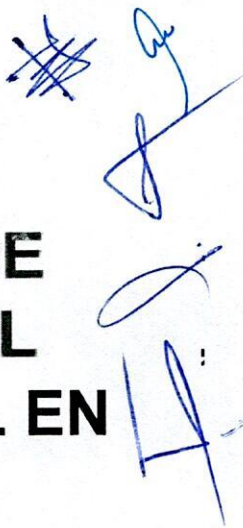




# DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL

## ÁREA DE SALUD MUNICIPAL

LINEAMIENTOS Y CRITERIOS  
GENERALES PARA EL DISEÑO,  
ELABORACIÓN, REVISIÓN,  
MODIFICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE  
LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL  
PROGRAMA ATENCIÓN DENTAL EN  
UNIDAD MÓVIL





**ACUERDO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN  
DEL PROGRAMA "ATENCIÓN DENTAL EN UNIDAD MÓVIL"**







## INTRODUCCIÓN

EL PRESENTE DOCUMENTO PRETENDE DAR A CONOCER CÓMO SE LLEVARÁ A CABO EL PROGRAMA MUNICIPAL ATENCIÓN DENTAL EN UNIDAD MÓVIL DURANTE EL AÑO 2023, EL CUAL ESTÁ DIRIGIDO A LA ATENCIÓN DE TODAS LAS PERSONAS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD SIN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BÁSICOS, FOMENTANDO UNA BUENA SALUD BUCAL.

### 1. ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

De acuerdo a la FDI (Federación Dental Iberoamericana) es definida como “polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial”. La salud bucal es un indicador clave de la salud; contribuyendo al bienestar físico y mental.

Las infecciones orales son de las principales enfermedades que pueden presentarse en la población y pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo. las caries son comunes en los niños menores de 5 años, pero gracias a la intervención temprana pueden evitarse o tratarse a un costo reducido. La mayoría de las enfermedades orales se asocian con determinados factores de riesgo, como la falta de higiene buco-dental, alimentación inadecuada y educación.

Por esta razón, la dirección de desarrollo social ha implementado programas de atención y prevención en la unidad móvil dental; los cuales están enfocados en la población más vulnerable del municipio contribuyendo a una mejor salud sin afectar su economía.

Varias instituciones como la OMS apoyan el desarrollo de programas de salud buco dental al permitir promocionar, educar y tratar la salud abarcando la mayoría de la población.

La salud bucal es un eslabón importante en el ámbito de bienestar bio-psico social de los individuos ya que las evidencias muestran una estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población de acuerdo al último estudio epidemiológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales de la Secretaría de Salud 2020 indican que las patologías bucales de mayor prevalencia en nuestro país son las caries dental y la enfermedad periodontal. En México el 93% de los adultos y 66% de la población entre 5 y 6 años viven con caries, aunado a que la mitad de los niños, niñas y adolescentes de seis a 19 años, y 8 de cada 10 adultos han desarrollado sarro, lo que continúa siendo un problema de salud pública que afecta considerablemente a la población infantil.

Dentro de las principales causas de morbilidad 2019-2020 en Chihuahua, de acuerdo al Programa Sectorial de Salud, se encuentra Gingivitis y enfermedad periodontal 3.2% siendo la décima causa de enfermedad y Gingivitis y enfermedad periodontal con un 2.0%; siendo la 11va causa de enfermedad entre la población de Chihuahua.





La proporción de personas mayores de 6 años con fluorosis dental por entidad federativa de nacimiento y tipo de sal distribuida. México, SIVEPAB 2020. En 75% de las entidades federativas, el porcentaje de fluorosis está por debajo de la media para todo el país (2.3%). Se observa que en las entidades federativas donde existe una proporción considerable de fluorosis dental (más de 10%) puede atribuirse, por lo menos en parte, al alto contenido de flúor en el agua.

Estas patologías se encuentran entre la mayor demanda de atención en los servicios de salud públicos, siendo importante señalar que estas pueden ser controladas a través de la ejecución de acciones de protección integral de salud, promoción, educación, prevención y recuperación, así como la vigilancia y al control de estas enfermedades y sus riesgos. En este sentido, la gestión de salud bucal se desarrolla a través dos ejes de trabajo, uno dirigido a la programación, normalización y evaluación de las acciones y otro, dirigido al desarrollo del componente de los servicios odontológicos en base a niveles de atención.

De acuerdo a los datos del informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social de las entidades y municipios y demarcaciones territoriales de país, elaborado por la secretaría de bienestar, con la finalidad de identificar a los sectores más vulnerables y con ello orientar la aplicación de aportaciones federales, podemos reconocer el grado de rezago social en el municipio de Cuauhtémoc, Chihuahua así como los índices de pobreza moderada y/o extrema, ya que sea debido a la vulnerabilidad por carencias son 64,961 y 18,086 por ingresos.

Con base al informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022 en Cuauhtémoc Chihuahua las personas con pobreza extrema son de 2,244 y de pobreza moderada 42,504, de acuerdo a los indicadores de carencias en el municipio son 18,674 personas no tienen acceso a los servicios de salud.

Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022 Cuauhtémoc, Chihuahua.		
Indicador	Municipio	Entidad federativa
Población al 2020	180,638	3,741,869
Grado de rezago social	Muy bajo	Bajo

Pobreza multidimensional	
Vulnerable por carencias	64,961
Vulnerable por ingresos	18,086
Pobreza moderada	42,504
Pobreza extrema	2,244







Indicadores de carencias sociales en el municipio o demarcación territorial	
Carencia	Personas
Rezago educativo	27,738
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	<b>18,274</b>
Calidad y espacios en la vivienda	8,117
Servicios básicos en la vivienda	2,583
Acceso a la alimentación	28,182

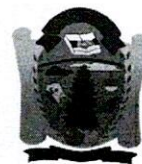
Por otra parte, el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de salud, a partir de estos criterios, se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando: no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el INSABI, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSTE federal o estatal, PEMEX, ejército o marina) o los servicios médicos privados, estableciendo así la participación de la federación, las entidades federativas, municipios y de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.

Por lo anterior, se reconoce la obligación del estado mexicano de garantizar el pleno acceso a este derecho fundamental, además de comprometerse este 2023 a tomar acciones para enfrentar grandes retos mundiales, establecidos en la agenda 2030; en material de salud y bienestar especialmente en su ODS No.3 encaminando a los países al logro del acceso universal y equitativo de garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2019-2024) se alinea con este objetivo en su eje cambio de paradigma en seguridad, que tiene como prioridad garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todos los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud y por medio de los programas regionales, sectoriales y coyunturales de desarrollo.

Dentro de los ejes temáticos que plantea el Plan de Desarrollo Municipal 2021-2024, se describe en su numeral 1. Nuestra Gente, Salud, Paz y Tranquilidad, además se incluye el Programa "Unidos por Cuauhtémoc" el cual cita por objetivo "llenar de vida los espacios públicos con actividades que incentiven el desarrollo físico, emocional, económico y social de las colonias más vulnerables."





## 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES

**Agenda 2030:** ES UNA HOJA DE RUTA PARA ERRADICAR LA POBREZA, proteger Al planeta y asegurar la prosperidad para todos sin comprometer los recursos para las futuras generaciones.

**Aportación:** apoyo, estímulo o ayuda en especie concedido por el gobierno municipal a través de la dirección de desarrollo social.

**Gobierno municipal:** ente responsable de la aportación que incluye el programa.

**dirección de desarrollo social:** institución gubernamental municipal que diseña, elabora, modifica, supervisa, ejecuta y se responsabiliza del programa.

**Área administrativa:** es el área de administración de la dirección de desarrollo social que se encargara de la supervisión y apoyo en general al área que ejecutara el programa.

**Coneval:** consejo nacional de evaluación de la política de desarrollo social, institución con autonomía técnica y de gestión, que tiene como objetivo coordinar la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social, así como medir la pobreza de acuerdo con la ley general de desarrollo social.

**IMSS:** instituto mexicano del seguro social

**INSABI:** instituto de salud para el bienestar.

**ISSSTE:** instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado.

**Instancia ejecutora:** es la unidad administrativa encargada de realizar las acciones específicas para la ejecución del programa.

**Instancia normativa:** "desarrollo social" es la responsable de establecer y definir los lineamientos, reglas y/o criterios operativos del programa.

**Montos de apoyo:** tipos de apoyo que se otorgan, en efectivo o en especie, así como los servicios, señalando montos o unidades a entregar por beneficiario.

**Objetivos de desarrollo sostenible (ODS):** cada uno de los 17 objetivos que conforman la agenda 2030.

**PND:** plan nacional de desarrollo.

**PEMEX:** petróleos mexicanos

**Población objetivo:** se refiere a la población que se encuentra en condiciones reales de ser atendida por un programa o política pública por un periodo de tiempo determinado.

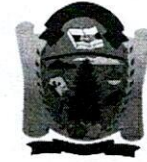
**Población potencial:** es definida por CONEVAL como el conjunto de la población que presenta el problema central que el programa atiende.

**Programa:** acciones por el crecimiento de Cuauhtémoc, Chih.

**Proceso electoral:** es el conjunto de actos realizados en fases y que la constitución y la ley general de instituciones y procedimientos electorales mandatan a las autoridades electorales, los partidos políticos y los ciudadanos para renovar periódicamente a los integrantes de los poderes legislativos y ejecutivo federal y de las entidades federativas, de los ayuntamientos en los estados de la república y de las alcaldías en la ciudad de México.

**Reglas de operación:** son un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad, responsabilidad, honestidad y transparencia.





## 2. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Garantizar el acceso a la salud bucal del Municipio de Cuauhtémoc Chih; por medio de la Unidad Dental Móvil, a través de acciones de promoción, educación, prevención, tratamiento y recuperación.

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr a través de la educación en salud bucal, la modificación de actitudes, hábitos, prácticas, tipo de alimentación y comportamientos individuales, grupales y familiares.
- Elaborar, actualizar e implementar normas y protocolos de salud bucal para los diferentes niveles de atención.
- Incidir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades bucodentales de primer nivel de atención mediante la proporción de servicios de calidad que influyan en la salud de la población.

## 4. MONTO ASIGNADO

El programa no tiene monto asignado, la Dirección de Desarrollo Social realizará la compra de material odontológico, siendo los insumos los que representen el gasto mayor de dicho programa. 45,000.00 para recursos materiales y 142,451 de recursos humanos.

- Meta de presupuesto anual: se basará en la demanda de servicio y capacidad instalada. 187,451.00
- Meta de eficiencia del recurso ejercido: 183,701.98.
- Meta de presupuesto mensual: 16,370.91
- Meta del presupuesto mensual ejercido: 16,043.49.
- Meta de porcentaje de eficiencia del recurso mensual ejercido: 98%
- Meta de beneficiarios anualmente: 360 personas.
- Meta de beneficiarios atendidos anualmente es de: 352 personas.
- Meta de porcentaje de efectividad del recurso entregado con respecto a los beneficiarios es del: 98%
- Meta del índice de uso de recurso: del valor 0 al valor 0.10
- Meta de índice de apoyos entregados: del valor 0 al valor 0.10.
- Meta de índice de impacto social Municipal:

## INDICADORES

INDICADOR	FÓRMULA	MÍNIMOS ACEPTADOS
PRESUPUESTO ANUAL	NO TIENE FÓRMULA	LO INDICADO EN LEY EGRESOS
PRESUPUESTO EJERCIDO	SUMA DE TODOS LOS APOYOS ENTREGADOS Y COMPROMETIDOS	98% DEL MONTO PRESUPUESTADO
PORCENTAJE DE EFICIENCIA DEL RECURSO EJERCIDO	$P = (EJERCIDO/PPTO) * 100$	98% O MAS
PRESUPUESTO MENSUAL	NO TIENE FÓRMULA	LO INDICADO EN LEY EGRESOS
PRESUPUESTO MENSUAL EJERCIDO	SUMA DE TODOS LOS APOYOS MENSUALES ENTREGADOS Y COMPROMETIDOS.	98% DEL MONTO MENSUAL PRESUPUESTADO
PORCENTAJE DE EFICIENCIA DEL RECURSO MENSUAL EJERCIDO	$P = (EJERCIDO MENSUAL/PPTO MENSUAL) * 100$	98% O MAS





BENEFICIARIOS META ANUALMENTE	NO TIENE FÓRMULA	LO INDICADO EN LINEAMIENTOS Y REGLAS DE OPERACIÓN
BENEFICIARIOS ATENDIDOS O APOYOS ENTREGADOS ANUALMENTE	SUMA DE TODOS LOS APOYOS ENTREGADOS POR PERSONA Y COMPROMETIDOS	98% O MAS
PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD DEL RECURSO ENTREGADO CON RESPECTO A LOS BENEFICIARIOS	$P=(\text{BENEF ATENDIDOS}/\text{BENEF META}) \cdot 100$	98% O MAS
INDICE DE USO DEL RECURSO	IUR: $(\text{PPTO-EJERCIDO})/\text{PPTO}$	DEL 0 A 0.10
INDICE DE APOYOS ENTREGADOS	IAE: $(\text{BENEFI META}-\text{BENEF APOYADOS})/\text{BENEF META}$	DEL 0 A 0.10
INDICE DE IMPACTO SOCIAL MUNICIPAL	IISM: $(\text{BENEFICIARIOS APOYADOS}/\text{POBLACION OBJETIVO})$	

## 5. COBERTURA

El presente programa está destinado a cubrir la población que se encuentra dentro de la mancha urbana y zonas rurales, preferentemente en las colonias ubicadas en zonas de atención prioritaria y/o altos índices de marginación y rezago social.

## 6. POBLACIÓN POTENCIAL

Según el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2021 en Cuauhtémoc Chihuahua, de acuerdo a los indicadores de carencias sociales en el Municipio **180,638**, para lo cual se pretende apoyar a las personas que tengan necesidades de atención odontológica.

## 7. POBLACIÓN OBJETIVO

Con base al informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2022 en Cuauhtémoc, Chihuahua las personas con pobreza extrema son de 2,244 y de pobreza moderada 42,504, de acuerdo a los indicadores de carencias en el municipio son 18,674 personas no tienen acceso a los servicios de salud, es por ello que el programa de subsidios médicos pretende subsanar las necesidades de la población que se encuentra con algún grado de rezago social y/o marginación. La población objetivo será de 63,223 personas.

## 8. POBLACIÓN ATENDIDA

Para el presente programa, basados en los montos presupuestarios y capacidad operativa, la DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL ha determinado atender preferentemente, a las personas que no cuenten con servicio médico integral, estimando para el ejercicio 2023 a 360 personas; las cuales se determinaron en base a los recursos humanos, infraestructura e insumos con los que cuenta la Unidad Móvil.

## 9. REQUISITOS

Documentos de identificación vigente:

- Credencial para votar (con domicilio en la cabecera municipal, que se encuentre vigente)
- Clave única de registro de población impresa
- Ficha técnica del paciente

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

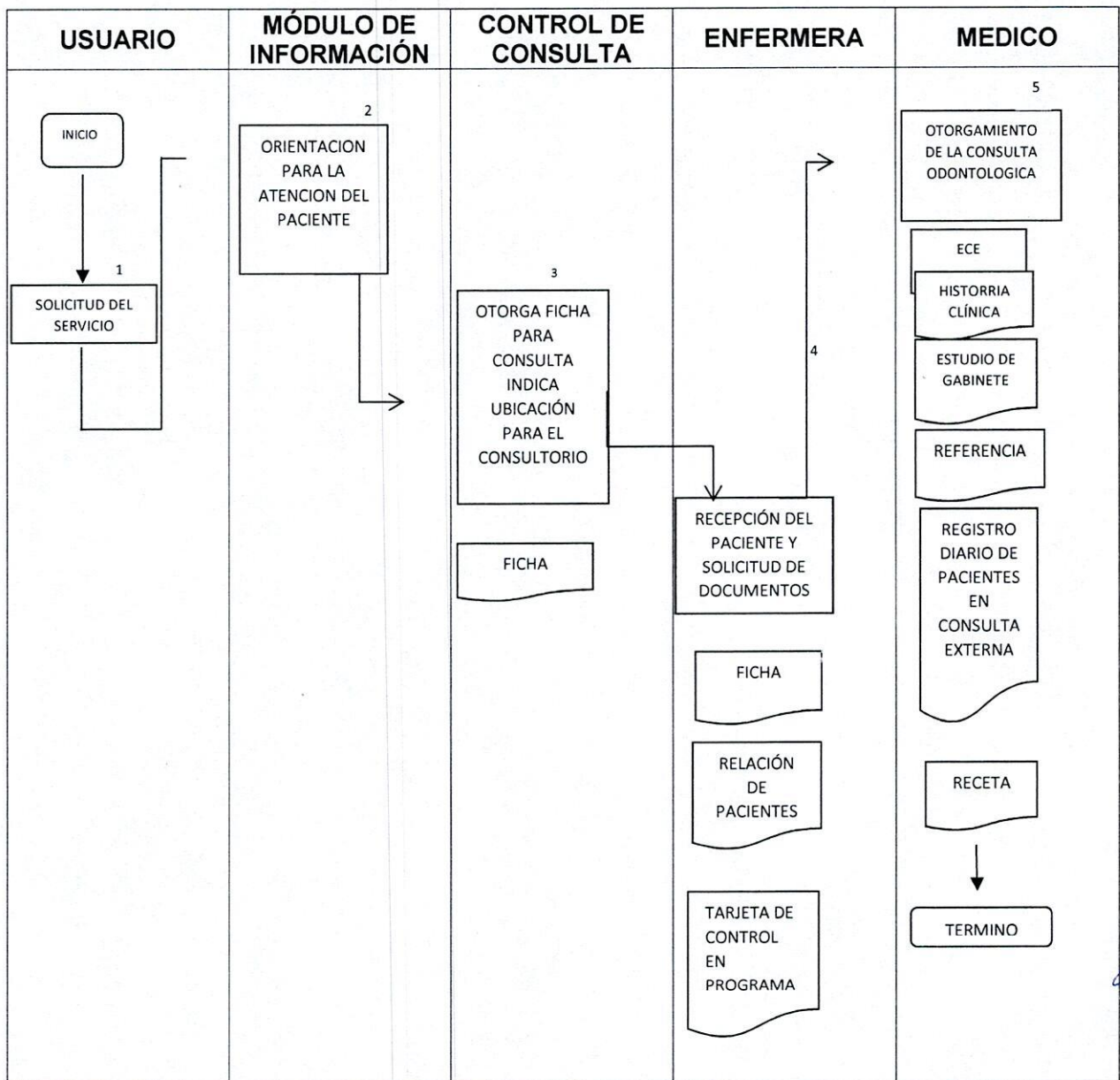
- Tener nacionalidad mexicana por nacimiento o naturalización
- Residir dentro de la cabecera municipal
- Contar con identificación vigente
- Que el receptor del apoyo tenga su nombre, CURP y RFC correctos





### 10. PROCESO DE SELECCIÓN

Indicar mediante un diagrama de flujo el procedimiento a seguir para la implementación y otorgamiento del programa.







## 11. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO

EJE PRINCIPAL	TIPO DE ATENCION	
ATENCION ODONTOLÓGICA A PERSONAS QUE PERTENECEN A ALGÚN GRUPO VULNERABLE	CONSULTA ODONTOLÓGICA	SE REALIZA UNA VALORACIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ENTREGA DE MEDICAMENTO
	PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO	EXTRACCIONES, OBTURACIONES, PROFILAXIS Y EXODONCIAS

## 12. DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES DEL BENEFICIARIO

### LAS PERSONAS BENEFICIARIAS TIENEN DERECHO A:

- A) Recibir información de manera clara y oportuna.
- B) Un trato digno, respetuoso, con calidad, equitativo y sin discriminación.
- C) Recibir atención y apoyo para realizar cualquier trámite relacionado con el programa sin costo alguno o condicionamiento.
- A. La seguridad sobre la reserva y privacidad de sus datos personales conforme a la legislación en materia de transparencia.

### LAS PERSONAS DERECHOHABIENTES DEL APOYO TIENEN LAS OBLIGACIONES SIGUIENTES:

- A) Proporcionar bajo protesta de decir verdad, la información que se les requiera de acuerdo con lo establecido en las presentes reglas de operación y sus anexos.

## 13. LA INSTANCIA EJECUTORA

La instancia ejecutora y responsable de este programa será el Área de Salud Municipal corresponderá a la dirección de desarrollo social, participar en la coordinación e implementación del programa en términos de la normatividad aplicable. asimismo, la Unidad de Salud Municipal, deberá resguardar los expedientes de las personas derechohabientes completos, garantizando la confidencialidad y la protección de datos personales que sean recabados, mediante los mecanismos de seguridad física y digital necesarios, en cumplimiento con las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública aplicables.

Los archivos que conforman los expedientes de las personas derechohabientes podrán integrarse mediante documentos físicos o electrónicos, debiéndose garantizar en todo momento su confidencialidad y su uso, que está limitado únicamente para el otorgamiento







del apoyo especial dando conformidad a la normatividad en materia de transparencia y protección de datos.

#### 14. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Con la finalidad de alcanzar la universalidad de las personas susceptibles de ser derechohabientes y que ejerzan su derecho al programa de la presidencia municipal, la unidad responsable podrá celebrar convenios de colaboración con las dependencias municipales, estatales, y federales así como con las autoridades de los tres órdenes de gobierno, a fin de que transfieran las bases de datos de sus personas beneficiarias que cumplan con los criterios de elegibilidad y requisitos así como, garantizar que el programa no se contraponga, afecte o presente duplicidades con otros de la administración pública municipal.

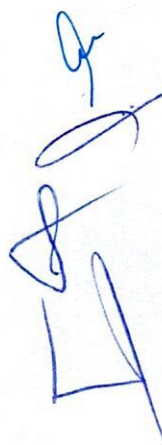
#### PROCESO DE COMPRA SEGÚN REGLAMENTO DE ADQUISICIONES

Todo trámite que requiera la compra de bienes y materiales, se debe realizar siguiendo el reglamento establecido por el comité de adquisiciones. a continuación, se especifica el tipo de compra, así como el trámite que se debe seguir.

El área ejecutora deberá entregar al departamento administrativo todos los documentos que se indican según sea el proceso.

CAJA CHICA		RESPONSABLE
1	GASTOS MENORES A \$1,000.00	ÁREA EJECUTORA
2	EN LA FACTURA ESPECIFICAR AL REVERSO DE LA FACTURA EL MOTIVO DEL GASTO, FIRMA Y NOMBRE DE QUIEN EJERCE EL GASTO	
3	VALIDACIÓN DE FACTURA ANTE EL SAT	
4	APOYOS MENORES A \$1,000.00 EN CASOS EXCEPCIONALES Y SOLO SI EXISTE EL EXPEDIENTE COMPLETO	
5	SI ES CAPACITACIÓN O CURSO FUERA DE LA CIUDAD, IMPRIMIR LA INVITACIÓN	

GASTOS POR COMPROBAR		RESPONSABLE
1	NOMBRE DE LA PERSONA	TITULAR DEL ÁREA
2	IDENTIFICACIÓN	
3	R.F.C.	
4	FACTURA (TODAS LAS FACTURAS QUE SUMEN EL TOTAL DEL GASTO A COMPROBAR	
5	VALIDACIÓN DE FACTURA(S) ANTE EL SAT	
6	EVIDENCIAS DEL GASTO (FOTOGRAFÍAS IMPRESAS)	
7	DEBEN COMPROBARSE LOS GASTOS DENTRO DE LOS 15 DÍAS POSTERIORES A QUE SE RECIBA EL CHEQUE	








## COMPRAS VARIAS

COMPRAS TIPO "A" HASTA \$28,866.00 (DE 0 A 300 UMA DIARIO)		RESPONSABLE
1	3 COTIZACIONES CON CARACTERÍSTICAS IGUALES (2 DÍAS) <b>NOTA:</b> SE DEBERÁ ENVIAR SOLICITUD FORMAL DE COTIZACIÓN SOLICITANDO LAS MISMAS CANTIDADES Y LOS MISMOS ARTÍCULOS, NO SE ACEPTARÁN COTIZACIONES CON DIFERENTES CANTIDADES Y DIFERENTES ARTÍCULOS. SE ANEXA EJEMPLO DE SOLICITUD DE COTIZACIÓN	ÁREA REQUERENTE
2	SOLICITAR LAS COTIZACIONES CON 2 SEMANAS DE ANTICIPACIÓN	
3	EL ÁREA ADMINISTRATIVA DE DESARROLLO SOCIAL ENVÍA AL COMITÉ DE ADQUISICIONES O DEPARTAMENTO DE COMPRAS LAS COTIZACIONES PARA CONTINUAR CON EL TRÁMITE, DURACIÓN (3 DÍAS)	ADMINISTRATIVO
4	REVISIÓN POR PARTE DE COMITÉ DE ADQUISICIONES (3 DÍAS) <b>NOTA:</b> LAS FACTURAS SE RECIBEN EN EL PRIMER LUNES DEL MES O BIEN ANTES	COMITÉ DE ADQUISICIONES
5	TESORERÍA PAGA EL 3ER JUEVES DEL MES	TESORERÍA

**NOTA:** CONSIDERAR EL VALOR DE UMA VIGENTE.

**NOTA:** EL ÁREA REQUERENTE DEBERÁ DAR SEGUIMIENTO A TODO EL PROCESO HASTA LA OBTENCIÓN DE LA COMPRA SOLICITADA, EL ÁREA ADMINISTRATIVA SERÁ AUXILIAR DURANTE EL PROCESO, POR LO QUE EL ÁREA EJECUTORA SERÁ RESPONSABLE DE QUE LAS COMPRAS SE REALICEN A SU DEBIDO TIEMPO Y CONDICIONES.

COMPRAS TIPO "B" HASTA \$92,371.20 (300 A 960 UMA DIARIO)		RESPONSABLE
1	SOLICITAR TECHO FINANCIERO A TESORERÍA (IMPORTE CON I.V.A.)	ADMINISTRATIVO
2	RESPUESTA DEL TECHO FINANCIERO POR PARTE DE TESORERÍA (2 DÍAS)	
	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
	PROYECTO	
	CUENTA	
	UNIDAD ADMINISTRATIVA	
	IMPORTE AUTORIZADO	
3	FICHA TÉCNICA DE LO QUE SE VA A ADQUIRIR YA SEA BIEN O SERVICIO	AREA REQUERENTE
4	ENVIAR POR CORREO (DEBERÁ SER EL INSTITUCIONAL) O DE FORMA PERSONAL LA SOLICITUD DE LA COTIZACIÓN DEL BIEN O SERVICIO.	AREA REQUERENTE
5	EL PROVEEDOR DEBE CONTESTAR LA COTIZACIÓN DE LA SIGUIENTE FORMA:	
1	HOJA MEMBRETADA QUE CONTENGA:	





	A	NOMBRE DEL NEGOCIO	AREA REQUIRENTE
	B	DIRECCIÓN	
	C	TELÉFONO	
	D	CORREO ELECTRÓNICO	
2		DIRIGIDA AL MUNICIPIO DE CUAUHTEMOC	
3		IMPORTE CON IVA DESGLOSADO, ES DECIR (SUB-TOTAL, IVA Y TOTAL)	
4		FIRMA CON TINTA AZUL DEL DUEÑO O ADMINISTRADOR DEL NEGOCIO	
5		SI LA COTIZACION SE SOLICITA POR CORREO ELECTRONICO:	
	A	IMPRIMIR CAPTURA DE PANTALLA DEL CORREO ENVIADO	
	B	IMPRIMIR EL OFICIO SOLICITANDO LA COTIZACION AL PROVEEDOR	
	C	IMPRIMIR LA CAPTURA DE PANTALLA DONDE SE RECIBE LA RESPUESTA DE LA COTIZACION	
	D	IMPRIMIR LA COTIZACION QUE ENVIA EL PROVEEDOR EN CORREO ELECTRONICO	
6		SI ES UN NUEVO PROVEEDOR DEBEMOS SOLICITARLE:	
		CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL Y LA OPINIÓN DE CUMPLIMIENTO FORMATO 32-D	ADMINISTRATIVO
7		EL ÁREA ADMINISTRATIVA INGRESA EN EL SISTEMA DE MATERIALES LA SOLICITUD DE COMPRA ANEXANDO LO SIGUIENTE:	ADMINISTRATIVO
1		SOLICITUD DE COTIZACIÓN AL PROVEEDOR	ÁREA EJECUTORA
2		SI FUE POR CORREO EL CORREO DONDE SE LE SOLICITÓ LA COTIZACIÓN	
3		EL CORREO DONDE RECIBIMOS LA RESPUESTA	
4		IMPRIMIR LA COTIZACIÓN DEL PROVEEDOR	
5		FACTURA DE QUIEN RESULTE SELECCIONADO PARA LA COMPRA (PDF, XML, VERIFICACIÓN DE FACTURA)	
8		AUTORIZACIÓN EN EL SISTEMA DE RECURSOS MATERIALES POR PARTE DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES (10 DÍAS)	OFICIALÍA
9		REVISIÓN POR PARTE DE OFICIALÍA (3 DÍAS) Y SI RECIBE LAS FACTURAS EN EL PRIMER LUNES DEL MES O BIEN ANTES	
10		TESORERÍA PAGA EL 3ER JUEVES DEL MES	TESORERÍA

**NOTA:** CONSIDERAR EL VALOR DE UMA VIGENTE.

**NOTA:** EL ÁREA REQUIRIENTE DEBERÁ DAR SEGUIMIENTO A TODO EL PROCESO HASTA LA OBTENCIÓN DE LA COMPRA SOLICITADA, EL ÁREA ADMINISTRATIVA SERÁ AUXILIAR DURANTE EL PROCESO, POR LO QUE EL ÁREA EJECUTORA SERÁ RESPONSABLE DE QUE LAS COMPRAS SE REALICEN A SU DEBIDO TIEMPO Y CONDICIONES.








COMPRAS TIPO "C" HASTA \$1'247,011.20 (36 UMA ANUAL)		RESPONSABLE
1	SOLICITAR TECHO FINANCIERO A TESORERÍA (IMPORTE CON I.V.A.)	ADMINISTRATIVO
2	RESPUESTA DEL TECHO FINANCIERO POR PARTE DE TESORERÍA:	
	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
	PROYECTO	
	CUENTA	
	UNIDAD ADMINISTRATIVA	
	IMPORTE AUTORIZADO	
3	SOLICITUD AL COMITÉ DE ADQUISICIONES:	ADMINISTRATIVO
A	SOLICITUD DETALLANDO EL BIEN, MONTO SIN IVA, EL USO QUE SE LE DARÁ	
B	OFICIO SOLICITUD Y RESPUESTA DE LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL (TECHO FIN)	ÁREA REQUERENTE ÁREA REQUERENTE
C	INVESTIGACIÓN DE MERCADO (POR LO MENOS 3 COTIZACIONES CON VIGENCIA DE 30 DÍAS) DEBERÁ ESTAR ESCRITA DICHA LEYENDA EN LA COTIZACIÓN	
D	FICHA TÉCNICA (CATÁLOGO DE CONCEPTOS)	
4	DESPUÉS DE RECIBIDA LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ:	COMITÉ DE ADQUISICIONES
A	EL COMITÉ INCLUIRÁ LA SOLICITUD EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA SESIÓN ORDINARIA O EXTRAORDINARIA	
B	APROBADA LA SOLICITUD POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ	
D	EL COMITÉ TIENE 5 DÍAS PARA RECIBIR LAS COTIZACIONES	
E	UNA VEZ RECIBIDAS LA COTIZACIONES EN TIEMPO Y FORMA, SE INCLUIRÁ EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA SESIÓN CORRESPONDIENTE PUDIENDO SE ORDINARIA O EXTRAORDINARIA, SE ABREN LOS SOBRES Y SE REALIZA EL CUADRO COMPARATIVO	
F	DESPUÉS DE APROBADA LA SOLICITUD POR LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ SE ELABORA EL OFICIO DE FALLO Y EL CONTRATO	
5	EL ÁREA DE ADQUISICIONES SUBE EL CONTRATO AL SISTEMA DE MATERIALES	
6	SE SOLICITA AL PROVEEDOR ADJUDICADO LA FACTURA EN PDF, XML Y VALIDACIÓN ANTE EL SAT	ADMINISTRATIVO
7	SE CAPTURA EN EL SISTEMA DE MATERIALES LA REQUISICIÓN DE COMPRA	ADMINISTRATIVO
8	REVISIÓN POR PARTE DE OFICIALÍA (3 DÍAS) Y SI RECIBE LAS FACTURAS EN EL PRIMER LUNES DEL MES O BIEN ANTES	OFICIALÍA
9	TESORERÍA PAGA EL 3ER JUEVES DEL MES	TESORERÍA

**NOTA:** CONSIDERAR EL VALOR DE UMA VIGENTE.

**NOTA:** EL ÁREA REQUERENTE DEBERÁ DAR SEGUIMIENTO A TODO EL PROCESO HASTA LA OBTENCIÓN DE LA COMPRA SOLICITADA. EL ÁREA ADMINISTRATIVA SERÁ AUXILIAR DURANTE EL PROCESO, POR LO QUE EL ÁREA EJECUTORA SERÁ RESPONSABLE DE QUE LAS COMPRAS SE REALICEN A SU DEBIDO TIEMPO Y CONDICIONES.





UNIDOS POR  
**CUAUHTÉMOC**  
MUNICIPIO DE LAS TRES CULTURAS  
AYUNTAMIENTO 2021 - 2024

SE ANEXA EJEMPLO DE COTIZACIÓN



INVITACION MINIMO 3 PROVEEDORES HASTA \$1'870,516.80 (54 UMA ANUAL)		RESPONSABLE
1	SOLICITAR TECHO FINANCIERO A TESORERÍA (IMPORTE CON I.V.A.)	ADMINISTRATIVO
2	RESPUESTA DEL TECHO FINANCIERO POR PARTE DE TESORERÍA:	
	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
	PROYECTO	
	CUENTA	
	UNIDAD ADMINISTRATIVA	
	IMPORTE AUTORIZADO	
3	SOLICITUD AL COMITÉ DE ADQUISICIONES:	ÁREA REQUERENTE
A	SOLICITUD DETALLANDO EL BIEN, MONTO SIN IVA, EL USO QUE SE LE DARÁ	
B	OFICIO SOLICITUD Y RESPUESTA DE LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL (TECHO FIN)	
C	INVESTIGACIÓN DE MERCADO (POR LO MENOS 3 COTIZACIONES CON VIGENCIA DE 30 DÍAS)	
	D	FICHA TÉCNICA (CATÁLOGO DE CONCEPTOS)
4	DESPUÉS DE RECIBIDA LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ:	COMITÉ DE ADQUISICIONES
A	EL COMITÉ INCLUIRÁ LA SOLICITUD EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA SESIÓN ORDINARIA O EXTRAORDINARIA	
B	APROBADA LA SOLICITUD POR PARTE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ	
5	EL ÁREA REQUERIENTE ELABORARÁ CONVOCATORIA Y COMITÉ DE ADQUISICIONES ELABORA LAS BASES DE LICITACIÓN PARA PUBLICARLAS EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, ASÍ COMO EN OTROS PERIÓDICOS	
6	COMITÉ DE ADQUISICIONES PROGRAMA LAS REUNIONES PARA JUNTA DE ACLARACIONES, APERTURA DE PROPUESTAS Y FALLO, PROGRAMA FECHA Y HORA PARA FIRMA DE CONTRATOS	
7	EL ÁREA DE ADQUISICIONES SUBE EL CONTRATO AL SISTEMA DE MATERIALES	ADMINISTRATIVO
8	SE SOLICITA AL PROVEEDOR ADJUDICADO LA FACTURA EN PDF, XML Y VALIDACIÓN ANTE EL SAT	
9	SE CAPTURA EN EL SISTEMA DE MATERIALES LA REQUISICIÓN DE COMPRA	OFICIALÍA
10	REVISIÓN POR PARTE DE OFICIALÍA (3 DÍAS) Y SI RECIBE LAS FACTURAS EN EL PRIMER LUNES DEL MES O BIEN ANTES	
11	TESORERÍA PAGA EL 3ER JUEVES DEL MES	TESORERÍA

**NOTA:** CONSIDERAR EL VALOR DE UMA VIGENTE.

Reposición de gastos: en caso de requerir un gasto que involucre recursos propios, deberá solicitar la autorización correspondiente a la **Dirección de Desarrollo Social**, donde se describa el gasto y empleo de este método.

### 15. MECÁNICA OPERATIVA PROCESO DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

El programa estará a cargo del Área de Salud Municipal de la DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL del Municipio de Cuauhtémoc Chihuahua, con domicilio en avenida allende no. 15 zona centro cd. Cuauhtémoc Chihuahua cp. 31500 teléfono 625-58-1-92-00 ext. 75042.



Handwritten signature and initials on the right side of the page.





El área ejecutora deberá mantener siempre un expediente completo de todos los programas, incluyendo beneficiarios atendidos, así como el control, organización e información financiera que será requerido por parte de dirección de desarrollo social.

### **PROCESO DE OPERACIÓN DEL EVENTO**

Se deberán entregar a la dirección de desarrollo social con un mínimo de 5 días de anticipación los siguientes formatos:

1. Ficha técnica del evento
2. Oficio de invitación al c. presidente municipal
3. Protocolo de invitación a regidores
4. Protocolo de invitación a directores
5. Ficha de organización del presídium
6. Orden del día
7. Oficio de solicitud de maestro de ceremonias
8. Oficio de invitación a comunicación social

**Nota:** se anexan al presente documento todos los formatos anteriores.

La organización previa al evento deberá ser considerada por parte del jefe de área responsable.

### **16. SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN, CONTROL Y AUDITORÍA**

#### **SEGUIMIENTO**

Para la mejora permanente del programa, así como para la integración de informes, la sindicatura del municipio de Cuauhtémoc Chih. llevará a cabo el seguimiento a los recursos asignados al programa.

Asimismo, acordará con el Área de salud municipal su participación en el seguimiento integral a las acciones del programa.

De igual manera, toda la información referente al programa estará sujeta a supervisión de auditoría y en algunos casos del órgano interno de control.

#### **SUPERVISIÓN**

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL a través del encargado de supervisión evaluará y supervisará lo mencionado a continuación:

1. Proceso de inscripción
2. Requisitos
3. Análisis financiero del programa
4. Proceso de entrega del apoyo
5. Expedientes en orden y en su posesión
6. Cierre del programa

#### **CONTROL Y AUDITORÍA**

La unidad de salud municipal responsable del programa y la DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL serán responsables de la supervisión directa de las acciones, así como de verificar que en su ejecución se cumpla la normatividad aplicable, asimismo la Unidad de Salud Municipal será responsable de verificar el seguimiento al avance y entrega







de las acciones, así como de la solicitud y resguardo de la comprobación documental del gasto ejercido, firmada por la instancia ejecutora, en los plazos establecidos en estas reglas de operación, dejando evidencia de la confirmación de su autenticidad en los medios electrónicos implementados por la autoridad fiscal y asegurar su debido resguardo.

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL y Área de salud municipal dará todas las facilidades a dichas instancias fiscalizadoras para realizar, los actos de fiscalización que consideren necesarios (auditorías, visitas, intervenciones de control interno, evaluaciones de políticas públicas, verificaciones de calidad, o cualquier otro) y en el momento en que lo juzguen pertinente; asimismo, efectuarán las acciones necesarias para dar atención a las recomendaciones planteadas en cada una de las observaciones y/o recomendaciones, independientemente de las sanciones a que hubiere lugar. por la inobservancia de esta disposición la unidad responsable del programa determinará con base en lo anterior si suspende o limita la ministración de los recursos municipales.

**Por parte de Dirección de Desarrollo Social**

1. Formato de seguimiento y control del programa el cual se anexa al presente documento.
2. Encuestas: se realizarán encuestas con una periodicidad de 3 meses al 10% de los beneficiarios de cada programa, reporte que se deberá entregar a la dirección de desarrollo social. se debe llevar a cabo un listado con las personas encuestadas, incluyendo nombre del programa, nombre completo del beneficiario, número de folio, teléfono, así como un reporte final donde se concentren las cantidades de opiniones en el siguiente formato:

PUNTUALIDAD DE ENTREGA DEL APOYO	CALIFICACIÓN DEL SERVICIO				IMPORTANCIA DEL APOYO SEGÚN BENEFICIARIO			CALIDAD DEL APOYO			
	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	NO ME SIRVIÓ	ME SIRVIÓ POCO	ME SIRVIÓ MUCHO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO

De igual manera, se deberán incluir los valores representados en porcentaje.

**17. TRANSPARENCIA, DIFUSIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS**

A fin de garantizar la transparencia en el ejercicio de los recursos, el Área de Salud Municipal llevará a cabo con transparencia cada uno de sus programas en coordinación con transparencia de desarrollo social y transparencia municipal.

**18. QUEJAS Y DENUNCIAS**

Cualquier persona podrá presentar quejas y denuncias ante las instalaciones correspondientes en caso de observar cualquier hecho, acto u omisión que produzca consecuencias o daños al pleno ejercicio de los programas del Área de Salud Municipal que contravenga con las presentes reglas de operación y demás lineamientos normativos correspondientes.

Las quejas y denuncias serán remitidas al Área de Salud Municipal a la 6255819200 ext. 75042 o al correo electrónico: saludpmc@municipiocuauhtemoc.gob.mx





## 19. AVISO PRIVACIDAD

### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL del municipio de Cuauhtémoc Chihuahua es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

Sus datos personales son recabados por parte del personal de la DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL, única y exclusivamente para información estadística al interior del Área de Salud Municipal así mismo el uso de los datos proporcionados tiene el objetivo de conocer las principales necesidades de los ciudadanos de la ciudad de Cuauhtémoc chihuahua, para crear estrategias, proyectos y programas en el ejercicio 2023. de manera adicional.

Utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención, así como poder postularlo como beneficiario de futuros apoyos y programas sociales que tiene nuestra institución.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, se solicitarán los siguientes datos personales, datos de contacto, nombre completo, edad, teléfono, dirección de su domicilio, estado civil, y su adherencia a programas de beneficencia social.

La confidencialidad y protección de los mismos, están garantizadas de conformidad con los estándares establecidos en la Ley General de Protección de datos personales en posesión de sujetos obligados, por tanto, no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, en ejercicio de sus atribuciones y que estén debidamente fundados y motivados. asimismo, se le informa que no será requerido su consentimiento para realizar las mismas, conforme a lo dispuesto en el artículo 70, fracciones I y III de la ley general de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede comunicarse vía correo electrónico a través de la siguiente dirección: [saludpmc@municipiocuauhtemoc.gob.mx](mailto:saludpmc@municipiocuauhtemoc.gob.mx).

## 20. PROTECCIÓN DE RECURSOS EN ÉPOCA ELECTORAL Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN

Para la protección y ejecución de los recursos emanados del programa se atenderán las medidas de carácter permanente, contenidas en las leyes federales y locales que sean aplicables, así como los lineamientos y marco normativo emitido previamente a los procesos electorales federales, estatales y municipales, con el objetivo de que los recursos no sean utilizados para fines particulares, partidistas y/o políticos.



## ANEXO A HISTORIA CLINICA

PACIENTE:

FECHA Y HORA	TRATAMIENTO REALIZADO	FIRMA DEL PACIENTE

~~Handwritten signature~~  
Handwritten signature  
Handwritten signature  
Handwritten signature



# HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION: \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_

Escribir en los espacios o señalar con una "X" en caso afirmativo

## ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS

Patologías	Madre	Abuela	Abuelo	Otros	Padre	Abuela	Abuelo	Otros	Hermanos
Diabetes									
Hipertensión arterial									
Cardiopatías									
Neoplasias									
Epilepsia									
Malformaciones									
SIDA									
Enfermedades renales									
Hepatitis									
Artritis									
Otra									
Aparentemente sano									

Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

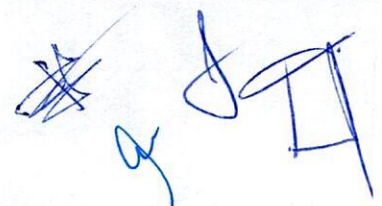
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

	NO	SI	FECHAS
Varicela			
Rubéola			
Sarampión			
Parotiditis			
Tosferina			
Escarlatina			
Parasitosis			
Hepatitis			
SIDA			
Asma			
Disfunciones endocrinas			
Hipertensión			
Cáncer			

	NO	SI	FECHAS
Enf. Transm. Sex.			
Epilepsia			
Amigdalitis de repetición			
Tuberculosis			
Fiebre reumática			
Diabetes			
Enf. Cardiovasculares			
Artritis			
Traumatismos con secuelas			
Intervenciones quirúrgicas			
Transfusiones sanguíneas			
Alergias a:			





## ODONTOGRAMA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<i>Derecha</i>								<i>Izquierda</i>							
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					

**REFERENCIAS**

COLOR ROJO Prestaciones existentes  
 COLOR AZUL Prestaciones requeridas  
 X Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA  
 PROTESIS REMOVIBLE  
 CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Handwritten signature and initials in blue ink.*





# REFERENCIA MÉDICA ODONTOLÓGICA



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

Especialidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_

Tratamiento (s) sugeridos a realizar:

_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____



# REFERENCIA MÉDICA ODONTOLÓGICA



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

Especialidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_

Tratamiento (s) sugeridos a realizar:

_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____



# REFERENCIA MÉDICA ODONTOLÓGICA



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

Especialidad a la que se refiere: \_\_\_\_\_

Tratamiento (s) sugeridos a realizar:

_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____
_____	OD: _____

*[Handwritten signature and initials in blue ink]*



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, tutor o representante legal designado por el paciente y en su caso de menores de edad e incapacitados para otorgar su consentimiento y/o autorización:

En apego a los artículos 80 al 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica y a la NOM – 004 – SSA3– 2012 relativa al Expediente Clínico numerales 4.2, 10.1 al 10.1.2, se otorga la presente autorización al personal odontológico.

Para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos y/o odontológicos completo, necesarios y descritos en el plan de tratamiento general registrado en la historia clínica odontológica, al paciente en cuestión, y para tal efecto, declara:

Que los médicos y/o odontólogos le han explicado de manera detallada y con un lenguaje que puede comprender, los procedimientos médico / quirúrgicos y odontológicos que se planean realizar, tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema de salud citado, utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto de patente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica, quirúrgica u odontológica en su caso, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente.

Que cualquier procedimiento médico u odontológico implica una serie de riesgos no siempre previsible debido a diversas circunstancias que entre otras se consideran su estado físico previo, enfermedades pre o coexistentes, tratamientos previos, etcétera. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y/o quirúrgico, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte. ....

Que en circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos actualizados con el objeto de mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales o bien de proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente, pero para las cuales se requiere la aplicación de sondas, catéteres o marcapasos según sea el caso. ....

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución y que ésta necesidad puede presentarse en cualquier momento de su estancia en la unidad, para lo cual se solicitará una autorización previa del paciente o su representante legal en su



# HOJA DIARIA DE BENEFICIARIOS DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD BUCAL DE PRESIDENCIA MUNICIPAL DE CIUDAD CUAUHTÉMOC CHIHUAHUA

TIPO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO		ATENCIÓN PREVENTIVA													ATENCIÓN CURATIVA								SERVICIO MEDICO			FIRMA							
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número telefónico:	Edad:			PRIMERA VEZ EN EL AÑO	CONTROL DE PLACA BACT	TÉCNICA DE CEPILLADO	INST. DE USO DE HILO DENTAL	PROFILAXIS	REVISION DE PRÓTESIS	REV DE TEJIDOS BUCALES	APLICACIÓN TOPICA DE FLÚOR	APLIC. BARNIZ CON FLUOR	SELLADOR FOSETAS Y FISURAS	RESINAS	IONOMERO DE VIDRIO	EXTRACCIÓN PZA TEMPORAL	EXTRACCIÓN PZA PERMANENTE	CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL	CIRUGÍA BUCAL	RADIOGRAFÍAS	FARMACOTERAPIA	REFERIDO A ESPECIALISTA	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO										
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número telefónico:	Edad:																																
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número telefónico:	Edad:																																
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número telefónico:	Edad:																																
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número telefónico:	Edad:																																





**FIRMAS**

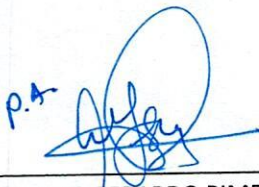


C. HUMBERTO PÉREZ MENDOZA  
**PRESIDENTE MUNICIPAL**

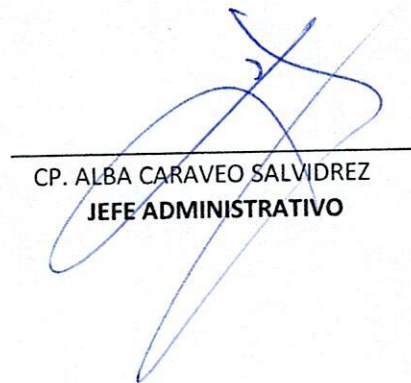


ING. MIGUEL ÁNGEL HOLGUÍN GARCÍA  
**DIRECTOR DE DESARROLLO SOCIAL**

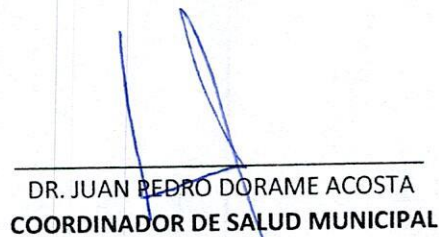
P.A.



ING. LUIS GERARDO PIMENTEL OCHOA  
**COORDINADOR ADMINISTRATIVO**



CP. ALBA CARAVEO SALVIDREZ  
**JEFE ADMINISTRATIVO**



DR. JUAN PEDRO DORAME ACOSTA  
**COORDINADOR DE SALUD MUNICIPAL**