\_\_\_\_

| ID | No. | BUQUE | FECHA | PROCEDENCIA | HORA DE VISITA | AGENCIA NAVIERA | PUERTO | MUELLE | HORA DE TERMINO | TIEMPO TOTAL | VERIFICADOR | FOLIOS UTILIZADOS (según aplique) |   |   |   |
|----|-----|-------|-------|-------------|----------------|-----------------|--------|--------|-----------------|--------------|-------------|-----------------------------------|---|---|---|
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 |              |             | N                                 | D | E | I |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |
|    |     |       |       |             |                |                 |        |        |                 | 0:00         |             |                                   |   |   |   |

\* Desinsectación por alerta sanitaria \*\* Desinsectación solicitud de exención de sanidad a bordo D: Desinsectación de embarcaciones E: Exención de sanidad a bordo I: Informe de verificación sanitaria

**Desinsectación de embarcaciones COEPRIS/DSI/DSIM/01**

**Anexo 45. DSI03 Informe Mensual**



Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios  
 Informe Mensual de Actividades en Puertos de Tampico, Madero y Altamira y  
 Aeropuerto Internacional "Fco. Javier Mina"  
 Departamento de Sanidad Internacional Marítima  
 DSI03

Periodo del \_\_\_ al \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_




|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>ACTIVIDADES PUERTOS</b>    |  |  |
| <b>I</b>                      | <b>AUTORIZACION DE LIBRE PLATICA</b>                           |  |
| a)                            | Buques Internacionales   |  |
| b)                            | Tripulantes  |  |
| c)                            | Pasajeros  |  |
| d)                            | Polizones  |  |
| e)                            | Náufragos  |  |
| <b>II</b>                     | <b>VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA</b>                               |  |
| a)                            | Personas con procedencia de países con fiebre amarilla         |  |
| b)                            | Personas con procedencia de países con cólera                  |  |
| c)                            | Personas con procedencia de países con peste                   |  |
| d)                            | Personas con fiebre y postración                               |  |
| e)                            | Cualquier otra que determine la O.M.S.                         |  |
| <b>III</b>                    |  |  |
| a)                            | Revisados válidos  |  |
| b)                            | Revisados no-válidos.  |  |
| c)                            | Expedidos antiamarilica  |  |
| <b>IV</b>                     | <b>AUTORIZACION PARA ENTRADA Y SALIDA DE CADÁVERES HUMANOS</b> |  |
| <b>V</b>                      | <b>AUTORIZACION PARA ENTRADA Y SALIDA DE ENFERMOS</b>          |  |
| <b>VI</b>                     | <b>AUTORIZACION DE LIBRE PLATICA</b>                           |  |
| a)                            | Buques Nacionales  |  |
| b)                            | Tripulantes  |  |
| c)                            | Pasajeros  |  |
| <b>VI</b>                     | <b>DESINSECTACION</b>  |  |
| a)                            | Internacional  |  |
| b)                            | Cabotaje   |  |
| <b>VIII</b>                   | <b>CERTIFICADO DE EXENCION DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO</b>   |  |
| <b>ACTIVIDADES AEROPUERTO</b> |  |  |
| <b>IX</b>                     | <b>AUTORIZACION DE LIBRE PLATICA</b>                           |  |
| a)                            | Aeronaves  |  |
| a)                            | Pasajeros  |  |
| b)                            | Tripulantes  |  |
| <b>X</b>                      | <b>AUTORIZACION PARA ENTRADA Y SALIDA DE CADÁVERES HUMANOS</b> |  |
| <b>XI</b>                     | <b>AUTORIZACION PARA ENTRADA Y SALIDA DE ENFERMOS</b>          |  |

ATENTAMENTE

JEFE DE DEPARTAMENTO DE  
 SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA

Monitoreo y verificación de pasajeros en aeropuertos COEPRIS/DSI/DSIA/01

Anexo 46. Cuestionario para tamizaje de probables Casos sospechosos de una enfermedad infectocontagiosa

**4. Signos y/o síntomas de enfermedades infecciosas (Signs and/or symptoms of infectious disease)**

¿Ha presentado en los últimos 21 días algunos de los siguientes signos y/o síntomas? / Have you had any of the following signs and/or symptoms during the last 21 days? ¿Hace cuántos días inició? / How many days ago did it start?

|   |                                 |                                |       |
|---|---------------------------------|--------------------------------|-------|
| Fiebre (temperatura igual o mayor a 38°C) / Fever (temperature equal to or above 38°C/100.4° F) | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> |       |
| Diarrea/Diarrhea  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Vómito/Vomit  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diarrea/Diarrhea  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Exantema/Exanthema  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hemorragia/Hemorrhage   | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ictericidad/Icteric   | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mal estar general/General discomfort  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Parálisis flaccida/Flaccid paralysis  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tos/cough   | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Conjuntivitis/Conjunctivitis  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Coque/Coryza  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Odinofagia/Odynophagia  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Cefalea/Headache  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Artralgias/Arthralgias  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Escalofríos/Chills  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dificultad respiratoria/Respiratory distress  | SI/Yes <input type="checkbox"/> | No/No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Otro/Other  |                                 |                                |       |
| _____   |                                 |                                | _____ |
| _____   |                                 |                                | _____ |

**5. Criterios para considerarse como un probable caso sospechoso de una enfermedad infectocontagiosa (Para personal de Sanidad Internacional)**

Se considera que la persona puede presentar un probable cuadro de enfermedad infecciosa, bajo los siguientes criterios:

- Fiebre más 1 o más de los signos y/o síntomas
- 2 o más de los signos y/o síntomas e incluí febre
- Si estuvo en contacto con alguien que haya presentado la enfermedad infecciosa en los últimos 21 días presenta 1 o más de los signos y/o síntomas anteriores

¿Cumple con alguno de los criterios anteriores para considerarse un probable cuadro de enfermedad infectocontagiosa? SI  No

**6. Historial de contactos/Contact history**


¿Ha tenido contacto con alguien que haya presentado alguna enfermedad infecciosa en los últimos 21 días? / Have you had contact with anybody that has presented an infectious disease in the last 21 days? SI/Yes  No/No

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| En caso de que la respuesta anterior haya sido "SI" / In case the previous answer was "Yes" | ¿Qué enfermedad? / What disease? | ¿Hace cuántos días fue el contacto? / How many days ago was the contact? |
|   | _____                            | _____  |
|   | _____                            | _____  |

En caso de un "SI" en el apartado 5 y 6, se deberán realizar las siguientes acciones de manera inmediata:

- Contactar al área de epidemiología de la jurisdicción Sanitaria correspondiente al lugar en el que se realice la detección del caso haciendo llegar una copia del cuestionario contestado.
- Contactar a la Dirección de Sanidad Internacional para reportar el caso y haciendo llegar una copia del cuestionario contestado.

Calle 8 Berriozábal y Aanaya No. 1020  
Zona Centro, C.P. 87000  
Ciudad Victoria, Tamaulipas  
Tel. (834) 1070290 Ext. 70305



Verificación sanitaria en materia de servicios de salud COEPRIS/CJ/01

Anexo 47. CJ05 Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación y Vigilancia Sanitaria – Servicios de Salud



COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL No. 1 Victoria

Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación Sanitaria, Area Servicios de Salud

CJ05



COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL No. 1 Victoria

Registro y Seguimiento de Visitas de Verificación Sanitaria, Area Servicios de Salud

CJ05

Mes:

Verificador:


Mes:

Verificador:

| Fecha de la Orden | No. de orden | Fecha en que recibe verificador | Actividad | Observaciones | Establecimiento | Giro | Observaciones | Domicilio | Realizado | Fecha | Observaciones | Fecha en caso de Reprogramación | Realizado | Fecha | Observaciones | Fecha en caso de Reprogramación | Realizado | Fecha | Observaciones | Fecha en caso de Reprogramación | Realizado |
|-------------------|--------------|---------------------------------|-----------|---------------|-----------------|------|---------------|-----------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|
|-------------------|--------------|---------------------------------|-----------|---------------|-----------------|------|---------------|-----------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|-------|---------------|---------------------------------|-----------|

Verificación sanitaria en materia de servicios de salud COEPRIS/CJ/01

Anexo 48. CJ07 Informe Diario




**Tamaulipas**  
Gobierno del Estado

**SECRETARIA DE SALUD**

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

COORDINACIÓN JURISDICCIONAL No 1. VICTORIA

INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL VERIFICADOR EN SERVICIOS DE SALUD



**COEPRIS**  
Comisión Estatal para la Protección  
contra Riesgos Sanitarios

**CJ07**

NOMBRE DEL VERIFICADOR \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL | GIRO | Nº DE ORDEN | DOMICILIO |
|--|------|-------------|-----------|
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |
|  |      |             |           |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| VERIFICACIÓN              |  |
| COMPROBACIÓN              |  |
| NOTIFICACIÓN (DICTAMEN)   |  |
| NOTIFICACIÓN (LICENCIA)   |  |
| NOTIFICACIÓN (DOC. COMP.) |  |
| ASEGURAMIENTO             |  |
| SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES |  |
| CITATORIO / INSTRUCTIVO   |  |
| VIGILANCIA SANITARIA      |  |
| OTROS                     |  |

| OBSERVACIONES GENERALES: |
|--------------------------|
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |
|                          |

Anexos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Fecha de Recibido en Área

\_\_\_\_\_

Firma del Verificador

Verificación sanitaria en materia de servicios de salud COEPRIS/CJ/01

Anexo 49. OC-SGC-07-V Servicio No Conforme



COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

**SERVICIO NO CONFORME**

OC-SGC-07-V

PROCESO: \_\_\_\_\_

| FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA | FOLIO DEL ACTA | FECHA DE DETECCIÓN | REQUISITOS DE LIBERACIÓN DEL SERVICIO NO CUMPLIDOS |                 |            |  |  |  | RESPONSABLE<br>(quién llenó el acta) | TRATAMIENTO |
|-------------------------------|----------------|--------------------|--|-----------------|------------|--|--|--|--------------------------------------|-------------|
|                               |                |                    | no firmado de acta                                 | no cumple copia | no legible |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |
|                               |                |                    |  |                 |            |  |  |  |                                      |             |

**Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango COEPRIS/CJ/02**

**Anexo 50. CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria)**



**CJ01**  
 SECRETARIA DE SALUD  
 JURISDICCION SANITARIA N°1  
 COMISION ESTATAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
 COORDINACION JURISDICCIONAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
 OPERACIÓN SANITARIA  
**ASUNTO: ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN N° \_\_\_\_/20\_\_**  
**CD. VICTORIA TAMAULIPAS, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_**

Verificador(es) Sanitario(s)  
 Presente(s)

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 4, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 39, Frac. VII, XII, XIII, XV, XVI, XVII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 393, 395, 396, 397, 398, 400, 401, 402, 403 y 404 de la Ley General de Salud; y en el Artículo 11 de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, Artículo 10, 136, 137, 138, 139, 140 y 141 de la Ley Estatal de Salud, Artículo 14 fracciones II, IV, V, VII y VIII, del Reglamento Interior de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, proceda(n) a:

**REALIZAR VIGILANCIA SANITARIA EN LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:**

**ESTO CON FINES DE CORROBORAR QUE EL PERSONAL ANTES MENCIONADO NO SE ENCUENTRE ELABORANDO O MANIPULANDO ALIMENTOS, YA QUE SALIERON POSITIVOS A ESTUDIOS Y PUEDE GENERAR UN RIESGO A LA SALUD DE LA POBLACION CONSUMIDORA.**

ATENTAMENTE  
 SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION

COORDINADOR JURISDICCIONAL PARA LA PROTECCION  
 CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Hágase el conocimiento de la persona con quien se atiende la diligencia, lo dispuesto por los Artículos 139 y 140 de la Ley Estatal de Salud, en el sentido que el(los) verificador(es) tendrá(n) libre acceso al lugar inspeccionado y que su propietario, encargado u ocupante, tiene la obligación de dar todo género de facilidades para la práctica de la diligencia y designar dos testigos para este acto.

POR ENTERADO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA

Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango COEPRIS/CJ/02

Anexo 51. CJ02 Resumen de Trabajo



CJ02

| UNIDAD DE OPERACIÓN SANITARIA |  |           |         |                 |                   |            |               |
|-------------------------------|--|-----------|---------|-----------------|-------------------|------------|---------------|
| RESUMEN DE TRABAJO            |  |           |         |                 |                   |            |               |
| FECHA:                        | INDICE DE ABREVIATURAS:<br>NT: NOTIFICACIONES OP: OPERATIVO PE: PERMISO VR: VERIFICACION CO: COMPROBACION VS: VIGILANCIA SANITARIA |           |         |                 |                   |            |               |
| N°                            | SERVIDOR PUBLICO   | ACTIVIDAD | VISITAS | ESTABLECIMIENTO | RECEPCION DEL SP. | EFECTUADAS | OBSERVACIONES |
| 1                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 2                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 3                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 4                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 5                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 6                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 7                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 8                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 9                             |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 10                            |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 11                            |  |           |         |                 |                   |            |               |
| 12                            |  |           |         |                 |                   |            |               |



Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango COEPRIS/CJ/02

Anexo 52. CJ03 Dictámenes Sanitarios



CJ03

Oficio No. \_\_\_\_\_

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
 COORDINACIÓN JURISDICCIONAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
 CD. VICTORIA, TAMAULIPAS, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DEL 20\_\_

**Giro:**  
**Denominación:**  
**Propietario:**  
**Domicilio:**  
**Colonia:**  
**Municipio:**

Con fundamento en los artículos 4º párrafo tercero, 14 y 16 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos; 1,32 de la ley Orgánica de la administración Pública del Estado de Tamaulipas, 1º, 2º y 3º fracciones XXIV, XXV, 17 bis fracción VI y último párrafo del artículo 194, 393, 395, 402 y 430 de la Ley General de Salud, 144 de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas, 2,3 fracciones II, IV, IX, XII, XV y XIX del decreto mediante el cual se crea la Comisión Estatal de Protección Contra Riesgos Sanitarios, Publicado en el periódico oficial el 7 de diciembre de 2005; Acuerdo Específico de Coordinación para el Ejercicio de Facultades en Materia de control y Fomento Sanitario, que celebra la secretaria de salud con la participación de la comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Estado de Tamaulipas ,publicado en el diario oficial de la federación en fecha 21 de diciembre de 2007; 1,3,10,119,163 y 164 de la Ley de Salud para el Estado De Tamaulipas, Artículo 14 el Reglamento Interior de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitario y demás ordenamientos sanitarios que resulten aplicables y conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM - 251-SSA1-2009 , "Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios"; Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y en relación al ordenamiento y Acta No. \_\_\_\_\_, levantada en su establecimiento el día de del 20\_\_ y cuya copia debe obrar en su poder, Con motivo de la **Vigilancia Sanitaria** al Establecimiento, Constatando la Vigencia en los Certificados Médicos del personal practicada por el (los), \_\_\_\_\_; en su carácter de verificador sanitario se le notifica los resultados del dictamen correspondiente de lo que se desprende lo siguiente:

*Durante la Vigilancia Sanitaria en su establecimiento se detectó que \_\_\_\_\_, lo que constituye un riesgo para la salud de los consumidores.*

*Por lo anterior, esta Autoridad Sanitaria dictamina y le notifica lo siguiente: \_\_\_\_\_.*

*Se le Amonesta con \_\_\_\_\_ en caso de \_\_\_\_\_; el establecimiento puede ser acreedor a alguna penalidad y se procederá a la aplicación de las medidas de seguridad sanitarias y sanciones administrativas establecidas en la Legislación Sanitaria Vigente.*

Se le invita a consultar la siguiente página electrónica <http://www.cofepris.gob.mx>; en donde podrá obtener y consultar las normas Oficiales Mexicanas, así como documentos y tramites que son atendidos por esta dependencia.

**ATENTAMENTE**

Nombre y Firma  
 COORDINADOR JURISDICCIONAL PARA  
 LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS.

Nombre y Firma  
 Dictaminador Sanitario.

C.c.p.-Expediente

## Vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango COEPRIS/CJ/02

## Anexo 53. CJ04 Órdenes de Notificación



CJ04

SECRETARIA DE SALUD

JURISDICCION SANITARIA N°1

COMISION ESTATAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

COORDINACION JURISDICCIONAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

OPERACIÓN SANITARIA

ASUNTO: ORDEN DE VISITA DE VERIFICACIÓN N° \_\_\_\_/20\_\_

CD. VICTORIA TAMAULIPAS, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_

Verificador(es) Sanitario(s)

Presente(s)

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 4, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 39, Frac. VII, XII, XIII, XV, XVI, XVII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 393, 395, 396, 397, 398, 400, 401, 402, 403 y 404 de la Ley General de Salud; y en el Artículo 11 de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, Artículo 10, 136, 137, 138, 139, 140 y 141 de la Ley Estatal de Salud, Artículo 14 fracciones II, IV, V, VII y VIII, del Reglamento Interior de la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, proceda(n) a:

**REALIZAR LA ENTREGA DE LAS SIGUIENTES NOTIFICACIONES DE RESULTADO A ESTABLECIMIENTOS UBICADOS EN LOS DIFERENTES SECTORES DE ESTA LOCALIDAD:**

- 1.
- 2.
- 3.
- ...

ATENTAMENTE  
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION

COORDINADOR JURISDICCIONAL PARA LA PROTECCION  
CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Hágase el conocimiento de la persona con quien se atiende la diligencia, lo dispuesto por los Artículos 139 y 140 de la Ley Estatal de Salud, en el sentido que el(los) verificador(es) tendrá(n) libre acceso al lugar inspeccionado y que su propietario, encargado u ocupante, tiene la obligación de dar todo género de facilidades para la práctica de la diligencia y designar dos testigos para este acto.

POR ENTERADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA