GACETA DEL GOBIERNO

ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México
REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Mariano Matamoros Sur No. 308 C.P. 50130
Tomo CXCII A:202/3/001/02
Número de ejemplares impresos: 300

Toluca de Lerdo, Méx., jueves 27 de octubre de 2011
No. 81

SUMARIO:

SECRETARIA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACION POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACION SANITARIA.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACION DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACION EN HOSPITALES DEL ISEM.

"2011. AÑO DEL CAUDILLO VICENTE GUERRERO"

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARIA DE SALUD

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM

JULIO DE 2011

© Derechos Reservados.

Primera edición, Julio 2011.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.
Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página

ÍNDICE

Presentación III
Aprobación IV
Objetivo General V
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel) VI
Relación de Procesos y Procedimientos VII
Descripción de los Procedimientos VIII

1. Procedimiento 1: Contratación de Personal Federal y Estatal 217B32100/01
2. Procedimiento 2: Contratación de Personal Eventual 217B32100/02
3. Procedimiento 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina de Personal de la Unidad Aplicativa 217B32100/03

Simbología IX
Registro de Ediciones XI
Distribución XII
Validación XIII

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página III

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en un administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instrucciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Subdirección de Recursos Humanos. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo descentralizado del Sector Salud.

Este documento contribuye en la estandarización, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. Para lograr es la transformación de la cultura de las unidades y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página IV

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 174 , aprobó el presente **"Manual de**

Procedimientos para el Alta y Pago de Personal en las Unidades Aplicativas del ISEM", el cual contiene la información referente a consideraciones generales, sistema operativo y procedimientos, así como las directrices para el logro de los objetivos institucionales.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
17 DE SEPTIEMBRE DE 2011	ISE / 174 / 013

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM
(RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página V

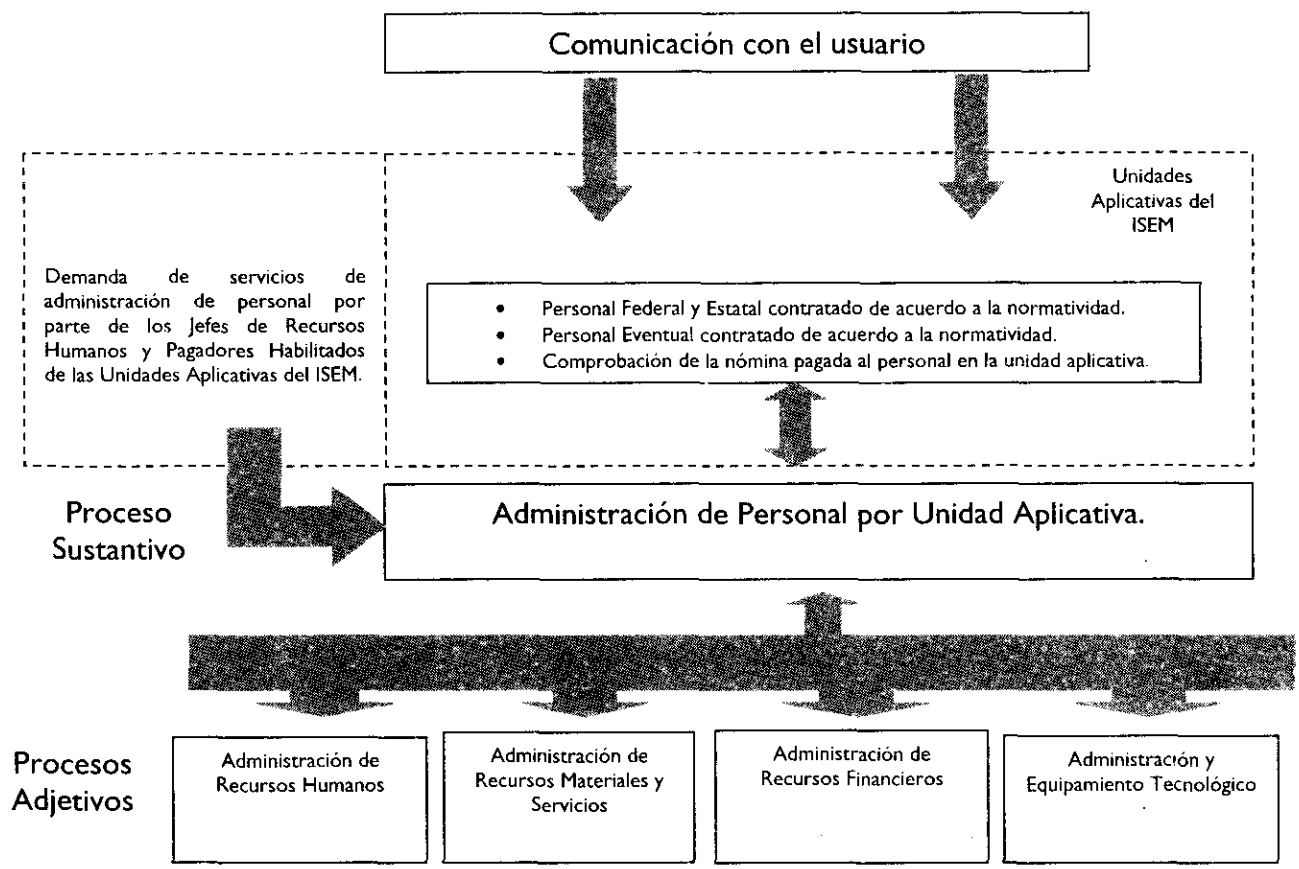
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia de los trámites y servicios que brinda la Subdirección de Recursos Humanos del ISEM, mediante la formalización y estandarización de sus métodos de trabajo y el establecimiento de políticas que regulen la ejecución de los procedimientos y las situaciones de excepción que puedan presentarse durante su desarrollo, así como para orientar a los servidores públicos responsables de su ejecución.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCION DE LOS PROCESOS

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2011.
	Código: 217B32100
	Página VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Administración de Personal por Unidad Aplicativa.

De la Contratación de personal a la comprobación del pago de nómina de personal de la unidad aplicativa.

Procedimiento:

- Procedimiento 1: Contratación de Personal Federal y Estatal.
- Procedimiento 2: Contratación de Personal Eventual.
- Procedimiento 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina de Personal de la Unidad Aplicativa.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2011.
	Código: 217B32100
	Página VIII

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2011.
	Código: 217B32100/01
	Página

PROCEDIMIENTO 1: Contratación de Personal Federal y Estatal.

OBJETIVO:

Cubrir las plazas federales y estatales vacantes requeridas por las necesidades del servicio, mediante la aplicación de la normatividad y programas establecidos en materia de contratación de personal.

ALCANCE:

Aplica al personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos y a las unidades aplicativas del ISEM que tenga a su cargo y responsabilidad la contratación de personal federal y estatal.

REFERENCIAS:

- **Ley Federal del Trabajo.** Título II, Capítulo I, artículos del 20 al 27, del 33 al 37. Diario Oficial de la Federación, del período que corresponda.
- **Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.** Título I al III, artículos del 5 al 66. Diario Oficial de la Federación, de fecha 28 de diciembre de 1963
- **Reglamento Interno de Escalafón.** Artículos 30, 34, 58, 79, 81, 82, 85, 87 y 89. Gaceta del Gobierno, del período que corresponda.
- **Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.** Capítulo III, artículos del 17 al 19. Diario Oficial de la Federación, del período que corresponda.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B32100 Subdirección de Recursos Humanos; 217B32101 Departamento de Administración de Personal; 217B32102 Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Subdirección de Recursos Humanos es la unidad administrativa responsable de la coordinación y supervisión de actividades realizadas en materia de contratación de personal federal y estatal de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal deberá:

- Recibir formato de comunicación de vacantes original, enterarse, registrar y determinar su adecuada requisición.
- Realizar observaciones en el formato y devolver al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa.
- Analizar, elaborar dictamen y esperar al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa para entregarlo.
- Recibir documentación y minutas, enterarse, archivar documentación, firmar minuta, devolver y solicitar al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa integre expediente personal.
- Recibir propuesta y minuta de ingreso, enterarse, firmar minuta, devolver y solicitar al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa integre expediente personal.

El Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa deberá:

- Detectar la necesidad de cubrir vacantes, elaborar y entregar el Formato de Comunicación de Vacantes al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Recibir formato, enterarse, realizar correcciones y devolver al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Recibir dictamen, enterarse y determinar el tipo de vacante.
- Elaborar y publicar convocatoria, informando el tipo y características de la plaza, requisitos a cubrir y documentación necesaria para iniciar el trámite en fecha programada.
- Recibir la documentación requerida: Solicitud de Inscripción y Comprobantes de estudios y cursos obtenidos, elaborar Minuta de Ingreso, de Promoción o Derecho de Preferencia, integrar y entregar al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Recibir Minuta de Ingreso, de Promoción o Derecho de Preferencia validada, elaborar FUMP y Alta del Trabajador ante el ISSSTE e integrar expediente con la documentación requerida para la contratación de personal federal y estatal.
- Elaborar propuesta y minuta de ingreso y enviarlas al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Recibir Minuta de Ingreso validada, elaborar FUMP y Alta del Trabajador ante el ISSSTE e integrar expediente con la documentación requerida para la contratación de personal federal y estatal.
- Recibir documentación, realizar correcciones y entregar nuevamente a la mesa de trámite.

El Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal deberá:

- Recibir la documentación necesaria para el alta del trabajador, analizar y determinar su correcta integración.
- Realizar observaciones y devolver para su corrección o correcta integración.
- Recibir documentación debidamente integrada y realizar captura en sistema.

DEFINICIONES:

Expediente: Es el conjunto de documentos y gestiones correspondientes a un asunto o negocio.
Sindicato: Es la asociación de trabajadores cuyo objetivo es la defensa de los intereses profesionales, económicos y laborales de sus asociados.
Escalafón: Es el sistema organizado en cada dependencia, para efectuar las promociones de ascenso de los trabajadores.
Plaza de nueva creación: Plaza creada conforme a los Lineamientos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.
Movimiento Escalafonario: Toda promoción de un nivel salarial a otro, bien sea que se dé en forma lateral o al inmediato superior.
FUMP: Formato Único de Movimientos de Personal.

INSUMOS:

- Vacante en la Unidad Aplicativa.
- Formato de Comunicación de Vacantes.

RESULTADO:

- Alta del trabajador en sistema de cómputo.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos Inherentes al Control de Puntualidad y Asistencia del Personal.
- Validación, Pago y Comprobación de Nómina de personal de la Unidad Aplicativa.

POLÍTICAS:

- El Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa deberá cumplir con los documentos requeridos en el cuadro siguiente para llevar a cabo el trámite de alta de personal en fecha asignada:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN		DOCUMENTOS REQUERIDOS	VIGENCIA
4001	Alta personal de base	Es el medio por el cual el Instituto de Salud del Estado de México de conformidad con las disposiciones dictadas incorporará a un trabajador a ocupar un puesto de base, conservando sus derechos como producto de un convenio de transferencia.	FUMP, oficio de la unidad, minuta, oficio de presentación.	1° o 16 del mes que corresponda
4002	Alta personal de confianza	Es la facultad de conformidad con las disposiciones del Instituto, para designar a un trabajador en un puesto de confianza.	**Federal y estatal** oficio de propuesta, tarjeta de Autorización, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias.	1° o 16 del mes que corresponda
4003	Alta personal provisional	Es la facultad de cubrir puestos por las necesidades del servicio en forma profesional designando a una persona para ocupar una plaza vacante.	Oficio de propuesta, minuta, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
4004	Alta personal interino	Facultad con base a las necesidades de servicio para cubrir las vacantes generadas por licencias sin goce de sueldo hasta por 6 meses.	Oficio de propuesta, tarjeta de Autorización, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda final: máximo hasta 6 meses
4008	Alta de recursos humanos en formación (residentes, pasantes)	Facultad para incorporar a los programas de formación de recursos humanos, a médicos residentes, internos o pasantes en servicio social, de acuerdo a los convenios celebrados con las instituciones de enseñanza media y superior.	Acta de nacimiento, CURP, carta de asignación, FUMP original y 2 copias (residentes).	1° o 16 del mes que corresponda de acuerdo al tipo de promoción académica

DESARROLLO:

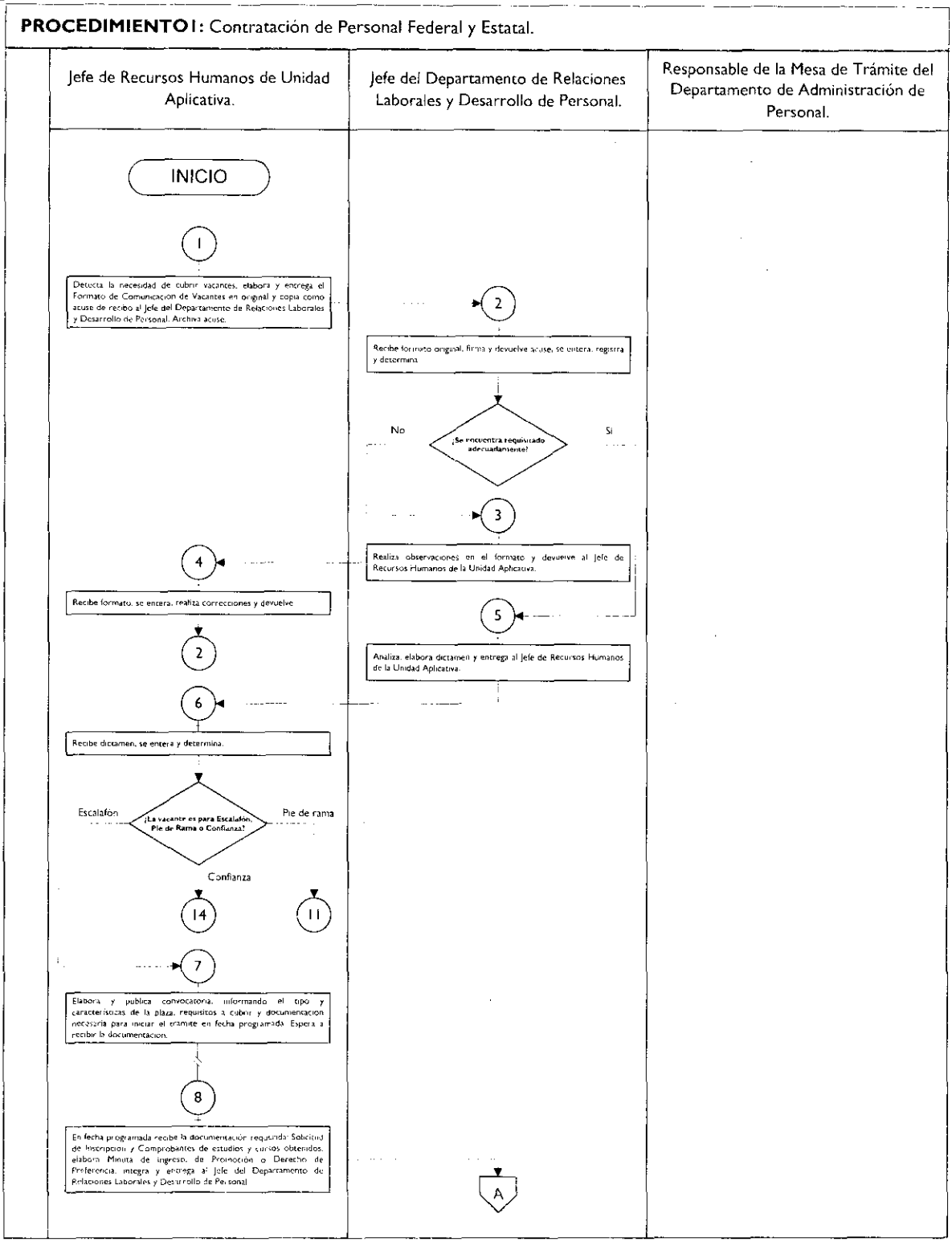
PROCEDIMIENTO 1: Contratación de Personal Federal y Estatal.

No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa.	Detecta la necesidad de cubrir vacantes, elabora y entrega el Formato de Comunicación de Vacantes en original y copia como acuse de recibo al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Archiva acuse.
2	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Recibe formato original, firma y devuelve acuse, se entera, registra y determina: **¿Se encuentra requisitado adecuadamente?**
3	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	**No se encuentra requisitado adecuadamente.** Realiza observaciones en el formato y devuelve al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa.
4	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe formato, se entera, realiza correcciones y devuelve. **Se conecta con la operación 2.**
5	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	**Si se encuentra requisitado adecuadamente.** Analiza, elabora dictamen y entrega al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa. Archiva formato.
6	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe dictamen, se entera y determina: **¿La vacante es para Escalafón, Pie de Rama o Confianza?**
7	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	**Es por Escalafón.** Elabora y publica convocatoria, informando el tipo y características de la plaza, requisitos a cubrir y documentación necesaria para iniciar el trámite en fecha programada. Retiene dictamen y espera a recibir la documentación.

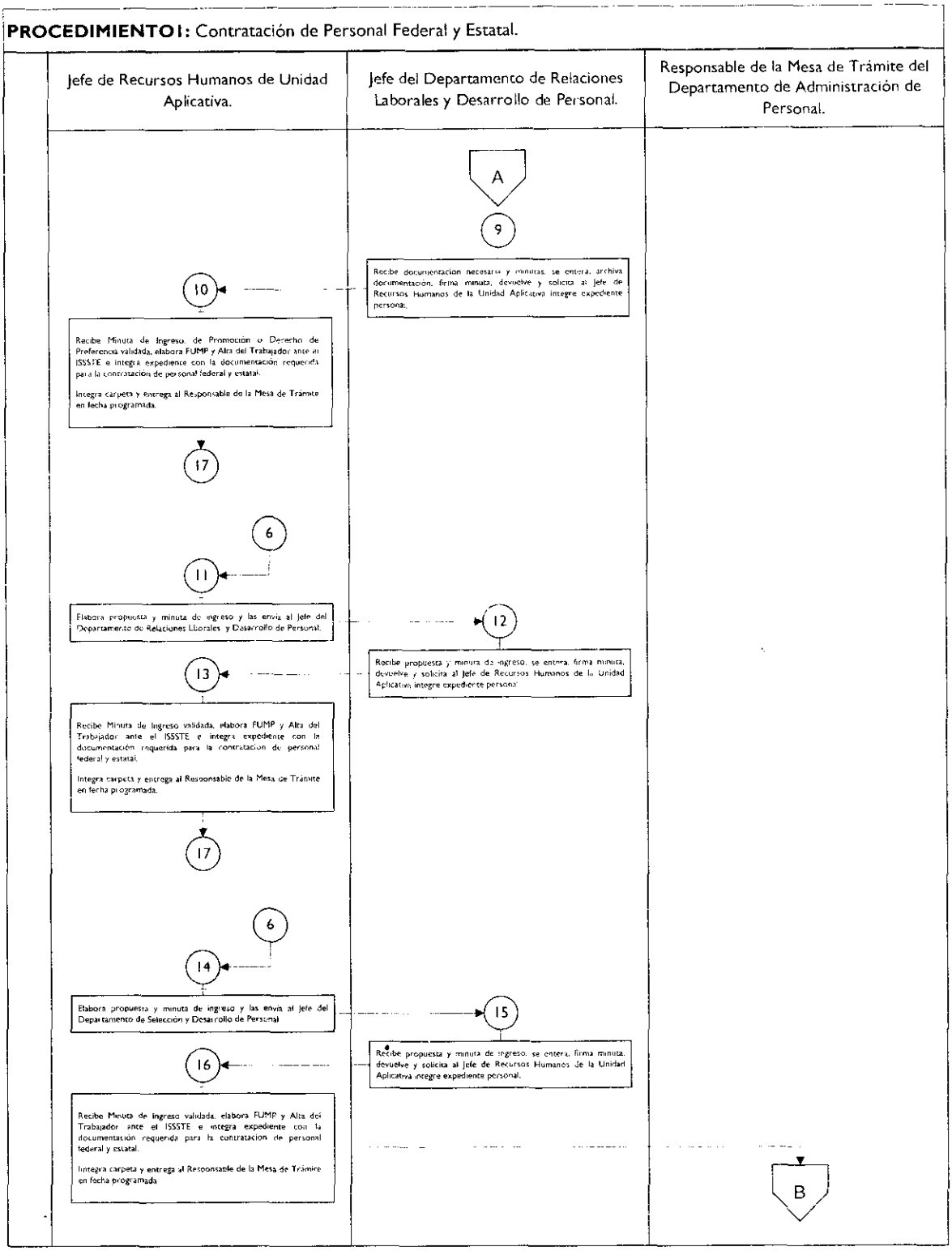
8	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	En fecha programada recibe la documentación requerida: Solicitud de Inscripción y Comprobantes de estudios y cursos obtenidos, elabora Minuta de Ingreso, de Promoción o Derecho de Preferencia, integra y entrega al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
9	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Recibe documentación necesaria y minutas, se entera, archiva documentación, firma minuta, devuelve y solicita al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa integre expediente personal.
10	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe Minuta de Ingreso, de Promoción o Derecho de Preferencia validada, elabora FUMP y Alta del Trabajador ante el ISSSTE e integra expediente con la documentación requerida para la contratación de personal federal y estatal. Integra carpeta y entrega al Responsable de la Mesa de Trámite en calendario de ventanilla. **Se conecta con la operación No 17.**
11	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	**Es por Pie de Rama.** Elabora propuesta y minuta de ingreso y las envía al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
12	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Recibe propuesta y minuta de ingreso, se entera, archiva propuesta, firma minuta, devuelve y solicita al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa integre expediente personal.
13	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe Minuta de Ingreso validada, elabora FUMP y Alta del Trabajador ante el ISSSTE e integra expediente con la documentación requerida para la contratación de personal federal y estatal. Integra carpeta y entrega al Responsable de la Mesa de Trámite en fecha programada. **Se conecta con la operación No 17.**
14	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	**Es por Confianza.** Elabora propuesta y minuta de ingreso y las envía al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
15	Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	Recibe propuesta y minuta de ingreso, se entera, archiva propuesta, firma minuta, devuelve y solicita al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa integre expediente personal.
16	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe Minuta de Ingreso validada, elabora FUMP y Alta del Trabajador ante el ISSSTE e integra expediente con la documentación requerida para la contratación de personal federal y estatal. Integra carpeta y entrega al Responsable de la Mesa de Trámite en fecha programada.
17	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal	Recibe expediente con documentación necesaria para el alta del trabajador, analiza y determina: **¿La documentación se encuentra integrada adecuadamente?**
18	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal	**No se encuentra integrada adecuadamente.** Realiza observaciones y devuelve el expediente para su corrección o correcta integración.
19	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe expediente, se entera, realiza correcciones y entrega nuevamente a la mesa de trámite. **Se conecta con la operación No 17.**
20	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal.	**Si se encuentra integrada adecuadamente.** Recibe documentación debidamente integrada, acusa de recibo en copia y devuelve, realiza alta en sistema y archiva copia de la documentación.

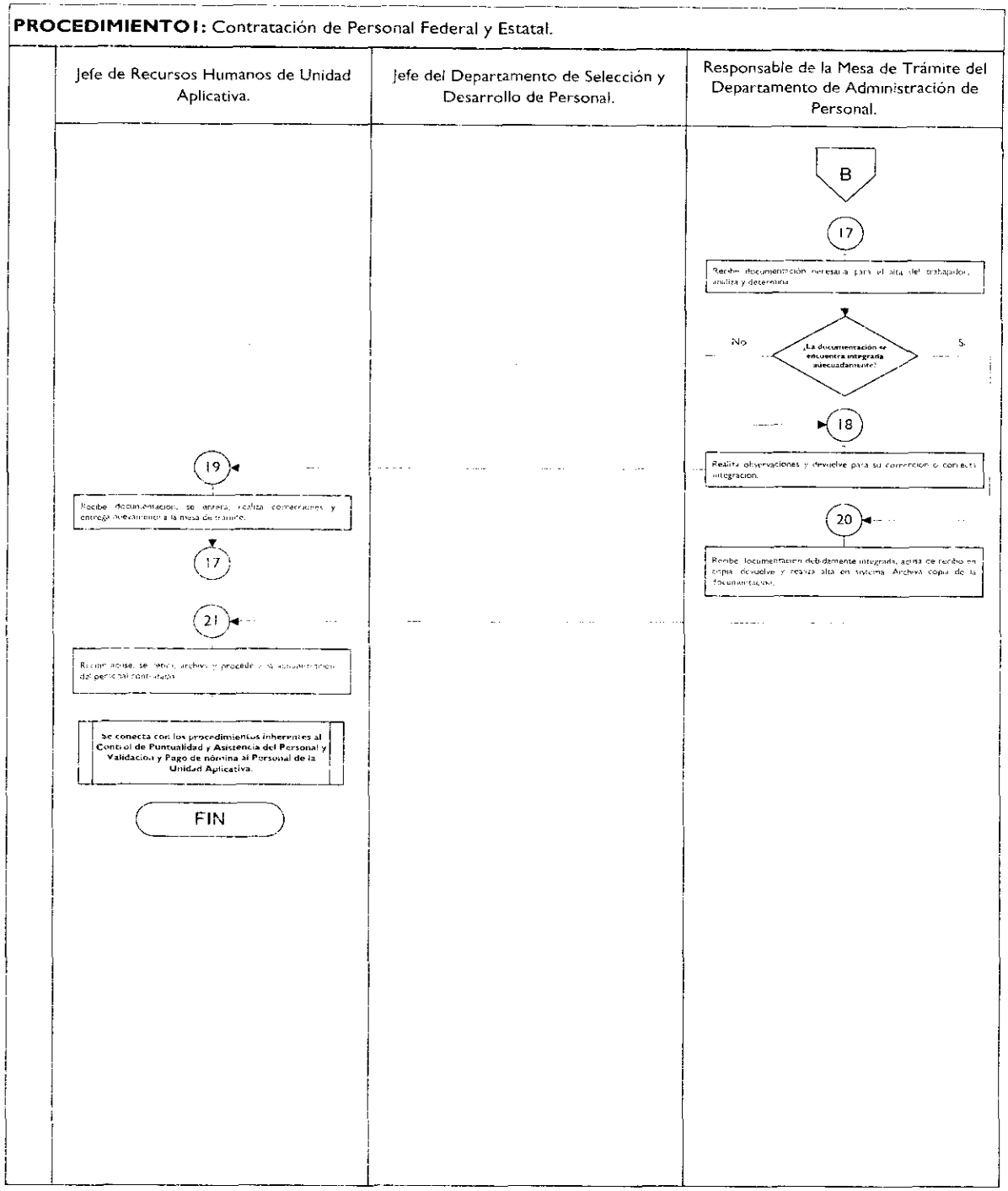
21	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe acuse, se retira, archiva y procede a la administración del personal contratado. **Se conecta con los procedimientos inherentes al Control de Puntualidad y Asistencia del Personal y Validación, Pago y Comprobación de Nómina de Personal de la Unidad Aplicativa.**

Diagramación



PROCEDIMIENTO1: Contratación de Personal Federal y Estatal.





Medición:

Indicador para medir la eficiencia en la contratación de personal federal y estatal por unidad aplicativa:

No. mensual de propuestas de contratación de personal federal y estatal aceptadas. / No. mensual de propuestas de contratación de personal federal y estatal recibidas.	X100=	% de contratación por unidad aplicativa.
No. mensual de plazas vacantes por Unidad Aplicativa Cubiertas. / No. mensual de Plazas Vacantes por Unidad Aplicativa.	X100=	% de plazas vacantes en Unidad Aplicativa cubiertas.

Registro de evidencias:

- Los formatos de Comunicación de vacantes, FUMP y Alta del ISSSTE se encuentran debidamente integrados y resguardados en los archivos de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal.

Formatos e instructivos:

- Formato Único de Comunicación de Vacantes.
- Formato Único de Movimientos de Personal.
- Aviso de Alta del Trabajador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

FORMATO ÚNICO DE COMUNICACIÓN DE VACANTES

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: (1) **FECHA: (2)**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: (3)

NOMBRE Y RFC	CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN	HORARIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE BAJA	MOTIVO DE BAJA	PROPUESTO POR
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

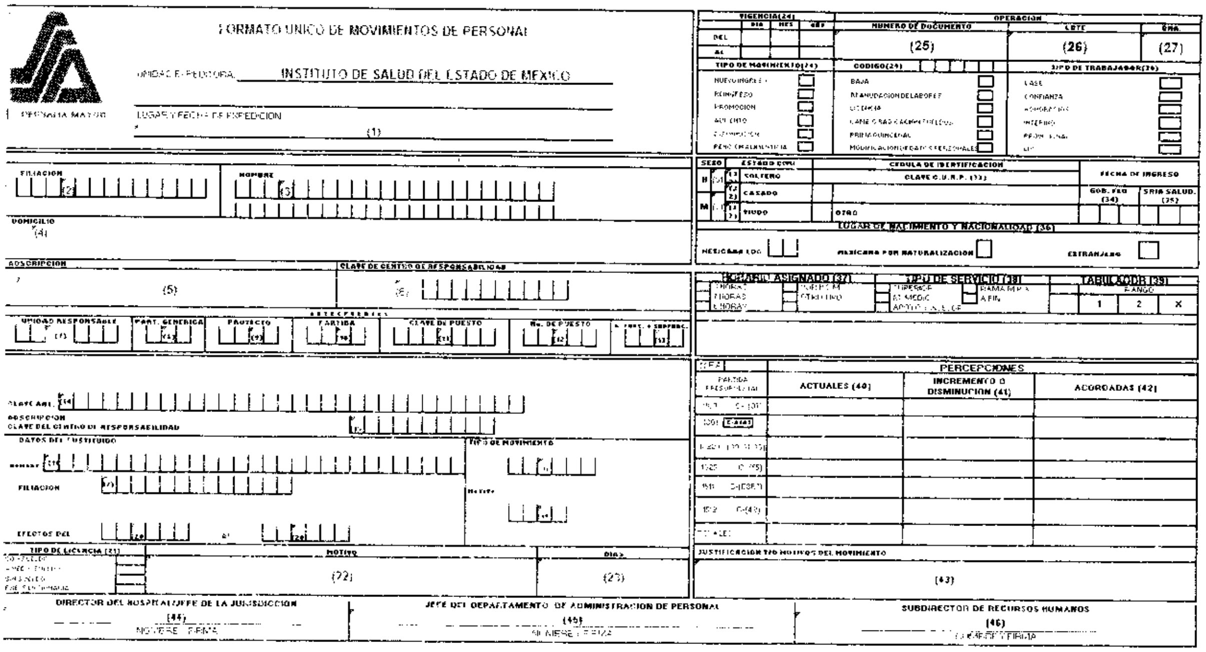
AUTORIZÓ (11)	REVISÓ (12)	INFORMÓ (13)
JEFE DE UNIDAD APLICATIVA	ADMINISTRADOR DE UNIDAD APLICATIVA	JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: ÚNICO DE COMUNICACIÓN DE VACANTES.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de la situación en cuestión de vacantes que guarden las unidades aplicativas.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Administración de Personal y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad de Adscripción	Anotar el nombre de la Unidad Aplicativa.
2	Fecha	Registrar el día, mes y año en que se elabora el formato.
3	Fuente de Financiamiento	Anotar el tipo de fuente de financiamiento (federal, estatal, recursos propios).
4	Nombre y RFC	Anotar el nombre y RFC de la persona que causa baja.
5	Código y Descripción	Registrar el código y adscripción asignado a la persona que causa baja.
6	Horario	Indicar el horario que cubre a la persona que causa baja.
7	Fecha de Ingreso	Registrar el día, mes y año en que ingreso al Instituto.
8	Fecha de Baja	Registrar el día, mes y año en que causa baja del Instituto.
9	Motivo de Baja	Escribir el motivo por el que causa baja del Instituto.
10	Propuesto por	Anotar el nombre completo de la persona que propuso a la persona que ahora causa baja.
11	Autorizó	Anotar el nombre completo del Jefe de la Unidad Aplicativa.
12	Revisó	Anotar el nombre completo del Administrador de la Unidad Aplicativa.
13	Informó	Anotar el nombre completo del Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa.



FORMATO ÚNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

UNIDAD EXPEDIDORA: INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN (1)

VIGENCIA (24) | NÚMERO DE DOCUMENTO (25) | LOTE (26) | QNA. (27)

TIPO DE MOVIMIENTO (24) | CÓDIGO (29) | TIPO DE TRABAJADOR (30) [illegible]

FILIACIÓN (2) | NOMBRE (3)

DOMICILIO (4)

SEXO | ESTADO CIVIL | CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO

LUGAR DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD (36)

ADSCRIPCIÓN (5) | CLAVE DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD (6)

HORARIO ASIGNADO (37) | TIPO DE SERVICIO (38) | TABULADOR (39)

UNIDAD RESPONSABLE (7) | PART. GENÉRICA (8) | PROYECTO (9) | PARTIDA (10) | CLAVE DE PUESTO (11) | No. DE PUESTO (12) | (13)

CLAVE ANT. ADSCRIPCIÓN (14)

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD (15)

DATOS DEL SUSTITUIDO: NOMBRE (16) FILIACIÓN (17)

TIPO DE MOVIMIENTO (18) | MOTIVO (19)

EFECTOS DEL (20) AL

PERCEPCIONES: PARTIDA PRESUPUESTAL | ACTUALES (40) | INCREMENTO O DISMINUCIÓN (41) | ACORDADAS (42)

TIPO DE LICENCIA (21) | MOTIVO (22) | DÍAS (23)

JUSTIFICACIÓN Y/O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO (43)

DIRECTOR DEL HOSPITAL/JEFE DE LA JURISDICCIÓN (44) NOMBRE Y FIRMA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL (45) NOMBRE Y FIRMA

SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS (46) NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: ÚNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los movimientos de personal realizados en el ISEM.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Administración de Personal y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Lugar y fecha de expedición	Registrar el municipio y día, mes y año en que se elabora el formato.
2	Filiación	Registrar el número de filiación del trabajador.
3	Nombre	Anotar el nombre completo del trabajador.
4	Domicilio	Anotar calle, número, colonia, estado y código postal.
5	Adscripción	Anotar la oficina donde se encontrará adscrito.
6	Clave de Centro de Responsabilidad	Registrar el código completo del centro de responsabilidad.
7	Unidad Responsable	Registrar los primeros seis dígitos de la clave presupuestal.
8	Part. Genérica	Registrar los siguientes tres dígitos de la clave presupuestal.
9	Proyecto	Registrar los siguientes cuatro dígitos de la clave presupuestal.
10	Partida	Registrar los siguientes cuatro dígitos de la clave presupuestal.
11	Clave de Puesto	Registrar los siguientes siete dígitos de la clave presupuestal.
12	Número de Puesto	Registrar los siguientes cinco dígitos de la clave presupuestal.
13	Grupo Funcional o Subfuncional.	Registrar los últimos cuatro dígitos de la clave presupuestal.
14	Clave Ant. Adscripción	Anotar la clave de la oficina donde se encontraba adscrito.
15	Clave de Centro de Responsabilidad	Registrar el código completo del centro de responsabilidad anterior.
16	Nombre	Anotar el nombre completo del trabajador sustituido.
17	Filiación	Registrar el número de filiación del trabajador sustituido.
18	Tipo de Movimiento	Anotar la clave del movimiento.
19	Motivo	Anotar la clave del motivo que generó el movimiento.
20	Efectos del	Registrar el día, mes y año en que surte efecto.
21	Tipo de licencia	Marcar con una "X" el tipo de movimiento.
22	Motivo	Anotar el motivo que generó el movimiento.
23	Días	Anotar con número la cantidad de días otorgados.
24	Vigencia	Registrar el día, mes y año del periodo de vigencia.
25	Número de documento	Registrar número de oficio que genera el movimiento de personal.
26	Lote	Registrar el número de lote recibido.
27	Quincena	Anotar el número de quincena en el que se genera el movimiento.

28	Tipo de movimiento	Marcar con una "X" el tipo de movimiento.
29	Código	Marcar con una "X" el código.
30	Tipo de trabajador	Marcar con una "X" el tipo de trabajador.
31	Sexo	Marcar con una "X" el sexo.
32	Estado civil	Marcar con una "X" el estado civil.
33	CURP	Registrar el número de CURP del trabajador.
34	Gobierno Federal	Registrar el día, mes y año de ingreso al gobierno federal.
35	Secretaría de Salud	Registrar el día, mes y año de ingreso a la secretaria de salud.
36	Lugar de nacimiento y nacionalidad	Registrar la clave del lugar de nacimiento y marcar con una "X" la nacionalidad.
37	Horario asignado	Marcar con una "X" el horario asignado.
38	Tipo de servicio	Marcar con una "X" el tipo de servicio.
39	Tabulador	Marcar con una "X" el tabulador asignado.
40	Actuales	Registrar las percepciones actuales del trabajador.
41	Incremento o disminución	Registrar incrementos o disminuciones de las percepciones.
42	Acordadas	Registrar las percepciones acordadas del trabajador.
43	Justificación	Anotar la justificación y/o el motivo que generó el movimiento.
44	Director del Hospital / Jefe de la Jurisdicción.	Nombre y firma del director del hospital y/o jefe jurisdiccional.
45	Jefe del Departamento de Administración de Personal.	Nombre y firma del jefe del departamento de administración de personal del ISEM.
46	Subdirector de Recursos Humanos.	Nombre y firma del subdirector de recursos humanos del ISEM.

ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 4° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. Y 14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE:
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR (2)

DATOS DEL TRABAJADOR (3)

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.) (5) (7)

R. F. C. (4) | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | ENTIDAD DE NACIMIENTO | ESTADO CIVIL (6) | SEXO M ☐ M ☐

APELLIDO PATERNO (8) | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) (9)

DOMICILIO : CALLE (10) | Nº EXT. | Nº INT. | LOCALIDAD O COLONIA (11)

MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA | ENTIDAD FEDERATIVA (13) | CODIGO POSTAL (12)

NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA (15) (16) (17)

DATOS DEL EMPLEO (14)

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD (18) | RAMO | PAGADURIA (19) | TELEFONO

DOMICILIO : CALLE (20) | NUMERO | LOCALIDAD O COLONIA (21)

MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA (23) | ENTIDAD FEDERATIVA (30) | CODIGO POSTAL (22)

CLAVE DE COBRO (24)

FECHA DE INGRESO: DIA | MES | AÑO (25) | NOMBRAMIENTO

SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. (26) (27)

SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R. (28)

REMUNERACION TOTAL | NIVEL SALARIAL (29)

FIRMA DEL TRABAJADOR

SELLO (31)

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

(32)

SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los movimientos de personal realizados en el ISEM.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Administración de Personal y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	RFC	Registrar el número del Registro Federal de Contribuyentes.
2	CURP	Registrar el número de CURP del trabajador.
3	Numero de seguridad social	Anotar el número de seguridad social que consta de 11 caracteres incluido el digito verificador.
4	Apellido paterno, materno nombre(s)	Anotar los apellidos paterno y materno y el (los) nombre(s) completo(s).
5	Entidad de nacimiento	Anotar entidad federativa de nacimiento del trabajador.
6	Estado civil	Anotar estado civil conforme a lo siguiente: 1 soltero(a) 2 casado(a).
7	Sexo	Marcar con una "X" el sexo.
8	Domicilio	Anotar el nombre de la calle y los números exterior e interior.
9	Localidad o colonia	Anotar el nombre de la localidad o colonia.
10	Municipio o delegación política	Anotar municipio para el interior de la república, para el Distrito Federal anotar el nombre de la Delegación Política.
11	Entidad federativa	Anotar el nombre del estado.
12	Código postal	Anotar código postal del domicilio.
13	Nombre y clave de la clínica	Para uso exclusivo del I.S.S.S.T.E.
14	Nombre de la dependencia o entidad.	Anotar el nombre de la dependencia o entidad.
15	Ramo	Anotar el número de ramo registrado ante el I.S.S.S.T.E.
16	Pagaduría	Anotar el número de pagaduría registrado ante el I.S.S.S.T.E.
17	Teléfono	Anotar el número telefónico del funcionario facultado por la dependencia para autorizar movimientos filiatorios ante el I.S.S.S.T.E.
18	Domicilio	Anotar el nombre de la calle y el número exterior.
19	Localidad o colonia	Anotar el nombre de la localidad o colonia.
20	Municipio o delegación política	Anotar municipio para el interior de la república, para el Distrito Federal anotar el nombre de la Delegación Política.
21	Entidad federativa	Anotar el nombre del estado.
22	Código postal	Anotar código postal del domicilio.
23	Clave de cobro	Registrar dato alfanumérico utilizado por la dependencia para relacionar los códigos: presupuestal, puesto o categoría etc. del trabajador.
24	Fecha de ingreso	Registrar día, mes y año del último ingreso del trabajador a la dependencia.
25	Nombramiento	Anotar el número que corresponda al tipo de nombramiento del trabajador conforme a lo siguiente: 10 base, 20 confianza, 30 eventual, 40 base/lista de raya, 50 lista de raya, 60 otros, 70 continuación voluntaria, 80 pensionista, 90 aportación voluntaria (S.A.R.).
26	Sueldo básico de cotización al I.S.S.S.T.E.	Anotar en pesos y centavos el sueldo básico de cotización mensual al I.S.S.S.T.E.
27	Sueldo básico de aportación al S.A.R	Anotar en pesos y centavos el sueldo básico de aportación mensual al sistema de ahorro para el retiro.
28	Remuneración total	Anotar en pesos y centavos el ingreso mensual del trabajador considerando todas las prestaciones económicas de carácter permanente.
29	Nivel salarial	Registrar el nivel salarial de acuerdo al tabulador de sueldos autorizados por la dependencia.
30	Firma del trabajador	Registrar Firma autógrafa del trabajador.
31	Sello/nombre y firma del funcionario facultado	Anotar el nombre y la firma autógrafa del funcionario facultado por la dependencia para autorizar movimientos filiatorios ante el I.S.S.S.T.E. incluyendo sello de la dependencia.
32	Sello de recepción del I.S.S.S.T.E.	Para uso exclusivo del I.S.S.S.T.E.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2011.
	Código: 217B32100/02
	Página

PROCEDIMIENTO 2: Contratación de Personal Eventual.

OBJETIVO:

Cubrir por tiempo fijo o por obra determinada los puestos que por necesidades del servicio sean requeridos, mediante la aplicación de la normatividad y programas establecidos en materia de contratación de personal eventual.

ALCANCE:

Aplica al personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos y a las unidades aplicativas del ISEM que tenga a su cargo y responsabilidad la contratación de personal eventual.

REFERENCIAS:

- **Ley Federal del Trabajo.** Título II, Capítulo I, artículos del 20 al 27, del 33 al 37. Diario Oficial de la Federación, del período que corresponda.
- **Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.** Título I al III, artículos del 5 al 66. Diario Oficial de la Federación, de fecha 28 de diciembre de 1963.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B32100 Subdirección de Recursos Humanos; 217B32101 Departamento de Administración de Personal; 217B32102 Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Subdirección de Recursos Humanos es la unidad administrativa responsable de la coordinación y supervisión de actividades realizadas en materia de contratación de personal eventual de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Coordinador de Salud deberá:

- Recibir oficio de solicitud de asignación de nuevo recurso, enterarse y determinar su procedencia.
- Informar al Jefe de la Unidad Aplicativa mediante oficio, la resolución de dicha solicitud (si es o no procedente).
- Solicitar mediante oficio dirigido al Subdirector de Recursos Humanos, elabore Cédula de Nuevo Ingreso y Recabe firmas de autorización.

El Subdirector de Recursos Humanos deberá:

- Recibir oficio original, enterarse, elaborar Cédula de Nuevo Ingreso, recabar firmas y enviar al Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa.

El Jefe del Área de Selección y Desarrollo de Personal deberá:

- Recibir Formato de Comunicación de Vacantes y Cédula de Nuevo Ingreso validada, enterarse, elaborar dictamen y enviarlos al Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa.

El Jefe de la Unidad Aplicativa deberá:

- Detectar la necesidad de cubrir vacantes y determinar la naturaleza de la plaza.
- Solicitar verbalmente al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa elabore el Formato de Comunicación de Vacantes por sustitución.
- Solicitar mediante oficio dirigido al Coordinador de Salud la asignación de un nuevo recurso.
- Recibir oficio y enterarse de la no asignación del recurso.

El Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa deberá:

- Elaborar y entregar el Formato de Comunicación de Vacantes al Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.
- Recibir dictamen y Cédula de Nuevo Ingreso, enterarse y determinar a quién fue asignada la vacante.
- Elaborar tarjeta de propuesta, contrato, oficio de propuesta para la autoridad e integrar Cédula de Nuevo Ingreso y expediente con la documentación requerida para la contratación de personal eventual.
- Integrar carpeta y entregar al Responsable de la Mesa de Trámite en fecha programada.

- Elaborar tarjeta de propuesta, contrato, cédula de nuevo ingreso, obtener oficio de propuesta sindical e integrar expediente con la documentación requerida para la contratación de personal eventual.
- Recibir documentación, enterarse, realizar correcciones y entregar nuevamente a la mesa de trámite.
- Recabar firma de visto bueno del Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal en el FUMP, integrar carpeta y entregar al Responsable de la Mesa de Trámite en el calendario de ventanilla.

El Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal deberá:

- Recibir carpeta con la documentación necesaria para el alta del trabajador, analizar y determinar su correcta integración.
- Realizar observaciones y devolver para su corrección.
- Recibir documentación debidamente integrada y realiza alta en sistema.

DEFINICIONES:

Expediente: Es el conjunto de documentos y gestiones correspondientes a un asunto o negocio.
Sindicato: Es la asociación de trabajadores cuyo objetivo es la defensa de los intereses profesionales, económicos y laborales de sus asociados
Plaza de nueva creación: Plaza creada conforme a los Lineamientos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.
FUMP: Formato Único de Movimientos de Personal.

INSUMOS:

- Necesidad de cubrir una vacante.
- Oficio de Solicitud de Nuevo Recurso.
- Formato de Comunicación de Vacantes.

RESULTADO:

- Alta del trabajador en sistema de cómputo.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos Inherentes al Control de Puntualidad y Asistencia del Personal.
- Validación, Pago y Comprobación de Nómina de Personal de la Unidad Aplicativa.

POLÍTICAS:

- El Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa deberá cumplir con los documentos requeridos en el cuadro siguiente para llevar a cabo el trámite de alta de personal en fecha asignada:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS REQUERIDOS		VIGENCIA
4005	Alta personal eventual	Facultad de la autoridad para llevar acabo contratación temporal de personal por necesidades de servicio, por tiempo fijo o por obra determinada.	Oficio de propuesta, y autorización de la suplencia, FUMP original y 2 copias.	1° o 16 del mes que corresponda

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 2: Contratación de Personal Eventual.

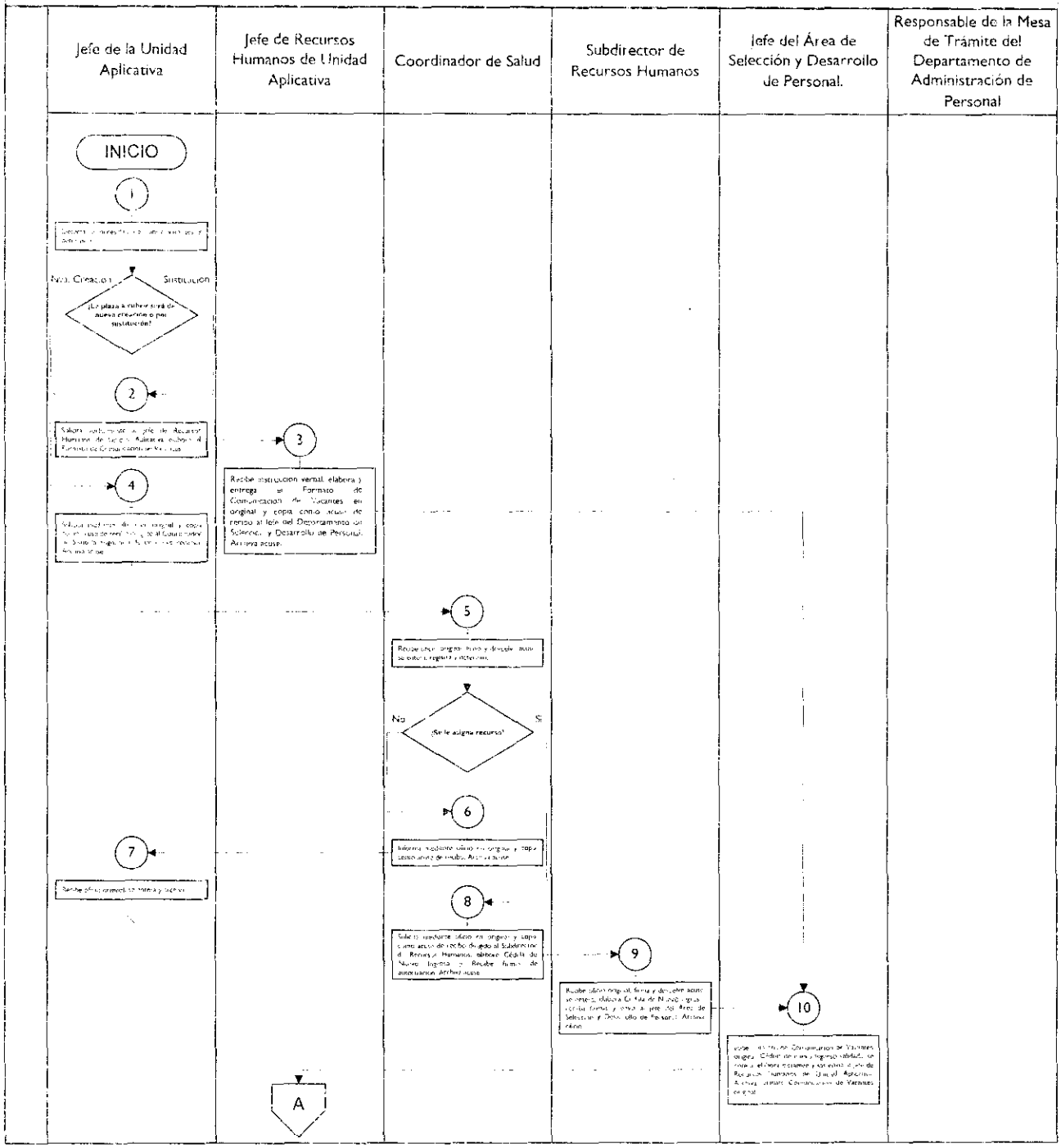
No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Jefe de la Unidad Aplicativa	Detecta la necesidad de cubrir vacantes y determina: **¿La plaza a cubrir será de nueva creación o por sustitución?**
2	Jefe de la Unidad Aplicativa	**Es por sustitución.** Solicita verbalmente al Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa elabore el Formato de Comunicación de Vacantes.
3	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe instrucción verbal, elabora y obtiene firma de validación del Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal en el Formato de Comunicación de Vacantes en original y copia como acuse de recibo. Entrega el formato al Jefe del Área de Selección y Desarrollo de Personal y archiva acuse previa firma de recibido. **Se conecta con la operación No 10.**

4	Jefe de la Unidad Aplicativa	**Es plaza de nueva creación.** Solicita mediante oficio en original y copia como acuse de recibo dirigido al Coordinador de Salud la asignación de un nuevo recurso. Archiva acuse previa firma de recibido.
5	Coordinador de Salud	Recibe oficio original, firma y devuelve acuse, se entera, registra y determina: **¿Se le asigna recurso?**
6	Coordinador de Salud	**No se le asigna el recurso.** Informa mediante oficio en original y copia como acuse de recibo. Archiva acuse previa firma de recibido.
7	Jefe de la Unidad Aplicativa	Recibe oficio original, se entera y archiva.
8	Coordinador de Salud	**Si se le asigna el recurso.** Solicita mediante oficio en original y copia como acuse de recibo dirigido al Subdirector de Recursos Humanos, elabore Cédula de Nuevo Ingreso y Recabe firmas de autorización. Archiva acuse previa firma de recibido.
9	Subdirector de Recursos Humanos	Recibe oficio original, firma y devuelve acuse, se entera, elabora Cédula de Nuevo Ingreso, recaba firmas y envía al Jefe del Área de Selección y Desarrollo de Personal. Archiva oficio.
10	Jefe del Área de Selección y Desarrollo de Personal.	Recibe Formato de Comunicación de Vacantes original, Cédula de nuevo Ingreso validada, se entera, elabora dictamen y los envía al Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa.
11	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe Formato de Comunicación de Vacantes, dictamen y Cédula de Nuevo Ingreso, se entera y determina: **¿La vacante es para la Autoridad o para el Sindicato?**
12	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	**Es para Autoridad.** Elabora tarjeta de propuesta, contrato, oficio de propuesta para la autoridad, recaba firma de visto bueno del Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, archivo y área de contratos en la Cédula de Nuevo Ingreso, integra expediente con la documentación requerida para la contratación de personal eventual y obtiene copia del expediente para acuse de recibo. Integra carpeta con el Formato de Comunicación de Vacantes, Cédula de Nuevo Ingreso y expediente y entrega al Responsable de la Mesa de Trámite en fecha programada. **Se conecta con la operación No. 14.**
13	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	**Es para el Sindicato.** Elabora tarjeta de propuesta, contrato, Cedula de Nuevo Ingreso, obtiene oficio de propuesta sindical e integra expediente conteniendo el formato de comunicación de vacantes con la documentación requerida para la contratación de personal eventual. Recaba firma de visto bueno del Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, de archivo y del área de contratos en la Cédula de Nuevo Ingreso, integra carpeta y entrega al Responsable de la Mesa de Trámite en fecha programada.
14	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal	Recibe carpeta con la documentación necesaria para el alta del trabajador, analiza y determina: **¿La documentación se encuentra integrada adecuadamente?**
15	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal	**No se encuentra integrada adecuadamente.** Realiza observaciones y devuelve para su corrección o correcta integración.
16	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe documentación, se entera, realiza correcciones y entrega nuevamente a la mesa de trámite. **Se conecta con la operación No 14.**
17	Responsable de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal.	**Si se encuentra integrada adecuadamente.** Recibe documentación debidamente integrada, acusa de recibo en copia y devuelve. Realiza captura de alta en sistema y archiva la documentación.

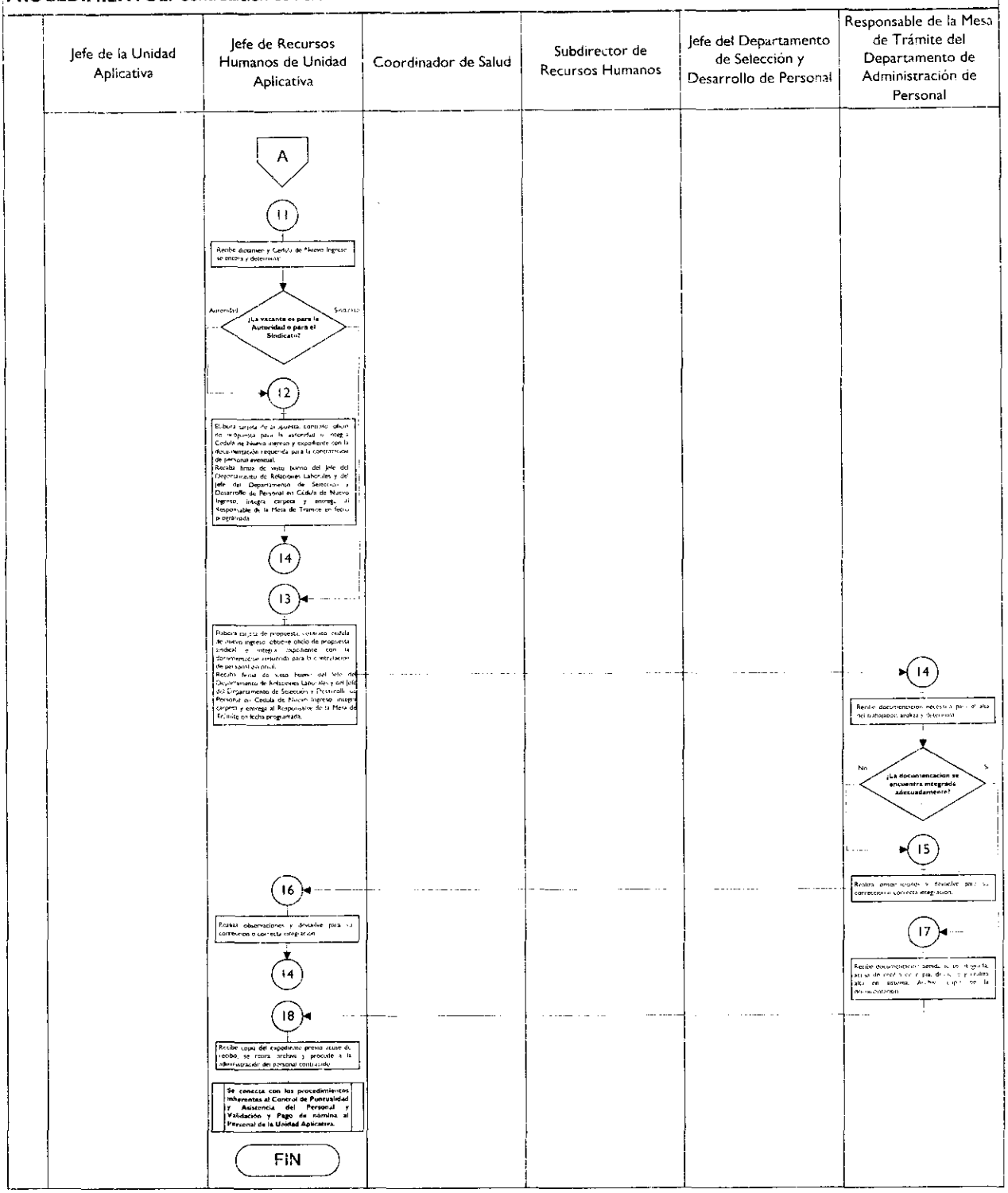
18	Jefe de Recursos Humanos de Unidad Aplicativa	Recibe copia del expediente previo acuse de recibo, se retira, archiva y procede a la administración del personal contratado. **Se conecta con los procedimientos inherentes al Control de Puntualidad y Asistencia del Personal y Validación, Pago y Comprobación de Nómina de Personal de la Unidad Aplicativa.**

Diagramación:

PROCEDIMIENTO2: Contratacion de Personal Eventual.



PROCEDIMIENTO2: Contratación de Personal Eventual.



Medición:

Indicador para medir la eficiencia en la contratación de personal eventual por unidad aplicativa:

$$\frac{\text{No. mensual de plazas eventuales contratadas por Unidad Aplicativa.}}{\text{No. mensual de plazas eventuales vacantes por Unidad Aplicativa.}} \times 100 =$$

% de contratación de plazas eventuales por unidad aplicativa.

Registro de evidencias:

- Las plazas eventuales vacantes quedan registradas en los formatos de Comunicación de Vacantes que se encuentran debidamente integrados y resguardados en los archivos de la Mesa de Trámite del Departamento de Administración de Personal.

Formatos e instructivos:

- Comunicación de Vacantes.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

COMUNICACIÓN DE VACANTES

UNIDAD DE ADSCRIPCION: (1) FECHA: (2)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: (3)

NOMBRE Y R.F.C. (4)	CODIGO Y DESCRIPCION (5)	HORARIO (6)	FECHA DE INGRESO (7)	FECHA DE BAJA (8)	MOTIVO DE LA BAJA (9)	PROPUESTO POR (10)

AUTORIZO (11) REVISO (12) INFORMO (13)

DIRECTOR DE UNIDAD ADMINISTRADOR DE UNIDAD JEFE DE RECURSOS HUMANOS

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: COMUNICACIÓN DE VACANTES.		
Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de las vacantes de personal en las unidades aplicativas.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Administración de Personal y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	Registrar el nombre de la Unidad Aplicativa.
2	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Escribir la fuente de financiamiento o tipo de recursos con que se paga la plaza vacante.
4	NOMBRE Y RFC	Anotar los apellidos paterno y materno y el (los) nombre(s) completo(s), ademas del Registro Federal de Causantes de quien deja la plaza vacante.
5	CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN	Anotar el código completo y descripción de la plaza que deja vacante el trabajador.
6	HORARIO	Registrar el horario cubierto por el trabajador que deja la vacante.
7	FECHA DE INGRESO	Registrar la fecha de ingreso del trabajador que deja la vacante.
8	FECHA DE BAJA	Registrar la fecha de baja del trabajador que deja la vacante.
9	MOTIVO DE BAJA	Registrar el motivo de baja por la que el trabajador deja la plaza.
10	PROPUESTO POR	Anotar el nombre completo de la persona que realiza la propuesta.
11	AUTORIZO	Anotar el nombre completo del Director de la Unidad Aplicativa.
12	REVISO	Anotar el nombre completo del Administrador de la Unidad Aplicativa.
13	INFORMO	Anotar el nombre completo dl Jefe de recursos Humanos de la Unidad Aplicativa.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera
	Fecha: Julio de 2011.
	Código: 217B32100/03
	Página

PROCEDIMIENTO 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina del Personal de la Unidad Aplicativa.

OBJETIVO:

Garantizar el pago y control de nómina de los servidores públicos del ISEM, mediante la adecuada validación, pago y comprobación de nómina del personal de las unidades aplicativas, de conformidad con la normatividad y programas establecidos en la materia.

ALCANCE:

Aplica al personal adscrito a la Subdirección de Recursos Humanos y a las unidades aplicativas del ISEM que tenga a su cargo y responsabilidad la validación, pago y comprobación de nómina de personal de las unidades aplicativas del Instituto.

REFERENCIAS:

- **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.** Título Primero, del artículo 6 al 14; Título Segundo, Capítulo I, del artículo 15 al 22. Diario Oficial de la Federación de fecha 31 de marzo de 2007.
- **Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.** Título I al III, artículos del 5 al 66. Diario Oficial de la Federación, de fecha 28 de diciembre de 1963
- **Condiciones Generales de Trabajo,** Capítulo II, del artículo 9 al 13; Capítulo III del artículo 14 al 24; Capítulo IV, del artículo 25 al 27; Capítulo V del artículo 28 al 41. Del período que corresponda.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B32100 Subdirección de Recursos Humanos; 217B32101 Departamento de Administración de Personal; 217B32102 Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Pagos es la unidad administrativa responsable de realizar las actividades de validación, pago y comprobación de nómina de personal de las unidades aplicativas del Instituto de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

El Jefe del Departamento de Pagos deberá:

- Recibir la llamada del Pagador habilitado, enterarse de los errores o inconsistencias en la recepción de cheques, registrar y comunicarse con la empresa de traslado de valores solicitando solucione el error o inconsistencia.
- Recibir llamada del Pagador habilitado, enterarse de la correcta recepción de cheques y registrar.

El Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa deberá:

- Presentarse con el Responsable de Nómina del Departamento de Pagos en las fechas y horas señaladas por el calendario establecido, registrar su llegada y esperar turno a fin de validar la nómina.
- Presentar ante el Responsable de Nómina del Departamento de Pagos la documentación necesaria por tipo de movimiento para la validación de nórnina.
- Recibir la responsiva, enterarse, firmar y devolver la responsiva al Responsable de Nómina del Departamento de Pagos, resguardar copia de la responsiva, regresar a su unidad y esperar la fecha programada para la recepción de cheques por parte de la empresa de traslado de valores.
- Recibir a la empresa de traslado de valores, presentar identificación y solicitar identificación de los custodios, registrar, conciliar los cheques recibidos contra el listado de nómina del personal adscrito a la unidad aplicativa y determinar si es correcta la conciliación.
- Comunicarse telefónicamente con el Jefe del Departamento de Pagos e informar el error o inconsistencia en la recepción de cheques.
- Comunicarse telefónicamente con el Jefe del Departamento de Pagos, informar la entrega adecuada de los cheques y esperar al día de pago programado.
- Esperar la llamada telefónica del Departamento de Pagos autorizando la realización del pago, enterarse y solicitar a los trabajadores realicen su cobro.
- Recibir al trabajador, solicitar su credencial de elector, comprobar su personalidad, solicitar firma en el listado de firmas y entregar el comprobante de pago.

- Recibir listado de firmas validado por el trabajador, recolectar el total de las firmas del personal del área correspondiente, elaborar cuadro de comprobación por fuente de financiamiento, nómina blanca y esperar a la fecha acordada para comprobación.
- Presentarse en la fecha acordada ante el Responsable de la Cancelación de Cheques del Departamento de Pagos y entregar mediante formato devolución de cheques y/o comprobantes por cancelación en original y copia como acuse de recibo los cheques cancelados.
- Presentarse y entregar al Responsable de Nómina del Departamento de Pagos el cuadro de comprobación por fuente de financiamiento en original y copia como acuse de recibo, nómina blanca, responsiva y copia del formato de devolución de cheques y/o comprobantes.
- Recibir acuse de cuadro de comprobación, retirarse a su unidad, archivar y resguardar.

El Responsable de Nómina del Departamento de Pagos deberá:

- Atender al Pagador Habilitado, recibir la documentación necesaria por tipo de movimiento, archivar, firmar acuse y devolver, elaborar responsiva en original y copia como acuse de recibo, obtener firma del pagador habilitado y validar mediante firma la nómina.
- Recibir el cuadro de comprobación por fuente de financiamiento, nómina blanca, responsiva y copia del formato de devolución de cheques y/o comprobantes.

El Responsable de Cancelación de Cheques del Departamento de Pagos deberá:

- Recibir formato devolución de cheques y/o comprobantes por cancelación y cheques.

El Trabajador deberá:

- Recibir su cheque o comprobante y firmar las hojas requeridas en los tres tantos en original del listado de firmas y devolver al pagador.

DEFINICIONES:

- **Responsiva:** Es el documento mediante el cual el pagador asume la responsabilidad por la guarda y custodia de la nómina.
- **Formas valoradas**: Son las formas impresas sin información alguna emitida por los bancos a fin de ser llenadas por el Departamento de Sistematización y firmadas por el Departamento de Tesorería.
- **Cheques:** Son las formas impresas requisitadas por el Departamento de Sistematización y firmadas por el Departamento de Tesorería.
- **Nómina**: Es la integración del Listado de Firmas, comprobantes de pago y cheques.
- **FUMP:** Formato Único de Movimientos de Personal.
- **Incidencias:** Son las faltas, licencias médicas, tiempos extraordinarios, prima dominical y sanciones administrativas.
- **Estímulos:** Son compensaciones económicas otorgadas mensual, trimestral y anualmente al trabajador por cumplir adecuadamente con la asistencia, permanencia y desempeño en el trabajo.
- **Validación de Nómina:** Es la serie de actividades encaminadas a presentar e informar los descuentos, pagos extraordinarios y movimientos por período quincenal del personal de la unidad aplicativa.
- **Comprobación de la Nómina:** Es la acción de informar el correcto pago quincenal de nómina al personal de la unidad aplicativa y comparar e informar las diferencias.
- **Documentación Necesaria por tipo de movimiento:** Formatos de Incidencias por alta, baja, licencia sin goce de sueldo y/u oficios de cambio de radicación autorizados por el Subdirector de Recursos Humanos además de la documentación requerida en el Catálogo de Movimientos.

INSUMOS:

- Documentación necesaria por tipo de movimiento.
- Listado de Firmas.
- Comprobantes de nómina y Copia de Responsiva.

RESULTADO:

- Comprobación de nomina pagada al personal.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento: Elaboración, Pago y Glosa de Nómina Ordinaria de Personal.

POLÍTICAS:

- El Jefe del Departamento de Sistematización del Pago deberá entregar al Jefe del Departamento de Pagos los listados de firmas impresos en tres tantos.

- El Departamento de Pagos realizará el registro y alta del personal habilitado como Pagador.
- El Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal será el único facultado para emitir oficio de autorización para la radicación o cambio de radicación de pago para el trabajador que así lo solicite.
- El Pagador Habilitado realizará su registro como personal autorizado a recibir los cheques ante la empresa de traslado de valores.
- El Responsable de Nómina del Departamento de Pagos elaborará el Formato Responsiva y cancelará completamente los espacios que no sean ocupados.
- La Pagador Habilitado entregará cheques y comprobantes de pago en las fechas indicadas para ese fin en el calendario de recepción emitido por el Departamento de Pagos al inicio de cada año.
- El Pagador Habilitado elaborará formato para la devolución de cheques cuando el beneficiario halla realizado cambio de radicación.
- El Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa recabará los documentos necesarios y consultará las fechas para aplicación de movimientos en el siguiente Catálogo de Movimientos:

Código	Descripción	Definición	Documentos requeridos	Vigencia
1101	Baja por renuncia	Es el acto por el cual el trabajador o becario, en el ejercicio de su derecho, expresa su voluntad de dar por terminada su relación jurídica laboral con el Instituto	**Federal y estatal,** original de la renuncia del interesado, original del oficio de la unidad, original de la carta de no adeudo, FUMP original y dos copias, rubricas respectivas, (verificar concepto 30, 31,33). **Eventual,** original de la renuncia del interesado, original del oficio de la unidad, original de la carta de no adeudo, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
1102	Baja por jubilación o pensión	Es el acto por el cual termina la relación jurídica laboral del trabajador con el Instituto, como consecuencia de encontrarse en los supuestos contenidos en la ley del ISSSTE, para obtener una pensión o jubilación.	Original de la renuncia del interesado, original de la carta de no adeudo, oficio original de la unidad, FUMP original y 4 copias certificadas por el jefe del Departamento de Administración de Personal, rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
1103	Baja por defunción	Es el acto por el cual cesan los efectos de la relación jurídica laboral del servidor público con el Instituto, como consecuencia de su fallecimiento.	**Federal y estatal,** acta de defunción certificada, oficio de la unidad original, FUMP original y 4 copias certificadas por el jefe del Departamento de Administración de Personal, rubricas respectivas. **Eventual,** copia del acta de defunción, oficio de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual.	El día posterior a la fecha del fallecimiento que esté asentado en el acta de defunción
1104	Baja por conclusión de nombramiento o contrato	Es el acto por el cual concluye la relación jurídica laboral del servidor público con el Instituto, por cumplirse el objeto o tiempo fijado en el nombramiento o contrato.	**Federal y estatal,** el sistema hace en automático la baja, oficio de la unidad original, FUMP original y 2 copias (elaborar sólo para cuando afecte al FONAC). **Eventual,** actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad original indicando el motivo (acta administrativa), carta de no adeudo.	1° o 16 del mes que corresponda
1105	Baja por insubsistencia de nombramiento o beca	Es el acto por el cual queda sin efecto el nombramiento o la autorización de beca, por no haberse presentado el interesado a tomar posesión del cargo conferido, dentro de los cinco primeros días hábiles posteriores a la fecha del ingreso o reingreso.	**Federal y estatal,** oficio de la unidad original, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas. **Eventual,** oficio de la unidad donde especifique el motivo de la baja, actualización de empleados de nómina eventual, carta de no adeudo.	1° o 16 del mes que corresponda

1107	Baja por abandono de labores técnicas	Es el acto por el cual- se da por terminada la relación jurídica laboral del trabajador con el Instituto, con base en el dictamen emitido por la autoridad competente, debido al abandono de las labores técnicas o negligencia dentro del horario asignado al servidor público, sin permiso ni causa justificada.	**Federal y estatal,** acta administrativa original, oficio de la unidad original, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas. **Eventual,** acta administrativa original, oficio de la unidad original, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
1108	Baja por repetida inasistencia de labores técnicas	Es el acto por el cual se da por terminada la relación jurídica laboral del trabajador con la Secretaria, con base en el dictamen emitido por la autoridad competente, debido a la repetida inasistencia a las labores técnicas sin permiso ni causa justificada, por parte del servidor público.	Acta administrativa original, oficio de la unidad original, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
1110	Baja por responsabilidad administrativa (destit.)	Es el acto por el cual se da por terminada la relación jurídica laboral del servidor público con la Secretaria, con base en el dictamen emitido por la autoridad competente, en virtud de haber incurrido en falta administrativa, de conformidad a lo establecido en la ley federal de responsabilidad de los servidores públicos.	**Federal y estatal,** copia de la resolución y dictamen, FUMP original y 2 copia y rubricas respectivas. **Eventual,** copia de la resolución y dictamen, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
1111	Baja por incapacidad total permanente	Es el acto por el cual concluye la relación jurídica laboral del servidor público con el instituto, con base en el dictamen, a causa de la disminución o perdida de sus facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan desarrollar sus labores.	**Federal y estatal** dictamen médico, oficio de la unidad, FUMP original y 4 copias certificadas por el jefe del departamento de administración de personal, rubricas respectivas **Eventual,** dictamen médico, oficio de la unidad, actualización de empleados de nomina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
1113	Baja por determinación superior a personal de conf.	Es el acto por el cual concluye la relación jurídica laboral del servidor público y la secretarial como consecuencia de la facultad ejercida por la autoridad.	**Federal y estatal,** oficio de término de la confianza, FUMP, oficio de notificación del término de la confianza al trabajador. **Eventual,** oficio de término de la confianza, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de notificación del término de la confianza al trabajador.	1° o 16 del mes que corresponda
1114	Baja por incumplimiento de carta compromiso	Es el acto por el cual concluye la relación jurídico laboral del servidor público con la secretaria, por incumplimiento a la carta compromiso, en virtud de habérsele otorgado licencia con goce de sueldo para disfrutar de una beca o cumplir con internado de pregrado o servicio social dentro de la especialidad de la ciencia médica.	Original del dictamen emitido por la unidad de enseñanza.	1° o 16 del mes que corresponda
1115	Baja por incumplimiento a la Norma Tec. de Ens.	Es el acto por el cual se cancela el otorgamiento de la beca a los internos de pregrado y pasantes en servicio social, así como el proceso de formación de los médicos residentes, en virtud de haber transgredido un supuesto contenido en la norma técnica de enseñanza.	Oficio de la unidad, FUMP original y 2 copias, oficio de enseñanza.	1° o 16 del mes que corresponda

1117	Baja por perdida de base al no prorrogar	Es el acto por el cual se da por terminada la relación jurídica laboral del servidor público con el Instituto.	Original del oficio notificando la baja, emitido por el Depto. de Relaciones Laborales, FUMP y rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
1118	Baja por retiro voluntario	Es el acto por el cual un trabajador en el ejercicio de su derecho, expresa su voluntad de separarse del servicio de la Administración Pública Federal de conformidad con las condiciones del programa de retiro voluntario establecido por la Secretaría de Programación y Presupuesto	Renuncia original, con la firma autógrafa del trabajador en el formato que establezca la Secretaria de Salud Federal, constancia de no adeudo, oficio de la unidad notificando la baja, copia del último talón de cheque FUMP original y 4 copias debidamente rubricado.	1° o 16 del mes que corresponda de acuerdo al programa de retiro voluntario
1201	Baja por enfermedad no profesional contagiosa	Es el acto por el cual se suspende temporalmente los efectos de nombramiento de un servidor de que contraiga alguna enfermedad que implique un peligro para las personas que trabajan con él.	**Federal y estatal**, dictamen del ISSSTE, oficio de la unidad, FUMP original y dos copias y rubricas respectivas. **Eventual,** dictamen médico expedido por un hospital de ISEM, oficio de la unidad, actualización de empleados de nómina.	Cualquier día del mes que corresponda
1202	Baja por prisión preventiva	Es el acto por el cual se suspenden temporalmente los efectos del nombramiento del servidor por prisión preventiva.	**Federal y estatal,** FUMP original y dos copias orden de aprehensión rubricas respectivas. **Eventual,** orden de aprensión y oficio de la unidad.	Cualquier día en que el servidor público deje de desempeñar sus labores
1203	Baja por investigación o auditoria	Es el acto por el cual se suspende temporalmente los efectos de nombramiento del servidor público por investigación o auditoria.	**Federal y estatal,** FUMP original y dos copias rubricas respectivas, oficio de instrucción de baja (dictaminado por la contraloría), oficio de la unidad. **Eventual,** oficio de instrucción de baja (dictaminado por la contraloría o jurídico), oficio de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual.	Cualquier día de cualquier mes y no podrá exceder de 60 días
1205	Baja por responsabilidad administrativa	Es el acto por el cual se suspende temporalmente al servidor público en el ejercicio de sus funciones, producto de la aplicación de una sanción de acuerdo a lo establecido en la ley de responsabilidades de los servidores públicos.	**Federal y estatal,** copia de la resolución administrativa, oficio de notificación del trabajador a suspender, FUMP y dos copias, rubricas respectivas oficio de la unidad, copia del dictamen jurídico laboral. **Eventual,** copia de la resolución administrativa, oficio de notificación del trabajador a suspender, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad, copia del dictamen jurídico laboral.	Cualquier día de cualquier mes y la vigencia podrá ser hasta 90 dias
1301	Susp/prev de pago por abandono de empleo	Es el acto por el cual, se suspense temporalmente el pago al servidor público a consecuencia de que se le haya levantado una acta administrativa, ante un abandono tácito de labores, y como una medida preventiva hasta en tanto se emite el dictamen definitivo.	**Federal y estatal,** acta administrativa, dictamen del jurídico, rubricas respectivas. FUMP original y dos copias. **Eventual,** acta administrativa, dictamen del juridico.	Cualquier día de cualquier mes
1302	Susp/prev de pago por abandono de labores técnicas	Es el acto por el cual se suspende temporalmente el pago al servidor público, a consecuencia de que se le haya levantado una acta administrativa, ante un abandono tácito de labores técnicas.	**Federal y estatal,** acta administrativa FUMP original y dos copias, rubricas respectivas. **Eventual,** acta administrativa, actualización de empleados de nómina eventual.	Cualquier día de cualquier mes

1303	Susp/prev de pago por cancelación de más de 3 cheques	Es el acto por el cual se suspende temporalmente el pago al servidor público, a consecuencia de que se le ha cancelado más de tres cheques.	**Federal y estatal** el sistema lo hace en automático **Eventual,** el sistema lo hace en automático.	El sistema lo aplica
2001	Licen. s/s por comisión externa por ocup. pto. conf.	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, comisión externa sin goce de sueldo, para cumplir con un cargo de confianza en el sector público federal fuera del Instituto, pero conservando en ésta la titularidad de su puesto base.	Original oficio de la unidad, autorización de licencia (reservación de plaza), y oficio de no adeudo, FUMP original y 2 copias, rubricas respectivas.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda. Final: máximo 31 de diciembre del año de que se trate
2003	Licen. s/s para ocupar puesto de conf. en la SSP	Facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, la reservación de la titularidad de su plaza de base durante el desempeño de un puesto de confianza dentro del Instituto de Salud.	Original oficio de la unidad, autorización de licencia (reservación de plaza), y oficio de no adeudo, FUMP original y 2 copias, rubricas respectivas.	Inicia: 1° o 16 del mes correspondiente. Final.: máximo el 31 de diciembre del año que se trate
2004	Licen. s/s para ocupar residencia médica en la SSA.	Es la facultad de la autoridad para otorgar a sus trabajadores con nombramiento definitivo, autorización para cursar una especialidad en una unidad médica del Instituto de Salud sin el disfrute de sus percepciones de su plaza de base conservando la titularidad de la misma.	Oficio de la unidad, oficio de autorización de enseñanza, y oficio de no adeudo, FUMP original y 2 copias, oficio de no adeudo rubricas respectivas.	Inicial: 1° de marzo del año en curso. Final: 28 o 29 de febrero del año siguiente
2005	Licen. s/s para ocupar residencia médica en Inst. fuera SSA.	Es la facultad de la autoridad de otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo licencia sin goce de sueldo para llevar a cabo especialidad médica en Institución ajena al Instituto de Salud.	Oficio de la unidad, oficio de autorización de enseñanza, y oficio de no adeudo, FUMP original y 2 copias, oficio de no adeudo, rubricas respectivas	Inicial. 1° de marzo del año en curso. Final. 28 y 29 de febrero del año siguiente
2006	Licen. s/s para disfrutar beca (dentro/fuera país)	Facultad de la autoridad de otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo licencia sin sueldo para llevar a cabo un curso profesional, técnico o especialización dentro o fuera del país.	Oficio de autorización del curso, oficio de solicitud del trabajador, FUMP, oficio de la unidad, oficio de no adeudo, oficio de respuesta de autorización para el disfrute de la beca, rubricas respectivas.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponde. Final. máximo al 31 de diciembre del año de que se trate
2101	Licen. c/s por comisión sindical	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, comisión con goce de sueldo para el desempeño temporal de un cargo sindical en los términos que estabiece el Departamento de Administración de Personal.	Oficio de la unidad, oficio de autorización del sindicato o de la Subdirección de Recursos Humanos, FUMP original y 2 copias, oficio de no adeudo.	Inicial: cualquier día del mes que corresponda. Final: al 31 de diciembre del año que se trate
2103	Licen. c/s por comisión oficial para disfrute beca	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, comisión oficial con goce de sueldo para llevar estudios de especialidad y posgrado dentro o fuera del país.	Oficio de autorización del curso, oficio de solicitud del trabajador, FUMP, oficio de la unidad, oficio de no adeudo, oficio de respuesta de autorización para el disfrute de la beca.	Inicial: cualquier día del mes que corresponda. Final: 31 de diciembre del año que se trate
2104	Licen. c/s por comision of. para cumplir int./pgdo. o serv. soc.	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, comisión oficial con goce de sueldo para realizar internado o pregrado o servicio social en área médica.	Oficio de autorización del curso, oficio de sclicitud del trabajador, FUMP, oficio de la unidad, oficio de no adeudo, oficio de respuesta de autorización para el disfrute de la beca.	Inicial: cualquier día del mes que corresponda a la promoción. Final: término del año académico
2105	Licen. c/s por comisión oficial interna	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, comisión oficial interna.	Petición del trabajador que justifique las causas establecidas en las Condiciones Generales de Trabajo (en forma interna en la unidad).	Inicial: cualquier día del mes que corresponda a la promoción. Final: término del año académico

2201	Licen. s/s por asuntos particulares	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con movimiento definitivo, un número determinado de días sin goce de sueldo de acuerdo a su antigüedad en el Instituto de Salud.	Oficio de la unidad, original de la solicitud del interesado, oficio de no adeudo y copia de la autorización de la misma, FUMP original y 2 copias, rubricas respectivas.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda
2203	Licencia s/s para ocupar puesto de confianza en SSP DF	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador con nombramiento definitivo, la reservación de la titularidad de su plaza de base durante el desempeño de un puesto de confianza dentro de la propia Secretaría de Salud.	Es la facultad de la autoridad para otorgar a un trabajador un puesto de confianza dentro de la SSP DF.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda
2301	Licen. c/s pre pensionaria	Es el derecho que tiene un trabajador al disfrute de 90 días con goce de sueldo para realizar los trámites necesarios para su jubilación o pensión.	Oficio de autorización, oficio de la unidad, solicitud del interesado, FUMP original y 2 copias, oficio de no adeudo.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponde. Final: al término de los 90 días
2302	Licen. c/s por asuntos particulares	Es la facultad de la autoridad para conceder a un trabajador con nombramiento definitivo, un número determinado de días con goce de sueldo para ausentarse de sus labores, de acuerdo a su antigüedad en el Instituto de Salud.	Solicitud del interesado, oficio de autorización, FUMP original y 2 copias.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda
2401	Licencia por incapacidad medica	Constancia por la cual el ISSSTE certifica la inhabilidad del trabajador para asistir a sus labores, inhabilidad que la autoridad tendrá obligación de vigilar que no exceda en 60 días con sueldo completo, dependiendo de la antigüedad del trabajador.	**Federal y estatal,** constancia global original, original de la licencia médica y oficio de la unidad. **Eventual,** actualización de empleados de nómina eventual, original de la licencia médica expedida por un hospital del ISEM y oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
3001	Reanudación de licencia sin sueldo	Es el acto con el que se formaliza la reincorporación del trabajador con su unidad y puesto, después de haber gozado de licencia sin sueldo.	Oficio de la unidad y solicitud del interesado, FUMP original y 2 copias.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda
3002	Reanudación de bajas temporales	Es el acto por el cual se formaliza la reincorporación de un trabajador a su unidad y puesto después de haber tenido baja temporal o suspensión preventiva del pago.	**Federal y estatal**, oficio de la unidad, FUMP original y 2 copias. **Eventual**, oficio de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
3003	Reanudación de licencias con sueldo	Es el acto por el cual se formaliza la reincorporación de un trabajador a su unidad y puesto después de haber tenido licencia con goce de sueldo.	Oficio de la unidad, solicitud del interesado, FUMP original y 2 copias.	1° o 16 del mes que corresponda
3004	Reanudación de licencia por ocupar puesto de conf.	Es el acto por el cual se formaliza la reincorporación de un trabajador a su unidad por ocupar puesto de confianza.	Solicitud del trabajador, oficio de la unidad, FUMP original y dos copias.	1° o 16 del mes que corresponda
4001	Alta personal de base	Es el medio por el cual el Instituto de Salud, de conformidad con las disposiciones dictadas, incorporará a un trabajador a ocupar un puesto de base, conservando sus derechos como producto de un convenio de transferencia.	FUMP, oficio de la unidad, minuta, oficio de presentación.	1° o 16 del mes que corresponda
4002	Alta personal de confianza	Es la facultad de conformidad con las disposiciones del Instituto, para designar a un trabajador en un puesto de confianza.	**Federal y estatal,** oficio de propuesta, tarjeta de autorización, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias. **Eventual,** actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad, cédula de control para nuevo ingreso, tarjeta de autorización, contrato y cédula de autorización.	1° o 16 del mes que corresponda

4003	Alta personal provisional	Es la facultad de cubrir puestos por las necesidades del servicio en forma profesional designando a una persona para ocupar una plaza vacante.	Oficio de propuesta, minuta, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
4004	Alta personal interino	Facultad con base a las necesidades de servicio para cubrir las vacantes generadas por licencias sin goce de sueldo hasta por 6 meses.	Oficio de propuesta, tarjeta de autorización, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda. Final: máximo hasta 6 meses
4005	Alta personal eventual (lista de raya, suplencias)	Facultad de la autoridad para llevar acabo contratación temporal de personal por necesidades de servicio, por tiempo fijo o por obra determinada.	**Federal y estatal**, oficio de propuesta, y autorización de la suplencia, FUMP original y 2 copias. **Eventual**, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad, cédula de control para nuevo ingreso, tarjeta de autorización, contrato y cédula de autorización	1° o 16 del mes que corresponda
4008	Alta a recursos humanos en formación (residentes, pasantes)	Facultad para incorporar a los programas de formación de recursos humanos, a médicos residentes, internos o pasantes en servicio social, de acuerdo a los Convenios Celebrados con Instituciones de Enseñanza Media y Superior.	Acta de nacimiento, CURP, carta de asignación, FUMP original y 2 copias (residentes). Acta de nacimiento, CURP, carta de asignación, constancia global (pasantes).	1° o 16 del mes que corresponda de acuerdo al tipo de promoción académica
4305	Reingreso a personal lista de raya	Deberá considerarse como reingreso del trabajador cuando éste tuviera menos de 5 años de haber concluido los efectos de su último nombramiento eventual en el Instituto de Salud.	Autorización de la Subdirección de Recursos Humanos, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
4501	Reingreso a personal de base	Facultad de la autoridad para ingresar de nuevo a un trabajador que sea considerado como elemento base.	Oficio de propuesta, minuta, FUMP original y dos copias, autorización del Departamento de Relaciones Laborales.	1° o 16 del mes que corresponda
4502	Reingreso a personal de confianza	Deberá considerarse como reingreso del trabajador cuando este tuviera menos de 5 años de haber concluido los efectos de su último nombramiento de confianza en el Instituto de Salud.	Oficio de propuesta, aviso de presentación, cédula, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias, tarjeta de autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
4503	Reingreso a personal provisional	Deberá considerarse como reingreso del trabajador cuando este tuviera menos de 5 años de haber concluido los efectos de su último nombramiento provisional en el Instituto de Salud.	Oficio de propuesta, aviso de presentación, minuta, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas.	1° o 16 del mes que corresponda
4504	Reingreso a personal interino	Deberá considerarse como reingreso del trabajador cuando este tuviera menos de 5 años de haber concluido los efectos de su último nombramiento interino en el Instituto de Salud.	Oficio de propuesta, aviso de presentación, cédula, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias.	1° o 16 del mes que corresponda
4505	Reingreso a personal lista de raya	Deberá considerarse como reingreso del trabajador cuando este tuviera menos de 5 años de haber concluido los efectos de su último nombramiento eventual en el Instituto de Salud.	**Federal y Estatal,** autorización de la Subdirección de Recursos Humanos, FUMP, oficio de la unidad. **Eventual**, autorización de la Subdirección de Recursos Humanos, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
4508	Reingreso a recursos humanos en formación (residentes, pasantes)	Facultad del Instituto de Salud para incorporar a los programas de formación de recursos humanos a médicos residentes, interinos o pasantes en servicio social, de acuerdo a los Convenios Celebrados con Instituciones de Enseñanza Media y Superior.	Acta de nacimiento, CURP, carta de asignación, FUMP original y 2 copias (residentes). Acta de nacimiento, CURP, carta de asignación, constancia global (pasantes).	Inicial: 1° o 16 del mes que corresponda de acuerdo al tipo de promoción académica. Final: de acuerdo al tipo de promoción académica

5001	Promoción de puesto con aumento de percepciones	Es la facultad que tiene la autoridad para ascender a un trabajador a un puesto con nivel mayor o colateral dentro del tabulador institucional, de acuerdo a su actitud aptitud y desempeño.	**Federal y Estatal**, oficio de propuesta, copia de la reservación de plaza (en caso de que la plaza sea a confianza), FUMP original y 2 copias, minuta y rubricas respectivas. **Eventual**, oficio de propuesta de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual y cedula.	1° o 16 del mes que corresponda
5003	Ampliación de jornada de trabajo	Es la facultad de la autoridad para incrementar el número de horas laborales a solicitud de un trabajador y tomando en cuenta las necesidades del servicio, sin rebasar la jornada autorizada para ese puesto.	**Federal y Estatal**, oficio de la autorización, oficio de la unidad, baja por conclusión de nombramiento, FUMP original y 2 copias. **Eventual**, oficio de la autorización del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, oficio de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
5006	Promoción compensada	Es la facultad de la autoridad para transformar un puesto a costo compensado de un recurso existente, para regularizar el código de función de un trabajador.	Oficio de la unidad, oficio de propuesta, FUMP original y 2 copias, autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
5501	Descenso de puesto con disminución de percepciones	Es la facultad de la autoridad para cambiar a un trabajador de un puesto de mayor nivel producto de un nombramiento temporal, a otro de menor nivel, con la consecuente disminución de percepciones.	**Federal y EstataL**, oficio de propuesta, minuta, copia legible de acta de nacimiento, CURP, SAT, FUMP original y 2 copias y rubricas respectivas. **Eventual**, oficio de propuesta de la unidad, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
5502	Descenso de puesto por movimiento escalafonario c/dism/percep	Desplazamiento de un trabajador de un puesto a otro de menor nivel por reanudación del titular o por dictamen escalafonario, con la consecuente disminución de percepciones.	Minuta de Autorización	1° o 16 del mes que corresponda
5503	Jornada especial de trabajo por motivos escolares	Facultad de la autoridad para conceder la reducción de jornada y de sueldo de un trabajador que fundamenta sus solicitud en función de su situación escolar.	Solicitud del empleado, Vo. Bo. o Autorización del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	1° o 16 del mes que corresponda
5504	Reducción de jornada de trabajo con disminución de percepciones	Facultad de la autoridad para llevar a cabo la disminución de la jornada laboral de un trabajador, con base en las necesidades del servicio con la consecuente repercusión de percepciones	**Federal y Estatal**, solicitud del empleado, Vo. Bo. o Autorización del Departamento de Relaciones Laborales. **Eventual**, solicitud del empleado, Vo. Bo. o autorización del Departamento de Relaciones Laborales, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
5506	Descompensación de puesto sin modif. de percep.	Facultad de la autoridad para efectuar movimiento descendente para retransformar el código de puesto de un trabajador de base, congelando sus percepciones hasta que el tabulador del nuevo código le alcance, en virtud de las funciones que realmente desempeñe.	Autorización de la unidad, solicitud del trabajador, FUMP y dos copias.	1° o 16 del mes que corresponda
5507	Descompensación de puesto con modif. De percepciones	Facultad de la autoridad para efectuar movimiento descendente con el que se reubica a un trabajador a un puesto de nivel inferior con la repercusión correspondiente en percepciones, en razón de las funciones que realmente desempeñe.	Autorización de la unidad, solicitud del trabajador, FUMP y dos copias.	1° o 16 del mes que corresponda

6001	Baja en sistema por cambio de adscripción (foráneo)	Facultad de la autoridad para excluir a un trabajador o becario de la plantilla o nomina de personal de una unidad administrativa, a efecto de trasmitirlo a otra, a solicitud del interesado y/o necesidades del servicio en virtud de estar contenidas en diferentes unidades de procesamiento de datos.	Solicitud del trabajador, oficio de la unidad, FUMP original y 2 copias, oficio de anuencia emitido por el Área de Asuntos Laborales y Sindicales, oficio de autorización del cambio de adscripción emitido por la Dirección General de Recursos Humanos y la Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales y FUMP de baja por cambio de adscripción.	1° o 16 del mes que corresponda
6002	Alta en sistema por cambio de adscripción	Facultad de la autoridad para incorporar a un trabajador o becario proveniente de una unidad administrativa registrada en otro equipo de procesamiento de datos en su plantilla y nómina de personal.	Oficio de la unidad, FUMP original y 2 copias, oficio de la autorización del cambio de adscripción emitido por la Dirección General de Recursos Humanos del D.F.	1° o 16 del mes que corresponda
6004	Cambio de Centro de Responsabilidad	Facultad de la unidad responsable para efectuar la transferencia de un trabajador o becario de un centro de responsabilidad a otro dentro de la misma unidad ya sea por necesidades del servicio o a petición expresa del trabajador.	**Federal y Estatal,** oficio de la unidad, oficio de presentación, soporte para cambio de radicación, constancia global. **Eventual**, oficio de la unidad, oficio de presentación, soporte para cambio de radicación, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
7100	Percepciones y deducciones fijas adicionales	Movimientos que permiten retribuir, modificar o cancelar una percepción fija adicional al sueldo tabular de un trabajador .con motivo de cumplimiento de periodos de cinco años de tiempo efectivo laborado, de conformidad con la normatividad emitida por la Secretaría de Programación y Presupuesto.	Oficio de la unidad	1° o 16 del mes que corresponda
7101	Alta de percep y/o deducc. fijas adicionales	Es la obligación de la autoridad retribuir a sus trabajadores con una percepción adicional fija para cada cinco años de servicios efectivos prestados en el gobierno federal, con base en la documentación oficial establecida que presente el trabajador al momento de incorporarse a esta secretaría o para regularizar aquellos casos que no los tengan.	E 5 solicitud del trabajador oficio unidad, copia de planeación (compensación de bajo desarrollo) e 4 solicitud del Trabajador, oficio de la unidad,	1° de enero o 1° de julio.
7102	Baja de percepciones y/o deducc. fijas adicionales	Supresión total de la percepción adicional del sueldo del trabajador que se le ha retribuido sin tener derecho a ello.	Solicitud, dictamen o cambio de adscripción.	1° o 16 del mes que corresponda
7103	Cambio de percep. y/o deducc. fijas adicionales	Movimientos que permiten, modificar o cancelar una percepción fija adicional de un trabajador.	Oficio de la unidad, constancia global.	1° o 16 del mes que corresponda
7104	Percep. y/o deducc. fijas externas	Movimientos que permiten retribuir, modificar o cancelar una percepción fija adicional al sueldo tabular de un trabajador.	Concepto 30, 31, 33, 34 (constancia global debidamente firmada).	1° o 16 del mes que corresponda
7201	Alta de percepciones y/o deducc. variables	Movimientos mediante los cuales se incorporan percepciones y/o deducciones variables a los trabajadores para la prestación de servicios en el Instituto de Salud.	Oficio de la unidad, constancia global de movimientos.	1° o 16 del mes que corresponda
7202	Baja percepciones y/o deucc. variables	Es el acto por el cual se suspenden las percepciones y/o deducciones variables al servidor público en el ejercicio de sus funciones,	Oficio de la unidad, constancia global de movimientos.	1° o 16 del mes que corresponda

7203	Cambio de percep. y/o deducc. variables	Facultad de la autoridad para efectuar cualquier tipo de cambio dentro de las percepciones y/o deducciones variables de los trabajadores.	Oficio de la unidad, constancia global de movimientos.	1° o 16 del mes que corresponda
7301	Sanciones administrativas	Es aquella amonestación que es generada en virtud de haber incurrido en falta administrativa, de conformidad a lo establecido en la Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos.	**Federal y Estatal** constancia global, oficio de la unidad donde notifica el tipo de sanción, notificación de la unidad del jurídico o de la contraloría. **Eventual**, oficio de la unidad donde notifica el tipo de sanción, notificación de la unidad del jurídico o de la contraloría, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
7302	Faltas	Movimientos mediante los cuales se establece que el trabajador no se encuentra dentro de su lugar de trabajo para la prestación de servicios en el Instituto	**Federal y Estatal,** constancia global original, oficio de la unidad. **Eventual**, constancia global de movimientos, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
7303	Reintegro de sanciones y faltas	Movimiento por el cual la autoridad recobra por entero las sanciones y faltas ocurridas.	**Federal y Estatal,** constancia global original, oficio de la unidad, copia del permiso autorizado. **Eventual**, solicitud del trabajador, copia del talón de pago en donde aparece el descuento, oficio de la unidad (justificación), actualización de empleados de la nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
7304	Faltas a turno complementario	Movimientos mediante los cuales se establece que el trabajador no se encuentra dentro de su lugar de trabajo para la prestación de servicios en el Instituto.	Constancia global original, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
7305	Reintegro a faltas de turno complementario	es la facultad de la autoridad para efectuar los reintegros que resulten procedentes de una responsabilidad aplicada	Constancia global original, oficio de la unidad, copia del permiso autorizado	1° o 16 del mes que corresponda
7306	Faltas a turno especial	Movimientos mediante los cuales se establece que el trabajador no se encuentra dentro de su lugar de trabajo para la prestación de servicios en el Instituto.	**Federal y Estatal**, constancia global original, oficio de la unidad. **Eventual,** constancia global de movimientos, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
7307	Reintegro faltas a turno especial	Es la facultad de la autoridad para efectuar los reintegros que resulten procedentes de una responsabilidad aplicada.	**Federal y Estatal**, constancia global original, oficio de la unidad, copia del permiso autorizado. **Eventual**, solicitud del trabajador, copia del talón de pago en donde aparece el descuento, oficio de la unidad (justificación), actualización de empleados de la nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
7401	Prima dominical	Es la retribución del pago adicional del 25% de sueldo tabular de un día, al servidor público que por parte de su jornada normal o extraordinaria labore los domingos.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL y disco magnético y copia del reporte.	1° o 16 del mes que corresponda
7405	Horas extras	El pago de remuneraciones devengadas por un trabajador por laborar fuera de la jornada ordinaria.	**Federal y Estatal**, oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL, copia de las tarjetas de asistencia, autorización correspondiente o constancia manual. **Eventual**, oficio de la unidad, reporte impreso, copia de las tarjetas de asistencia, autorización correspondiente, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda

7409	Pago de estímulo trimestral	Estímulo de un día de sueldo adicional que se paga al personal por haber registrado con puntualidad su asistencia en un mes calendario.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL y disco magnético y copia correspondiente.	Inicial: 1° del mes en que inicia el trimestre. Final: 30 o 31 del mes que terminó el trimestre
7411	Pago de estímulo anual	Consiste en una cantidad determinada porcentualmente que se pagara al personal que asiste habitualmente a sus labores y permanece en su área desarrollando sus funciones con intensidad y calidad durante toda su jornada laboral.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL y disco magnético y copia correspondiente.	1° de octubre del año anterior. 30 de septiembre del año en curso
7413	Estímulo por asistencia perfecta	Consiste en una cantidad determinada porcentualmente que se pagará al personal que asiste constantemente a sus labores y permanece en su área desarrollando sus funciones con intensidad y calidad.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL, disco magnético y copia correspondiente.	1° de octubre del año anterior. 30 de septiembre del año en curso
7415	Jornadas especiales	Consiste en que el servidor público acuda a prestar sus servicios en días no estipulados dentro de su jornada normal de trabajo.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL, copia de las tarjetas de asistencia y formato manual.	1° o 16 del mes que corresponda
7417	Guardias médicas	Consiste en que el servidor público acuda a prestar sus servicios en días no estipulados dentro de su jornada normal de trabajo.	Oficio de la unidad, reporte impreso del SISFAL, copia de las tarjetas de asistencia.	1° o 16 del mes que corresponda
7419	Pago de ayuda a lentes	Movimiento por el cual la autoridad otorga un apoyo al servidor publico para adquirir lentes para el mejor desempeño de sus funciones.	Oficio de la unidad, formato de constancia global de movimiento, formato de solicitud del empleado, receta del médico, factura original, último talón de pago.	1° o 16 del mes que corresponda
7421	Pago ayuda de manejo	Movimiento por el cual la autoridad otorga un apoyo al servidor publico para adquirir su licencia de manejo para el mejor desempeño de sus funciones.	Oficio de la unidad, formato de constancia global de movimiento, formato de solicitud del empleado, último talón de pago, boucher original del banco	1° o 16 del mes que corresponda
8101	Cambio de filiación	Movimientos mediante los cuales se lleva a cabo la corrección de los datos personales de los trabajadores.	Oficio de la unidad, acta de nacimiento, RFC, CURP, FUMP original y dos copias.	1° o 16 del mes que corresponda
8102	Cambio de datos generales	Movimientos mediante los cuales se lleva a cabo la corrección de los datos personales de los trabajadores.	**Federal y Estatal**, oficio de la unidad, acta de nacimiento, RFC, CURP, FUMP original y dos copias. **Eventual**, oficio de la unidad, acta de nacimiento, RFC, CURP, actualización de empleados de nómina eventual.	1° o 16 del mes que corresponda
8103	Cambio de datos de domicilio	Movimientos mediante los cuales se lleva a cabo la corrección de los datos personales de los trabajadores.	**Federal y Estatal**, oficio de la unidad, acta de nacimiento, RFC, CURP, FUMP original y dos copias, comprobante domiciliario. **Eventual**, oficio de la unidad, acta de nacimiento, RFC, CURP, actualización de empleados de nómina eventual, comprobante domiciliario.	1° o 16 del mes que corresponda
8105	Cambios de fechas de ingresos y días laborados	Movimientos mediante los cuales se lleva a cabo la corrección de los datos personales de los trabajadores.	**Federal y Estatal**, FUMP y dos copias, oficio de la unidad, integración de antigüedad. **Eventual**, actualización de empleados de nómina eventual, oficio de la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
8106	Cambio en días de licencia	Movimientos mediante los cuales se lleva a cabo la corrección de los datos personales de los trabajadores.	FUMP original y dos copias, oficio de la unidad, solicitud del trabajador, copia de las incapacidades, oficio del accidente de trabajo que gira el ISSSTE.	1° o 16 del mes que corresponda

8201	Titularización de plaza	Facultad de la autoridad para titularizar al servidor público en un puesto de base.	Oficio de la unidad, solicitud del trabajador, minuta, FUMP original y dos copias.	1° o 16 del mes que corresponda
8203	Titularización de plaza anterior	Facultad de la autoridad para titularizar al servidor público en su plaza de base en caso de ocupar puesto de confianza.	Oficio de la solicitud del trabajador, oficio de la unidad donde solicite la titularización, autorización de la reservación de plaza.	1° o 16 del mes que corresponda
9101	Creación de plaza	Facultad de la autoridad de crear una plaza conforme a los lineamientos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.	**Federal y Estatal**, autorización. **Eventual**, autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9102	Congelación de plaza	Facultad de la autoridad para suspender temporalmente la ocupación de un recurso vacante, en cumplimiento a disposiciones de la Secretaría de Programación y Presupuesto.	**Federal y Estatal**, autorización **Eventual,** autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9103	Descongelación de plaza	Facultad de la autoridad para ocupar un recurso vacante suspendido temporalmente como consecuencia de las disposiciones emitidas por la Secretaría de Programación y Presupuesto.	**Federal y Estatal**, autorización. **Eventual,** autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9104	Supresión de plaza	Facultad de la autoridad para cancelar un puesto de la plantilla de una unidad responsable de conformidad a las políticas de la Secretaría de Programación y Presupuesto por encontrarse fuera de la estructura de ocupación autorizada.	**Federal y Estatal**, autorización. **Eventual,** autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9105	Destitularización de plaza ocupada o vacante	Facultad de la autoridad para eliminar los efectos de la titularidad del servidor público en un puesto de base, en virtud de haber adquirido titularidad en otro puesto de base producto de un movimiento escalafonario.	Oficio de la unidad donde solicita se destitularice al ocupante anterior, FUMP, minuta.	1° o 16 del mes que corresponda
9201	Asignación original de banco de plaza	Facultad de la autoridad de crear una plaza conforme a los lineamientos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.	Autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9202	Ampliación de banco de plazas	Facultad de la autoridad de ampliar el banco de plazas conforme a los lineamientos de la Secretaría de Programación y Presupuesto.	Autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
9203	Reducción de banco de plazas	Facultad de la autoridad de reducir el banco de plazas conforme a los lineamientos de la Secretaria de Programación y Presupuesto.	Autorización.	1° o 16 del mes que corresponda
	Alta/Baja de concepto 30 por riesgo de trabajo	Facultad de la autoridad de autorizar el otorgamiento del concepto 30 por riesgo de trabajo cuando el trabajador cumple con los binomios correspondientes.	Constancia global de movimientos con el Vo. Bo. del Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal, minuta de riesgo de trabajo emitido por la unidad.	1° o 16 del mes que corresponda
	Ahorro Solidario	Solicitud mediante la cual el trabajador se inscribe al programa de ahorro solidario.	Formato de Inscripción del ISSSTE, constancia global de movimientos autorizada por la Coordinación de Servicios al Personal del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal.	1° o 16 del mes que corresponda
	Reporte de Estímulo Mensual	Facultad de la autoridad para reportar los estímulos mensuales para trabajadores de las unidades aplicativas.	Cédula de evaluación del trabajador, minuta de la unidad aplicativa y tarjetas de asistencia del personal evaluado.	1° o 16 del mes que corresponda

	Reporte de Incidencias, Estímulo Trimestral y Estímulo Anual	Facultad de la autoridad para reportar las incidencias de trabajadores, los estímulos trimestrales y anuales para trabajadores de las unidades aplicativas.	Información concentrada en sistema del Departamento de Sistematización por Unidad Aplicativa en medio impreso y diskette.	1° o 16 del mes que corresponda
	Solicitud de FONAC por: • Baja por Jubilación • Licencia sin goce de sueldo • Interinato • Defunción	Facultad de la autoridad para solicitar el pago anticipado del FONAC por jubilación, licencia, término de interinato y/o defunción del trabajador adscrito a la unidad aplicativa.	Por jubilación, licencia, término de Interinato: 2 copias de la credencial del IFE del trabajador. 2 copias del último talón de pago del trabajador. 2 copias del FUMP del trabajador. Por defunción: 2 copias del acta de defunción del trabajador. 2 copias de la credencial del IFE del beneficiario. 2 copias de acta de nacimiento cuando el beneficiario sea menor de edad.	Cualquier día de cualquier mes
	Informe de Accidentes por Riesgo de Trabajo	Facultad del trabajador de solicitar al Jefe de Recursos Humanos de la Unidad Aplicativa el levantamiento de acta administrativa.	Acta administrativa de probable accidente de trabajo. Formatos RT1 y RT2. Certificado médico de invalidez autorizado por el Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal. Oficio con calificación de accidente emitido por el ISSSTE.	

Desarrollo:

PROCEDIMIENTO 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina del Personal de la Unidad Aplicativa.

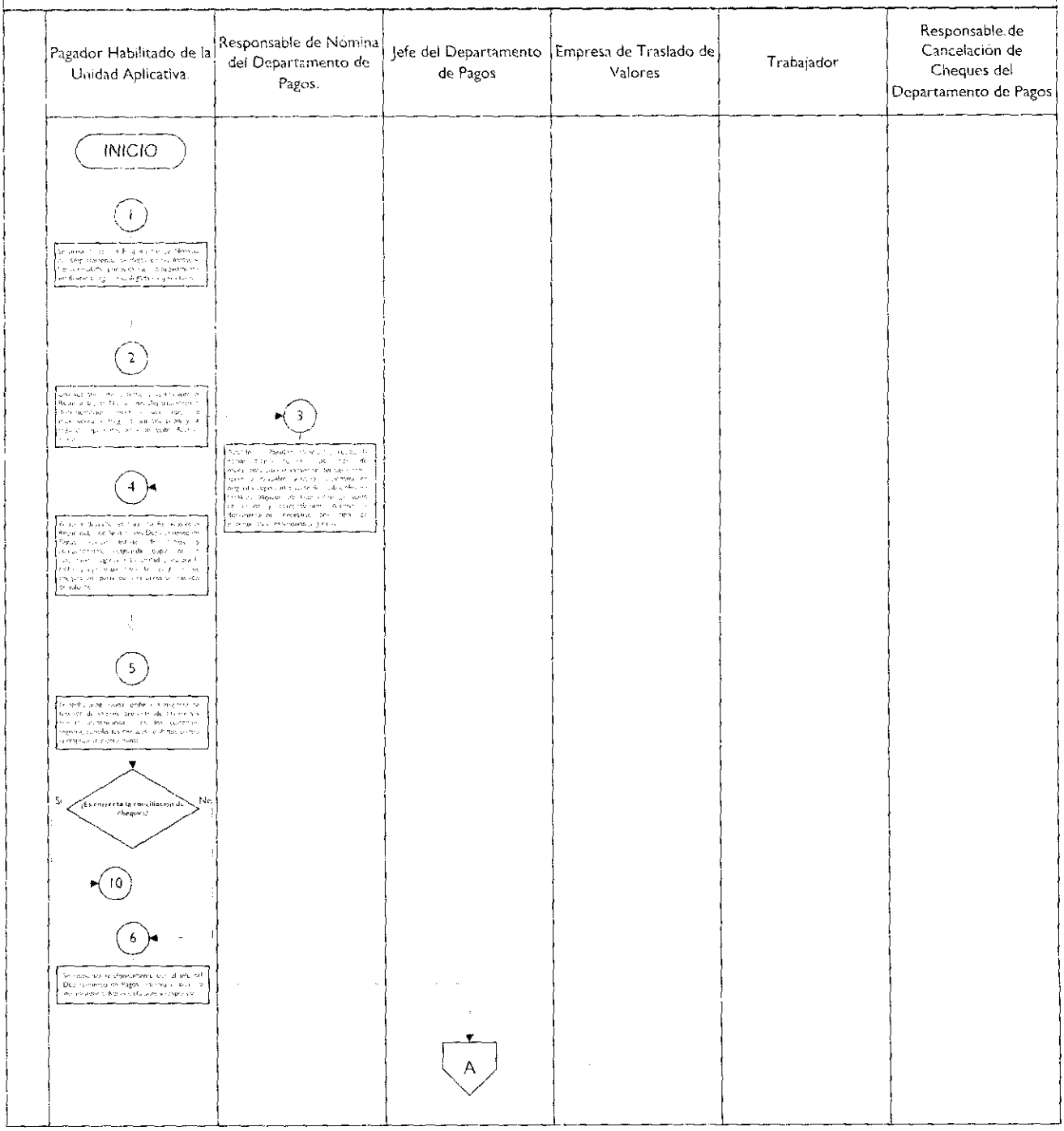
No	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Se presenta con el Responsable de Nómina del Departamento de Pagos en las fechas y horas señaladas por el calendario previamente establecido, registra su llegada y espera turno.
2	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Una vez que llega su turno, presenta ante el Responsable de Nómina del Departamento de Pagos la documentación necesaria por tipo de movimiento, entrega la primera copia y en la segunda copia recaba acuse de recibo para su control.
3	Responsable de Nómina del Departamento de Pagos	Atiende al Pagador Habilitado, recibe la documentación necesaria por tipo de movimiento para la validación de nómina, firma acuse y devuelve; revisa la documentación y elabora los formatos de responsivas de cheques y comprobantes en original y copia, obtiene firma de recibo del pagador habilitado en original y le entrega copia. valida mediante firma la nómina y la entrega junto con el listado de firmas y comprobantes. Archiva la documentación necesaria por tipo de movimiento y responsivas originales.
4	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Firma y devuelve original de las responsivas al Responsable de Nómina del Departamento de Pagos, recibe nómina, listado de firmas y comprobantes y copia de las responsivas, regresa a su unidad y espera la fecha programada para la recepción de cheques por parte de la empresa de traslado de valores. Archiva acuses y copia de responsivas.
5	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	En fecha programada recibe a la empresa de traslado de valores, presenta identificación y solicita identificación de los custodios, registra, concilia los cheques recibidos contra el listado de nómina del personal adscrito a la unidad aplicativa y determina: **¿Es Correcta la Conciliación del Listado?**

6	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	**No es correcta.** Se comunica telefónicamente con el Jefe del Departamento de Pagos, informa el error o inconsistencia. Retiene cheques y responsiva.
7	Jefe del Departamento de Pagos	Recibe llamada del Pagador Habilitado, se entera, registra y se comunica telefónicamente con la empresa de traslado de valores solicitando solucione el error o inconsistencia.
8	Empresa de Traslado de Valores	Recibe llamada telefónica, soluciona el error o inconsistencia y lo notifica al Pagador Habilitado.
9	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Recibe la notificación se entera, informa al Jefe del Departamento de Pagos y procede a firmar el recibo.
10	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	**Si es correcta o se solucionó la inconsistencia.** Firma el recibo de entrega de cheques y se comunica telefónicamente con el Jefe del Departamento de Pagos, informa la entrega adecuada de los cheques por parte del servicio, los resguarda temporalmente y espera al día de pago programado. **Se conecta con la operación No 12.**
11	Jefe del Departamento de Pagos	Recibe llamada del Pagador Habilitado, se entera de la entrega y registra.
12	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	El día de pago programado, realiza llamada telefónica al Departamento de Pagos, obtiene autorización para la realización del pago y espera a los trabajadores.
13	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Recibe al trabajador, solicita y obtiene su credencial del ISEM, comprueba su personalidad y devuelve, obtiene firma en el listado de nómina y entrega el cheque o comprobante de pago.
14	Trabajador	Firma las hojas de nómina en los 3 tantos, devuelve al pagador y recibe su cheque o comprobante y se retira.
15	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Revisa el listado de nómina, verifica el total de las firmas del personal del área correspondiente, determina los cheques que serán cancelados, elabora Formato Devolución de Cheques y/o Comprobantes por cancelación y Formato Cuadro de Comprobación de Nómina por fuente de financiamiento y nómina blanca, retiene y espera a la fecha establecida para la cancelación de cheques y comprobación de nómina respectivamente.
16	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	En la fecha establecida se presenta ante el Responsable de la Cancelación de Cheques del Departamento de Pagos y entrega mediante Formato Devolución de Cheques y/o Comprobantes por cancelación en original y copia como acuse de recibo y los cheques a ser cancelados. Archiva acuse, previa firma de recibido.
17	Responsable de Cancelación de Cheques del Departamento de Pagos	Recibe formato Devolución de Cheque y/o Comprobantes original y cheques, se entera, firma y devuelve acuse. Cancela los cheques mediante sello, archiva formato y cheques e informa al Jefe del Departamento de Pagos la cantidad y folios.
18	Jefe del Departamento de Pagos	Se entera de la cantidad y folio de los cheques cancelados e informa al Departamento de Sistematización a fin de que realice la cancelación del pago en Sistema.
19	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Integra el Formato Cuadro de Comprobación de Nómina por fuente de financiamiento en original y copia como acuse de recibo, listado de nómina, nómina blanca, Formato de Responsiva y copia del formato de devolución de cheques y/o comprobantes y se presenta y entrega al Responsable de Nómina del Departamento de Pagos. Archiva acuse, previa firma de recibido.
20	Responsable de Nómina del Departamento de Pagos.	Recibe el listado de nómina y Formato Cuadro de Comprobación de Nómina por fuente de financiamiento, nómina blanca, Formato de Responsiva y copia del formato de Devolución de Cheques y/o Comprobantes, firma acuse y devuelve. Archiva documentación.

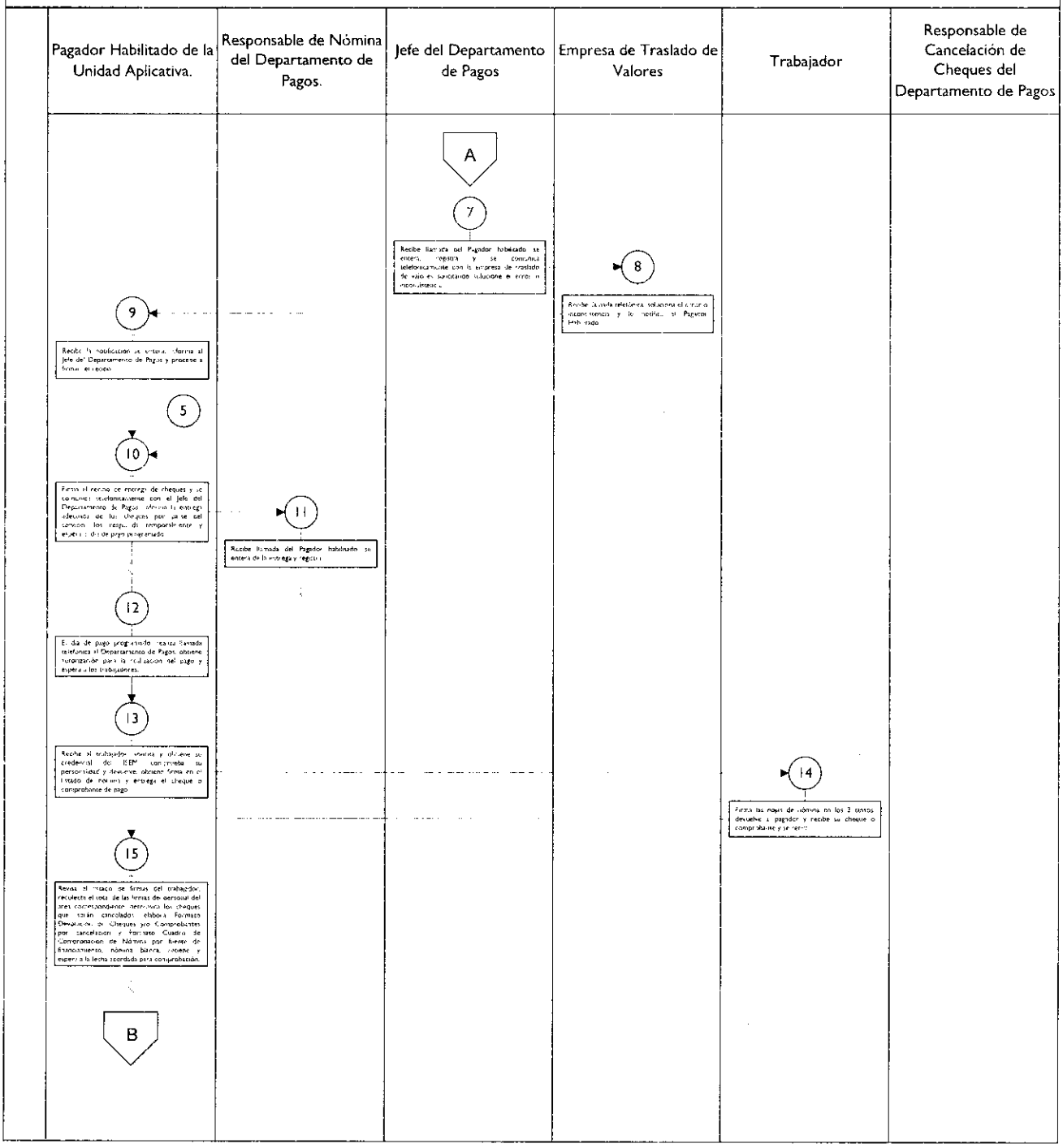
21	Pagador Habilitado de la Unidad Aplicativa.	Recibe acuse de Formato Cuadro de Comprobación de Nómina, se retira, archiva y resguarda en su unidad respectiva.

Diagramación:

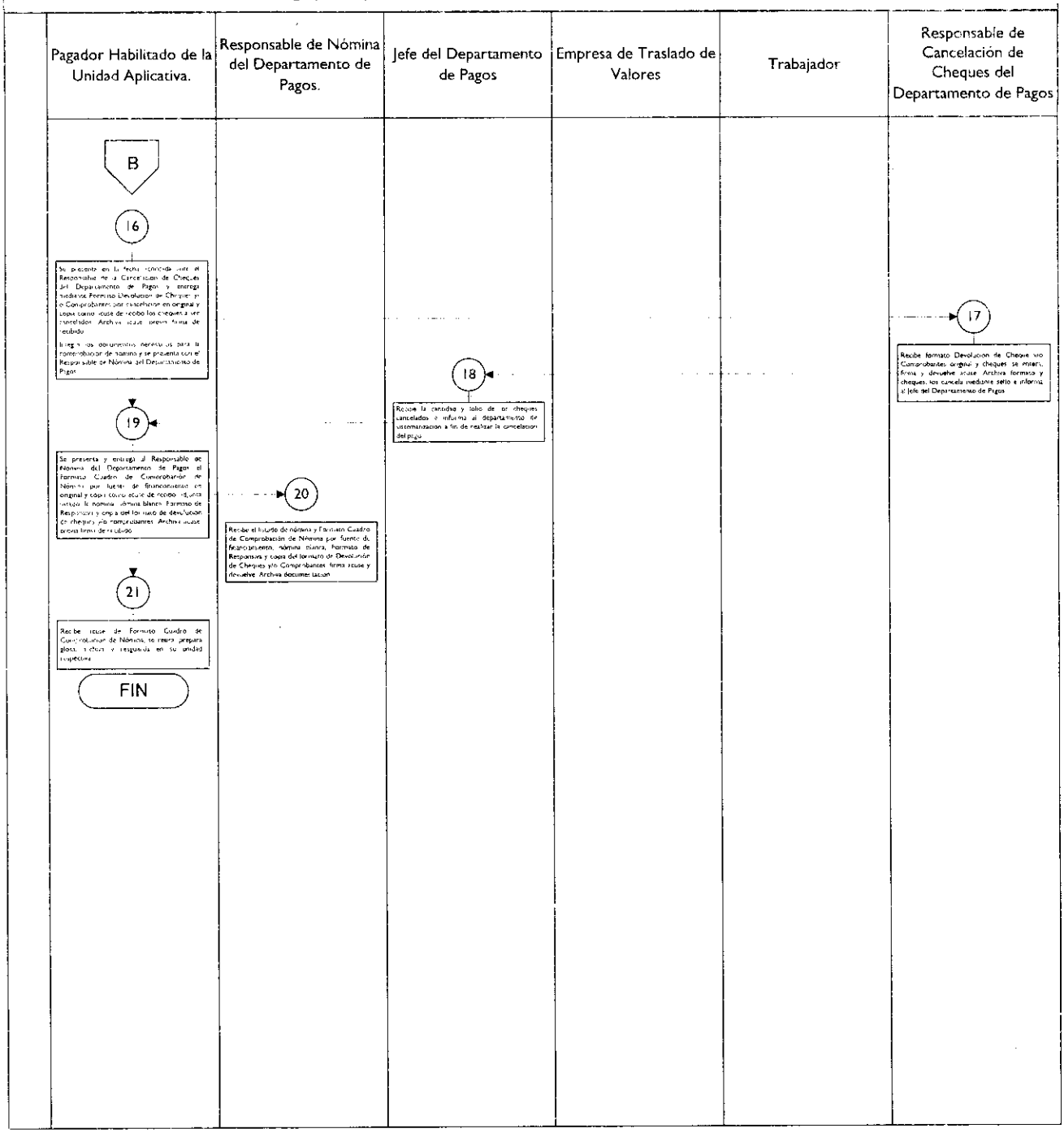
PROCEDIMIENTO 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina del Personal de la Unidad Aplicativa.



PROCEDIMIENTO 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina del Personal de la Unidad Aplicativa.



PROCEDIMIENTO 3: Validación, Pago y Comprobación de Nómina del Personal de la Unidad Aplicativa.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la Validación de Nómina del personal por unidad aplicativa:

$$\frac{\text{Validaciones de Nómina Aceptadas Mensualmente}}{\text{Validaciones de Nómina entregadas al Responsable de Nómina de Pagos Mensualmente.}} \times 100 = \text{\% Validación de nómina mensual}$$

Indicador para medir la eficiencia en la Comprobación de Nómina del personal por unidad aplicativa:

Comprobaciones de Nómina Aceptadas Mensualmente / Validaciones de Nómina Mensuales entregadas al Responsable de Nómina de Pagos Mensualmente.	X 100 =	% Comprobación de nómina mensual.

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- La validación, pago y comprobación de nómina queda registrada en los Formatos Reporte de Incidencias, Responsiva, Cuadro de Comprobación, Devolución de Cheques y/o Comprobantes por Cancelación, Devolución de Cheques que se encuentran resguardados en los archivos del Departamento de Pagos.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Responsiva de Cheques.
- Responsiva de Comprobantes.
- Devolución de Cheques para Cancelación.
- Devolución de Comprobantes para Cancelación.
- Devolución de Comprobantes por Cambio de Radicación de Pago.
- Cuadro de Comprobación de Nómina.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

RESPONSIVA DE CHEQUES

UNIDAD RESPONSABLE: (1)	QNA: (2)	FECHA: (3)

NOMINA	RECURSO	FOLIO DEL	FOLIO AL	TOTAL RECIBIDOS	IMPORTE	No. DE HOJA DEL	No. DE HOJA AL
(4)	(5)	(6)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9)
			TOTAL	(10)	(11)		

CHEQUES Y/O COMPROBANTES QUE NO SE LLEVAN

FOLIO	NOMINA	IMPORTE
(11)	(12)	(13)
	TOTAL	

OBSERVACIONES

(14)

FECHA DE COMPROBACION	FECHA DE VALIDACION
(15)	(16)

(17)	(18)
NOMBRE, FIRMA Y CARGO (RECIBIO)	NOMBRE, FIRMA Y CARGO (ENTREGO)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RESPONSIVA DE CHEQUES.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los cheques entregados al pagador habilitado.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad Responsable	Anotar el nombre de la Unidad Aplicativa.
2	Qna.	Anotar el número de quincena que se aplica.
3	Fecha	Registrar día, mes y año de elaboración del documento.
4	Nómina	Anotar el tipo de nómina recabada.
5	Recurso	Registrar el tipo de recurso de donde se obtiene el pago.
6	Folio	Anotar el número de folio de donde inicia y terminan los cheques.
7	Total recibido	Registrar el número de cheques recibidos.
8	Importe	Anotar el importe total por tipo de nomina.
9	No de Hoja	Anotar el número de hoja de donde inicia y terminan los cheques.
10	Total de Folios recibidos	Registrar el número total de folios por nómina.
11	Folio	Anotar el número de folio de la nómina que no se recoge.
12	Nómina	Escribir el tipo de nómina que no se recoge.
13	Importe	Anotar el importe de la nómina que no se recoge.
14	Observaciones	Anotar las observaciones pertinentes a la responsiva.
15	Fecha de Comprobación	Registrar día, mes y año de comprobación del documento.
16	Fecha de Validación	Registrar día, mes y año de validación del documento.
17	Recibió	Anotar el nombre completo y firma de la persona que recibe la responsiva.
18	Entregó	Anotar el nombre completo y firma de la persona que entrega la responsiva.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

RESPONSIVA DE COMPROBANTES

UNIDAD RESPONSABLE: (1)	QNA: (2)	FECHA: (3)

NOMINA	RECURSO	FOLIO DEL	FOLIO AL	TOTAL RECIBIDOS	IMPORTE
(4)	(5)	(6)	(6)	(7)	(8)
			TOTAL	(10)	(10)

No. DE HOJA DEL	No. DE HOJA AL
(9)	(9)

CHEQUES Y/O COMPROBANTES QUE NO SE LLEVAN

FOLIO	NOMINA	IMPORTE
(11)	(12)	(13)
	TOTAL	$0.00

OBSERVACIONES

(14)

FECHA DE COMPROBACION	FECHA DE VALIDACION
(15)	(16)

(17)	(18)
NOMBRE, FIRMA Y CARGO (RECIBIO)	NOMBRE, FIRMA Y CARGO (ENTREGO)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RESPONSIVA DE COMPROBANTES.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los comprobantes entregados al pagador habilitado.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad Responsable	Anotar el nombre de la Unidad Aplicativa.
2	Qna.	Anotar el número de quincena que se aplica.
3	Fecha	Registrar día, mes y año de elaboración del documento.
4	Nómina	Anotar el tipo de nómina recabada.
5	Recurso	Registrar el tipo de recurso de donde se obtiene el pago.
6	Folio	Anotar el número de folio de inicio y término de los comprobantes.
7	Total recibido	Registrar el número de comprobantes recibidos.
8	Importe	Anotar el importe total por tipo de nomina.
9	No de Hoja	Anotar el número de hoja de inició y término de los comprobantes.
10	Total de Folios recibidos	Registrar el número total de folios por nómina.
11	Folio	Anotar el número de folio de la nómina que no se recoge.
12	Nómina	Escribir el tipo de nómina que no se recoge.
13	Importe	Anotar el importe de la nómina que no se recoge.
14	Observaciones	Anotar las observaciones pertinentes a la responsiva.
15	Fecha de Comprobación	Registrar día, mes y año de comprobación del documento.
16	Fecha de Validación	Registrar día, mes y año de validación del documento.
17	Recibió	Anotar el nombre completo y firma de la persona que recibe la responsiva.
18	Entregó	Anotar el nombre completo y firma de la persona que entrega la responsiva.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Salud del Estado de México
Subdirección de Recursos Humanos
Departamento de Pagos

ISEM

FORMATO DE DEVOLUCION DE CHEQUES PARA CANCELACION

Unidad Aplicativa: (1)
Nombre del Pagador habilitado: (2) R.F.C : (3) Hoja ____ de ____ (7)
Quincena: (4) Fecha: (8)
Tipo de Recurso: (5)
Programa: (6)

Nomina Ordinaria

No. Consecutivo	No. cheque	Monto	Banco	Cuenta	R.F.C	Nombre y clave del trabajador	Motivo de la devolucion
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

Elaboro
(17)
Nombre y Firma

Vo.Bo.
Jefe de la Unidad y/o Administrador
(18)
Nombre y Firma

(19)
Sello de la Unidad

Recibio
(20)
Responsable de cancelacion de cheques originales

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: DEVOLUCION DE CHEQUES PARA CANCELACIÓN.		
Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los cheques devueltos para cancelación.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	Unidad Aplicativa.	Anotar el nombre de la unidad aplicativa.
2	Nombre del Pagador Habilitado.	Anotar el nombre completo del pagador habilitado.
3	RFC	Anotar el Registro federal de Causantes del pagador habilitado.
4	Quincena	Anotar el número de la quincena que se aplica.
5	Tipo de Recurso	Registrar el tipo de recurso por el que se contrato al trabajador.
6	Programa	Anotar el nombre del programa asignado al trabajador.
7	Hoja de	Escribir la o las hojas de que consta el documento.
8	Fecha	Registrar día, mes y año de elaboración del documento.
9	No consecutivo	Escribir el número consecutivo asignado a la devolución.
10	No de cheque	Anotar el número del cheque que se devuelve.
11	Monto	Anotar la cantidad o monto del cheque devuelto.
12	Banco	Escribir el nombre del banco emisor del cheque devuelto.
13	Cuenta	Registrar el número de cuenta de donde se emite el cheque devuelto.
14	RFC	Anotar el registro Federal de Causantes del Trabajador.
15	Nombre y Clave del trabajador	Escribir el nombre completo y clave presupuestal del trabajador.
16	Motivo de la Devolución	Describir el motivo por el que se devuelve el cheque.
17	Elaboró	Anotar el nombre y firma de la persona que requisita el formato.
18	VoBo	Anotar el nombre y firma de la persona que da el Visto bueno al formato.
19	Sello de la Unidad	Plasmar sello de la unidad aplicativa.
20	Recibió	Anotar el nombre y firma de la persona que recibe el formato.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Salud del Estado de México
Subdirección de Recursos Humanos
Departamento de Pagos

ISEM

FORMATO DE DEVOLUCION DE COMPROBANTES PARA CANCELACION

Unidad Aplicativa: (1)
Nombre del Pagador habilitado: (2) R.F.C : (3) Hoja ___ de ___ (7)
Quincena: (4) Fecha: (8)
Tipo de Recurso: (5)
Programa: (6)

Nomina Ordinaria

No. Consecutivo	No. comprobante	Monto	Banco	Cuenta	R.F.C	Nombre y clave del trabajador	Motivo de la devolucion
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

Elaboró
(17)
Nombre y Firma

Vo.Bo.
Jefe de la Unidad y/o Administrador
(18)
Nombre y Firma

(19)
Sello de la Unidad

Recibió
(20)
Responsable de cancelacion de cheques originales

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: DEVOLUCION DE COMPROBANTES PARA CANCELACIÓN.		
Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los comprobantes devueltos para cancelación.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	Unidad Aplicativa.	Anotar el nombre de la unidad aplicativa.
2	Nombre del Pagador Habilitado.	Anotar el nombre completo del pagador habilitado.
3	RFC	Anotar el Registro federal de Causantes del pagador habilitado.
4	Quincena	Anotar el número de la quincena que se aplica.
5	Tipo de Recurso	Registrar el tipo de recurso por el que se contrato al trabajador.
6	Programa	Anotar el nombre del programa asignado al trabajador.
7	Hoja de	Escribir la o las hojas de que consta el documento.
8	Fecha	Registrar día, mes y año de elaboración del documento.
9	No consecutivo	Escribir el número consecutivo asignado a la devolución.
10	No de comprobante	Anotar el número del comprobante que se devuelve.
11	Monto	Anotar la cantidad o monto del comprobante devuelto.
12	Banco	Escribir el nombre del banco emisor.
13	Cuenta	Registrar el número de cuenta de donde se emite el comprobante devuelto.
14	RFC	Anotar el registro Federal de Causantes del Trabajador.
15	Nombre y Clave del trabajador	Escribir el nombre completo y clave presupuestal del trabajador.
16	Motivo de la Devolución	Describir el motivo por el que se devuelve el cheque.
17	Elaboró	Anotar el nombre y firma de la persona que requisita el formato.
18	Vo. Bo.	Anotar el nombre y firma de la persona que da el Visto bueno al formato.
19	Sello de la Unidad	Plasmar sello de la unidad aplicativa.
20	Recibió	Anotar el nombre y firma de la persona que recibe el formato.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Salud del Estado de México
Subdirección de Recursos Humanos
Departamento de Pagos

ISEM

FORMATO DE DEVOLUCION DE COMPROBANTES POR CAMBIO DE RADICACION DE PAGO

Unidad Aplicativa: (1) Hoja ____ de ____ (7)
Nombre del Pagador habilitado: (2) R.F.C : (3) Fecha: (8)
Quincena: (4)
Tipo de Recurso: (5)
Programa: (6)

Nomina Ordinaria

No. Consecutivo	No. comprobante	Monto	Banco	Cuenta	R.F.C	Nombre y clave del trabajador	Motivo de la devolucion
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

Elaboró
(17)
Nombre y Firma

Vo.Bo.
Jefe de la Unidad y/o Administrador
(18)
Nombre y Firma

(19)
Sello de la Unidad

Recibió
(20)
Responsable de cancelacion de cheques originales

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: DEVOLUCION DE COMPROBANTES POR CAMBIO DE RADICACIÓN DE PAGO.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los comprobantes devueltos para cambio de radicación del pago.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Unidad Aplicativa.	Anotar el nombre de la unidad aplicativa.
2	Nombre del Pagador Habilitado.	Anotar el nombre completo del pagador habilitado.
3	RFC	Anotar el Registro federal de Causantes del pagador habilitado.
4	Quincena	Anotar el número de la quincena que se aplica.
5	Tipo de Recurso	Registrar el tipo de recurso por el que se contrato al trabajador.
6	Programa	Anotar el nombre del programa asignado al trabajador.
7	Hoja de	Escribir la o las hojas de que consta el documento.
8	Fecha	Registrar día, mes y año de elaboración del documento.
9	No consecutivo	Escribir el número consecutivo asignado a la devolución.
10	No de comprobante	Anotar el número del comprobante que se devuelve.
11	Monto	Anotar la cantidad o monto del comprobante devuelto.
12	Banco	Escribir el nombre del banco emisor.
13	Cuenta	Registrar el número de cuenta de donde se emite el comprobante devuelto.
14	RFC	Anotar el registro Federal de Causantes del Trabajador.
15	Nombre y Clave del trabajador	Escribir el nombre completo y clave presupuestal del trabajador.
16	Motivo de la Devolución	Describir el motivo por el que se devuelve el cheque.
17	Elaboró	Anotar el nombre y firma de la persona que requisita el formato.
18	VoBo	Anotar el nombre y firma de la persona que da el Visto bueno al formato.
19	Sello de la Unidad	Plasmar sello de la unidad aplicativa.
20	Recibió	Anotar el nombre y firma de la persona que recibe el formato.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE PAGOS
CUADRO DE COMPROBACIÓN DE NÓMINA

ISEM

TIPO DE PAGO	COMPROBANTES RECIBIDOS	COMPROBANTES PAGADOS	COMPROBANTES CANCELADOS
ORDINARIO FEDERAL	(1)	(2)	(3)
REGULARIZADOS FEDERAL			
ORDINARIA ESTATAL			
EXT. QNA. ____ EN ____			
GRATIFICACIÓN RECURSOS PROPIOS			
TOTAL			
OBSERVACIONES			

FIRMA (4) — NOMBRE DEL PAGADOR

FIRMA (5) — NOMBRE DEL JEFE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CUADRO DE COMPROBACIÓN DE NÓMINA.		
Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control eficiente de los comprobantes entregados al pagador habilitado.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Pagos y la copia en los archivos de la unidad aplicativa.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	Comprobantes recibidos	Registrar el número de comprobantes recibidos por tipo de nómina.
2	Comprobantes Pagados	Registrar el número de comprobantes pagados por tipo de nómina.
3	Comprobantes Cancelados	Registrar el número de comprobantes cancelados por tipo de nómina.
4	Nombre del Pagador	Anotar el nombre completo iniciando por apellido paterno, materno, nombre(s) y firma del pagador habilitado
5	Nombre del Jefe de la Unidad Aplicativa	Anotar el nombre completo iniciando por apellido paterno, materno, nombre(s) y firma del Jefe de la Unidad Aplicativa.

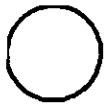
SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tienen relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO

Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el comienzo del procedimiento se anotará la palabra **INICIO,** en el segundo caso, cuando concluya la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

CONECTOR DE OPERACIÓN

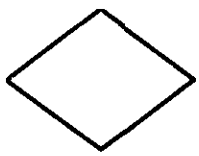


Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

LÍNEA CONTÍNUA

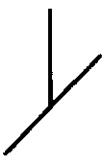
La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



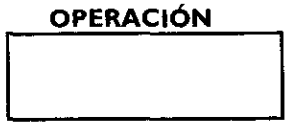
Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

FUERA DE FLUJO



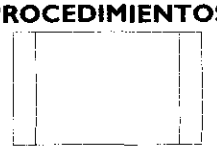
Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

OPERACIÓN



Representa la realización de una operación o actividad relativa a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso de manera sintetizada.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS



Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

REGISTRO DE EDICIONES

Primera Edición (julio de 2011): elaboración del manual.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página XII

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos para el Alta y Pago de Personal en las Unidades Aplicativas del ISEM se encuentra bajo resguardo del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Subdirección de Recursos Humanos (1).
- Departamento de Administración de Personal (1).
- Departamento de Sistematización del Pago (1).
- Departamento de Pagos (1).
- Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal (1).
- Departamento de Desarrollo Institucional (1).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ALTA Y PAGO DE PERSONAL EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DEL ISEM	Edición: Primera Fecha: Julio de 2011. Código: 217B32100 Página XIII

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México
(RÚBRICA)

Lic. Fernando César Luna
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

Lic. Roberto Luis Arzate Suárez
Subdirector de Recursos Humanos
(RÚBRICA)

Lic. Ángela Rubí Delgado
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa
(RÚBRICA)

Lic. Karyna Selene Romo Martínez
Jefe del Departamento de Administración de Personal
(RÚBRICA)

Ing. Marycruz Granados Acosta
Jefe del Departamento de Sistematización del Pago
(RÚBRICA)

Lic. Joaquina Castillo Narváez
Jefe del Departamento de Pagos
(RÚBRICA)

Lic. José Salvador Mier Quiróz
Jefe del Departamento de Relaciones Laborales y Desarrollo de Personal
(RÚBRICA)

Manual de Procedimientos para el Alta y Pago de Personal en las Unidades Aplicativas del ISEM, Toluca de Lerdo, México, julio de 2011.

MP.-

© *Manuales de Procedimientos.*
Manual de Procedimientos para el Alta y Pago de Personal en las Unidades Aplicativas del ISEM.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.

Responsable de su Elaboración:

Lic. Roberto Luis Arzate Suárez.

Lic. Karyna Selene Romo Martínez.
Lic. Joaquina Castillo Álvarez.
Lic. José Salvador Mier Quiróz
Ing. Marycruz Granados Acosta.

Responsable de su Integración:

Lic. Néstor Gutiérrez Santos.

Toluca, México.
Julio, 2011.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA

JULIO DE 2011

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

© Derechos Reservados
Segunda edición, julio 2011.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

La reproducción parcial o total de este documento podrá efectuarse mediante la autorización exprofeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000
	Página	

ÍNDICE

Presentación III
Aprobación IV
Objetivo General V
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel) VI
Relación de Procesos y Procedimientos VII
Descripción de los Procedimientos VIII

1. Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes. 217B40000/01

2. Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados. 217B40000/02
3. Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados. 217B40000/03
4. Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias. 217B40000/04
5. Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas. 217B40000/05
6. Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver. 217B40000/06
7. Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles). 217B40000/07
8. Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. 217B40000/08
9 Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. 217B40000/09

Simbología IX
Registro de Ediciones XI
Distribución XII
Validación XIII

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instrucciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Coordinacion de Regulación Sanitaria. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este Instituto.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 174, aprobó el presente **"Manual de**

Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria.", el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de Regulación Sanitaria.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
17 DE SEPTIEMBRE DE 2011	ISE / 174 / 013

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM
(RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición: Segunda Fecha: Julio 2011 Código: 217B41000 Página V

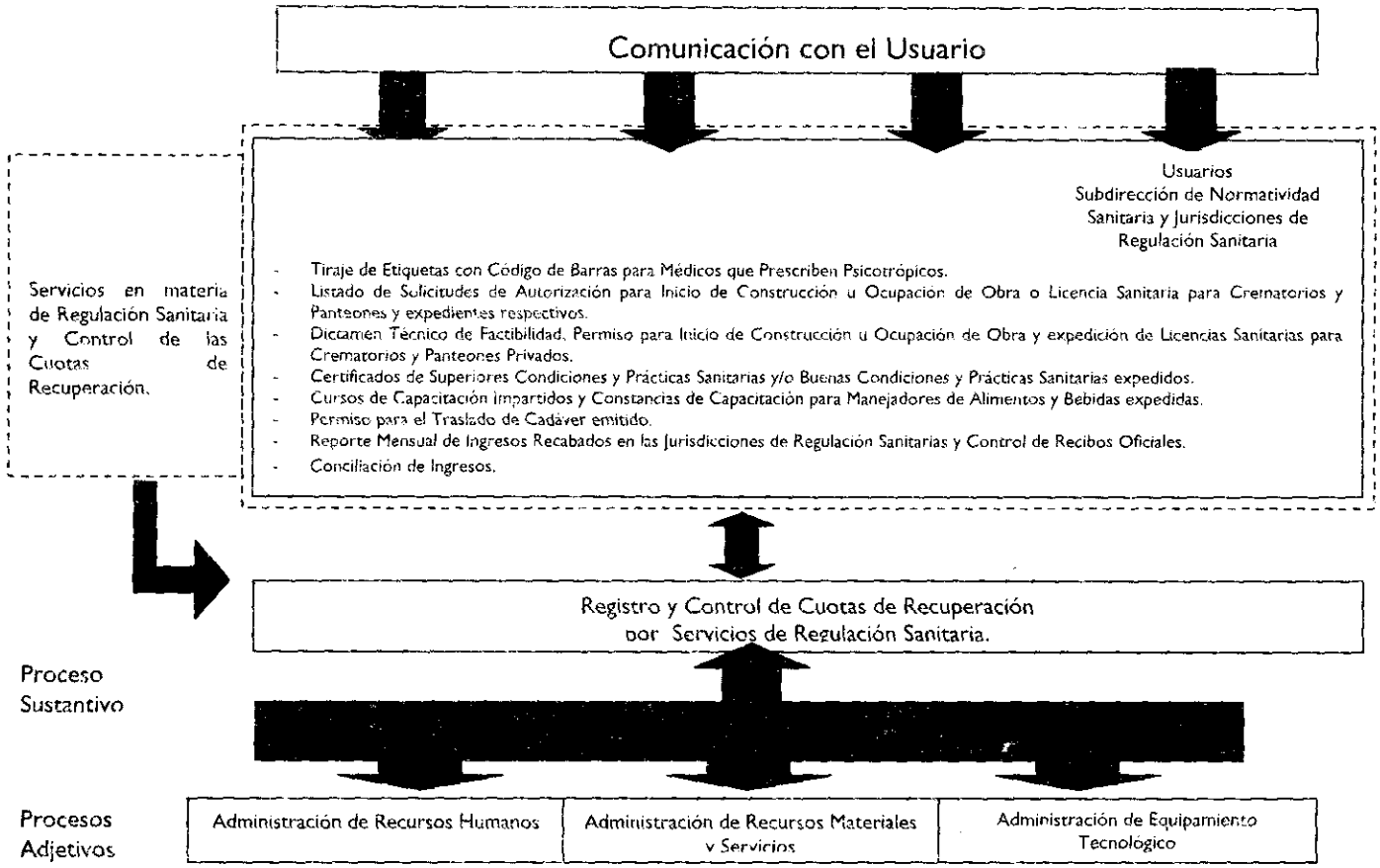
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia de los trámites y servicios que brinda la Dirección de Regulación Sanitaria y Jurisdicciones de Regulación Sanitaria del Instituto de Salud del Estado de México, mediante la formalización y estandarización de sus métodos de trabajo y el establecimiento de políticas que regulen la ejecución de los procedimientos y las situaciones de excepción que puedan presentarse durante su desarrollo, así como para orientar a los servidores públicos responsables de su ejecución.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición: Segunda Fecha: Julio 2011 Código: 217B41000 Página VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS.

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000
	Página	VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Registro y Control de Cuotas de Recuperación por Servicios de Regulación Sanitaria:

De la solicitud de servicios en materia de regulación sanitaria a la emisión de documentos de control sanitario y conciliación de ingresos recabados.

Procedimientos:

- Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.
- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.
- Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.
- Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).
- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.
- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000
	Página	VIII

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000/01
	Página	

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.

OBJETIVO:

Mantener el control de los recetarios especiales para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes, mediante la emisión de etiquetas con código de barras, propiciando el buen uso y manejo de los recetarios y evitar riesgos para la salud.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de la Coordinación de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.

REFERENCIAS:

- **Ley General de Salud.** artículos 26, fracciones I, II, III y IV; 242, fracciones I, II y III; 375, fracción IV; 46 bis; 117 bis, fracciones I, II, III y IV; 159 bis, fracción I, II, II y IV; 45 bis; 46 bis; 114 bis, fracción I, II y III; 234; 235, fracción I, II III, IV y V; 237; 238; 239; 240; 241, fracción I, II; 242: 243. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.
- **Reglamento de Insumos para la Salud.** Capítulo Tercero, artículos 51, 52, 53 y 54. Diario Oficial de la Federación, 4 de febrero de 1998.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Artículo 13, fracción VII. Gaceta de Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Acuerdo del Consejo Interno del Instituto de Salud por el que se autoriza el Tabulador de Cuotas de Recuperación en materia de Regulación Sanitaria.** Gaceta del Gobierno, 18 de octubre de 2005.
- **Manual de Normas y Procedimientos para el Control Sanitario.** Gaceta de Gobierno, enero de 2007.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B41000 Dirección de Regulación Sanitaria, 217B41100 Subdirección de Normatividad Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria, es la unidad administrativa responsable de la supervisión de actividades relacionadas a la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes, de acuerdo a la normatividad vigente.

El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud deberá:

- Recibir Formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", cotejar con listado de médicos autorizados y expediente y determinar su procedencia.
- Informar al usuario del incumplimiento de requisitos, solicitar su cumplimiento o, en su caso, rechazar la solicitud y cancelar el formato.
- Aceptar el formato, registrar e indicar al usuario solicite la guía de pago con el Subdirector de Normatividad Sanitaria.
- Atender al usuario, verificar recibo único de pago y formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y entregar tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.

El Subdirector de Normatividad Sanitaria deberá:

- Recibir original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y esperar al usuario.
- Atender al usuario y solicitarle nombre, dirección del hospital, municipio donde se ubica el hospital e ingresar los datos en sistema, emitir guía de pago y entregar al usuario.
- Recibir ficha de depósito sellada, solicitar nombre, dirección y registro federal de causantes, elaborar recibo único de pago en original y dos copias y entregar original y segunda copia al usuario e integra primera copia al expediente.
- Integrar las copias generadas durante el mes en archivo.
- Esperar fecha programada de calendario para realizar la conciliación mensual ante el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DEFINICIONES:

AVISO DE RESPONSIVA MÉDICA: Documento emitido por el responsable sanitario del establecimiento, clínica o consultorio que se le requiere al personal solicitante en el cual consta que éste será el responsable del buen uso y manejo de los recetarios.
CÓDIGO DE BARRAS: Es una disposición en paralelo de barras y espacios que contiene información codificada en barras y espacios del símbolo.
COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
ESTUPEFACIENTES: Es una sustancia medicinal que, por definición, provoca sueño o estupor y, en la mayoría de los casos, inhibe la transmisión de señales nerviosas asociadas al dolor.
RECETARIOS ESPECIALES: Son formulados en términos del artículo 240 LGS. La prescripción de estupefacientes se hará en recetarios especiales, que contendrán, para su control un código de barras asignado por la Secretaría de Salud o por a las autoridades sanitarias estatales.
RUP: Recibo Único de Pago
SICOPRES: Sistema de Control para Prescripción de Estupefacientes.
PSICOTRÓPICO: Es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

INSUMOS:

- Formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra".
- Requisitos consistentes en:
  - Copia de la cédula profesional certificada ante notario público,
  - Copias simples del título profesional, de credencial de elector, de CURP y de RCF,
  - Aviso de responsiva médica y,
  - Pago de cuota de recuperación.

RESULTADO:

- Tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes entregadas al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El acceso al sistema para emitir las guías de pago será restringido al Subdirector de Normatividad Sanitaria.
- El Subdirector de Normatividad Sanitaria deberá recibir y controlar la documentación original que soporte los depósitos financieros realizados.
- La guía de pago se establece con una vigencia mínima de quince días a partir de su emisión.

- En caso de que el médico haya depositado con la tarifa anterior a la actualización, deberá hacer el pago de la diferencia correspondiente a fin de complementar la cuota.
- Una vez realizado el pago, el médico deberá presentar el comprobante del depósito en original al Área de Cuotas de Recuperación a fin de canjearlo por el recibo único de pago emitido por el ISEM.
- El usuario deberá contar con autorización emitida por el ISEM y presentar el primer recetario especial impreso antes de poder solicitar la emisión de etiquetas con código de barras.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

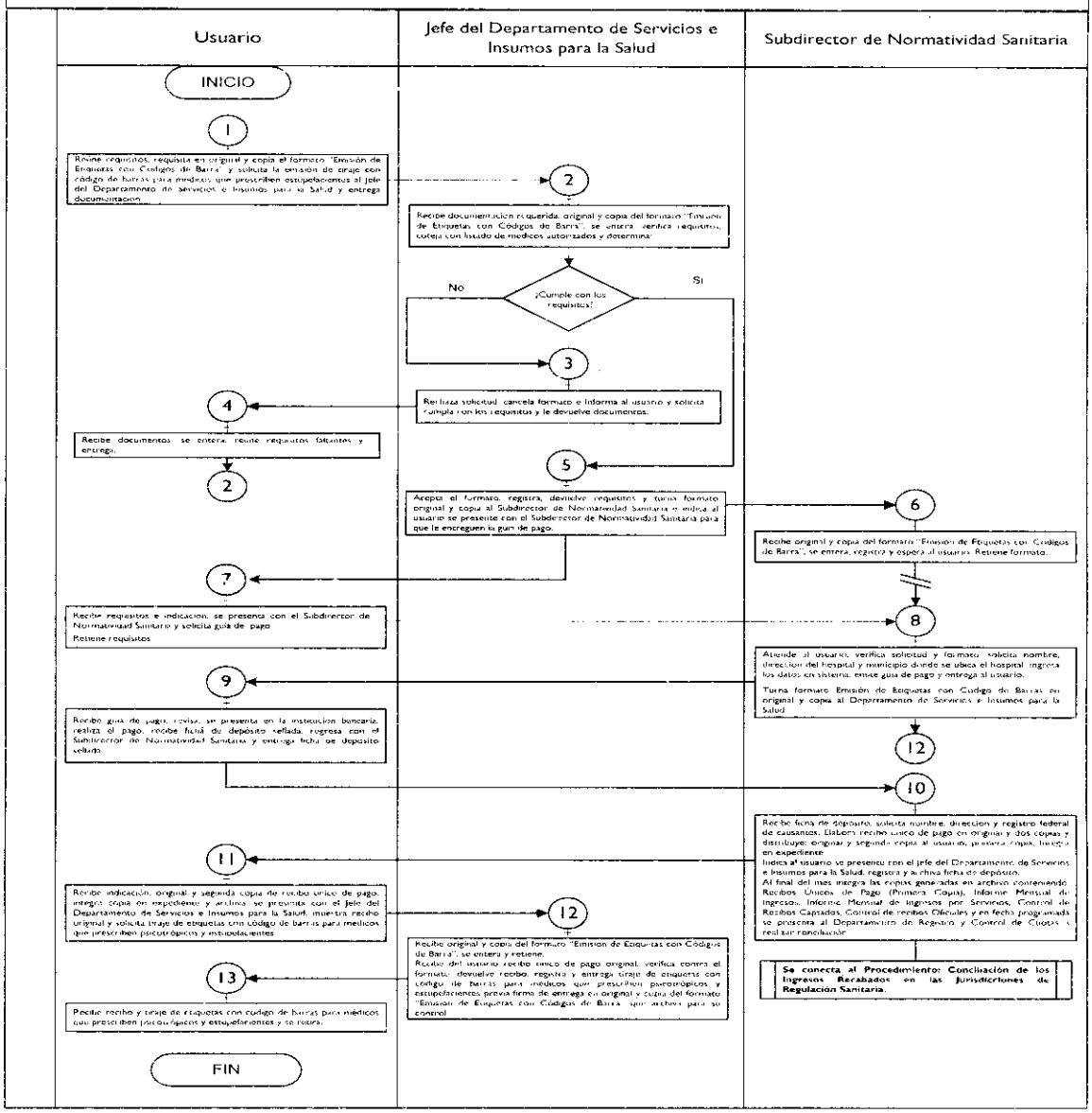
PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Reúne requisitos, requisita en original y copia el formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y solicita la emisión de tiraje con código de barras para médicos que prescriben estupefacientes al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud y entrega documentación.
2	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe documentación requerida, original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera, verifica requisitos, coteja con listado de médicos autorizados y determina: **¿Cumple con los requisitos?**
3	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**No cumple con los requisitos.** Rechaza solicitud, cancela formato e informa al usuario y solicita cumpla con los requisitos y le devuelve documentos.
4	Usuario	Recibe documentos, se entera, reúne requisitos faltantes y entrega. **Se conecta con la operación No. 2.**
5	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**Si cumple con requisitos.** Acepta el formato, registra, devuelve requisitos y turna formato original y copia al Subdirector de Normatividad Sanitaria e indica al usuario se presente con el Subdirector de Normatividad Sanitaria para que le entreguen la guía de pago.
6	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Recibe original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera, registra y espera al usuario. Retiene formato.
7	Usuario	Recibe requisitos e indicación, se presenta con el Subdirector de Normatividad Sanitaria y solicita guía de pago. Retiene requisitos.
8	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Atiende al usuario, verifica solicitud y formato, solicita nombre, dirección del hospital y municipio donde se ubica el hospital, ingresa los datos en sistema, emite guía de pago y entrega al usuario. Turna formato Emisión de Etiquetas con Código de Barras en original y copia al Departamento de Servicios e Insumos para la Salud. **Se conecta con la operación No. 12.**
9	Usuario	Recibe guía de pago, revisa, se presenta en la institución bancaria, realiza el pago, recibe ficha de depósito sellada, regresa con el Subdirector de Normatividad Sanitaria y entrega ficha de depósito sellada.
10	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Recibe ficha de depósito sellada, solicita nombre, dirección y registro federal de causantes. Elabora recibo único de pago en original y dos copias y distribuye: Original y segunda copia al usuario. Primera copia, Integra en expediente Indica al usuario se presente con el Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud, registra y archiva ficha de depósito. Al final del mes integra las copias generadas en archivo conteniendo: Recibos Únicos de Pago (Primera Copia), Informe Mensual de Ingresos, Informe Mensual de Ingresos por Servicios, Control de Recibos Captados, Control de recibos Oficiales y en fecha programada se presenta al Departamento de Registro y Control de Cuotas a realizar conciliación. **Se conecta al Procedimiento: Conciliación de los Ingresos *Recabados en las Jurisdicciones* de Regulación Sanitaria.**

11	Usuario	Recibe indicación, original y segunda copia de recibo único de pago, integra copia en expediente y archiva, se presenta con el Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud, muestra recibo original y solicita tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.
12	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera y retiene. Recibe del usuario recibo único de pago original, verifica contra el formato, devuelve recibo, registra y entrega tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes previa firma de entrega en original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" que archiva para su control.
13	Usuario	Recibe recibo y tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes y se retira.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes:

No. mensual de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes emitidas / No. mensual de solicitudes de emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes	X 100 =	% de eficiencia en la emisión del tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los formatos de solicitud y el registro del tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes autorizadas se encuentran en los archivos del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.
- Emisión de Etiquetas con Código de Barras.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO (15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO (16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Emisión de Etiquetas con Código de Barras

(1) UNIDAD APLICATIVA: **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS E INSUMOS PARA LA SALUD**				(2) FECHA:
(3) PERMISO ☐	(4) AVISO DE PERDIDA O ROBO ☐	(5) ACTUALIZACIÓN DE RECETARIOS ☐	(6) NUEVO ☐	(7) SUBSECUENTE ☐

(8) NOMBRE:	(9) EDAD:	(10) GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	(11) R.F.C.
(12) DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)			(13) C.P.
(14) TELÉFONO(INCLUYENDO CLAVE LADA):	(15) TELÉFONO CELULAR:	(16) CORREO ELECTRÓNICO:	
(17) GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:	(18) No. CÉDULA PROFESIONAL:	(19) EXPEDIDA POR:	
(20) ESPECIALIDAD:	(21) INSTITUCIÓN:		
(22) No. DE ETIQUETAS ENTREGADAS: DEL FOLIO No. _____ AL _____ CANTIDAD:			(23) No. R.U.P.
(24) SOLICITANTE NOMBRE, CARGO Y FIRMA	(25) ENTREGA NOMBRE, CARGO Y FIRMA		

217B40000-017-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
EMISIÓN DE ETIQUETAS CON CÓDIGO DE BARRAS (217B40000-017-10)

OBJETIVO:
Llevar el control tanto de las solicitudes, como de la emisión y entrega de etiquetas con códigos de barra para los médicos que prescriben estupefacientes.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:
El formato se genera en original y una copia. El original se integra al expediente y la copia se turna al Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**UNIDAD APLICATIVA:**	Anotar el nombre del Departamento.
2	**FECHA:**	Anotar día, mes y año en que se realiza la solicitud.
3	**PERMISO**	Marcar con una "X" cuando se trate de un permiso del Médico por ausencia de funciones.
4	**AVISO DE PÉRDIDA O ROBO**	Marcar con una "X" cuando se trate de pérdida o robo de etiquetas.
5	**ACTUALIZACIÓN DE RECETARIOS**	Marcar con una "X" cuando el médico avise de cambios o actualizaciones en los recetarios.
6	**NUEVO**	Marcar con una "X" cuando se trate de un trámite nuevo.
7	**SUBSECUENTE**	Marcar con una "X" cuando se trate de un trámite subsecuente.
8	**NOMBRE:**	Anotar nombre(s), apellido paterno y materno del solicitante.
9	**EDAD:**	Registrar la edad del solicitante en años cumplidos.
10	**GÉNERO:**	Marcar con una "X" según corresponda.
11	**R.F.C.**	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes.
12	**DOMICILIO:**	Registrar calle, número, exterior e interior, colonia, localidad, municipio y estado del solicitante.
13	**C.P.**	Anotar el Código Postal.
14	**TELÉFONO:**	Anotar el número de teléfono del usuario incluyendo lada.
15	**TELÉFONO CELULAR:**	Anotar el número de teléfono celular del usuario.
16	**CORREO ELECTRÓNICO**	Anotar la cuenta de correo electrónico del usuario.
17	**GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:**	Anotar al grado máximo de estudios del usuario.

18	**No. DE CÉDULA PROFESIONAL:**	Anotar al número de la cédula profesional del usuario.
19	**EXPEDIDA POR:**	Anotar la institución que otorgó el título profesional.
10	**ESPECIALIDAD:**	Registrar la Especialidad del usuario sólo en caso de tenerla.
21	**INSTITUCIÓN:**	Anotar la Institución que otorga la Especialidad.
22	**No. DE ETIQUETAS ENTREGADAS:**	Anotar el folio de las etiquetas entregadas del folio inicial al folio último y cantidad total.
23	**No. R.U.P.**	Anotar el Número de Recibo Único de Pago.
24	**SOLICITANTE:**	Anotar Nombre, Cargo y Firma del Solicitante.
25	**ENTREGA:**	Anotar Nombre, Cargo y Firma de quien entrega.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA		
	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000/02
	Página	

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

OBJETIVO:

Garantizar la correcta integración de los expedientes para dictaminación, mediante el control en el seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra, que han de destinarse a alguna actividad comercial o de servicios o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado, que ingresan en las Subdirecciones de Regulación Sanitaria.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la recepción y seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra, para edificios o construcciones (excepto los de servicios de atención médica) o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado.

REFERENCIAS:

- **Código Administrativo del Estado de México**. Título Cuarto, Capitulo Primero, artículos 2.30, 2.46. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cinco, artículos 103, 104, 105 y 110. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.** Capítulo Diez, artículo 22, fracción I. Gaceta del Gobierno, 28 de enero de 2005.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, Artículo 18. Fracción XVI. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B41000 Dirección de Regulación Sanitaria, 217B40010-217B40027 Jurisdicción de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria, es la unidad administrativa responsable de la recepción y seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra para edificios o construcciones o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir y revisar el listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios del sector privado.
- Enviar listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes al jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional de la Subdirección de Normatividad Sanitaria, para la emisión de dictámenes y permisos.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Informar al usuario de la documentación necesaria para la autorización sanitaria de inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios del sector privado.
- Entregar al usuario formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos y orientación para su llenado.
- Elaborar y entregar al usuario Guía de Pago de Cuota de Recuperación y registrar en sistema el trámite solicitado.
- Recibir y revisar la documentación necesaria para la integración de expediente.
- Integrar expediente, asignar número de entrada, registrar y entregar al usuario.
- Elaborar listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y entrega al Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para revisión y seguimiento.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una autoridad administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
LICENCIA: Es un contrato mediante el cual una persona recibe de otra el derecho de uso de varios de sus bienes, normalmente de carácter no tangible o intelectual, pudiendo darse a cambio del pago de un monto determinado por el uso de los mismos.
DICTAMEN: Es un informe emitido por perito o profesional de una determinada materia sobre asunto sometido a su consideración.
CUOTA DE RECUPERACIÓN: Es el dinero que se pagará en la prestación de servicios a la población en lo no cubierto con subsidios, según como se establezca en el contrato de prestación de servicios que para el evento suscriba con la institución prestadora de servicios.

INSUMOS:

- Documentación: ficha de depósito, solicitud de dictamen, planos de obra, formatos de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra original y copia, Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos original y copia y, en su caso, carta poder.

RESULTADO:

- Listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes respectivos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Programación y Emisión de Órdenes de Visita a Establecimientos para los Verificadores Sanitarios.
- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria

POLÍTICAS:

- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional proporcionará la información y orientación necesaria a los usuarios a fin de que requisiten los formatos necesarios, pagos por concepto de cuotas de recuperación y documentos necesarios para la Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional informará a los usuarios que el pago por el servicio solicitado no implica la obligatoriedad en cuanto a la resolución favorable del trámite solicitado.
- Los pagos realizados por los usuarios, se harán exclusivamente ante la Institución Bancaria designada por el Departamento de Tesorería del ISEM.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

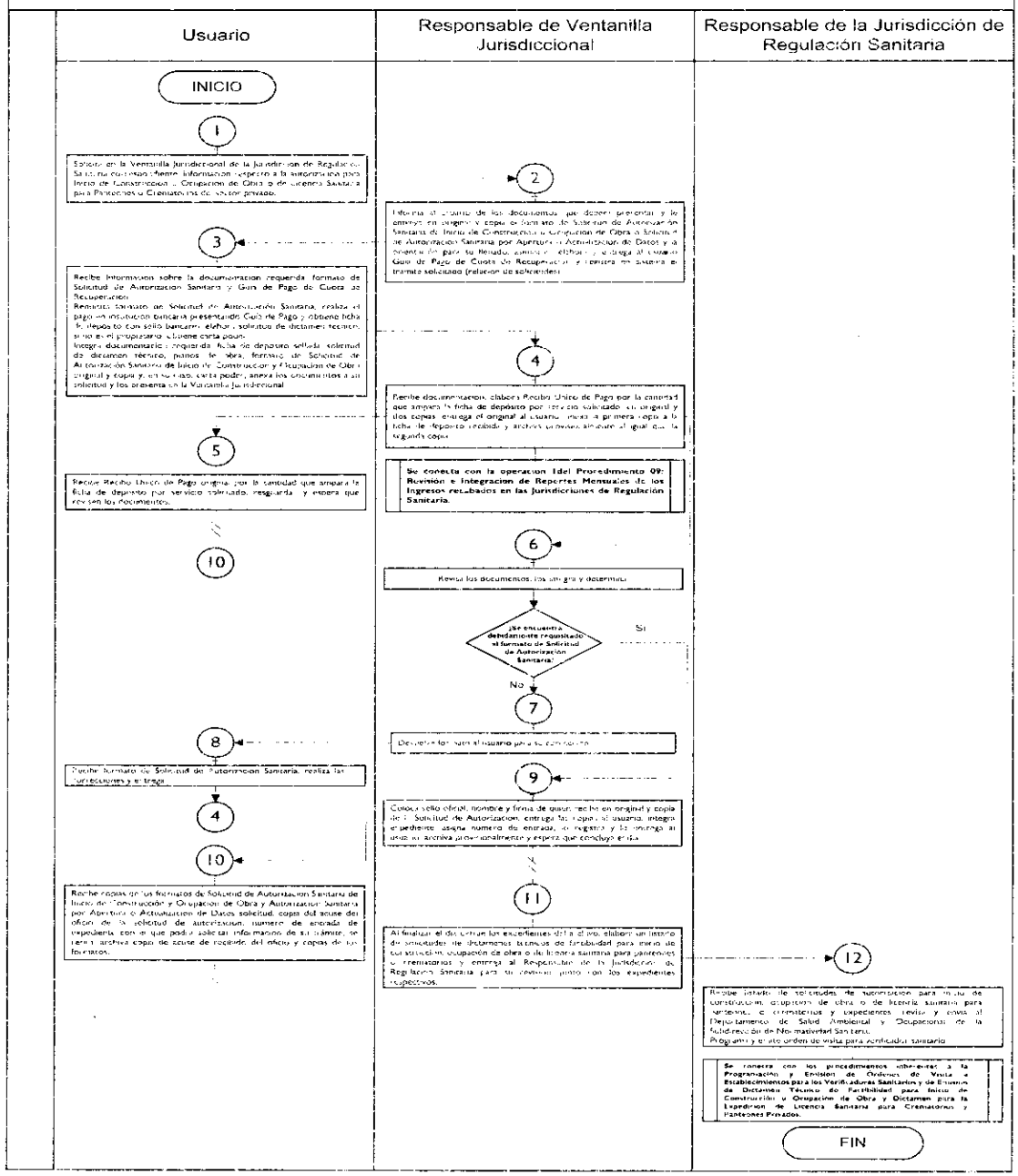
PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Solicita en la Ventanilla Jurisdiccional de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria correspondiente, información respecto a la autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o de Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios del sector privado.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Informa al usuario de los documentos que deberá presentar y le entrega en original y copia el formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos y la orientación para su llenado, asimismo, elabora y entrega al usuario Guía de Pago de Cuota de Recuperación y registra en sistema el trámite solicitado (relación de solicitudes).
3	Usuario	Recibe Información sobre la documentación requerida, formato de Solicitud de Autorización Sanitaria y Guía de Pago de Cuota de Recuperación. Requisita formato de Solicitud de Autorización Sanitaria, realiza el pago en institución bancaria presentando Guía de Pago y obtiene ficha de depósito con sello bancario, elabora solicitud de dictamen técnico, si no es el propietario, obtiene carta poder. Integra documentación requerida: ficha de depósito sellada, solicitud de dictamen técnico, planos de obra, formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra original y copia y, en su caso, carta poder, anexa los documentos a su solicitud y los presenta en la Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe documentación, elabora Recibo Único de Pago por la cantidad que ampara la ficha de depósito por servicio solicitado, en original y dos copias, entrega el original al usuario, anexa la primera copia a la ficha de depósito recibida y archiva provisionalmente al igual que la segunda copia. **Se conecta con el Procedimiento 09: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**
5	Usuario	Recibe Recibo Único de Pago original por la cantidad que ampara la ficha de depósito por servicio solicitado, resguarda y espera que revisen los documentos. **Se conecta con la operación No. 10.**
6	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Revisa los documentos, los integra y determina: **¿Se encuentra debidamente requisitado el formato de Solicitud de Autorización Sanitaria?**
7	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**No se encuentra debidamente requisitado el formato.** Devuelve formato al usuario para su corrección.
8	Usuario	Recibe formato de Solicitud de Autorización Sanitaria, realiza las correcciones y entrega. **Se conecta con la operación 4.**
9	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**Si se encuentra debidamente requisitado el formato.** Coloca sello oficial, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la Solicitud de Autorización, entrega las copias al usuario, integra expediente, asigna número de entrada, lo registra y lo entrega al usuario, archiva provisionalmente y espera que concluya el día.
10	Usuario	Recibe copias de los formatos de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra y Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos, copia del acuse del oficio de la solicitud de autorización, número de entrada de expediente con el que podrá solicitar informacion de su trámite, se retira, archiva copia de acuse de recibido del oficio y copias de los formatos.
11	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Al finalizar el día extrae los expedientes del archivo, elabora un listado de solicitudes de dictámenes técnicos de factibilidad para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y entrega al Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para su revisión, junto con los expedientes respectivos.

12	Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes, revisa y envía al Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional de la Subdirección de Normatividad Sanitaria. Programa y emite orden de visita para verificador sanitario. **Se conecta con los procedimientos "Programación y Emisión de Órdenes de Visita a Establecimientos para los Verificadores Sanitarios", "Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra" y "Dictamen para la Expedición de Licencia Sanitaria para Crematorios y Panteones Privados".**

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la revisión e integración de expedientes de las solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra y licencia sanitaria para crematorios y panteones.

$$\frac{\text{No. mensual de expedientes de las solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra y licencia sanitaria para crematorios y panteones, revisados, integrados e ingresados.}}{\text{No. mensual de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra y licencia sanitaria para crematorios y panteones, recibidos}} \times 100 =$$

% de integración de expedientes para la emisión de dictámenes técnicos de factibilidad integrados e ingresados.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Las solicitudes de dictámenes técnicos de factibilidad para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y los dictámenes técnicos aprobados se encuentran en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.
- Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra.
- Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO (15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO (16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México
Coordinación de Regulación Sanitaria

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES EMPRESARIALES

SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE INICIO DE CONSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE OBRA

Para uso exclusivo de la Jurisdicción:	
No. [1] _____, en [2] _____ Méx.	3 Número de entrada |_|_|_|_|_|_|_|_|

Antes de llenar el formato en su totalidad, léalo completa y cuidadosamente.	DIA	MES	AÑO
1.- FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD.	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|

2.- DATOS DEL PROPIETARIO DE LA CONSTRUCCION	5 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Registro Federal de Contribuyentes

6 Apellido paterno	6 Apellido materno	6 Nombre(s)
Sólo en el caso de que el propietario sea una persona física		
Sólo en el caso de que el propietario sea una persona moral		
7 Domicilio (Calle, número, y colonia)		7
Localidad	Municipio	|_|_|_|_|_| Código Postal
Entidad Federativa	Teléfono	Fax

3.- DATOS DE LA OBRA

8 Domicilio (Calle, número, y colonia)		8
8 Localidad	8 Municipio	|_|_|_|_|_| 8 Código Postal
Entidad Federativa	Teléfono	Fax
Entre qué calle y qué calle se encuentra la obra		

INICIO DE CONSTRUCCION			OCUPACION DE OBRA		
(x) 9	DESTINO	SUPERFICIE M² 10	(x) 9	DESTINO	SUPERFICIE M² 10
	Fraccionamiento			Fraccionamiento	
	Conjunto habitacional			Conjunto habitacional	
	Edificio de departamentos			Edificio de departamentos	
	Club deportivo			Club deportivo	
	Edificio industrial			Edificio industrial	
	Edificio comercial			Edificio comercial	
	Bodega o almacen			Bodega o almacen	13
	Otro uso 12			Otro uso	14
(X) En el caso de edificio industrial, comercial de servicios u otro uso especifique 16		17		En el caso de edificio industrial, comercial de servicios u otro uso especifique	15
				No. de autorización de construcción:	
				Expedida con fecha: 18	

	CONCEPTO	SUPERFICIE M²	
	Obra Nueva		Perito 18
	Ampliación		Domicilio 18
	Modificación		Ced. prof.
	Reconstrucción 19		Ced. Perito 20
	Regularización		Teléfono
	Demolición		

Nombre y firma del solicitante	Nombre y firma del perito

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INICIO DE CONSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE OBRA.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control de las Solicitudes de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra recibidas por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
2	en	Escribir el nombre del municipio al que corresponde la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
3	Número de Entrada	Anotar el número consecutivo o folio de la orden de visita de verificación asignada a la solicitud.
4	Fecha de presentación...	Registrar el día, mes y año en que se emite la orden de visita de verificación asignada a la solicitud.
5	Registro Federal de Contribuyentes	Anotar el RFC y homoclave del propietario de la construcción.
6	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	Escribir el nombre completo del propietario de la construcción.
7	Domicilio...	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, localidad, municipio, código postal, entidad federativa, teléfono y fax del propietario.
8	Domicilio...	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, localidad, municipio, código postal, entidad federativa, teléfono y fax, y entre que calles se encuentra la obra.
9	(X)	Marcar con una "X" el tipo de construcción que se trata.
10	Superficie m^2	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
11	Superficie m^2	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
12	En el caso de edificio industrial...	Describir el uso para el que fue construido el edificio.
13	En el caso de edificio industrial...	Describir el uso para el que fue construido el edificio.
14	No. de autorización de la construcción	Registrar el número de autorización correspondiente a la construcción.
15	Expedido en fecha:	Registrar el día, mes y año en que se emite la autorización.
16	(X)	Marcar con una "X" el tipo de concepto.
17	Superficie m^2	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
18	Perito	Registrar el nombre completo, domicilio, cédula profesional, cédula de perito, y teléfono del perito.
19	Nombre y firma	Asentar el nombre completo y firma de la persona solicitante de la autorización sanitaria.
20	Nombre y firma	Asentar el nombre completo y firma del perito que realiza el registro.

Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México
Dirección de Regulación Sanitaria

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES EMPRESARIALES

SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA POR APERTURA O ACTUALIZACION DE DATOS

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No. _(1)_ , en ____(1)_____, Méx.	Número de entrada |_|_|_|(2)|_|_|_|
	Firma de Recepción (3)

IMPORTANTE

De conformidad con la Ley General de Salud y del Código Administrativo del Estado de México, sólo requieren de autorización sanitaria para su funcionamiento los establecimientos dedicados a cualquiera de las actividades enumeradas en el reverso de este formato, asimismo, sólo requiere de revalidación el permiso para el comercio de alimentos y bebidas en la vía pública.

Antes de llenar el formato en su totalidad, léalo completa y cuidadosamente.	DIA	MES	AÑO
1.- FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD.(4)	|_|_|	|_|_|	|_|_|

2.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO (5) — \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| Registro Federal de Contribuyentes

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA FISICA:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA MORAL:
DENOMINACION _____
DOMICILIO (Calle, No. y Colonia)_____
Localidad, Mpio. Código Postal _____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax _____

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (6)

\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| Número de control

\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| Registro Federal de Contribuyentes

Denominación o razón social del establecimiento	INICIO DE OPERACIONES DIA	MES	AÑO
	|_|_|	|_|_|	|_|_|

Domicilio (Calle, No. Colonia) _____
Localidad, Mpio. Código Postal _____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax._____
Entre qué calles se encuentra el establecimiento_____

4.- DESCRIPCION DEL GIRO O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICARA EL ESTABLECIMIENTO (7)
(Elegir del reverso y escribirlo en los renglones siguientes)

5.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA (8)

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____
FIRMA

217B40000-TE-001

EN CASO DE ACTUALIZACION DE DATOS, REQUISITAR EL REVERSO DEL FORMATO

6.-DATOS QUE SE ACTUALIZAN (9)

Marque con una X en el paréntesis correspondiente si se harán cambios respecto del propietario o del establecimiento y señale en qué consisten.

( ) **NOMBRE O RAZON SOCIAL**
( ) **DOMICILIO, TELEFONO, FAX**
( ) **GIRO O ACTIVIDAD**
( ) **PERSONAS AUTORIZADAS**
( ) **RESPONSABLE LEGAL**
( ) **R.F.C.**

DICE	DEBE DECIR

7.- SIN CAMBIOS (10)

En caso de que no se realicen cambios, señale el tipo de trámite a realizar.

( ) **REVALIDACION SOLO PARA COMERCIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN VIA PUBLICA.**
( ) **REPOSICION POR PERDIDA, DESTRUCCION O MAL ESTADO.**
( ) **BAJA O CANCELACION.**

8.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE ACTUALIZACION (11)

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____
FIRMA_____

ELIJA DE LA SIGUIENTE RELACION EL GIRO QUE CORRESPONDE AL QUE QUIERE SOLICITAR Y ESCRIBALO EN EL PUNTO 4 DEL ANVERSO DE ESTE FORMATO.
Alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, comercio de
Panteones con servicio de horno crematorio
Panteones sin servicio de horno crematorio
Servicio de horno crematorio

REQUISITOS: En caso de alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, deberá presentar original y copia de la Licencia Municipal vigente, solicitud de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) y constancia de capacitación en el manejo higiénico de los alimentos.

Si la actividad que pretende desarrollar no se encuentra en el listado anterior, no requiere de autorización sanitaria para su funcionamiento, por lo tanto sólo deberá presentar aviso de inicio de operaciones.

NOTA IMPORTANTE: Este documento no es autorización sanitaria; la tramitación y expedición son gratuitos.

Reverso del formato

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA POR APERTURA O ACTUALIZACIÓN DE DATOS.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control de las Solicitudes de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos recibidas por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y la copia como acuse del usuario.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	**JURISDICCIÓN DE REGULACION SANITARIA NO. EN**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
2	**NÚMERO DE ENTRADA**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote el número que se le asigna al documento, al momento abrir el expediente.
3	**FIRMA DE RECEPCIÓN**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote su firma.
4	**FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD**	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato de solicitud.
5	**DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**	Anotar los datos personales del solicitante (Registro Federal de Contribuyentes, nombre completo, domicilio particular y teléfono) o, en su caso, los datos de identificación si se trata de persona moral.
6	**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**	Especificar los datos de identificación del establecimiento que se solicitan.
7	**DESCRIPCION DEL GIRO O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICARA EL ESTABLECIMIENTO**	Anotar el servicio o actividad que se desea proporcionar en el establecimiento. (Ver reverso del formato).
8	**DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA**	Anotar el nombre completo de la persona que realiza el trámite, en caso de ser representante legal, deberá presentar Carta Poder.
9	**DATOS QUE SE ACTUALIZAN**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda y especificar en que consiste el cambio.
10	**SIN CAMBIOS**	Marcar con una "X" el tipo de trámite que se solicita.
11	**DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN**	Anotar los datos personales de quien realiza el trámite y el papel que desempeña, en caso de ser representante legal, deberá presentar Carta Poder.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA		
	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000/03
	Página	

PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedicion de Licencia Sanitaria para Crematorios y Panteones Privados.

OBJETIVO:

Garantizar el cumplimiento de la normatividad en materia de regulación sanitaria de las construcciones e instalaciones a las que se les otorgue permiso y licencia sanitaria, mediante la emisión de dictámenes técnicos de factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra y expedición de Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional responsables de la emisión de dictamen técnico de factibilidad y permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de licencias sanitarias para crematorios y panteones privados.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cinco, artículos 103, 104, 105 y 110. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.

- **Código Administrativo del Estado de México.** Título Cuarto, Capítulo Primero, artículos 2.30, 2.46. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.** Capítulo Diez, artículo 22, fracción I. Gaceta del Gobierno, 28 de enero de 2005.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, Artículos 18. Fracción XVI. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B41102 Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable de la coordinación y supervisión de actividades relacionadas con la emisión de dictamen técnico de factibilidad y permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de licencias sanitarias para crematorios y panteones privados de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir expedientes, revisarlos, corroborar que cumplan con la normatividad sanitaria y firmar los oficios de dictamen favorable y Permisos de Inicio de Construcción, de Ocupación de Obra o la Licencia Sanitaria correspondiente.
- Firmar los oficios de dictamen de negación cuando el expediente justifica la no procedencia de la solicitud ya que no se cumple con los requisitos sanitarios.

El Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional deberá:

- Recibir Actas de verificación, los expedientes y relación de las Solicitudes de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados, revisar la documentación integrada de cada expediente y determinar el tipo de solicitudes.
- Revisar planos y documentación del expediente y determinar la procedencia de las solicitudes de autorización para inicio de construcción.
- Elaborar formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas.
- Elaborar oficio informando al usuario las correcciones a realizar en el plazo estipulado.
- Elaborar formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad, así como Permiso de Inicio de Construcción mediante el cual se autoriza el inicio de construcción, integrar al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional, para su firma.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad, así como Permiso de Ocupación de Obra, mediante el cual se autoriza la ocupación de la obra, integrar al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y permiso.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia y Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios en formato normado y foliado, los integra al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y Licencia Sanitaria.

DEFINICIONES:

DICTAMEN TÉCNICO: Es una valoración técnico-jurídica elaborada y emitida con base en la información, documentación o elementos que existan en el expediente y a los resultados que de la verificación sanitaria resulten.

INSUMOS:

- Listado de Solicitudes de Autorización para Inicio de Construcción, Ocupación de Obra o Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados con los expedientes respectivos.

RESULTADO:

- Dictamen Técnico de Factibilidad, Permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

- Procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva.
- Calificación de Actas de Verificación y Emisión de Citatorios.

POLÍTICAS:

- No aplica.

DESARROLLO:

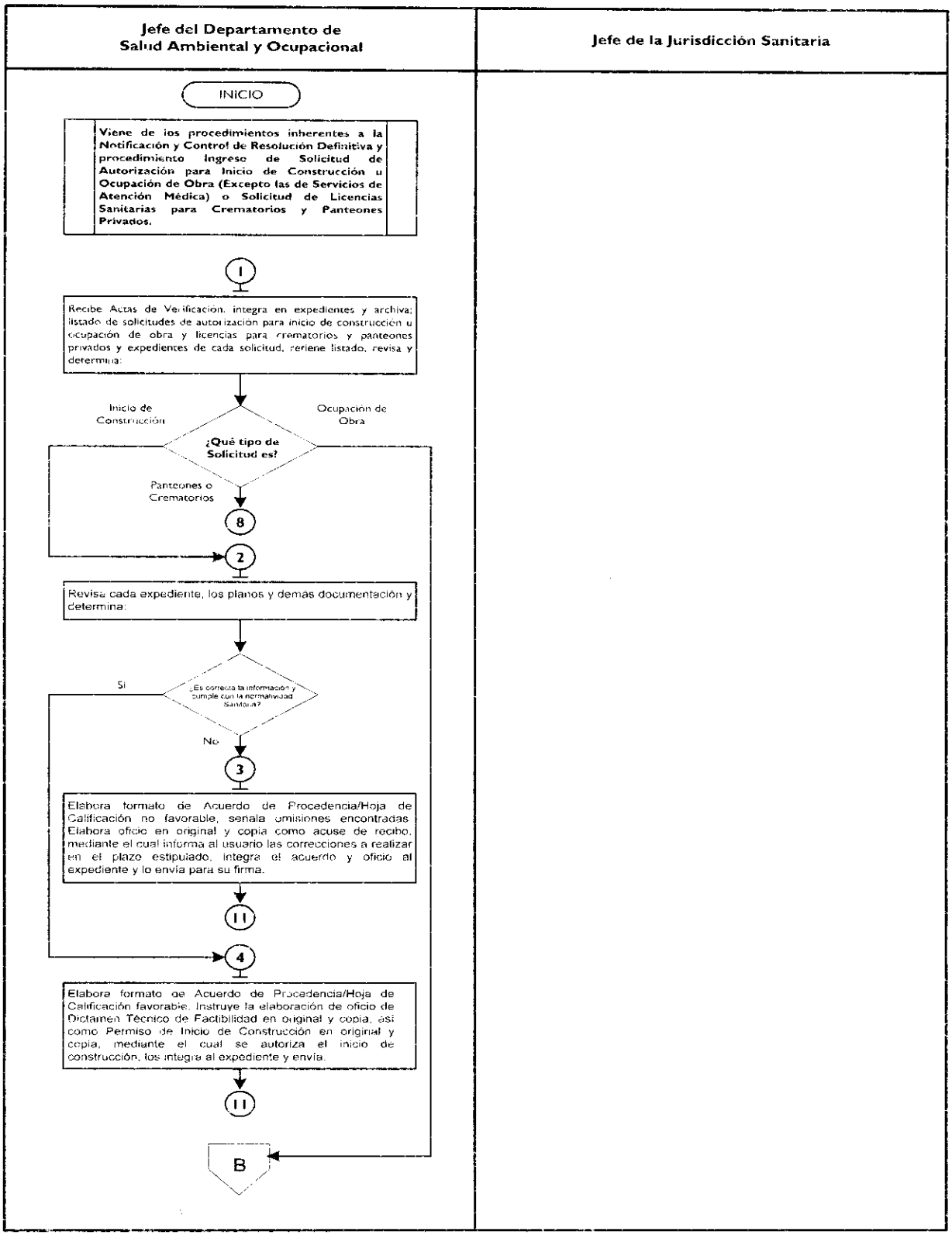
PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto en Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene de los procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva y procedimiento Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
1	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	Recibe Actas de Verificación, las integra en expedientes y archiva; el listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra y licencias para crematorios y panteones privados y expedientes de cada solicitud, retiene listado, revisa y determina: **¿Qué tipo de Solicitud es?**
2	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra**. Revisa cada expediente, los planos y demás documentación y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**
3	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la Información o no da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas, otorgando al usuario un plazo para corrección no mayor a 30 días a partir de su recepción. Elabora oficio en original y copia como acuse de recibo, mediante el cual informa al usuario las correcciones a realizar en el plazo estipulado, integra el acuerdo y oficio al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional para su firma. **Se conecta a la operación No. 11.**
4	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la Información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable. Instruye la elaboración de oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia, así como Permiso de Inicio de Construcción en original y copia, mediante el cual se autoriza el inicio de construcción, los integra al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional, para su firma. **Se conecta a la operación No. 11.**
5	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es una Solicitud de Autorización para Ocupación de Obra**. Extrae del archivo expediente, revisa Acta de Verificación generada y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**

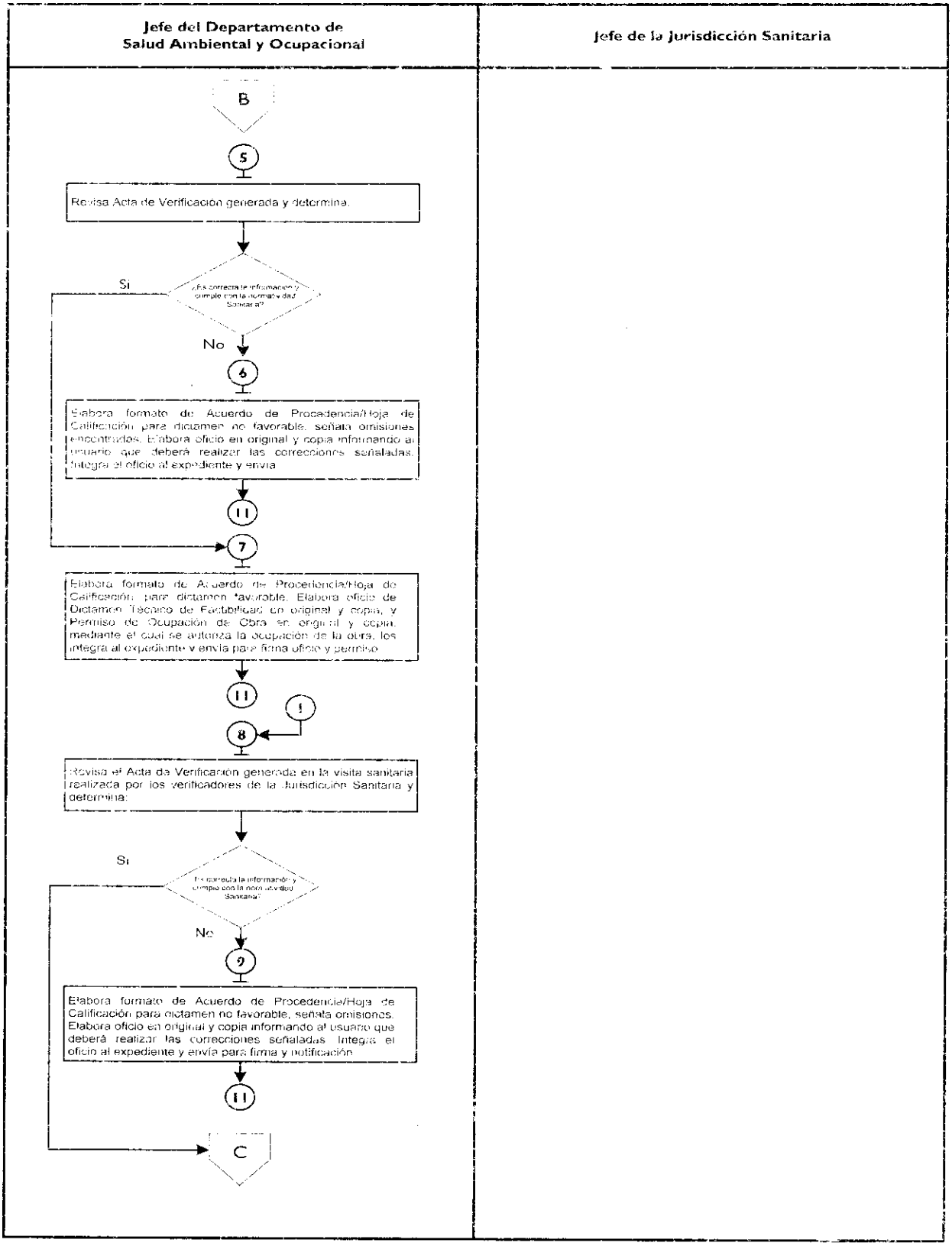
6	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la Información o no da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas y plazo para corrección. Elabora oficio en original y copia informando al usuario que deberá realizar las correcciones señaladas. Integra el oficio al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional para su firma y notificación. **Se conecta a la operación No. 11.**
7	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la Información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación, para dictamen favorable. Elabora oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia, así como Permiso de Ocupación de Obra en original y copia, mediante el cual se autoriza la ocupación de la obra, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y permiso. **Se conecta a la operación No. 11.**
8	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es una Solicitud de Licencia Sanitaria para Crematorios o Panteones Privados.** Extrae del archivo expediente, revisa el Acta de Verificación generada en la visita sanitaria realizada por los verificadores de la Jurisdicción Sanitaria y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**
9	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la información y no cumple con la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas y plazo para la corrección de deficiencias. Elabora oficio en original y copia informando al usuario que deberá realizar las correcciones señaladas. Integra el oficio al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para su firma y notificación. **Se conecta a la operación No. 11.**
10	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable. Elabora oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad original y copia y Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios en formato normado y foliado, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma de oficio y Licencia Sanitaria.
11	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes, revisa, y firma los oficios de dictamen favorable y Permisos de Inicio de Construcción, de Ocupación de Obra o la Licencia Sanitaria correspondiente. Si el expediente justifica la no procedencia de la solicitud ya que no se cumple con los requisitos sanitarios, firma los oficios de dictamen de negación. Archiva expediente, programa la notificación y entrega de los oficios, dictámenes procedentes e improcedentes, permisos y licencias. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva.**

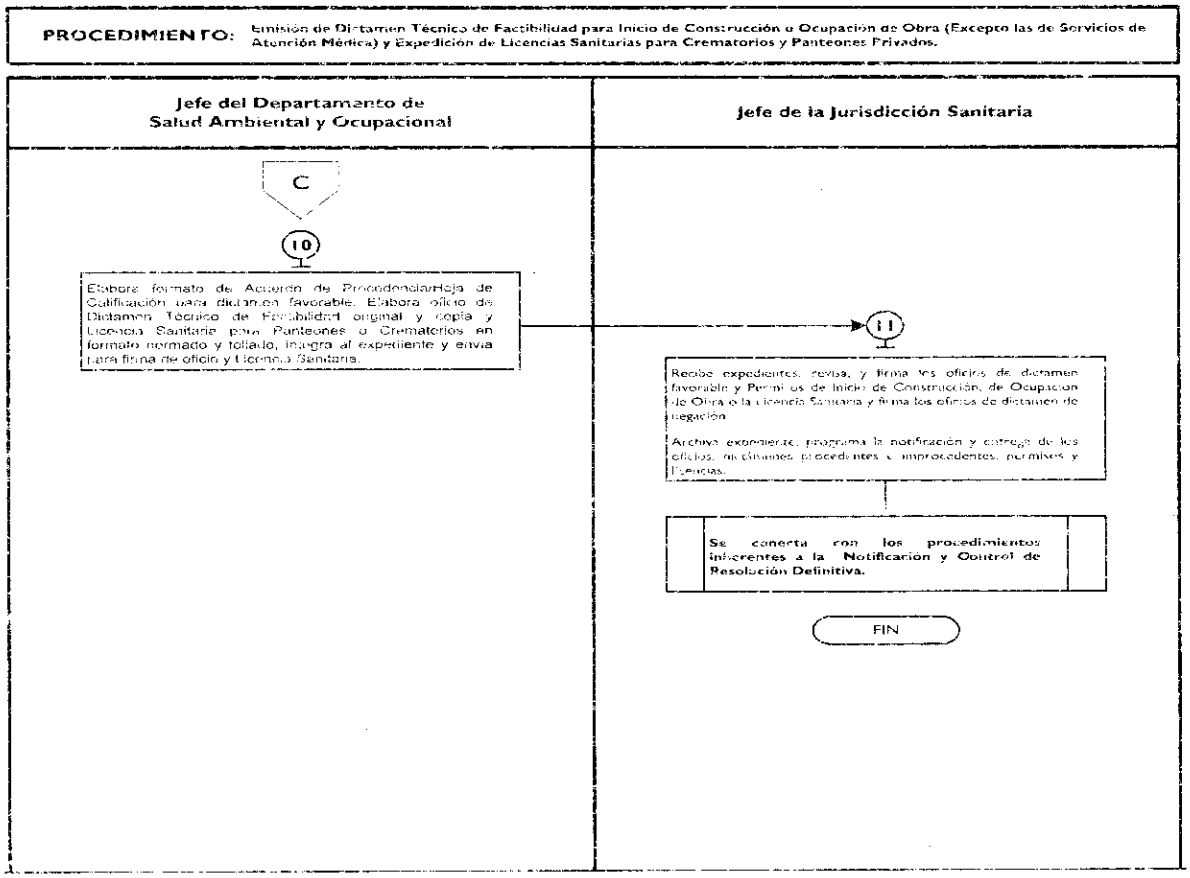
Diagramación:

PROCEDIMIENTO: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.



PROCEDIMIENTO: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.





MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la valoración técnico-jurídica de los expedientes, para la emisión de dictámenes técnicos de factibilidad, permisos y licencias sanitarias:

$$\frac{\text{Número mensual de dictámenes favorables, permisos y licencias sanitarias a las solicitudes de autorización de inicio de construcción u ocupación de obra o licencia sanitaria para crematorios y panteones privados, emitidos.}}{\text{Número mensual de expedientes de solicitudes de autorización de inicio de construcción u ocupación de obra o licencia sanitaria para crematorios y panteones privados recibidos.}} \times 100 = \%$$

% de emisión de dictámenes técnicos de factibilidad, permisos y licencias sanitarias.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Las solicitudes de dictámenes técnicos de factibilidad para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y los dictámenes técnicos aprobados se encuentran en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Acuerdo de Procedencia / Hoja de Calificación.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ACUERDO DE PROCEDENCIA/HOJA DE CALIFICACION | **No. (1)**

JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No. ___(2)_____ , de _____(3)_____, México.

Vistas las constancias que integran el expediente número _____(4)_____ , abierto con motivo del Acta de Verificación número _____(5)_____ , instrumentada el _(6)___ de _____(6)_____ del año _____(6)_____.

RESULTANDO

1. Que mediante Orden de Visita de Verificación número _____(7)_____ ,de fecha _____(8)_____ de _____(8)_____ del año _____(8)_____ , debidamente fundada y motivada, El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria N°. _(9)__ , en pleno uso de las facultades delegadas, ordenó la práctica de la Visita de Verificación al establecimiento con giro de _____(10)_____ , ubicado en el No. ___(11)_____ de la calle de _____(11)_____ , Colonia _____ , de la localidad de _____(11)_____, en el Municipio de _____(11)_____ C.P. _____(11)_____ , propiedad del C. _____(12)_____.
2. Que con fecha _____(13)_____ de _____(13)_____ del año _____(13)_____ , en cumplimiento de la Orden de Visita de Verificación a que se refiere el resultando anterior, el C. Verificador Sanitario _____(14)_____ se constituyó en el establecimiento señalado, entendiendo la diligencia con el C. _____(15)_____ , en su carácter de _____(16)_____ , a quien le hizo saber sus derechos y obligaciones en relación con el acto de la visita y habiendo designado _____(17)_____ a los testigos de asistencia, levantando el Acta de Verificación debidamente circunstanciada que abrió el expediente en comento, y que el Verificador Sanitario entregó a éste el original de la Orden de Visita y copia legible de la misma Acta, se emite el siguiente:

ACUERDO

PRIMERO.- Con fundamento en los Artículos 4° Párrafo Tercero, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3°, 4° Fracción IV, 13 Apartado B, 393 de la Ley General de Salud; 1.2; 1.4; 2.3; 2.4; 2.5; 2.18; 2.30; 2.48; 2.49; 2.51 del Código Administrativo del Estado de México; 132 Fracción III, 114 y 140 del Código de Procedimientos Administrativos del Estado de México; Cláusulas Primera, Cuarta, Sexta, Séptima y Décima del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización del Ejercicio de las Funciones de Control y Regulación Sanitarios en la Entidad, publicado en la Gaceta del Gobierno del 18 de marzo de 1987, Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de las facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de México. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre del 2004, Así como los relativos y aplicables del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México. Publicado en Gaceta del Gobierno del 1° de marzo de 2005, esta Oficina es competente para conocer del presente procedimiento administrativo.

SEGUNDO.- Se determina procedente el Acta de Verificación analizada, toda vez que se cumplió con los requisitos esenciales del procedimiento.

TERCERO.- Califíquese la referida Acta de Verificación con base en las disposiciones legales aplicables, a efecto de determinar si procede iniciar procedimiento administrativo.

El presente Acuerdo se dicta en la Ciudad de _____(18)_____, Mexico, a _____(19)_____ de _____(19)_____ del año_____(19)_____

HOJA DE CALIFICACION

Como resultado de la visita de verificación, se consignan las siguientes irregularidades: _____(20)_____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

Mismas que, en forma concreta, se encuadran en los siguientes preceptos violados: _____(21)_____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

Conductas que se encuentran sancionadas por los Artículos: (22)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

Con sanciones administrativas consistentes en:

(23) _____

Con base en lo expuesto y fundado, y con fundamento en lo dispuesto por los articulos 432 de la Ley General de Salud, 114 y 129 del Código de Procedimientos Administrativos esta autoridad: (24)

ACUERDA

☐ No iniciar procedimiento jurídico administrativo y archivar el expediente como asunto concluido. (24)	☐ Dar inicio al procedimiento Jurídico Administrativo citando al propietario o representante legal a efecto de preservar su garantía de audiencia.(24)

ASI LO ACORDO Y FIRMA

EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No. (25)

NOMBRE Y FIRMA (26)

c.c.p. Expediente.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
ACUERDO DE PROCEDENCIA / HOJA DE CALIFICACIÓN.

Objetivo:
Realizar una correcta calificación de los establecimientos visitados por los Verificadores Sanitarios.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se entrega al representante legal o propietario del establecimiento y la copia se encuentra resguardada en los archivos del Jefe de la Jurisdicción de Regulacion Sanitaria correspondiente.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el numero consecutivo correspondiente al acuerdo, de conformidad con el control de los mismos.
2	Jurisdicción de Regulación Sanitaria No.	Anotar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
3	de	Registrar el nombre completo de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que elabora el acuerdo.
4	Expediente número	Anotar el número de expediente del asunto correspondiente.
5	Acta de verificación número	Anotar el número de acta de verificación generada de la visita.
6	Instrumentada el	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se llevó a cabo la visita.
7	Orden de visita número	Anotar el número de la Orden de Visita.
8	De fecha	Registrar la fecha en que se emitió la Orden de Visita.
9	Regulación Sanitaria No.	Indicar el número de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente
10	Con giro de	Anotar el giro al que pertenece el establecimiento.
11	Ubicado en el No.	Anotar el domicilio donde se ubica el establecimiento.
12	Del C.	Registrar el nombre completo del propietario.
13	Que con fecha	Anotar la fecha en que se realiza la visita de verificación.
14	El C. Verificador Sanitario	Anotar el nombre completo del verificador sanitario.
15	El C.	Escribir el nombre completo de quien atiende la visita.
16	En su carácter de	Describir el puesto o cargo de quien atiende la visita.
17	Habiendo designado	Registrar el nombre de las personas que fungen como testigos en la visita.
18	En la Ciudad de	Anotar el nombre de la ciudad en que se lleva a cabo el acuerdo.
19	a	Registrar la fecha en que se realiza el acuerdo, día, mes y año.
20	Las siguientes irregularidades:	Describir cada una de las irregularidades detectadas durante la visita de verificación.
21	Preceptos violados	Describir cada uno de los preceptos legales que fueron violados con las acciones detectadas durante la visita.
22	Por los artículos:	Mencionar los artículos infringidos por las conductas y actividades detectadas durante la visita.
23	Consistentes en	Describir las sanciones a las que se hizo acreedor el dueño del establecimiento.
24	Esta autoridad	Marcar con una "X" la acción a tomar por acuerdo.
25	Regulación Sanitaria No.	Registrar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
26	Nombre y Firma	Sentar el nombre completo y firma del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	julio 2011
	Código:	217B41000/04
	Página	

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

OBJETIVO:

Promover y garantizar las mejores condiciones sanitarias de los establecimientos fijos que realizan la comercialización de alimentos y bebidas, mediante la expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la expedición de certificados de superiores condiciones y prácticas sanitarias y/o buenas condiciones y prácticas sanitarias a establecimientos que realizan la comercialización de alimentos y bebidas.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Segundo, Capítulo Primero, artículos 72 y 74. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículos 19 y 20. Capítulo Séptimo, Artículo 21. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades realizadas en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria para la expedición de certificados de superiores condiciones y prácticas sanitarias o buenas condiciones y prácticas sanitarias, de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Coordinador de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar los expedientes y firmar los certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias.
- Devolver expedientes que contienen los certificados firmados a la Jurisdicción correspondiente.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar y verificar que existan los documentos que soportan la emisión de certificados para establecimientos o las condiciones para la firma del oficio de notificación.
- Firmar oficios de envío de certificados u oficios de notificación a usuarios, anexar a los expedientes respectivos y turnar al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
- Registrar los expedientes y certificados firmados en sistema y programar su entrega.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Analizar el tipo de establecimiento que solicita certificación y determinar a que oficina se envía para su atención.
- Registrar en sistema y enviar al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios o al Jefe de la Oficina de Servicios e Insumos para la Salud de la Dirección de Regulación Sanitaria.
- Registrar los oficios de envío de certificados, oficios de notificación a los usuarios y expedientes con sus respectivos certificados en sistema y turnarlos al Coordinador de Regulación Sanitaria para firma de certificados.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria deberá:

- Programar la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruir al personal operativo de campo, asentar en reporte de fomento el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se hayan detectado.
- Revisar los resultados de la visita de fomento sanitario y determinar la existencia de deficiencias en los resultados en la visita de fomento sanitario.

- Preparar oficio para el envío de certificados a firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexar a expedientes de establecimientos y enviar para validación al Jefe Jurisdiccional.
- Elaborar oficio dirigido al usuario informando de la visita de constatación y corrección para la obtención del certificado solicitado, integrarlo al expediente del establecimiento y turnar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.

El Jefe de la Oficina de Servicios e Insumos para la Salud de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Programar la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruir al personal operativo de campo, asentar en reporte de fomento el plazo que se concede al particular para que subsane las posibles deficiencias que se hayan detectado.
- Revisar los resultados de la visita de fomento sanitario y determinar la existencia de deficiencias en los resultados.
- Preparar oficio para el envío de los Certificados a firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexar a los expedientes de los establecimientos y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.
- Elaborar oficio dirigido al usuario en el cual se informa de la visita de constatación y corrección para la obtención del certificado solicitado, integrar al expediente del establecimiento y turnar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Elaborar y proporcionar al usuario guía de pago de cuota de recuperación.
- Requisitar recibo único de pago y entregar el original al usuario, anexar la ficha de depósito a la primera y segunda copias del recibo e integrar a su expediente.
- Enviar expediente al Responsable de la Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria

El Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario deberá:

- Presentarse en el establecimiento y proporcionar la capacitación.
- Calificar reactivos de evaluación presentados.
- Integrar el expediente del establecimiento y enviar al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios o al Jefe de la Oficina de Servicios e Insumos para la Salud.

DEFINICIONES:

LAS SUPERIORES CONDICIONES Y PRÁCTICAS SANITARIAS: Son aquellas que aplican a establecimientos fijos en donde se realiza la comercialización de alimentos y bebidas y cuya plantilla de personal contratado es igual o mayor a diez personas.

LAS BUENAS CONDICIONES Y PRÁCTICAS SANITARIAS: Son aquellas que aplican a establecimientos fijos en donde se realiza la comercialización de alimentos y bebidas cuya plantilla de personal contratado es menor a diez personas y mayor a tres; así como en giros materia de salubridad local (hospedaje, peluquerías, salones de belleza y similares; centros de reunión públicos y de espectáculos) y las instituciones educativas de cualquier nivel, incluyendo a las guarderías.

INSUMOS:

- Solicitud de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

RESULTADO:

- Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias para programación de entrega al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento inherente a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.

POLÍTICAS

- El usuario deberá realizar el pago mediante guía de pago de cuota de recuperación y presentar ficha de depósito con sello bancario e iniciar el análisis de condiciones en su establecimiento, de acuerdo con la guía de autorrevisión, proporcionada por el responsable de Ventanilla Jurisdiccional.
- Para el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, el Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria solicitará al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios, programar la capacitación al personal del establecimiento y visita de fomento sanitario.

- Para el otorgamiento de Certificados de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, el Responsable del Área de de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria solicitará al Jefe de Oficina de Servicios e Insumos para la Salud, programar la capacitación a personal del establecimiento y visita de fomento sanitario para giros relacionados con instituciones educativas incluyendo guarderías.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

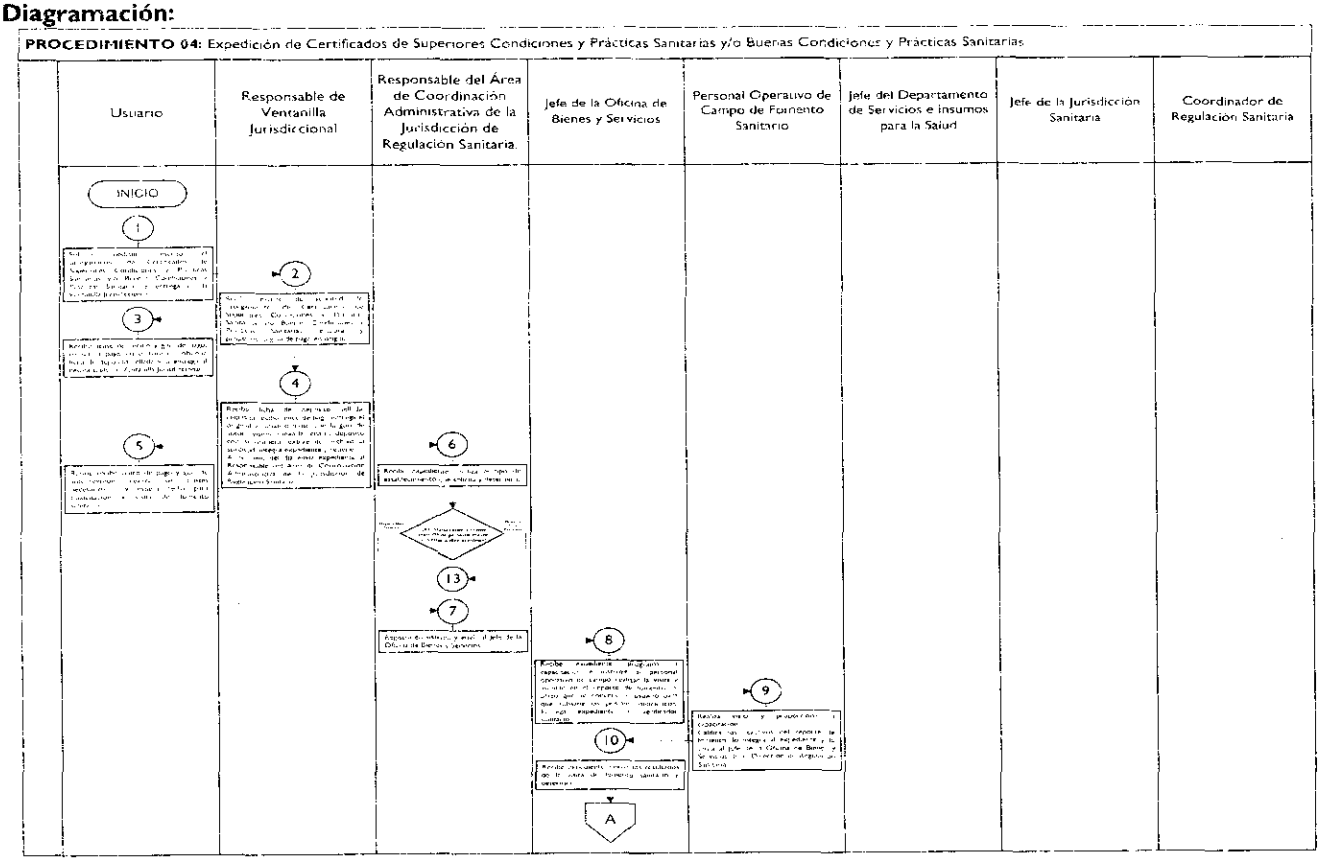
PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Solicita mediante escrito el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias y entrega original y copia en la Ventanilla Jurisdiccional.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe original y copia del escrito de solicitud de otorgamiento de Certificación de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, acusa de recibo en la copia y devuelve, revisa, archiva provisionalmente el original, elabora y proporciona al usuario la guía de pago de cuota de recuperación en original.
3	Usuario	Recibe acuse de recibo y guía de pago de cuota de recuperación en original, archiva acuse, presenta guía de pago en el banco, realiza el pago, obtiene ficha de depósito sellada y la entrega al responsable de Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe ficha de depósito sellada, requisita recibo único de pago en original y dos copias, entrega el original al usuario junto con la guía de autorrevisión, anexa la ficha de depósito con la primera y segunda copia del recibo, extrae del archivo la solicitud, integra expediente y retiene. Al término del día envía expediente al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
5	Usuario	Recibe original del recibo único de pago y guía de autorrevisión, realiza autorrevisión en su establecimiento conforme a la guía y, en su caso, realiza los ajustes necesarios, previo a la capacitación y visita de fomento sanitario, resguarda el recibo y archiva guía de autorrevisión.
6	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.	Recibe expediente, analiza el tipo de establecimiento que solicita certificación y determina: **¿El establecimiento tiene plantilla de personal mayor o menor a diez personas?**
7	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**Es establecimiento con plantilla de personal mayor a diez personas.** Registra en sistema y turna expediente al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.
8	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	Recibe expediente, programa la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruye al personal operativo de campo realizar la visita y asentar en el reporte de fomento, el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se detecten durante la visita. Entrega expediente al verificador sanitario.
9	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe expediente e instrucción, realiza visita de fomento sanitario al establecimiento y proporciona la capacitación. Al concluir la capacitación, califica los reactivos del reporte de fomento, lo integra al expediente del establecimiento y lo envía al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.
10	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	Recibe el expediente, revisa los resultados de la visita de fomento sanitario y determina: **¿Existen deficiencias en los resultados en la visita de fomento sanitario?**

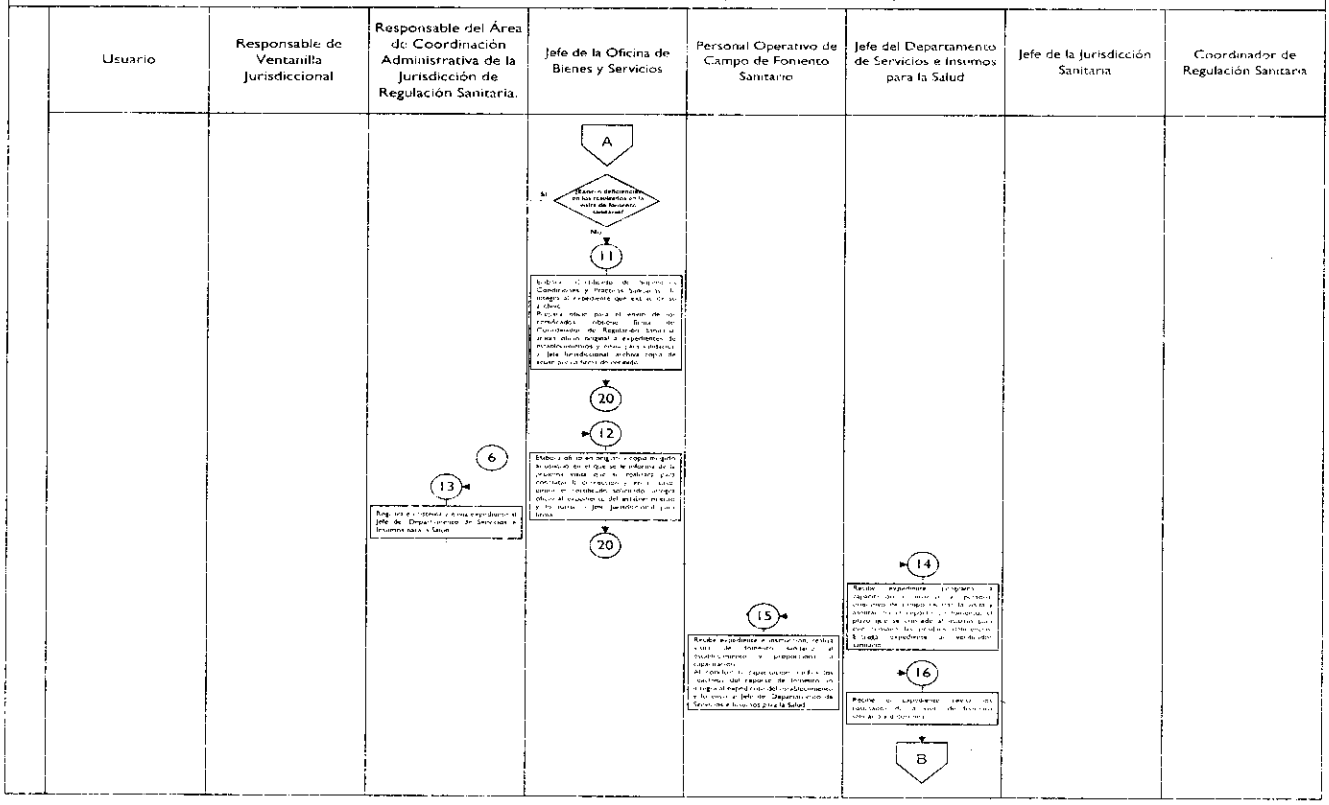
11	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**No existen deficiencias.** Elabora "Certificado de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias" lo integra al expediente que extrae de su archivo. Prepara oficio para el envío de los certificados, obtiene firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexa oficio original a expedientes de establecimientos y envía para validación al Jefe Jurisdiccional, archiva copia de acuse previa firma de recibido. **Se conecta con la operación número 20.**
12	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**Si existen deficiencias.** Elabora oficio en original y copia dirigido al usuario en el que se le informa de la próxima visita que se realizará para constatar la corrección y, en su caso, emitir el certificado solicitado, integra oficio al expediente del establecimiento y lo turna al Jefe Jurisdiccional para firma. **Se conecta con la operación número 20.**
13	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**Es establecimiento con plantilla de personal menor a diez personas.** Registra en sistema y envía expediente al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.
14	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe expediente, programa la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruye al personal operativo de campo realizar la visita y asentar en el reporte de fomento el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se detecten durante la visita. Entrega expediente al verificador sanitario.
15	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe expediente e instrucción, realiza visita de fomento sanitario al establecimiento y proporciona la capacitación. Al concluir la capacitación, califica los reactivos del reporte de fomento, lo integra al expediente del establecimiento y lo envía al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.
16	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe el expediente, revisa los resultados de la visita de fomento sanitario y determina: **¿Existen deficiencias en los resultados de la visita de fomento sanitario?**
17	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**No existen deficiencias.** Elabora "Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias" y lo integra al expediente del establecimiento que extrae de su archivo. Prepara oficio para el envío de los certificados, obtiene firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexa oficio original a expedientes de establecimientos y envía para validación al Jefe Jurisdiccional, archiva copia de acuse previa firma de recibido. **Se conecta con la operación número 20.**
18	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**Si existen deficiencias.** Elabora oficio en original y copia dirigido al usuario en el que se le informa de la próxima visita que se realizará para constatar la corrección y, en su caso, emitir el certificado solicitado, integra oficio al expediente del establecimiento y lo turna al Jefe Jurisdiccional para firma.
19	Usuario	Recibe oficio de notificación, se entera de la próxima visita de fomento sanitario y archiva.

20	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente de oficios de notificación a particulares o de envío de certificados y expedientes, revisa y verifica que contengan la documentación que soporta la emisión de Certificados para establecimientos o las condiciones para la firma del oficio de notificación. Firma oficios de envío de Certificados u oficios de notificación a particulares, los anexa a los expedientes respectivos y los turna al Responsable del Área de Coordinación Administrativa para su envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria. Programa la segunda visita de fomento sanitario e informa al personal operativo de campo. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
21	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe oficios de envío de Certificados, oficios de notificación a particulares y expedientes con sus respectivos Certificados, registra en sistema, turna oficios y expedientes al Coordinador de Regulación Sanitaria para firma de Certificados, y envía oficios de notificación a usuarios. Archiva copia de oficios previo acuse de recibo.
22	Coordinador de Regulación Sanitaria	Recibe oficio y expedientes, revisa expedientes, firma los Certificados y devuelve expedientes con Certificados firmados a la Jurisdicción correspondiente.
23	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes que contienen Certificados firmados, registra en sistema y programa su entrega a los usuarios. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**

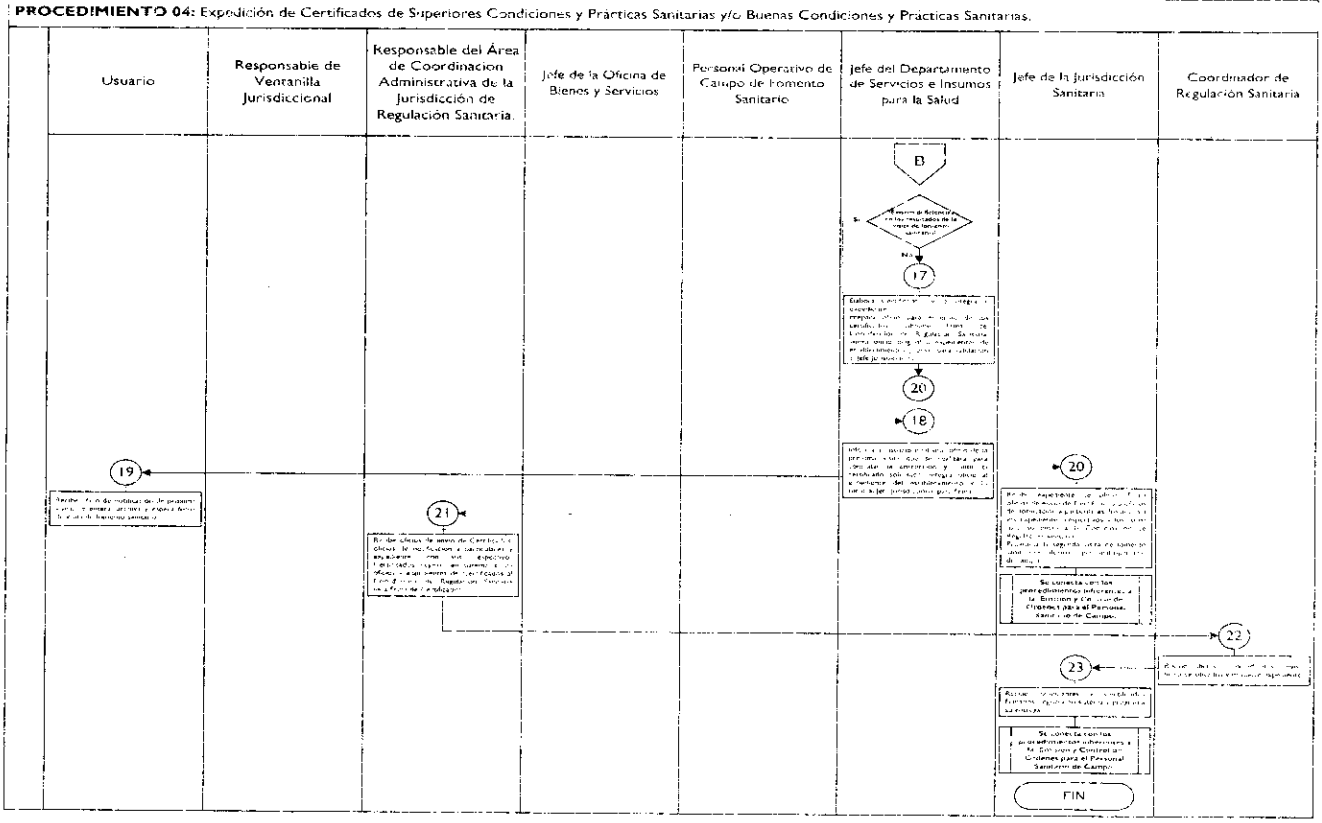
Diagramación:



PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.



PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia de las acciones de fomento sanitario para la expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias a establecimientos fijos que realizan el proceso de alimentos y bebidas.

$$\frac{\text{No. mensual de visitas sanitarias realizadas para el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias.}}{\text{No. mensual de solicitudes de expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias recibidas.}} \times 100 =$$

% de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias expedidos.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los expedientes para la emisión de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y los Certificados de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias se encuentran en los archivos de las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO (15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO (16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:
Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

OBJETIVO:

Promover el mejoramiento en materia sanitaria de los establecimientos que realizan el proceso de alimentos y bebidas, mediante la capacitación a manejadores de alimentos y bebidas y expedición de constancias de capacitación de los cursos que se impartan.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y personal que tengan a su cargo y responsabilidad la capacitación y expedición de constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Segundo, Capítulo Primero, artículos 72 y 74. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, artículos 19 y 20. Capítulo Siete, Artículo 21. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.

- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Dirección de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que realizan las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria para la impartición de cursos de capacitación y expedición de constancias de capacitación a manejadores de alimentos y bebidas de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Verificar en los expedientes los documentos que soportan la emisión de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas o de oficio de negación y enviar al Responsable de Fomento y Control Sanitario.

- Firmar las constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas y programar su entrega.

El Responsable de Fomento y Control Sanitario deberá:

- Revisar los expedientes y turnarlos al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios para la programación y realización del curso de capacitación.
- Revisar los expedientes y determinar el seguimiento de los oficios de negación o de expedición de constancias.
- Registrar en sistema las constancias emitidas, reintegrar los documentos de los expedientes y programar la entrega de constancias y oficios de negación con personal operativo de campo.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Programar los cursos de capacitación.
- Revisar los resultados del curso de capacitación, integrarlos en el expediente y determinar su seguimiento.
- Elaborar el oficio informando al solicitante la imposibilidad de otorgar la constancia.
- Elaborar el oficio, anexar reactivos, relación de personas que aprobaron el curso, integrarlos al expediente y turnarlos al Jefe Jurisdiccional para firma y envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la elaboración de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Revisar la solicitud del usuario, elaborar la guía de pago de cuota de recuperación y entregar al usuario, asimismo informar que deberá presentar ficha de depósito sellada en la Ventanilla y presentarse en la fecha, hora y lugar indicados al curso de capacitación.
- Elaborar el recibo único de pago conforme a la ficha de depósito sellada y entregar el original al usuario e integrar expediente.
- Registrar la solicitud en sistema y turnar el expediente al Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario para la programación del curso de capacitación.

El Personal Operativo de Campo deberá:

- Realizar la capacitación en el establecimiento conforme a la programación e instrucción.
- Calificar los reactivos de evaluación presentados.
- Integrar el expediente del establecimiento y enviarlo al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios.

DEFINICIONES:

CONSTANCIA: Es un documento en el que se hace constar algún hecho, en ocasiones de modo auténtico o fehaciente.

CAPACITADOR: Es la persona que imparte enseñanza teórica o práctica para el manejo de alimentos y bebidas.

MANEJADOR: Es toda persona que tiene contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, venta, suministro y servicio.

INSUMOS:

- Solicitud de capacitación y otorgamiento de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.
- Constancia de capacitación.
- Programa de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

RESULTADO:

- Curso de capacitación impartido.
- Constancia de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas expedida.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos inherentes a la Programación, Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.

POLÍTICAS:

- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

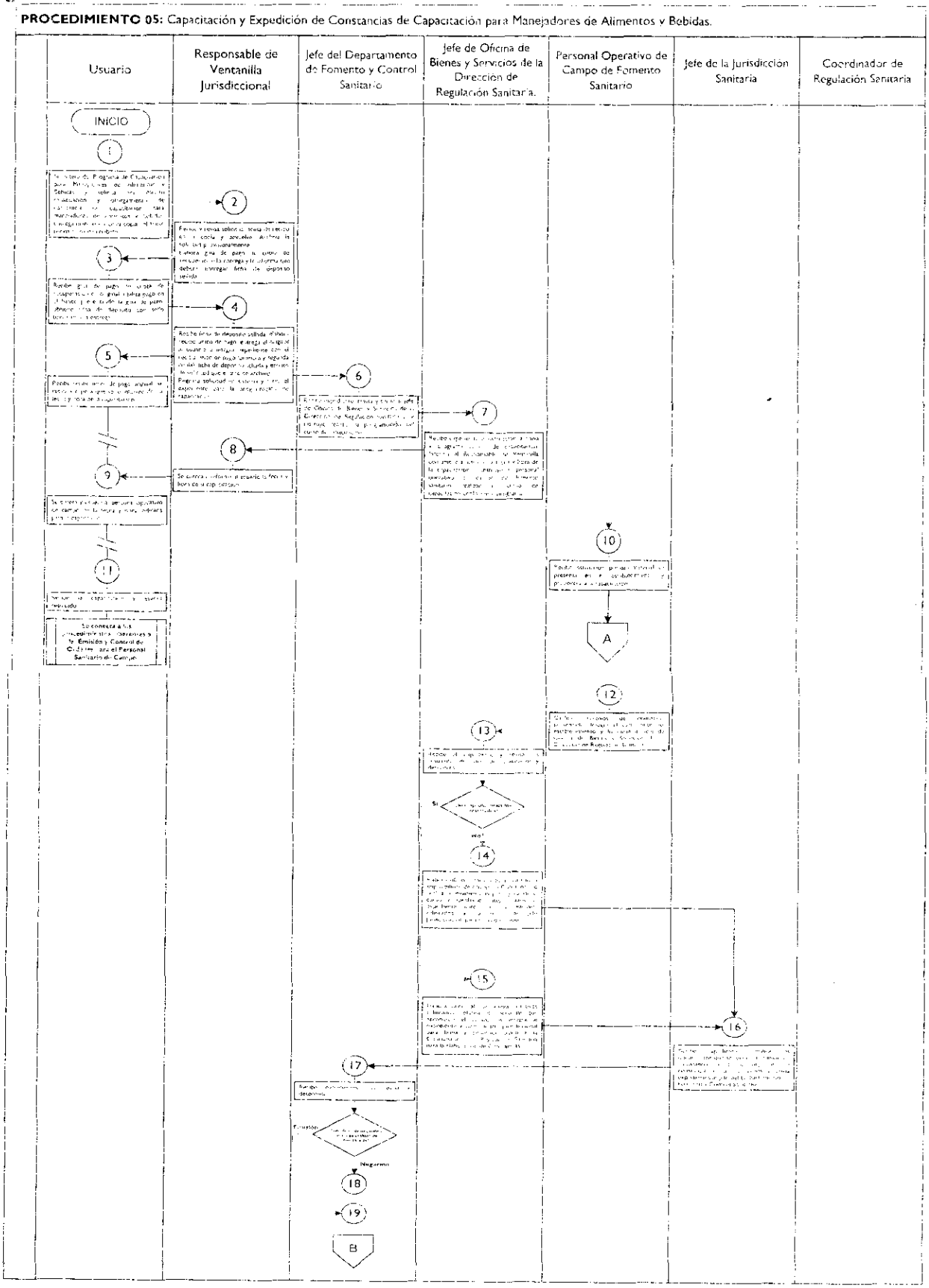
PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

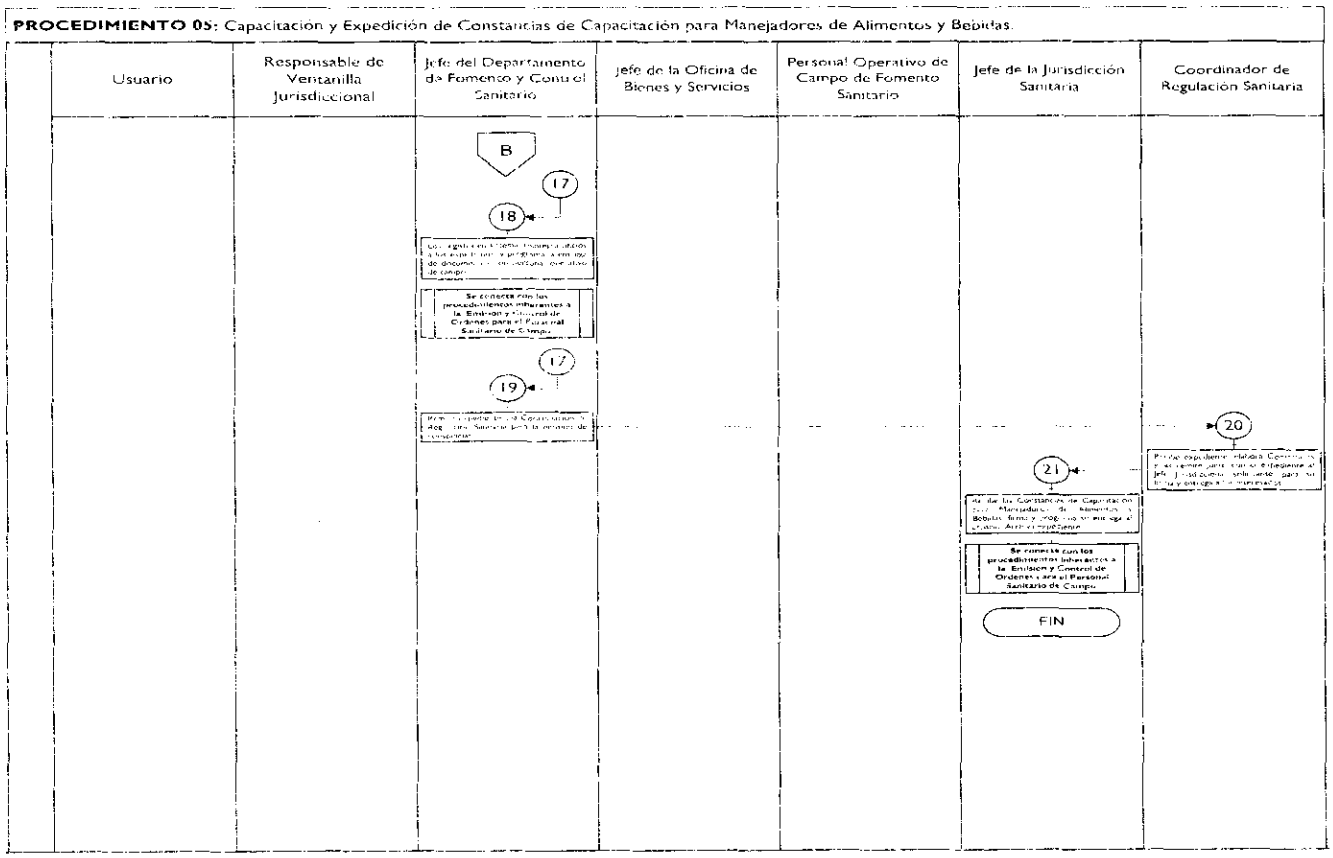
DESCRIPCIÓN		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Se entera del Programa de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas y elabora escrito solicitando capacitación y otorgamiento de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas, entrega original en la Ventanilla Jurisdiccional correspondiente y archiva copia del acuse previa firma de recibido.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe y revisa escrito de solicitud del usuario, acusa de recibo en la copia y devuelve. Archiva la solicitud provisionalmente. Elabora guía de pago de cuota de recuperación la entrega al usuario y le informa que deberá entregar ficha de depósito sellada.
3	Usuario	Recibe guía de pago de cuota de recuperación en original, realiza pago en el banco presentando la guía de pago, obtiene ficha de depósito con sello bancario, se presenta en la Ventanilla Jurisdiccional y la entrega.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe ficha de depósito sellada, elabora recibo único de pago en original y dos copias, entrega el original al usuario e integra expediente con el recibo único de pago (primera y segunda copia), ficha de depósito sellada y escrito de solicitud que extrae de archivo. Registra solicitud en sistema y turna el expediente al Responsable de Fomento y Control Sanitario para la programación de capacitación.
5	Usuario	Recibe recibo único de pago original se retira y espera que se le informe de la fecha y hora de la capacitación. **Se conecta con la operación 9.**
6	Responsable de Fomento y Control Sanitario	Recibe expediente, revisa y turna al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y le instruye realizar la programación del curso de capacitación.
7	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.	Recibe expediente e instrucción, archiva y programa cursos de capacitación. Informa al Responsable de Ventanilla comunique al usuario la fecha y hora de la capacitación e instruye al personal operativo de campo de fomento sanitario realizar el curso de capacitación conforme al programa.

8	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Se entera e informa al usuario la fecha y hora de la capacitación.
9	Usuario	Se entera y espera al personal operativo de campo en la fecha y hora indicada para la capacitación. **Se conecta con la operación 11.**
10	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe instrucción, prepara material, se presenta en el establecimiento y proporciona la capacitación.
11	Usuario	Recibe la capacitación y espera resultado. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
12	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Al concluir el curso, califica reactivos de evaluación presentado. Integra el expediente del establecimiento y lo envía al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
13	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe el expediente y revisa los resultados del curso de capacitación y determina: **¿Son aprobatorios los resultados?**
14	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**No son aprobatorios los resultados.** Elabora oficio en original y copia, informando al usuario la imposibilidad de otorgar la Constancia, o realizar nuevamente el pago y tomar el curso y aprobarlo, integra oficio al expediente junto con los reactivos calificados y lo turna al Jefe Jurisdiccional, para firma del oficio.
15	Responsable de Fomento y Control Sanitario / Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**Si son aprobatorios los resultados.** Elabora oficio en original y copia al que anexa reactivos calificados, relación de personas que aprobaron el curso, los integra al expediente y turna al Jefe Jurisdiccional para firma y envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la elaboración de "Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas".
16	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes, verifica los documentos que soportan la emisión de Constancia de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas (ficha de depósito y resultado aprobatorio de evaluación, oficio y relación de personas aprobadas) o de la negación de constancia (reactivos calificados y oficio de negación), firma los oficios y envía expedientes al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
17	Responsable de Fomento y Control Sanitario	Recibe expedientes, los revisa y determina: **¿Contiene oficios de negación u oficios para la emisión de constancias?**
18	Responsable de Fomento y Control Sanitario	**Oficios de negación de constancias.** Los registra en sistema, reintegra oficios a los expedientes y programa la entrega de documentos con personal operativo de campo. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
19	Responsable de Fomento y Control Sanitario	**Oficios para la emisión de constancias.** Remite expediente a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la emisión de constancias.
20	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe las Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas, firma y programa su entrega al usuario. Archiva expediente. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes de Trabajo para el Personal Sanitario de Campo.**

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.





MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la programación y obtención de resultados de capacitación y expedición de constancias:

$$\frac{\text{No. mensual de cursos de capacitación brindada para Manejadores de Alimentos y Bebidas y resultados obtenidos aprobatorios.}}{\text{No. mensual de solicitudes de capacitación y constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.}} \times 100 = \%$$

% de expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- La atención a las solicitudes de capacitación y constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas se encuentran en los expedientes para la emisión de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas, archivados y resguardados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA: _____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA: _____

(6) RECIBIMOS DE: _____

(7) CON DOMICILIO: _____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO (15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO (16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:
Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Jurisdicción Sanitaria.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.

13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA		
	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000/06
	Página	

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

OBJETIVO:

Garantizar las condiciones sanitarias necesarias para el traslado de cadáver, mediante la expedición del Permiso para tal efecto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuatro, artículos 171, 173 y 174. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002. reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Título Cuarto, Capítulo Segundo, artículo 2.46, fracción III. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que se realicen para la expedición de permiso sanitario para el traslado de cadáver de acuerdo a la normatividad establecida en la materia.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Firmar el Permiso para el Traslado de Cadáver u oficio de negación, integrar al expediente y turnar a la Ventanilla Jurisdiccional para su entrega al usuario.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar el contenido de la documentación del expediente y determinar la congruencia de la información.
- Elaborar oficio de negación, integrarlo al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma.
- Elaborar permiso para el traslado de cadáver, con número consecutivo de folio correspondiente, antefirmar, integrar al expediente y remitir al Jefe Jurisdiccional para firma.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Elaborar recibo único de pago y archivar.
- Revisar expediente y determinar su correcta integración.
- Devolver expediente al usuario para que corrija o complemente la documentación requerida, integrar en el expediente el recibo único de pago original.
- Colocar sello oficial de recibo, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la Solicitud y entregar la copia al usuario.
- Integrar expediente y remitir al Jefe de Oficina de Servicios e Insumos para la Salud Jurisdiccional para su revisión.

- Asignar y registrar en sistema el número de folio de expediente y el dictamen correspondiente.
- Entregar al usuario el original del Permiso para el Traslado de Cadáver u oficio de negación.
- Extraer de los expedientes generados las fichas de depósito, primera y segunda copia del recibo único de pago y entregarlos al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una autoridad administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
TRASLADO: Es el desplazamiento de personas, activos e infraestructura pública de un lugar a otro.
CADÁVER: Es el cuerpo sin vida de una persona.
CERTIFICADO: Es un documento administrativo empleado para constatar un determinado hecho.

INSUMOS:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.

RESULTADO:

- Permiso para el Traslado de Cadáver emitido y entregado al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional, informará al usuario que para el traslado de cadáver dentro del Estado de México con un recorrido de más de 100 kilómetros también requerirá de permiso para el traslado y hacer el pago de cuota de recuperación.
- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional proporcionará al usuario el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia e Instructivo de llenado y guía de pago de cuota de recuperación e informará de los documentos requeridos para la expedición del permiso.
- El responsable de Ventanilla Jurisdiccional solicitará al usuario realice su pago y presente la ficha de depósito con expediente completo en la Ventanilla para la expedición del permiso.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

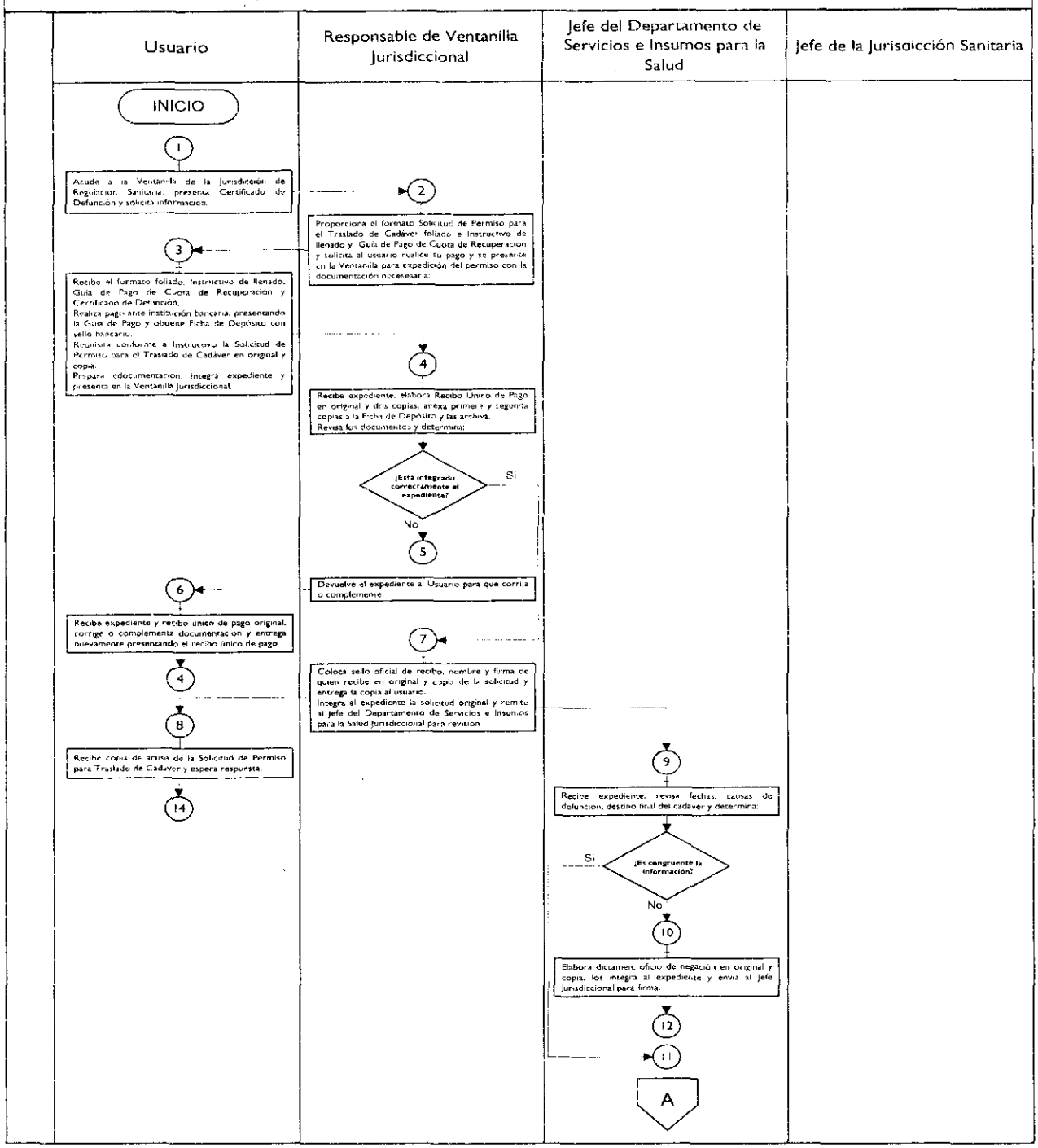
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Acude a la Ventanilla de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda al municipio donde se encuentre depositado el cadáver que se desea trasladar, presenta Certificado de Defunción y solicita información.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Se entera de la solicitud, revisa y devuelve el Certificado de Defunción y proporciona el formato Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia e Instructivo de llenado y Guía de Pago de Cuota de Recuperación y solicita al usuario realice su pago y se presente en la Ventanilla para expedición del permiso con los siguientes documentos: • Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia debidamente requisitada. • Certificado de Defunción" (original y copia). • Ficha de Depósito con sello bancario. • Identificación con fotografía (copia). • Carta Poder.

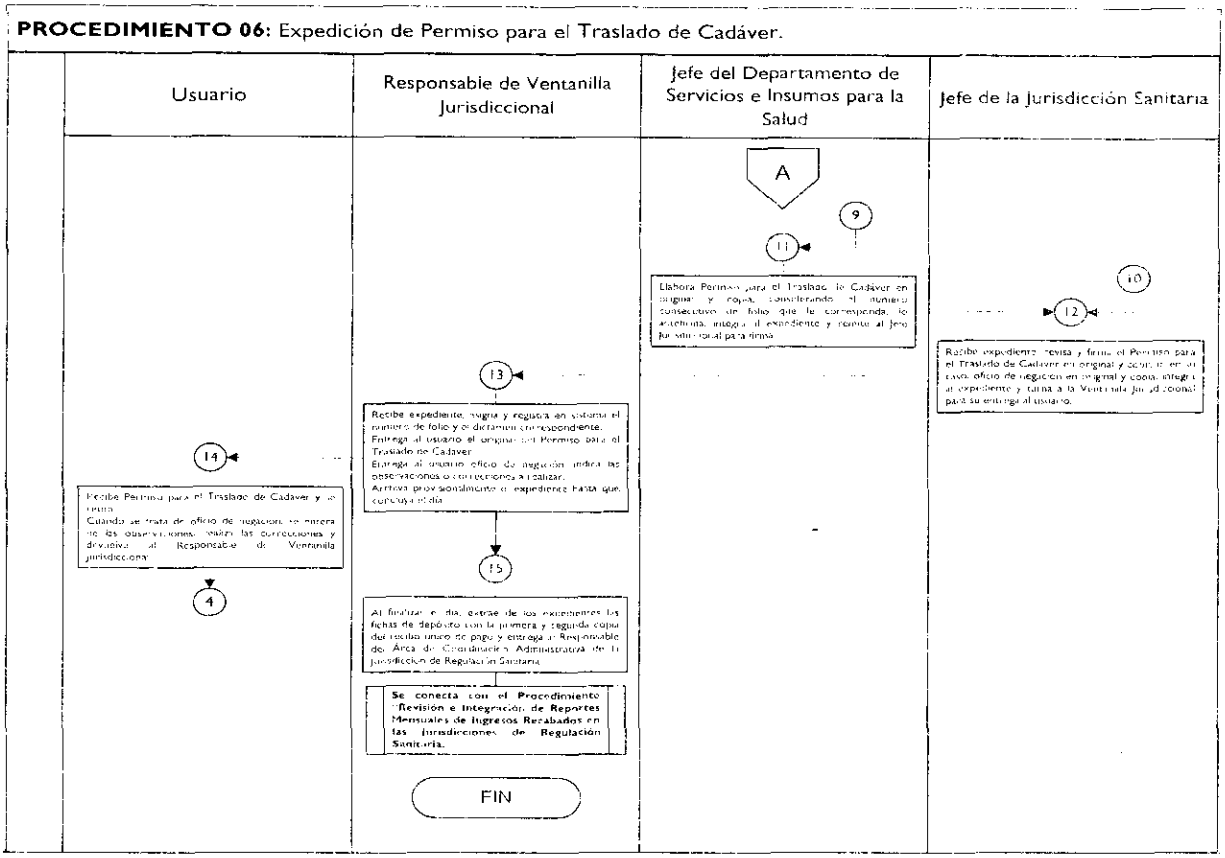
3	Usuario	Recibe el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia, Instructivo de llenado, Guía de Pago de Cuota de Recuperación y Certificado de Defunción. Realiza pago ante institución bancaria, presentando la Guía de Pago y obtiene Ficha de Depósito con sello bancario. Requisita conforme a Instructivo la Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia. Prepara copia de identificación con fotografía y del Certificado de Defunción, Carta Poder, integra expediente y presenta en la Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe expediente, se entera, elabora Recibo Único de Pago en original y dos copias, anexa primera y segunda copias a la Ficha de Depósito y las archiva. Revisa los documentos y determina: **¿Está integrado correctamente el expediente?**
5	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**No está integrado correctamente el expediente.** Devuelve el expediente al Usuario para que corrija o complemente, incluyendo el Recibo Único de Pago.
6	Usuario	Recibe expediente y recibo único de pago original, corrige o complementa documentación y entrega nuevamente presentando el recibo único de pago. **Se conecta con la operación 4.**
7	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**Si está integrado correctamente el expediente o ya se corrigió.** Coloca sello oficial de recibo, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la solicitud y entrega la copia al usuario. Integra al expediente la solicitud original y remite al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud Jurisdiccional para revisión.
8	Usuario	Recibe copia de acuse de la Solicitud de Permiso para Traslado de Cadáver y espera respuesta. **Se conecta con la operación No. 14.**
9	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe expediente, revisa fechas, causas de defunción, destino final del cadáver y determina: **¿Es congruente la información?**
10	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**No es congruente la información.** Elabora dictamen, oficio de negación en original y copia, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma. **Se conecta con la operación número 12**
11	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**Si es congruente la información.** Elabora Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, considerando el número consecutivo de folio que le corresponda, lo antefirma, integra al expediente y remite al Jefe Jurisdiccional para firma.
12	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente, revisa y firma el Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia o, en su caso, oficio de negación en original y copia, integra al expediente y turna a la Ventanilla Jurisdiccional para su entrega al usuario.
13	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe expediente, asigna y registra en sistema el número de folio y el dictamen correspondiente. Entrega al usuario el original del Permiso para el Traslado de Cadáver. Entrega al usuario oficio de negación, indica las observaciones o correcciones a realizar. Archiva provisionalmente el expediente hasta que concluya el día.
14	Usuario	Recibe Permiso para el Traslado de Cadáver y se retira. Cuando se trata de oficio de negación, se entera de las observaciones, realiza las correcciones y devuelve al Responsable de Ventanilla Jurisdiccional. **Se conecta con la operación 4.**

15	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Al finalizar el día, extrae de los expedientes generados las fichas de depósito con la primera y segunda copia del recibo único de pago y entrega al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. **Se conecta con el Procedimiento "Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.





MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la revisión de expedientes y expedición de permisos para traslado de cadáver.

No. mensual de permisos para el traslado de cadáver. / No. mensual de solicitud de permiso para el traslado de cadáver recibidas.	X 100 =	% de expedición de Permisos para el Traslado de Cadáver.

Registro de Evidencias:

La atención de las solicitudes queda registrada en sistema y en los expedientes para la emisión de Permiso para el Traslado de Cadáver que se encuentran archivados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Recibo Único de Pago.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

No. DE ENTRADA: _____(1)_____

Jefe de la Jurisdicción No. _____(2)___ de Regulación Sanitaria en _____(2)_____, México.
P R E S E N T E.

Por este conducto, solicito a usted, se autorice el **TRASLADO** del cadáver de quien en vida llevó el nombre de:

DATOS DEL FALLECIDO (3)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

Quien falleció a causa de _____ según se asienta en el Certificado de Defunción N°_____ expedido por el C. _____, con cédula profesional N°. _____, Otra persona autorizada_____ con domicilio en

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO (4)

Se encuentra depositado en:

Casa habitación ( ) Hospital ( ) Velatorio ( ) Otro ( ) Especifique _____

CALLE	N°	COLONIA O BARRIO	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

Se trasladará por vía: Aérea ( ) Terrestre ( ) Otro ( ) Especifique _____

Para ser: Inhumado ( ) Cremado ( )

LUGAR DE DESTINO DEL CADÁVER (5)

En panteón Civil ( ) Municipal ( ) Particular ( ) Otro ( ) Especifique _____

DENOMINADO	CALLE	N°	COLONIA O BARRIO

LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	ESTADO

DATOS DEL SOLICITANTE (6)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO	RELACION CON EL FALLECIDO

(7) Méx., (7) de (7) del año (7)

ATENTAMENTE (8)	SELLO OFICIAL O NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL TRAMITE (9)
C. _____ Nombre y firma del Solicitante	

REQUISITOS:

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CARTA PODER FIRMADA POR EL CONYUGE O PARIENTE HASTA SEGUNDO GRADO E IDENTIFICACION DE ESTE (en su caso)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA
- COMPROBANTE DE PAGO (FICHA DE DEPOSITO CON SELLO BANCARIO)

217B41101-03-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:
Llevar el control de las solicitudes de permisos para el traslado de cadáver que ingresan en las Jurisdicciones Sanitarias.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se resguarda en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. DE ENTRADA**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JEFE DE JURISDICCION NO. EN**	Anotar el número y denominación de la jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
3	**DATOS DEL FALLECIDO**	Anotar los datos personales del fallecido como: Nombre completo, edad, ocupación, estado civil, las causas del fallecimiento, número de Certificado de Defunción, nombre del médico o persona autorizada que lo emite y número de Cédula Profesional.
4	**DATOS DE LOCALIZACION DEL CUERPO**	Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda o, en su caso, especificar la localización del cadáver. Indicar calle, número, colonia o barrio, Código Postal, localidad y municipio y el medio por el cual se realizará el traslado. Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda al tratamiento de cadáver (cremación o inhumación).
5	**LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER**	Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda al destino final del cadáver, especificando la ubicación del panteón o, en su caso, domicilio particular.
6	**DATOS DEL SOLICITANTE**	Anotar apellido paterno, materno y nombre(s), domicilio y relación con el fallecido.
7	**MEX., DE DEL AÑO**	Anotar municipio, día, mes y año de ingreso de la solicitud en la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
8	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**	Anotar nombre completo de la persona que realiza el trámite de solicitud de traslado de cadáver.
9	**SELLO OFICIAL NOMBRE Y FIRMA DE QUIE RECIBE**	Anotar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, así como nombre completo y firma de la persona que atiende la solicitud.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO

PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

Folio No.___(1)___

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No.___(2)___ en _____(2)_____

C. _____(3)_____

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de fecha _____(4)_____ con No. de Entrada _____(4)_____ y con fundamento en los Artículos 346, 348, 349, 350, 350-bis, 350-bis-4, 350-bis-5, 350-bis-6 de la Ley General de Salud; 58, 60, 62, 67, 69, 100 fracciones II y IV; 102 fracciones II y III; 104 del Reglamento de la Ley General de salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y 2.46 fracción III del Código Administrativo del Estado de México y en virtud de no representar riesgo para la salud pública se concede:

PERMISO PARA TRASLADO DEL CADAVER de quien en vida llevó el nombre de:_____(5)_____ de ___(6)___ años de edad, el cual se encuentra depositado en _____(7)_____ Municipio de _____(8)_____Localidad de_____(9)_____, Estado de México; y que falleció a causa de _____(10)_____ según se asienta en el Certificado de Defunción No. _____(11)_____, expedido por el C. _____(12)_____ con Cédula Profesional No. ___(13)_____ y domicilio en _____(14)_____.

El cadáver será trasladado hacia la localidad de_____(15)_____ Municipio de_____(15)_____ Estado de México para ser_____(16_____ en_____(17)_____ ubicado en_____(17)_____.

Se expide el presente en _____(18)_____, Méx., a los ___(18)___ días del mes de ____(18)____ del año ____(18)____ a las ____(18)____ horas.

La presente autorización tiene vigencia durante las 24 horas posteriores a su expedición y quedará invalidada si se modifican los términos y condiciones en que se ha otorgado o se haga uso indebido de ella.

A T E N T A M E N T E

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION

EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No.___(19)___

EN _____(19)_____, MEX.

C. _____(20)_____

217B41101-04-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:
Realizar un control de los permisos emitidos para el traslado de cadáver por las jurisdicciones sanitarias.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se entrega al usuario y la copia se encuentra resguardada en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**FOLIO NO.**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JURISDICCIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA NO.____EN_____**	Anotar el número y denominación de Jurisdicción Sanitaria que corresponda.
3	**C.**	Anotar el nombre completo de la persona a la que se le extiende el permiso.
4	**SOLICITUD DE FECHA____CON No. DE ENTRADA_____.**	Anotar día, mes y año de ingreso de la solicitud a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y el número de entrada que se le asignó.
5	**LLEVÓ EL NOMBRE DE**	Anotar el nombre completo del fallecido.
6	**DE___AÑOS DE EDAD.**	Anotar la edad en años cumplidos del fallecido.
7	**DEPOSITADO EN**	Especificar el lugar en el que se encuentra depositado el cadáver (calle, número, colonia, código postal).
8	**MUNICIPIO DE**	Anotar el municipio en donde se localiza la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el trámite.
9	**LOCALIDAD DE**	Anotar la localidad que corresponda.
10	**FALLECIO A CAUSA DE**	Anotar la causa del fallecimiento.
11	**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN No.**	Anotar el número de Certificado de Defunción que corresponda.
12	**EXPEDIDO POR EL C.**	Anotar el nombre completo del médico o persona autorizada que extiende el Certificado de defunción.
13	**CON CÉDULA PROFESIONAL No.**	Anotar el número de Cédula Profesional que corresponda.
14	**DOMICILIO EN**	Anotar calle, número exterior e interior, en su caso, colonia, municipio y entidad federativa que corresponda al domicilio del certificante.
15	**LOCALIDAD DE____MUNICIPIO DE____ESTADO DE____**	Anotar la localidad, municipio y entidad federativa que corresponda al destino final del cadáver.
16	**PARA SER**	Anotar según el caso, inhumación o cremación.
17	**EN___UBICADO EN____**	Anotar el nombre del lugar en donde se realizará la inhumacion o cremación del cadáver y el domicilio del mismo.
18	**SE EXPIDE EL PRESENTE EN____, MEX., A LOS____ DÍAS DEL MES DE___DEL AÑO____A LAS____**	Anotar lugar, día, mes, año y hora de expedición del permiso.
19	**REGULACIÓN SANITARIA NO.____EN____MEX.**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
20	**C.**	Anotar nombre y firma del titular de la Jurisdicción de Regulacion Sanitaria que emite el permiso.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA: (3) EXPEDIENTE No. (4) T. DE ATENCION:

(5) CUOTA:

(6) RECIBIMOS DE:

(7) CON DOMICILIO:

(8) CON R.F.C.: , POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO (15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO (16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:
Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.

10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA		
	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000/07
	Página	

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).

OBJETIVO:

Garantizar las condiciones sanitarias necesarias para el traslado de cadáver, mediante la expedición del Permiso para tal efecto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y personal responsable en días y horas no hábiles que tengan a su cargo la Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuatro, artículos 171, 173 y 174. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Título Cuarto, Capítulo Segundo, artículo 2.46, fracción III. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa. 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que se realicen en días y horas no hábiles en la expedición de permiso sanitario para el traslado de cadáver, de acuerdo a la normatividad establecida en la materia.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Cotejar en presencia del personal responsable la coincidencia entre el número de trámites con las fichas de depósito.
- Extraer de su archivo el original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y cotejar formatos entregados contra formatos no utilizados.
- Realizar el depósito por los trámites realizados y obtener ficha de depósito sellada.

El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud deberá:

- Requerir al usuario el pago de la cuota de recuperación por este concepto y expediente.
- Emitir recibo provisional en original y copia, entregar original al usuario y archivar copia.
- Revisar los documentos y determinar su correcta integración.
- Devolver al usuario el expediente para su corrección o complementación.
- Sellar y firmar de recibido en la Solicitud, elaborar Permiso para el Traslado de Cadáver, antefirmar y entregar al usuario junto con la copia de la Solicitud y certificado de defunción.
- Integrar el expediente con la copia del Permiso y original de la Solicitud y los demás documentos del paquete recibido.
- Realizar en el banco el depósito de los ingresos generados en los días no hábiles y obtener ficha de depósito debidamente sellada.

- Integrar el paquete de entrega y presentarlo al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria con la copia del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver.
- Recibir original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y archivar.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una Autoridad Administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
TRASLADO: Es el desplazamiento de personas, activos e infraestructura pública de un lugar a otro.
CADÁVER: Es el cuerpo sin vida de una persona.
CERTIFICADO: Es un documento administrativo empleado para constatar un determinado hecho.

INSUMOS:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.

RESULTADO:

- Permiso para el Traslado de Cadáver emitido y entregado al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos inherentes al Control de Ingresos por Pago de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud proporcionará en días y horas no hábiles al usuario el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia, instructivo de llenado e informará de los documentos requeridos para la expedición del permiso y el pago que deberá realizar por el servicio en el momento de entregar el expediente en ventanilla.
- El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria elaborará Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver en original y copia, especificando la cantidad y folios de formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago (con base en el número promedio de trámites que registra la Jurisdicción) y solicitará al personal responsable de Ventanilla Jurisdiccional en días y horas no hábiles su firma en el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver al recibir los formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago.
- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud en días y horas no hábiles firmará el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver al recibir los formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago.
- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud entregará al usuario, el recibo único de pago al día hábil siguiente al canje del recibo provisional.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).

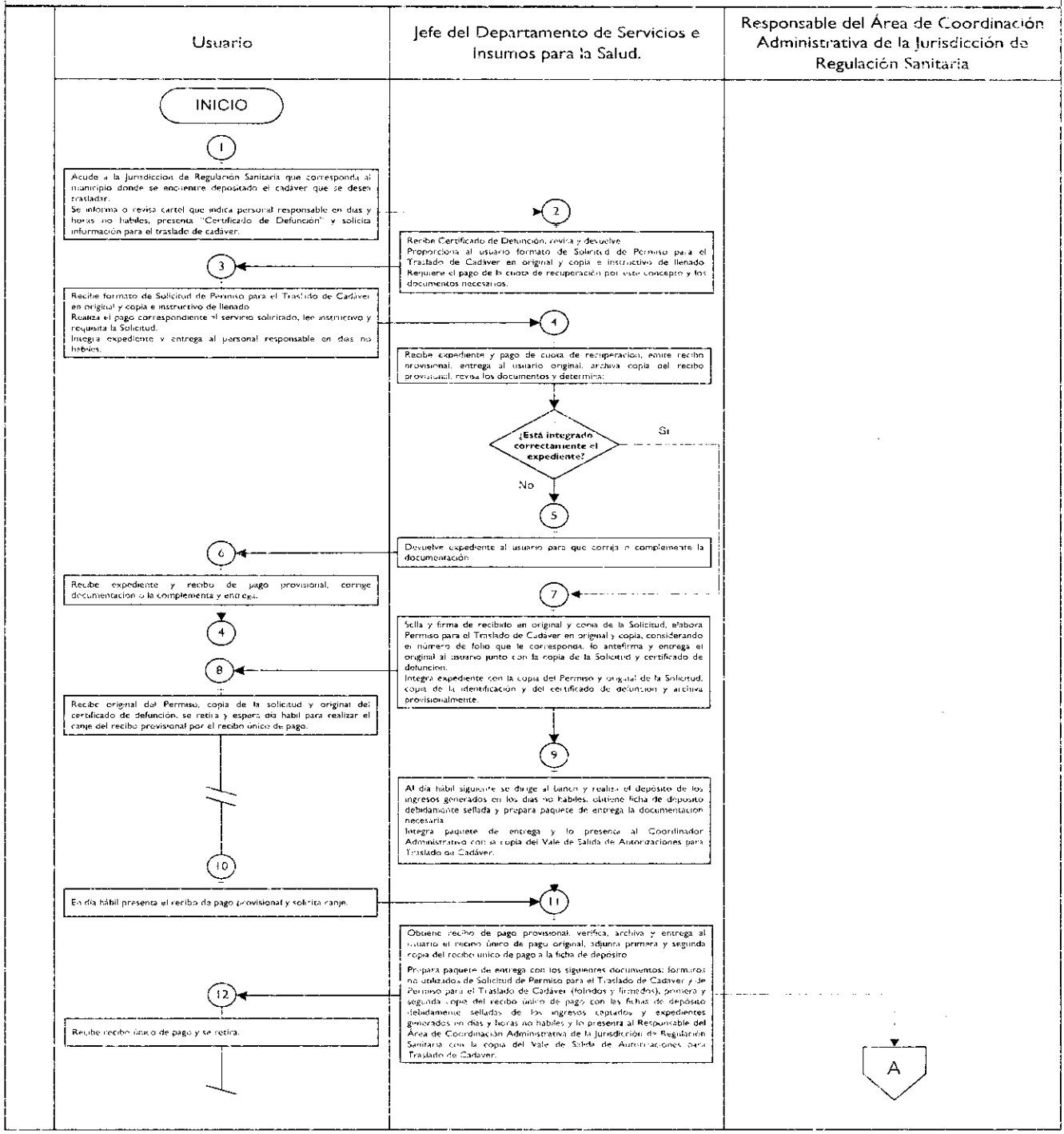
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario.	Acude a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda al municipio donde se encuentre depositado el cadáver que se desea trasladar. Se informa o revisa cartel que indica personal responsable en días y horas no hábiles, presenta "Certificado de Defunción" y solicita información para el traslado de cadáver.
2	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe Certificado de Defunción, revisa y devuelve. Proporciona al usuario formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia e instructivo de llenado. Requiere el pago de la cuota de recuperación por este concepto y los siguientes documentos: • Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, debidamente requisitada. • Certificado de Defunción (original y copia). • Identificación con fotografía (copia).

3	Usuario	Recibe formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia e instructivo de llenado. Realiza el pago correspondiente al servicio solicitado, lee instructivo y requisita la Solicitud. Integra expediente y entrega al personal responsable en días no hábiles.
4	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe expediente y pago de cuota de recuperación, emite recibo provisional, entrega al usuario original, archiva copia del recibo provisional, revisa los documentos y determina: **¿Está integrado correctamente el expediente?**
5	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**No está integrado correctamente el expediente.** Devuelve expediente al usuario para que corrija o complemente la documentación.
6	Usuario	Recibe expediente y recibo de pago provisional, corrige documentación o la complementa y entrega. **Se conecta con la operación 4.**
7	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**Si está integrado correctamente el expediente o ya se corrigió.** Sella y firma de recibido en original y copia de la Solicitud, elabora Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, considerando el número de folio que le corresponda, lo antefirma y entrega el original al usuario junto con la copia de la Solicitud y certificado de defunción. Integra expediente con la copia del Permiso y original de la Solicitud, copia de la identificación y del certificado de defunción y archiva provisionalmente.
8	Usuario	Recibe original del Permiso para el Traslado de Cadáver, copia de la solicitud y original del certificado de defunción, se retira y espera día hábil para realizar el canje del recibo provisional por el recibo único de pago.
9	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Al día hábil siguiente realiza en el banco el depósito de los ingresos captados en los días no hábiles, obtiene ficha de depósito debidamente sellada, elabora recibo único de pago original y dos copias y espera al usuario para realizar el canje del recibo único de pago.
10	Usuario	En día hábil presenta al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud el recibo de pago provisional y solicita canje.
11	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Obtiene recibo de pago provisional, verifica, archiva y entrega al usuario el recibo único de pago original, adjunta primera y segunda copia del recibo único de pago a la ficha de depósito. Prepara paquete de entrega con los siguientes documentos: formatos no utilizados de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver y de Permiso para el Traslado de Cadáver (foliados y firmados), primera y segunda copia del recibo único de pago con las fichas de depósito debidamente selladas de los ingresos captados y expedientes generados en días y horas no hábiles y lo presenta al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria con la copia del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver.
12	Usuario	Recibe recibo único de pago y se retira.
13	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe copia del "Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver" y paquete de documentos. Coteja en presencia del personal responsable la coincidencia entre el número de solicitudes con las fichas de depósito. Extrae de su archivo el original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y coteja formatos entregados contra formatos no utilizados. Entrega original del Vale al personal responsable, registra en sistema lo ingresado durante días y horas no hábiles. Prepara los expedientes con copia de los Permisos otorgados y envía al Jefe Jurisdiccional para su revisión. Asimismo, prepara los Ingresos por trámites realizados, elabora guía de pago, acude al banco y realiza depósito, obtiene ficha de depósito sellada, la anexa a la primera y segunda copia del recibo único de pago y las archiva provisionalmente. **Se conecta a los Procedimientos inherentes al Control de Ingresos por Pago de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**

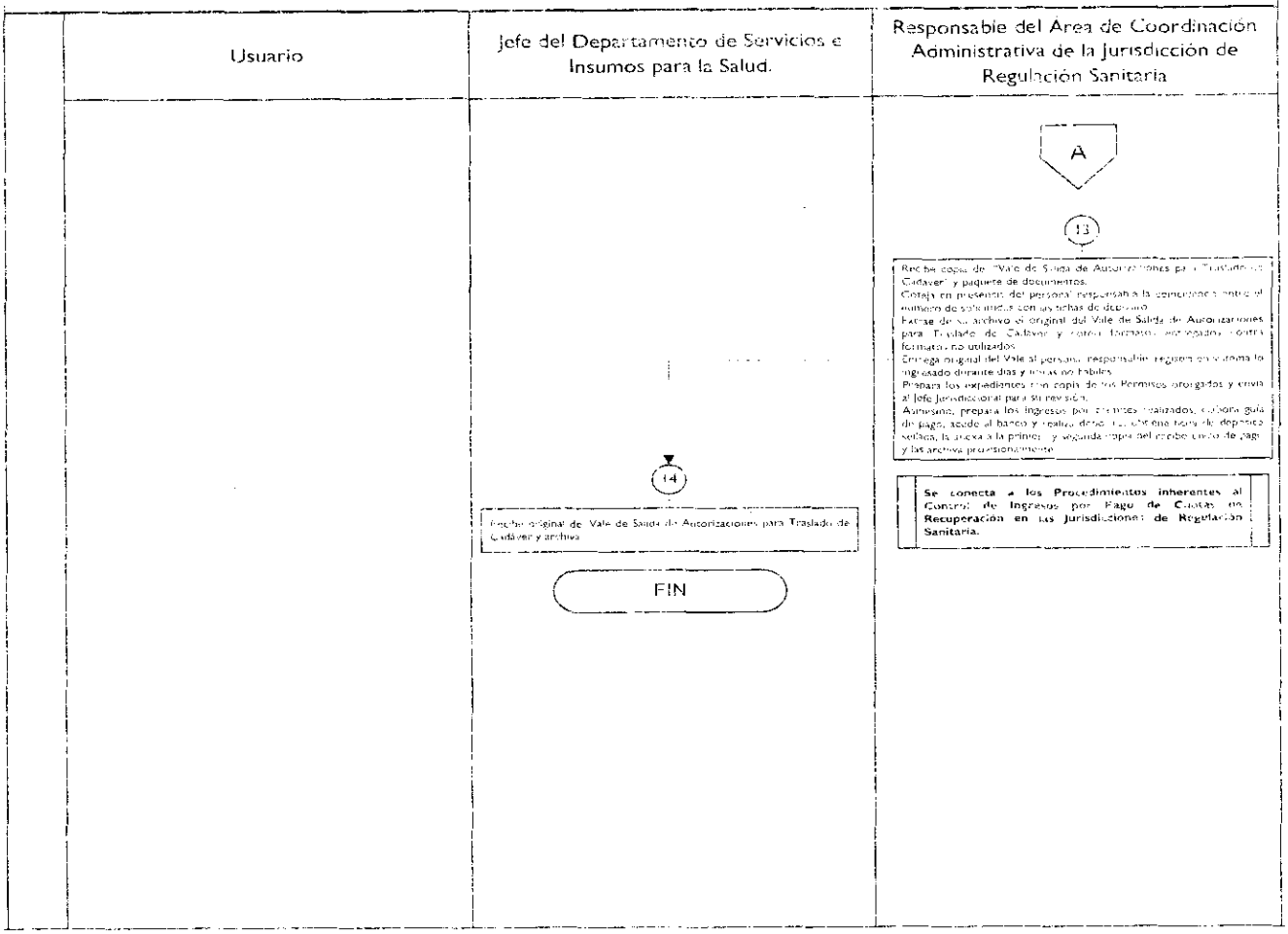
14	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y archiva.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).



PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la revisión de expedientes y expedición de permisos para traslado de cadáver.

$$\frac{\text{No. mensual de expedientes de solicitud de permiso para el traslado de cadáver revisados y permisos expedidos.}}{\text{No. mensual de expedientes de solicitud de permiso para el traslado de cadáver recibidos en días y horas no hábiles.}} \times 100 =$$

% de expedición de Permisos para el Traslado de Cadáver.

Registro de Evidencias:

La atención de las solicitudes en días y horas no hábiles recibidas quedan registradas en sistema y en los expedientes para la emisión de Permiso para el Traslado de Cadáver que se encuentran archivados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes y en el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadaver

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Recibo Único de Pago.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

No. DE ENTRADA: _____(1)_____

Jefe de la Jurisdicción No. _____(2)___ de Regulación Sanitaria en _____(2)_____, México.
P R E S E N T E.

Por este conducto, solicito a usted, se autorice el **TRASLADO** del cadáver de quien en vida llevó el nombre de:

DATOS DEL FALLECIDO (3)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

Quien falleció a causa de _____ según se asienta en el Certificado de Defunción N°_____ expedido por el C. _____, con cédula profesional N°. _____, Otra persona autorizada_____ con domicilio en _____

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO (4)

Se encuentra depositado en:

Casa habitación ( ) Hospital ( ) Velatorio ( ) Otro ( ) Especifique _____

CALLE	N°	COLONIA O BARRIO	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

Se trasladará por vía: Aérea ( ) Terrestre ( ) Otro ( ) Especifique _____

Para ser: Inhumado ( ) Cremado ( )

LUGAR DE DESTINO DEL CADÁVER (5)

En panteón Civil ( ) Municipal ( ) Particular ( ) Otro ( ) Especifique _____

DENOMINADO	CALLE	N°	COLONIA O BARRIO

LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	ESTADO

DATOS DEL SOLICITANTE (6)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO	RELACION CON EL FALLECIDO

(7) Méx., (7) de (7) del año (7)

ATENTAMENTE (8)	SELLO OFICIAL O NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL TRAMITE (9)
C. _____ Nombre y firma del Solicitante	

REQUISITOS:

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CARTA PODER FIRMADA POR EL CONYUGE O PARIENTE HASTA SEGUNDO GRADO E IDENTIFICACION DE ESTE (en su caso)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA
- COMPROBANTE DE PAGO (FICHA DE DEPOSITO CON SELLO BANCARIO)

217B41101-03-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:
Llevar el control de las solicitudes de permisos para el traslado de cadáver que ingresan en las Jurisdicciones Sanitarias.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se resguarda en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. DE ENTRADA**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JEFE DE JURISDICCIÓN NO.____EN____**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
3	**DATOS DEL FALLECIDO**	Anotar los datos personales del fallecido como: Nombre completo, edad, ocupación, estado civil, las causas del fallecimiento, número de Certificado de Defunción, nombre del médico o persona autorizada que lo emite y número de Cédula Profesional.
4	**DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda o, en su caso, especificar la localización del cadáver. Indicar calle, número, colonia o barrio, Código Postal, localidad y municipio y el medio por el cual se realizará el traslado. Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda al tratamiento de cadáver (cremación o inhumación).
5	**LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda al destino final del cadáver, especificando la ubicación del panteón o en su caso, domicilio particular.
6	**DATOS DEL SOLICITANTE**	Anotar apellido paterno, materno y nombre(s), domicilio y relación con el fallecido.
7	**___ MEX., ___DE___ DEL AÑO____**	Anotar municipio, día, mes y año de ingreso de la solicitud en la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
8	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**	Asentar el nombre completo de la persona que realiza el trámite de solicitud de traslado de cadáver.
9	**SELLO OFICIAL NOMBRE Y FIRMA DE QUIE RECIBE**	Asentar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, así como nombre completo y firma de la persona que atiende la solicitud.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

Folio No.____(1)____

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No.____(2)____ en _____(2)_____

C._____(3)_____
P R E S E N T E

En atención a su solicitud de fecha _____(4)_____ con No. de Entrada _____(4)_____ y con fundamento en los Artículos 346, 348, 349, 350, 350-bis, 350-bis-4, 350-bis-5, 350-bis-6 de la Ley General de Salud; 58, 60, 62, 67, 69, 109 fracciones II y IV; 102 fracciones II y III; 104 del Reglamento de la Ley General de salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y 2.46 fracción III del Código Administrativo del Estado de México y en virtud de no representar riesgo para la salud pública se concede:

PERMISO PARA TRASLADO DEL CADAVER de quien en vida llevó el nombre de:_____(5)_____ de ____(6)____ años de edad, el cual se encuentra depositado en _____(7)_____ Municipio de _____(8)_____ Localidad de_____(9)_____ _____, Estado de México; y que falleció a causa de _____(10)_____ según se asienta en el Certificado de Defunción No _____(11)_____, expedido por el C. _____(12)_____ con Cédula Profesional No. ____(13)____ y domicilio en _____(14)_____.

El cadáver será trasladado hacia la localidad de_____(15)_____ Municipio de _____(15)_____ Estado de México para ser _____(16_____ en_____(17)_____ ubicado en _____(17)_____.

Se expide el presente en _____(18)_____, Méx., a los ___(18)___ días del mes de _____(18)_____ del año ____(18)_____ a las _____(18)_____ horas.

La presente autorización tiene vigencia durante las 24 horas posteriores a su expedición y quedará invalidada si se modifican los términos y condiciones en que se ha otorgado o se haga uso indebido de ella.

A T E N T A M E N T E
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No.___(19)___
EN _____(19)_____, MEX.

C. _____(20)_____

217B41101-04-04

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.		
Objetivo: Realizar un control de los permisos emitidos para el traslado de cadáver por las jurisdicciones sanitarias.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se entrega al usuario y la copia se encuentra resguardada en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	**FOLIO NO.**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JURISDICCIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA NO. EN**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción Sanitaria que corresponda.
3	**C.**	Escribir el nombre completo de la persona a la que se le extiende el permiso.
4	**SOLICITUD DE FECHA____ CON No. DE ENTRADA____.**	Anotar día, mes y año de ingreso de la solicitud a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y el número de entrada que se le asignó.

5	**LLEVÓ EL NOMBRE DE**	Anotar el nombre completo del fallecido.
6	**DE AÑOS DE EDAD.**	Anotar la edad en años cumplidos del fallecido.
7	**DEPOSITADO EN**	Especificar el lugar en el que se encuentra depositado el cadáver (calle, número, colonia, código postal).
8	**MUNICIPIO DE**	Anotar el municipio en donde se localiza la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el trámite.
9	**LOCALIDAD DE**	Anotar la localidad que corresponda.
10	**FALLECIO A CAUSA DE**	Escribir la causa del fallecimiento.
11	**CERTIFICADO DE DEFUNCION No.**	Anotar el número de Certificado de Defunción que corresponda.
12	**EXPEDIDO POR EL C.**	Anotar el nombre completo del médico o persona autorizada que extiende el Certificado de Defunción.
13	**CON CÉDULA PROFESIONAL No.**	Anotar el número de Cédula Profesional que corresponda
14	**DOMICILIO EN**	Anotar calle, número exterior e interior, en su caso, colonia, municipio y entidad federativa que corresponda al domicilio del certificante.
15	**LOCALIDAD DE MUNICIPIO DE ESTADO DE**	Anotar la localidad, municipio y entidad federativa que corresponda al destino final del cadáver
16	**PARA SER**	Anotar según el caso, inhumación o cremación.
17	**EN UBICADO EN**	Anotar el nombre del lugar en donde se realizará la inhumación o cremación del cadáver y el domicilio del mismo.
18	**SE EXPIDE EL PRESENTE EN , MEX., A LOS DÍAS DEL MES DE DEL AÑO A LAS**	Anotar lugar, día, mes, año y hora de expedición del permiso.
19	**REGULACIÓN SANITARIA NO. EN MEX.**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
20	**C.**	Asentar el nombre y firma del titular de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que emite el permiso.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

(1) /No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA: _____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA: _____

(6) RECIBIMOS DE: _____

(7) CON DOMICILIO: _____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

(14) SELLO **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO** **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:
Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Jurisdicción Sanitaria.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relacion a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

OBJETIVO:

Constatar y evidenciar la correcta cobranza de las cuotas de recuperación en materia de control sanitario, mediante la revisión e integración de reportes mensuales de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de regulación Sanitaria.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad el control de los ingresos por pago de cuotas de recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuarto, artículo 15. Gaceta del Gobierno. 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.

- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículo 17. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa. 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable de la revisión de la documentación generada durante el proceso de recaudación de las cuotas de recuperación en materia de control sanitario y de emitir los reportes mensuales de los ingresos recaudados.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar en presencia del Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria la correcta integración y requisitado de los documentos para la conciliación, la coincidencia entre la suma de ingresos y la suma de los trámites registrados en el sistema durante el mes (relación de trámites), integrar el expediente y devolver.
- Extraer del archivo el Informe Mensual de Ingresos y el control de recibos oficiales, elaborar y enviar el oficio dirigido al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas, anexando el Informe Mensual de Ingresos y control de recibos oficiales.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar y conciliar con el responsable de la Ventanilla las "Fichas de Depósito", las copias de recibo único de pago y la relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites).
- Elaborar Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional) y control de recibos oficiales, anexar las fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema y presentarlo al Jefe jurisdiccional.
- Archivar los documentos después de la conciliación en forma provisional y esperar fecha de conciliación.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Cotejar fichas de depósito, copias de recibos únicos de pago y la relación de trámites registrados en sistema.

DEFINICIONES:

RECAUDACIÓN: Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución.
CONCILIACIÓN: Es un procedimiento de control interno y de rutina que consiste en verificar que los registros realizados por el Instituto se encuentren también registradas por el banco, con el objeto de verificar los fondos depositados y detectar errores u omisiones.

INSUMOS:

- Fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites).

RESULTADO:

- Reporte Mensual de Ingresos Recaudados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y Control de Recibos Oficiales.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.
- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

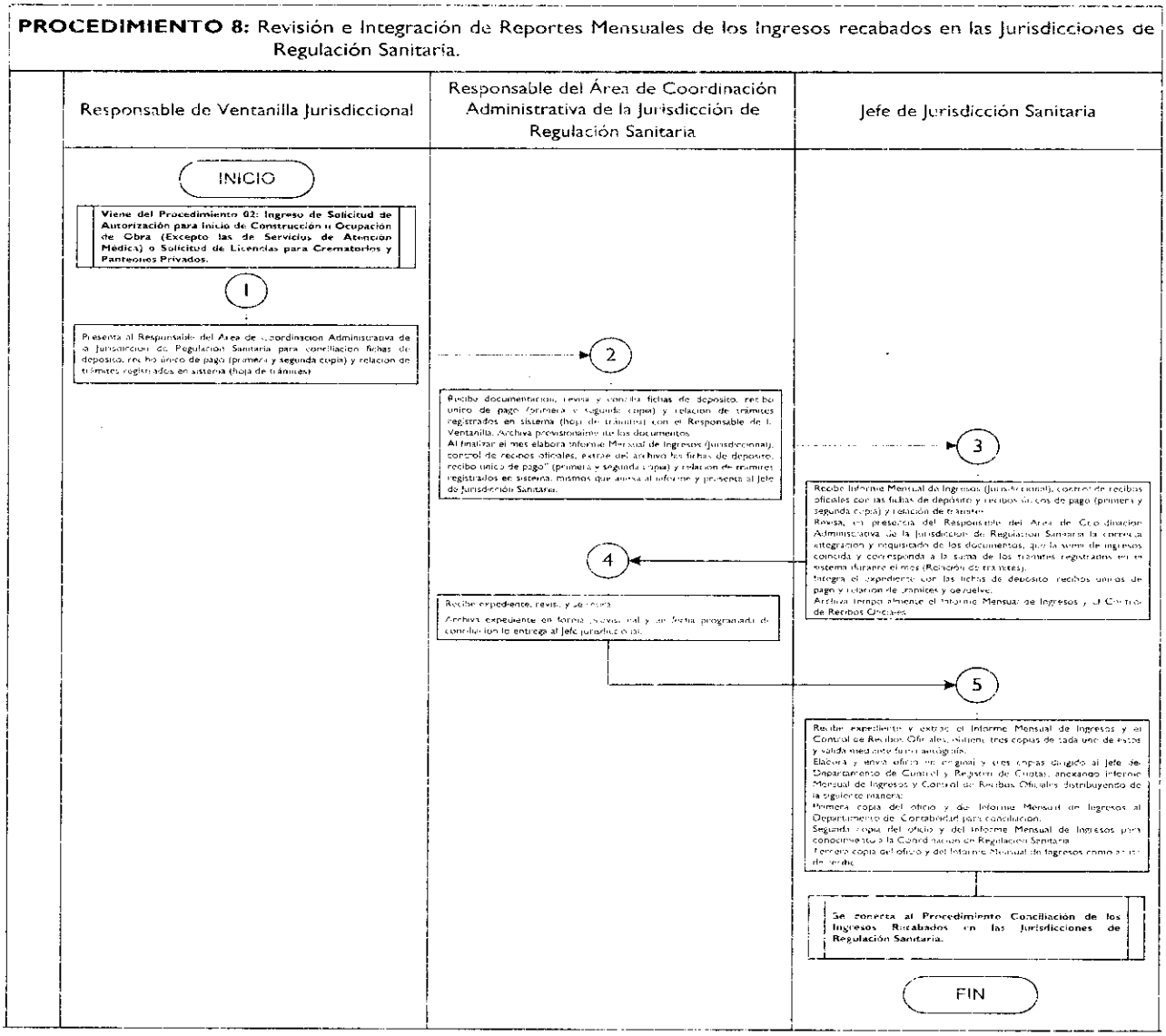
- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional cotejará y conciliará diariamente ante el Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria los trámites realizados el día hábil próximo anterior.
- El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria elaborará el último día hábil del mes el Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional) y el Control de Recibos Oficiales, mismos que presentará al jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene del Procedimiento 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados operación No. 4.
1	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Extrae de archivo las fichas de depósito con los recibos únicos de pago (primera y segunda copia), obtiene relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites) y los presenta al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para conciliación.
2	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe documentación, revisa y concilia fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites) con el Responsable de la Ventanilla. Archiva provisionalmente los documentos. Al finalizar el mes elabora Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional), control de recibos oficiales, extrae del archivo las fichas de depósito, recibo único de pago" (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema, mismos que anexa al informe y presenta al Jefe de Jurisdicción Sanitaria.
3	Jefe de Jurisdicción Sanitaria	Recibe Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional), control de recibos oficiales con las fichas de depósito y recibos únicos de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites. Revisa, en presencia del Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria la correcta integración y requisitado de los documentos, que la suma de ingresos coincida y corresponda a la suma de los trámites registrados en el sistema durante el mes (Relación de trámites). Integra el expediente con las fichas de depósito, recibos únicos de pago y relación de trámites y devuelve al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. Archiva temporalmente el Informe Mensual de Ingresos y el Control de Recibos Oficiales a fin de realizar una conciliación posterior con el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
4	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe expediente, revisa y se retira. Archiva expediente en forma provisional y en fecha programada de conciliación con el Departamento de Control y Registro de Cuotas lo entrega al Jefe Jurisdiccional.
5	Jefe de Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente y retiene para la conciliación, extrae de archivo el Informe Mensual de Ingresos y el Control de Recibos Oficiales de archivo, obtiene tres copias de cada uno de éstos y valida mediante firma autógrafa. Elabora oficio en original y tres copias dirigido al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas, obtiene tres copias del Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales y distribuye: oficio original e Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales al Departamento de Control y Registro de Cuotas, primera copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos al Departamento de Contabilidad, ambos oficios para conciliación. **Se conecta al Procedimiento Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.** Segunda copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos para conocimiento a la Coordinación de Regulación Sanitaria y tercera copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos para archivo previo acuse de recibo.

Diagramación:



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia mensual en la revisión de ingresos recabados y realización del Informe Mensual correspondiente.

$$\frac{\text{No. mensual de documentación soporte de ingresos recabados, revisados e informes integrados}}{\text{No. mensual de documentación soporte de ingresos recabados en la Jurisdicción Sanitaria.}} \times 100 = \text{\% de informes de Ingresos mensuales realizados.}$$

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los expedientes para la conciliación mensual se encuentran en los archivos de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria correspondiente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio.
- Control de Recibos Oficiales.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA. (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

[illegible]

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO

Objetivo:

Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el número de servicios otorgados por el costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Asentar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Asentar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales

(UNIDAD APLICATIVA: (1)

FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD

RECIBOS CANCELADOS:	(7)

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONTROL DE RECIBOS OFICIALES		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y cantidad de recibos existentes al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Asentar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Asentar el nombre y firma del Administrador.

PROCEDIMIENTO 9: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

OBJETIVO:

Verificar el depósito de fondos en la cuenta bancaria concentradora, mediante la conciliación de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, que permita mejorar el proceso de recaudación y control de los ingresos por concepto de cuotas de recuperación.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos del Departamento de Control y Registro de Cuotas de la Dirección de Finanzas que tengan a su cargo y responsabilidad la Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuarto, artículo 15. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículo 17. Gaceta del Gobierno de fecha 01 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000 Dirección de Finanzas, 217B31320 Departamento de Control y Registro de Cuotas.

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de realizar la conciliación de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria conforme a la normatividad vigente en la materia.

El Jefe del Departamento de Contabilidad deberá:

- Generar Póliza de Cuenta por Cobrar de acuerdo con los ingresos depositados (Reporte Mensual de Ingresos") y retiros efectuados (Hoja de Retiros) por el Departamento de Tesorería de la Cuenta de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación, reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y Hojas de Retiros. y enviar al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Registrar en el sistema el reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y hojas de retiros.
- Recibir al Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y realizar la conciliación mensual de ingresos, para lo cual considera: retiros efectuados por el Departamento de Tesorería (Hoja de Retiros), Reporte Mensual de Ingresos, control de recibos oficiales, fichas de depósito y cargos del estado de cuenta, y en caso de diferencias u omisiones solicitar su aclaración.
- Elaborar Conciliación de Ingresos en original y copia, firmar el documento, recabar firma de conformidad del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, entregar original y archivar copia para realizar la conciliación del mes siguiente.

El Jefe de Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir y archivar la Conciliación de Ingresos Original.
- Realizar las aclaraciones que le solicite el Jefe del Departamento de Registro y Control de Cuotas en el momento mismo de la conciliación o en la conciliación del mes siguiente.

DEFINICIONES:

CONCILIACIÓN: Es un procedimiento de control interno y de rutina que consiste en verificar que los registros realizados por el Instituto se encuentren también registradas por el banco, con el objeto de verificar los fondos depositados y detectar errores u omisiones.

INSUMOS:

- Oficio, Reporte Mensual de Ingresos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y hojas de retiros.

RESULTADO:

- Conciliación de Ingresos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.
- Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes

POLÍTICAS:

- El Jefe del Departamento de Tesorería emitirá y enviará diariamente reporte de depósito por concepto de cuotas de recuperación, realizados por las personas que solicitan el servicio en materia de regulación sanitaria en la cuenta bancaria concentradora al Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas determinará el día y hora en que recibirá al Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para la conciliación mensual de ingresos.
- El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas recibirá el primer día hábil de cada mes del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria el Informe Mensual de Ingresos y el control de recibos oficiales.

DESARROLLO:

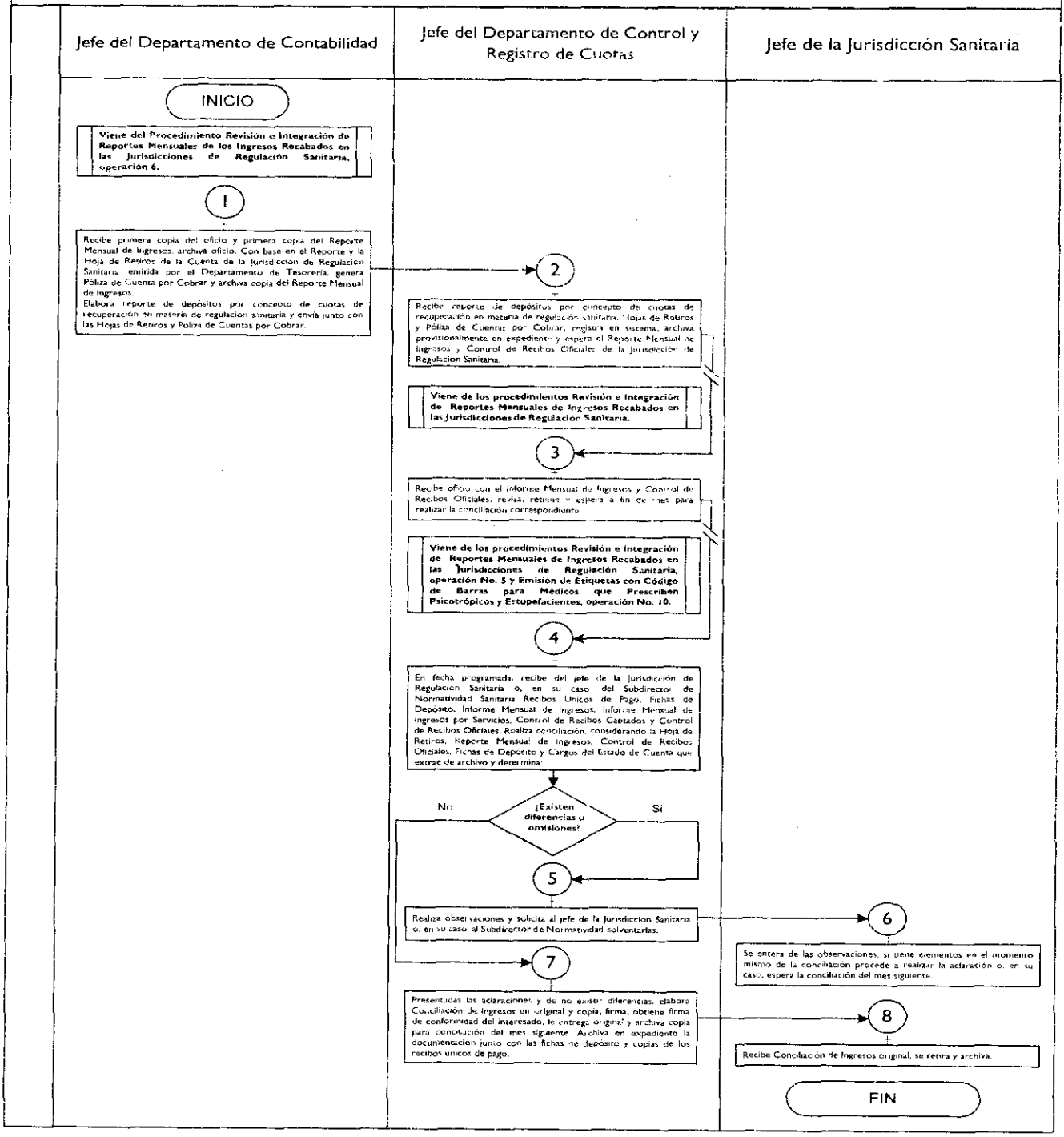
PROCEDIMIENTO 9: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene del Procedimiento Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación 5.
1	Jefe del Departamento de Contabilidad	Recibe primera copia del oficio y primera copia del Reporte Mensual de Ingresos, archiva copia del oficio. Con base en el Reporte y la Hoja de Retiros de la Cuenta de la Jurisdicción de Regulacion Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación, emitida por el Departamento de Tesorería, genera Póliza de Cuenta por Cobrar y archiva copia del Reporte Mensual de Ingresos. Elabora reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y envía junto con las Hojas de Retiros y Póliza de Cuentas por Cobrar al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
2	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria, Hojas de Retiros y Póliza de Cuentas por Cobrar, registra en sistema, archiva provisionalmente en expediente y espera el Reporte Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. **Viene de los procedimientos Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación No.5.**
3	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe oficio con el Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales, revisa y retiene, y espera a fin de mes para realizar la conciliación correspondiente. **Viene de los procedimientos Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación No. 5 y Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes, operación No. 10.**
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	En fecha programada para la conciliación, recibe del jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria o, en su caso, del Subdirector de Normatividad Sanitaria, Recibos Únicos de Pago (Primera Copia), Fichas de Depósito, Informe Mensual de Ingresos, Informe Mensual de Ingresos por Servicios, Control de Recibos Captados y Control de Recibos Oficiales. Realiza conjuntamente con el interesado la conciliación mensual de ingresos, considerando la información de la Hoja de Retiros, Reporte Mensual de Ingresos, Control de Recibos Oficiales, Fichas de Depósito y Cargos del Estado de Cuenta que extrae de archivo y determina: **¿Existen diferencias u omisiones?**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	**Si existen diferencias u omisiones.** Realiza observaciones y solicita al jefe de la Jurisdicción Sanitaria o, en su caso, al Subdirector de Normatividad solventarlas.
6	Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Se entera de las observaciones, si tiene elementos en el momento mismo de la conciliación procede a realizar la aclaración o, en su caso, espera la conciliación del mes siguiente.
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**No existen diferencias u omisiones.** Una vez presentadas las aclaraciones y de no existir diferencias, elabora Conciliación de Ingresos en original y copia, firma el documento, obtiene firma de conformidad del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria o, en su caso, del Subdirector de Normatividad Sanitaria, le entrega original y archiva copia, para la conciliación del mes siguiente. Archiva en expediente la documentación utilizada en la conciliación junto con las fichas de depósito y copias de los recibos únicos de pago.

8	Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe Conciliación de Ingresos original, se retira y archiva.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 9: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la conciliación mensual de ingresos recabados por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

No. mensual de Conciliaciones realizadas por mes. / No. mensual de informes y documentos para conciliación. X 100 = % conciliaciones realizadas mensualmente.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Las copias de la Conciliación de Ingresos se encuentran resguardadas en los archivos de la oficina del Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio.
- Control de Recibos Oficiales.
- Conciliación de Ingresos.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD

RECIBOS CANCELADOS:	(7)

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCIÓN, JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

a1750000-033-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CONTROL DE RECIBOS OFICIALES

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

CONCILIACION DE INGRESOS

JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA: (1)	
EJERCICIO: (2)	MES: (3)

CONCEPTO (4)		IMPORTE(5)
CUENTA POR COBRAR MES ANTERIOR		
(+) INGRESOS CAPTADOS EN EL MES SERVICIOS		
(-) RETIROS DE TESORERIA (CARGOS DEL EDO. DE CUENTA)		
(+) DEPOSITOS POR TRANSFERENCIAS DE OFICINAS CENTRALES		
CUENTA POR COBRAR PARA REGISTRO CONTABLE		
(+) INTERESES		
(-) COMISIONES		
(+/-) INTERESES Y COMISIONES ACUMULADOS		
CUENTA POR COBRAR DESPUES DE INTERES Y COMISION		
(-) SALDO SEGUN ESTADO DE CUENTA EN EL BANCO		
(+) APERTURA DE CUENTA		
(-) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR EL BANCO		
INGRESOS NO DEPOSITADOS		

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD (6)	**DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS (7)**
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONCILIACIÓN DE INGRESOS.		
Objetivo: Realizar el registro de las conciliaciones realizadas mensualmente con personal de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se entrega al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y la copia se encuentra resguardada en los archivos del Departamento de Control y Cuotas de Recuperación.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	**JURISDICCION DE REGULACIÓN SANITARIA**	Escribir el nombre de la Jurisdicción Sanitaria que realiza la conciliación.
2	**EJERCICIO**	Anotar el ejercicio fiscal dentro del cual se realiza la conciliación.
3	**MES**	Registrar el mes del cual se realiza la conciliación.
4	**CONCEPTO**	Escribir los conceptos correspondientes a la conciliación.
5	**IMPORTE**	Anotar la cantidad correspondiente al importe de los conceptos que se concilian.
6	**ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD**	Registrar el nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que concilia o, en su caso, de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
7	**DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS**	Nombre y firma de la persona que realiza la conciliación, en representación del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

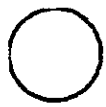
SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO

Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra **INICIO,** en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

CONECTOR DE OPERACIÓN

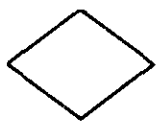


Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación dentro del mismo procedimiento. Se anota dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las operaciones que le anteceden y siguen.

LÍNEA CONTÍNUA

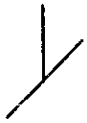
La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

FUERA DE FLUJO

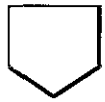


Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS

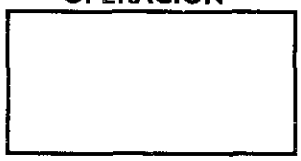
Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO



Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

OPERACIÓN



Representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso.

REGISTRO DE EDICIONES

- Primera edición febrero de 2005, elaboración del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación en Materia de Regulación Sanitaria.
- Segunda edición julio de 2011, actualización del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación en Materia de Regulación Sanitaria.

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria se encuentra en resguardo de la Gaceta del Gobierno del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Departamento de Desarrollo Institucional (1)

Coordinación de Regulación Sanitaria (1).

Dirección de Regulación Sanitaria (1).

Subdirección de Verificación Sanitaria (1).

Subdirección de Normatividad Sanitaria (1).

Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública (1).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000
	Página	XIII

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de México
(RÚBRICA)

Lic. Fernando A. César Luna
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

C.D. Sergio Carlos Rojas Andersen
Coordinador de Regulación Sanitaria
(RÚBRICA)

Ing. Armando Torres Gómez
Director de Regulación Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Juan Carlos Frías Badillo
Subdirector de Verificación Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Carlos Colín Marín
Subdirector de Normatividad Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Rocío Georgina López Nava
Subdirector de Administración de la Beneficencia
(RÚBRICA)

Lic. Ángela Rubí Delgado
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
(RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA	Edición:	Segunda
	Fecha:	Julio 2011
	Código:	217B41000
	Página	

ACTUALIZACIÓN

Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria, julio de 2011.

MP.- 083
© *Manuales de Procedimientos*
Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria.

Secretaría de Salud

Responsable de su elaboración:
- C.D. Sergio Carlos Rojas Andersen
- Ing. Armando Torres Gómez
- Lic. Carlos Colín Marín

Responsable de su integración:
- *Lic. Armando Santín Pérez.*
- *Lic. Néstor Gutiérrez Santos.*

Toluca, México
***Julio**, 2011.*

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM

JULIO DE 2011

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

© Derechos Reservados.
Cuarta edición, julio de 2011.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.
Impreso y hecho en Toluca, México.

Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	

ÍNDICE

Presentación III
Aprobación IV
Objetivo General V
Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel) VI
Relación de Procesos y Procedimientos VII
Descripción de los Procedimientos VIII

1. Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud 217B50000/01
2. Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias 217B50000/02
3. Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación 217B50000/03
4. Autorización de Registro de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto 217B50000/04
5. Reporte de Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o de Efectivo 217B50000/05

Simbología IX
Registro de Ediciones X
Distribución XI
Validación XII

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	III

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente Manual Administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de las Jurisdicciones Sanitarias de la Dirección de Servicios de Salud del ISEM. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de esta Dirección del Instituto de Salud del Estado de México.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	IV

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en Sesión Ordinaria número 174, aprobó el presente **"Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM"**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
17 DE SEPTIEMBRE DE 2011	ISE / 174 / 013

Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración
y Secretario del Consejo Interno del ISEM
(RÚBRICA).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	V

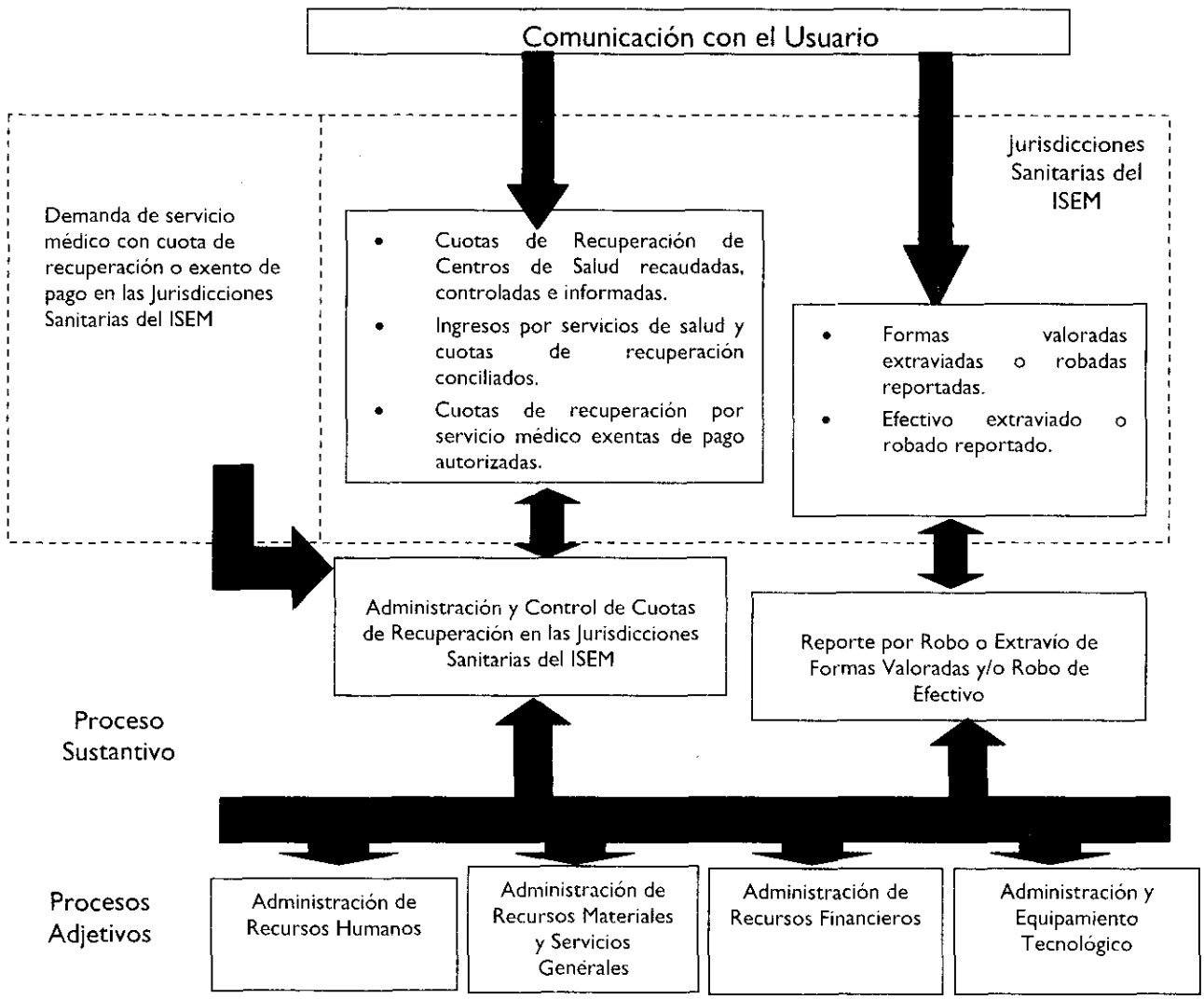
OBJETIVO GENERAL

Mejorar el control de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, mediante la estandarización de los procesos de trabajo inherentes a la ejecución de la atención médica en los Centros de Salud, así como el establecimiento de políticas que regulan las actividades de los servidores públicos que participan antes, durante y después del proceso de Administración y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso 1:

Administración y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.
De la recaudación y control de cuotas de recuperación a la conciliación de los ingresos recabados y autorización de registro de exenciones.

Procedimientos:

1. Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.
2. Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.
3. Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación.
4. Autorización de Registro de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Proceso 2:

Reporte por robo o extravío de formas valoradas y/o efectivo.
De la detección del robo de efectivo o robo y/o extravío de formas valoradas a la notificación ante la Unidad de Contraloría Interna y Unidad de Asuntos Jurídicos.

Procedimiento:

1. Reporte por Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Robo de Efectivo.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000
	Página	VIII

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000/01
	Página	

PROCEDIMIENTO 1: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.

OBJETIVO:

Cumplir con las normas de operación que emita la Dirección de Finanzas del Instituto para la captación de ingresos por la prestación de servicio médico en los Centros de Salud, mediante la recaudación y control de las cuotas de recuperación.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México que tengan responsabilidad en la recaudación y control de ingresos por concepto de cuotas de recuperación, así como a los usuarios que reciben atención médica en los Centros de Salud.

REFERENCIAS:

- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título I, Capítulo IV Artículo 2.7 Fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Primero, Capítulo I Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000: Dirección de Servicios de Salud; 217B50010 - 217B50028: Jurisdicciones Sanitarias. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Dirección de Servicios de Salud es la unidad administrativa responsable de coordinar las actividades de recaudación y control de cuotas de recuperación en los Centros de Salud.

El Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal deberá:

- Recibir la documentación soporte y efectivo recaudado, revisar, elaborar "Ficha de Depósito", efectuar depósito en la institución bancaria, verificar que este seliada, obtener copia, resguardarla y efectuar registro en el libro de control.
- Requisitar el Concentrado Diario de Programas Exentos, Concentrado Mensual de Programas Exentos e Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos con base a los registros diarios por programa que le entregue el responsable del Área de Recepción del Centro de Salud.
- Elaborar "Informe Mensual de Ingresos", anexar documentación soporte, firmar, integrar originales y turnarlos al Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria para su gestión.

El Director o Responsable del Centro de Salud deberá:

- Recibir al paciente, solicitar ficha y los datos necesarios para determinar su situación económica, elaborar oficio de autorización de exención, firmar, recabar firma del usuario, anexar ficha a la copia del oficio de autorización de exención y entregar al paciente indicándole acuda al Área Médica para su atención.
- Turnar el original del oficio de autorización exención al Área de Caja.
- Turnar los oficios de autorización de exención e instruir al Responsable del Área de Recursos Financieros realizar el trámite de solicitud del registro de autorización de exenciones ante la Dirección de Finanzas.
- Turnar el oficio de autorización del registro de exenciones al Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal para su control.

El Responsable del Área de Caja del Centro de Salud deberá:

- Atender al usuario, solicitar ficha y calcular el importe de las cuotas en base al tabulador autorizado.
- Informar el monto a cobrar y recibir el importe de la cuota de recuperación, emitir "Recibo Único de Pago", anexar la ficha y entregar documentos al usuario indicándole acuda al Área Médica.
- Devolver la ficha e indicar al usuario acuda con el Director o Responsable del Centro de Salud a fin de solicitar la exención del pago.
- Recibir original del oficio de autorización de exención, revisar, efectuar su registro en el libro de control y retener.
- Realizar Corte de Caja al finalizar su turno, anexar las dos copias de los "Recibos Únicos de Pago" y el importe recaudado por cuotas de recuperación y entregar al Administrador o titular de la Coordinación Municipal junto con los oficios originales de autorización de exención.

El Responsable del Área de Recepción del Centro de Salud deberá:

- Atender al usuario, solicitar datos personales, registrar, enterarse del servicio requerido y determinar el tipo de servicio solicitado.
- Efectuar su registro en el programa correspondiente, elaborar ficha y entregarla al usuario indicándole acuda al Área Médica para recibir consulta o efectuar su pago en el área de Caja.
- Entregar los registros diarios por programa al Administrador o titular de la Coordinación Municipal al final del mes.

DEFINICIONES:

- **Cuota de Recuperación:** Efectivo a pagar por la prestación de servicios de salud al usuario no considerado como un servicio prioritario de acuerdo a lo que establece el contrato de prestación de servicios de salud.
- **Programa Prioritario de Salud:** Es aquel que se centra en obtener mejores resultados de salud; estableciendo metas específicas para su condición de interés.
- **Exención:** Es el beneficio que el Instituto otorga a los usuarios de bajos recursos económicos y por el cual el contribuyente puede dejar de pagar una parte o por completo el servicio médico otorgado.
- **Recaudación:** Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución.
- **Seguro Popular**: Aseguramiento público en materia de salud a todas las familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.
- **Programas Prioritarios de Salud:** Adicciones, Cólera y diarreas, Salud bucal, Violencia de género Micobacteriosis, Salud del niño, Tuberculosis, Vectores, Urgencias epidemiológicas, Adulto y anciano, Zoonosis, VIH / SIDA, Salud reproductiva, Obesidad, Diabetes mellitus, Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Salud del migrante, Atención integral de las personas con discapacidad, Seguridad vial, Laboratorio de biológicos, Escuela y salud, Arranque parejo en la vida e Igualdad de género.

INSUMOS:

- Servicio médico solicitado.

RESULTADOS:

- Registro e Informe Mensual de Ingresos de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.
- Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.
- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación.
- Procedimiento inherente a la Atención Médica en los Centros de Salud.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud del Estado de México es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación mediante circulares.
- Los Jefes de Jurisdicción Sanitaria verificarán que el cobro de las cuotas de recuperación, se apliquen conforme al tabulador autorizado, tomando en cuenta la zona geográfica y socioeconómica en que se encuentren ubicados los Centros de Salud, de acuerdo a las disposiciones emitidas por la Dirección de Finanzas que se difundirán a través de circulares o, en su caso, por autorización a través de oficios.
- Los Centros de Salud anexarán a su informe mensual la forma "Movimiento de Formas Oficiales", detallando la cantidad total de recibos utilizados, así como sus existencias al corte del informe.
- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud dará a conocer en forma oportuna las modificaciones a los tabuladores autorizados por las instancias competentes para su aplicación en los servicios que proporcionen las Jurisdicciones Sanitarias.
- Los titulares de Jurisdicción, administradores y los titulares del área de recursos financieros vigilarán el depósito de los ingresos captados a través de las cuotas de recuperación al 100% y en efectivo, en la institución bancaria que, para tal efecto, indique el Departamento de Tesorería perteneciente a la Subdirección de Tesorería y Contabilidad de la Dirección de Finanzas del Instituto.
- Los Centros de Salud Rurales del Instituto realizarán el registro diario de los servicios médico-asistenciales que se proporcionen en el formato "Hoja Diaria del Médico", debiendo coincidir con los recibos únicos de pago expedidos, los oficios de autorización de las exenciones por escasos recursos económicos y con los reportes referentes a los programas prioritarios de salud.
- El Administrador, el Jefe de Recursos Financieros, el Administrador de la Coordinación Municipal y el Coordinador Municipal deberán realizar arqueos y supervisiones sorpresivas de caja respecto a los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación en los Centros de Salud, dejando constancia por escrito de los hechos.
- Las áreas de Recursos Financieros de las Jurisdicciones Sanitarias realizarán una vez a la semana la conciliación de los ingresos captados y depositados por concepto de cuotas de recuperación con los Administradores de las Coordinaciones Municipales, o bien, con los Coordinadores Municipales, conforme al calendario que deberá realizar la Jurisdicción, previo a la elaboración del informe mensual.
- El Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal realizará el depósito en efectivo de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación en la institución bancaria que determine el Departamento de Tesorería perteneciente a la Subdirección de Tesorería y Contabilidad de la Dirección de Finanzas del Instituto, de conformidad con los siguientes plazos:

  1. Los Centros de Salud Rurales Dispersos realizarán el depósito de los ingresos máximo ocho días naturales después de su recaudación.
  2. Los Centros de Salud Urbanos, los Centros de Salud Rurales Concentrados y los Centros Especializados en Atención Primaria a la Salud realizarán el depósito de ingresos al día hábil siguiente de su recaudación.

- Los administradores de las Jurisdicciones Sanitarias realizarán el resguardo, uso y control de los "Recibos Únicos de Pago" que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación.
- El responsable del Área de Caja en los Centros de Salud del Instituto elaborará un corte diario de caja, el cual deberá de coincidir con el depósito de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación y lo entregará al titular del mismo.
- En caso de detectar billetes falsos en los ingresos captados en los Centros de Salud del Instituto por concepto de cuotas de recuperación, el Administrador de la Unidad correspondiente deberá solicitar el reintegro de ese dinero al Cajero o Responsable de haberlos captado.
- El Responsable del Área de Caja deberá requisitar los "Recibos de Pago", en cada uno de los conceptos que en el mismo se establecen.

- El importe de los servicios cobrados mediante "Recibos Únicos de Pago" deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, no será válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- En los casos en que el paciente se encuentre incapacitado, por su estado de salud para realizar el pago de los servicios médicos que le fueron proporcionados, el responsable del Área de Caja del Centro de Salud solicitará a sus familiares que lo realicen por él, proporcionándoles la documentación soporte correspondiente.
- El responsable del Centro de Salud deberá elaborar su informe mensual anexando la copia de las fichas de depósito debidamente selladas por la institución bancaria en que se realizaron los depósitos, la copia amarilla del "Recibo Único de Pago" expedido o cancelado, así como el original de los reportes correspondientes a los programas prioritarios de salud y las exenciones de pago por escasos recursos económicos. Por ningún motivo las Jurisdicciones aceptarán informes que no estén completos, o bien, que no cubran el importe total reportado.
- La documentación soporte para la conciliación de ingresos comprenderá: copia del estado de cuenta, relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito de cuotas de recuperación, así como la información que el Departamento de Control y Registro de Cuotas solicite deberá estar validada mediante firmas autógrafas del Administrador y Jefe de Recursos Financieros.
- Las solicitudes de autorización para el registro de las exenciones por escasos recursos económicos que se realicen se solicitará a la Dirección de Finanzas dentro de los primeros 5 días del mes siguiente indicando en el oficio el mes al que pertenece y el monto por exentar; en caso de no presentarse en el plazo establecido se realizara el reintegro correspondiente.
- El responsable del Centro de Salud que proporcione el servicio de laboratorio deberá llevar un "Libro Diario de Registro" de los estudios realizados en este servicio, debidamente prefoliado, en el cual anotará los datos generales de los pacientes atendidos, así como los servicios proporcionados, siendo responsabilidad del encargado el uso, resguardo y control del mismo.
- El responsable del Área de Caja del Centro de Salud realizará el corte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación considerando hasta el último día de cada mes, procediendo a la elaboración del informe respectivo para entregarlo al Administrador de la Coordinación Municipal o al Coordinador Municipal el mismo día.
- Las Jurisdicciones Sanitarias deberán observar en su totalidad los programas prioritarios de salud que se otorgan a título de gratuidad los cuales serán dados a conocer por la Dirección de Finanzas, de conformidad con lo establecido por la Secretaría de Salud de la Federación, Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones en la materia.
- El Reporte Mensual que presenten las Jurisdicciones Sanitarias al Departamento de Control y Registro de Cuotas, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, deberá contener la siguiente información:

1. Informe Mensual de Ingresos Depositados contra Informados.
2. Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
3. Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
4. Informe Mensual de Ingresos por Coordinación o Centro de Salud.
5. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación
6. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
7. Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación.
8. Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular.
9. Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
10. Informe Mensual del Programa Oportunidades.
11. Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
12. Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
13. Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular.
14. Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio.

La información deberá coincidir con el importe del informe de ingresos enviado el primer día hábil, debiendo estar validado mediante firmas autógrafas.

El Departamento de Control y Registro de Cuotas de Recuperación verificará a través de supervisiones que la aplicación de políticas y procedimientos para el manejo de cuotas de recuperación y exenciones por escasos recursos económicos se realicen de acuerdo a los lineamientos establecidos.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 1: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
1	Usuario	Se presenta ante el Responsable del Área de Recepción del Centro de Salud y solicita le otorguen servicio médico.

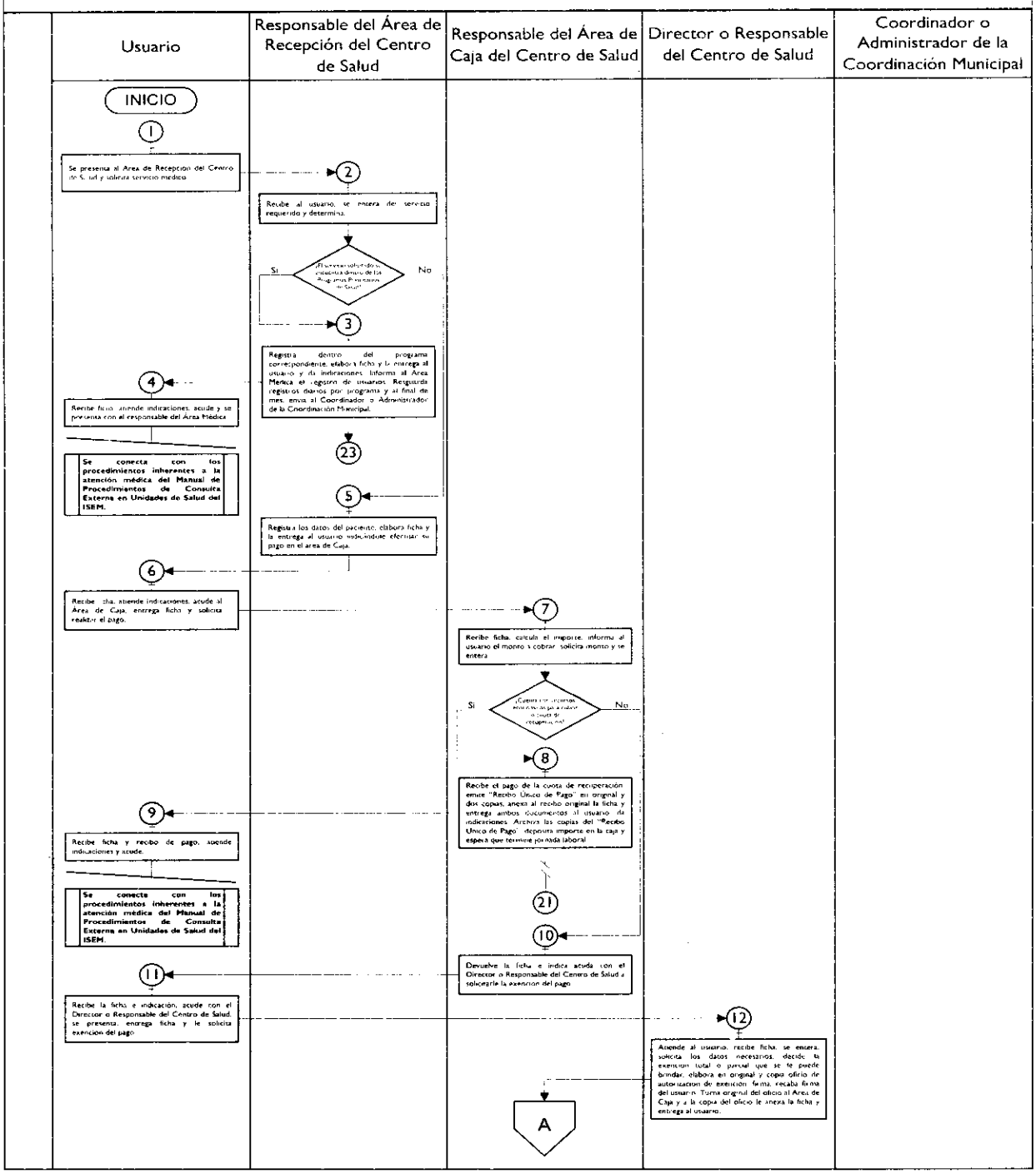
NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
2	Responsable del Área de Recepción del Centro de Salud	Recibe al usuario, le solicita datos personales, registra, se entera del servicio requerido y determina: **¿El servicio solicitado se encuentra dentro de los Programas Prioritarios de Salud?**
3	Responsable del Área de Recepción del Centro de Salud	**Si se encuentra dentro de los Programas Prioritarios de Salud.** Registra dentro del programa correspondiente, elabora ficha y la entrega al usuario indicándole acuda al Área Médica y espere llamado para recibir consulta. Informa al Área Médica el registro de usuarios. Resguarda registros diarios por programa y al final de mes, envía al Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal. **Se conecta con la operación No. 23.**
4	Usuario	Recibe ficha, atiende indicaciones, acude y se presenta con el responsable del Área Médica. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la atención médica del Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del ISEM.**
5	Responsable del Área de Recepción del Centro de Salud	**No se encuentra dentro de los Programas Prioritarios de Salud.** Registra los datos del paciente, elabora ficha y la entrega al usuario indicándole efectuar su pago en el área de Caja.
6	Usuario	Recibe ficha, atiende indicaciones, acude al Área de Caja, entrega ficha y solicita realizar el pago.
7	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	Recibe ficha, calcula el importe de las cuotas con base al tabulador autorizado, informa al usuario el monto a cobrar, le solicita monto y se entera: **¿Cuenta el usuario con recursos económicos para cubrir la cuota de recuperación?**
8	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	**Si cuenta el usuario con recursos económicos para cubrir la cuota de recuperación.** Recibe del usuario el pago de la cuota de recuperación, emite "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, anexa al recibo original la ficha y entrega ambos documentos al usuario indicándole acuda al Área Médica y espere llamado para recibir consulta. Archiva para su control las copias del "Recibo Único de Pago", deposita importe en la caja y espera que termine jornada laboral. **Se conecta con la operación No. 21.**
9	Usuario	Recibe ficha y recibo de pago, atiende indicaciones y acude al Área Médica. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la atención médica del Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel y Administrativas del ISEM.**
10	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	**No cuenta el usuario con recursos económicos para cubrir la cuota de recuperación.** Devuelve la ficha al usuario e indica acuda con el Director o Responsable del Centro de Salud y le solicite la exención del pago.
11	Usuario	Recibe la ficha e indicación, acude con el Director o Responsable del Centro de Salud, se presenta, entrega ficha y le solicita exención del pago.
12	Director o Responsable del Centro de Salud	Atiende al usuario, recibe ficha y se entera de la petición, y le solicita los datos necesarios para saber su situación económica, decide la exención total o parcial que se le puede brindar, elabora en original y copia oficio de autorización de exención, lo firma, recaba firma del usuario y turna el original del oficio de exención al Área de Caja y a la copia del oficio anexa la ficha y entrega al usuario.
13	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	Recibe oficio de autorización de exención original, se entera, revisa, efectúa su registro en el libro de control, retiene y espera al usuario.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
14	Usuario	Recibe ficha y copia del oficio de autorización de exención, se entera y determina. **¿La exención es del 100 %?**
15	Usuario	**Si es del 100 % la exención.** Acude y se presenta con el responsable del Área Médica. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la atención médica del Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel y Administrativas del ISEM.**
16	Usuario	**No es del 100 % la exención.** Acude al Área de Caja, entrega ficha y copia del oficio de autorización de exención correspondiente.
17	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	Recibe ficha y copia del oficio de autorización de exención, revisa el porcentaje del apoyo y solicita al usuario el pago.
18	Usuario	Entrega el importe al Responsable del Área de Caja del Centro de Salud.
19	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	Recibe el importe de pago restante, emite "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, anexa al recibo original la "Ficha" y entrega ambos documentos junto con la copia de autorización de exención al usuario indicándole acuda al Área Médica y espere llamado para recibir consulta. Archiva para su control las copias del "Recibo Único de Pago". Deposita importe en la caja y espera que termine jornada laboral. **Se conecta a la operación No. 21.**
20	Usuario	Recibe ficha, copia del oficio de autorización de exención y recibo de pago original, atiende indicaciones y acude al Área Médica. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la atención médica del Manual de Procedimientos de Consulta Externa en Unidades de Salud de Primer Nivel y Administrativas del ISEM.**
21	Responsable del Área de Caja del Centro de Salud	Al finalizar su jornada laboral requisita el formato "Corte de Caja", anexa las copias de los "Recibos Únicos de Pago" que extrae de archivo y el importe recaudado por cuotas de recuperación y entrega al administrador o titular de la Coordinación Municipal, junto con los oficios originales de autorización de exención.
22	Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal	Recibe formato "Corte de Caja", las copias de los "Recibos Únicos de Pago", importe correspondiente y oficios de autorización de exención originales, revisa y archiva documentos. Con base en las cuotas de recuperación recaudadas elabora ficha de depósito en original y copia, deposita el dinero en la institución bancaria, obtiene copia de la ficha del depósito realizado debidamente sellada, registra en el libro de control y retiene ficha de depósito y espera a que concluya el mes.
23	Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal	Al final del mes recibe registros diarios por programa, se entera, requisita los formatos "Informe Mensual de los Programas Prioritarios de Salud" e "Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos", asimismo elabora en original y copia el "Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación", lo firma y anexa a la copia información adicional (descrita en las políticas) y la documentación soporte de la atención médica proporcionada (copias de recibos únicos de pagos, copia de ficha de depósito bancario, copia del reporte de los servicios proporcionados respecto a los programas prioritarios de salud y copia del reporte de exenciones otorgadas por escasos recursos) y turna al Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria para su gestión. Archiva original y copias de la documentación soporte y del informe previo acuse de recibido para su control. Asimismo le instruye al responsable del Área de Recursos Financieros realizar el trámite para la autorización de registro de las exenciones de pago, ante la Dirección de Finanzas del Instituto y le entrega los oficios originales de exención y registros diarios por programa.

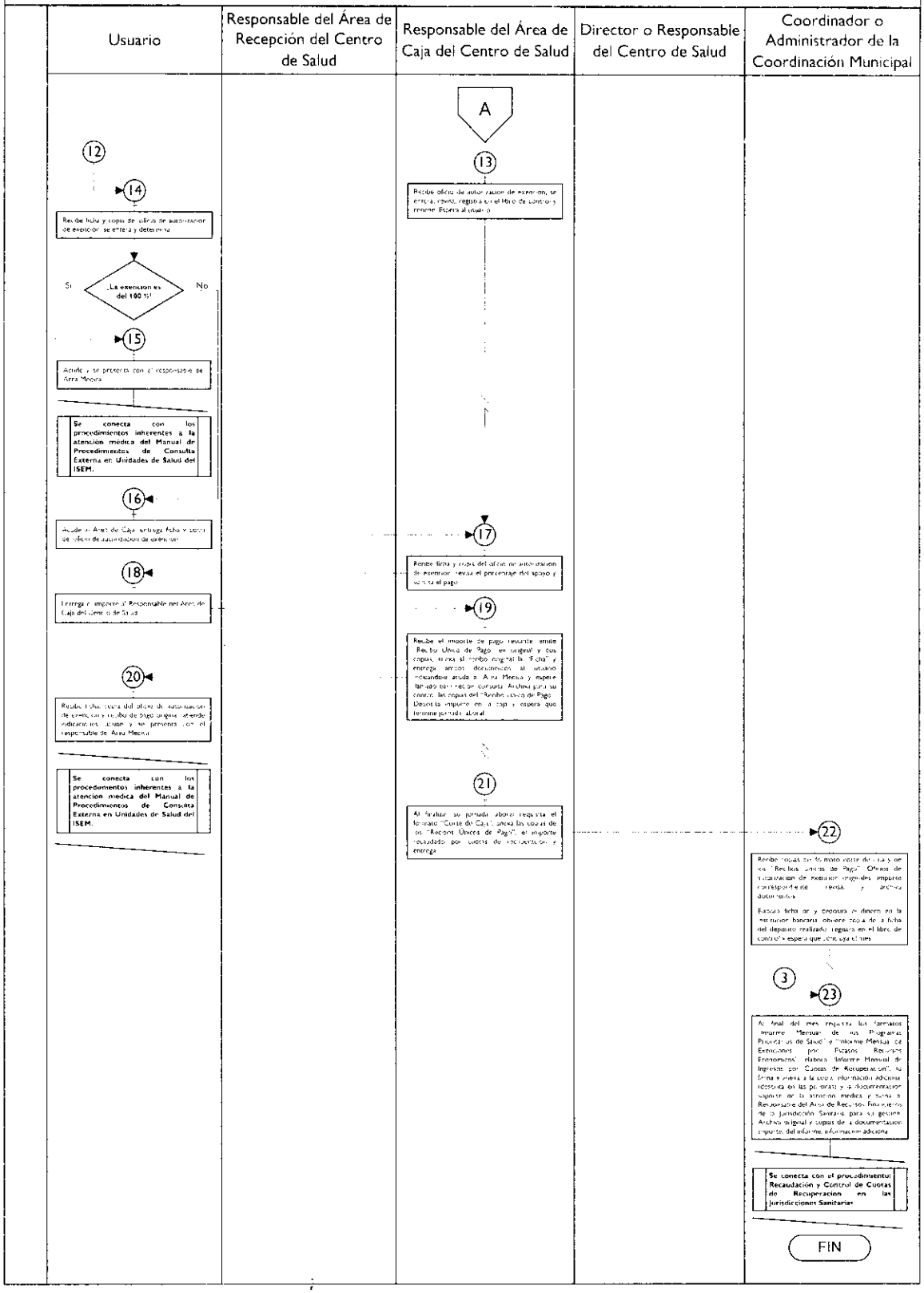
NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/PUESTO	DESCRIPCIÓN
		Se conecta con los procedimientos: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias y Autorización de Registro de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 1: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.



PROCEDIMIENTO 1: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el registro y cobro de servicios médicos por concepto de cuotas de recuperación:

No. mensual de servicios médicos otorgados por programas prioritarios de salud. / No. mensual de servicios médicos otorgados a los usuarios.	X 100 =	% de servicios médicos otorgados sin cobro alguno.
No. mensual de servicios médicos por exenciones otorgadas por escasos recursos económicos. / No. mensual de servicios médicos otorgados a los usuarios.	X 100 =	% de servicios médicos otorgados con exención de pago.
No. mensual de servicios médicos otorgados con cobro de cuota de recuperación. / No. mensual de servicios médicos otorgados a los usuarios.	X 100 =	% de servicios médicos otorgados con cobro de cuota de recuperación.

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- El servicio médico solicitado se encuentra registrado en los registros del Área de Recepción del Centro de Salud o, en su caso, dentro del Programa Prioritario de Salud.
- La atención médica y cobro del servicio quedan registrados en las copias de los recibos únicos de pago y el original de oficio de autorización de exención de pago y resguardadas en los archivos de la Coordinación Municipal.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Recibo Único de Pago.
- Corte de Caja.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Recibo Único

1/FOLIO:

2/FECHA: _____ 3/EXPEDIENTE No. _____ 4/ T. DE ATENCIÓN: _____

5/CUOTA: _____

6/ RECIBIMOS DE: _____

7/CON DOMICILIO: _____

8/CON R.F.C. _____. POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

9/ CLAVE DEL SERVICIO	10/ DESCRIPCION	11/ CANTIDAD	12/ VALOR UNITARIO	13/ IMPORTE
14/ CANTIDAD CON LETRA:			15/ TOTAL $	

16/ SELLO | 17/ NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO | 18/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

217B30000-013-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo: Registrar el número de servicios otorgados a los usuarios de los Centros de Salud del Instituto, así como el costo de los mismos, con el fin de llevar a cabo su control y comprobación ante las autoridades competentes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original lo conserva el usuario y las copias se resguardan en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Registrar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Anotar el número del expediente que le fue asignado y con el que se identifica al paciente.
4	T. DE ATENCIÓN:	Anotar el tipo de atención proporcionada al Paciente en el Hospital.
5	CUOTA:	Registrar el nivel del tabulador sobre el cual se cobrará la cuota de recuperación al paciente.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).
7	CON DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
8	CON R.F.C.	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del paciente si no cuenta con este la leyenda no aplica
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Anotar el número de los servicios proporcionados al usuario, por cada concepto.
12	VALOR UNITARIO	Anotar el costo oficial del servicio proporcionado.
13	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
14	CANTIDAD CON LETRA:	Anotar con letra el resultado del importe total de los servicios proporcionados, estipulados con número en el apartado no. 15.
15	TOTAL	Realizar y anotar el resultado de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
16	SELLO	Colocar el sello de la unidad aplicativa que realiza el cobro de la cuota.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar nombre completo y firma del cajero responsable que realiza el cobro.
18	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar la clave oficial asignada a la unidad aplicativa para su identificación.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

CORTE DE CAJA

CENTRO DE SALUD: (1)
FECHA: (2)
TURNO:(3)
PERIODO REPORTADO DEL (4)_____ AL _____ DE _____

BILLETES (5)

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	$1,000.00	
	500.00	
	200.00	
	100.00	
	50.00	
	20.00	

SUBTOTAL $(6)_____

MONEDA FRACCIONADA (7)

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	10.00	
	5.00	
	2.00	
	1.00	
	0.50	
	0.20	
	0.10	

SUBTOTAL $(8) _____
TOTAL EFECTIVO (9)_____
IMPORTE TOTAL DE RECIBOS (10)_____
DIFERENCIAS (11)_____

RECIBOS ÚNICOS DE PAGO UTILIZADOS (12)

DEL	AL	TOTAL DE RECIBOS	IMPORTE

RECIBOS FALTANTES O CANCELADOS FOLIO No. (13)

CAJERO RESPONSABLE (14)	COORDINADOR O ADMINISTRADOR MUNICIPAL (15)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-084-08.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CORTE DE CAJA.

Objetivo: Registrar y realizar el corte diario de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación en los Centros de Salud del Instituto, a efecto de delimitar responsabilidades ante cualquier aclaración.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	Centro de Salud:	Anotar el nombre del Centro de Salud que reporta el arqueo de caja.
2	Fecha:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el corte de caja.
3	Turno	Registra el turno que reporta el corte de caja.
4	Período reportado del _ al _ de_	Escribir la fecha de inicio y término del período sobre el cual se elabora el arqueo de efectivo.
5	Billetes	Registrar la cantidad de billetes, de acuerdo a su denominación, así como el importe de cada uno de ellos.
6	Subtotal	Anotar importe total de lo obtenido en billetes.
7	Moneda fraccionaria	Indicar la cantidad obtenida en monedas, de acuerdo a su denominación, así como el importe por cada una de ellas.
8	Subtotal	Anotar importe total de lo obtenido en monedas.

9	Total efectivo	Registrar suma de los importes totales tanto de billetes como de monedas.
10	Importe total de recibos	Anotar el importe total de lo registrado en los recibos oficiales expedidos durante el período del cual se elabora el arqueo de efectivo.
11	Diferencias	Indicar las diferencias que pudiesen existir entre el importe total de lo recaudado en efectivo y el importe total de lo registrado en los recibos expedidos.
12	Recibos únicos expedidos	Anotar el número de folio del recibo con que se da inicio al período, así como el número de folio del recibo con que se cierra dicho período, cabe señalar que pueden realizarse varios registros en un mismo período, debido a la utilización de diferentes dotaciones de recibos.
13	Recibos faltantes o cancelados folio No.	Indicar el número de folio de los recibos faltantes o cancelados.
14	Cajero Responsable	Escribir el nombre y firma del responsable de la caja, que realiza el arqueo de efectivo.
15	Coordinador o Administrador Municipal	Anotar el nombre, cargo y firma del Coordinador o Administrador Municipal.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos Depositados Contra Informados

JURISDICCIÓN: (1)

PERIODO DEL (2) AL (2) DE (2) DEL (2)

DIA	CENTRO DE SALUD (4)								TOTAL DEL MES	TRANSITO DEL MES ANTERIOR	OTROS	TOTAL
(3)									(5)	(6)	(7)	(8)
SUBTOTAL	(9)											

DEPÓSITOS EN TRÁNSITO	(10)											
TOTAL DEPOSITADO	(11)											
[illegible]	(12)											
[illegible]	(13)											

COORDINADOR O ADMINISTRADOR MUNICIPAL	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS
(14)	(15)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-135-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

INFORME MENSUAL DE INGRESOS DEPOSITADOS CONTRA INFORMADOS.

Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos por concepto de cuotas de recuperación y su respectiva conciliación con lo depositado en la cuenta bancaria asignada, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN	Escribir el nombre de la Jurisdicción que realiza la conciliación de la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	DÍA	Anotar día en que se realiza cada uno de los depósitos.
4	CENTRO DE SALUD	Indicar el número del centro de salud que registra el depósito.
5	TOTAL DEL MES	Indicar la suma total de los depósitos realizados en el mes.
6	TRÁNSITO DEL MES ANTERIOR	Indicar el monto de los depositados y que se encuentran en tránsito previo a la conciliación y que corresponden al mes anterior.
7	OTROS	Escribir el otro tipo de depósitos incluidos en el informe.
8	TOTAL	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
9	SUBTOTAL	Escribir la sumatoria preliminar de cada uno de los conceptos informados por período.
10	DEPÓSITOS EN TRÁNSITO	Indicar el monto de los depositados y que se encuentran en tránsito previo a la conciliación correspondiente al período.
11	TOTAL DEPOSITADO	Anotar el monto total depositado por período.
12	TOTAL INFORMADO EL PRIMER DÍA HÁBIL	Anotar el monto real depositado el primer día hábil de la conciliación.
13	SOBRANTES Y/O FALTANTES	Anotar las cantidades faltantes y/o excedentes por período.
14	COORDINADOR O ADMINISTRADOR MUNICIPAL	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital/Centro de Salud.
15	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre y firma del Jefe de Re cursos Financieros del Hospital/Centro de Salud.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN

PERIODO DEL (1)	**AL**	**DE**	**DEL**	**No. (2)**
JURISDICCIÓN (3)				

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS		IMPORTE(7)
	DEL (5)	AL (6)	
TOTAL **(8)**			

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (12)	**ADMINISTRADOR (13)**	**SERVICIOS MÉDICOS(9)**_____ **OTROS(10)**_____ **TOTAL(11)** _____
NOMBRE Y FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA**	

217B30000-087-08.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación, con el fin de realizar los movimientos contables correspondientes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO DEL	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
2	NO.	Indicar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que se realice.
3	JURISDICCIÓN	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
4	UNIDAD	Indicar el nombre de cada uno de los Centros de Salud de los cuales se elabora el informe.
5	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Escribir el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada uno de los Centros de Salud.
6	RECIBOS UTILIZADOS AL	Anotar el número de folio de los recibos con que terminaron el período del informe de cada una de las unidades.
7	IMPORTE	Indicar la cantidad total de los recibos expedidos por cada uno de los Centros de Salud durante el período que se informe.
8	TOTAL	Realizar la sumatoria de los importes registrados por concepto de importe.
9	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar el importe obtenido por los servicios médicos proporcionados, durante el período que se informa.
10	OTROS	Registrar el importe obtenido por concepto diferente a los servicios médicos proporcionados, durante el período que se informa.
11	TOTAL	Indicar el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
12	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria de la cual se elabora el informe.
13	ADMINISTRADOR	Registrar nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción Sanitaria de la cual se elabora el informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular

PERIODO DEL (1) AL (1) DE (1) DEL (1)	No. (2)
JURISDICCION (3)	

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS (5)		IMPORTE (6)
	DEL	AL	
TOTAL (7)			

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (8)	ADMINISTRADOR (9)	SERVICIOS MEDICOS ____(10)____
		OTROS ____(11)____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	TOTAL ____(12)____

217B30000-087-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
2	No	Anotar el número de folio asignado al Informe.
3	JURISDICCIÓN	Escribir el nombre de la Jurisdicción que emite la información.
4	UNIDAD	Escribir el nombre de la(s) Unidad(es) que emite(n) la información.
5	RECIBOS UTILIZADOS	indicar el número de folio inicial, el folio final recibos obtenidos en el período.
6	IMPORTE	Indicar el importe por unidad y por período reportado.
7	TOTAL	Escribir la suma total de las unidades que reportan.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar la cantidad reportada por concepto por servicios médicos.
11	OTROS	Anotar la cantidad reportada por otros conceptos.
12	TOTAL	Anotar la suma total de los conceptos de servicios médicos y otros.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Coordinación o Centro de Salud

PERIODO DEL (1) AL (1) DE (1) DEL (1)	No (2)
COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD (3)	

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS (5)		IMPORTE (6)
	DEL	AL	
TOTAL (7)			

COORDINADOR DIRECTOR CENTRO DE SALUD (8)	ADMINISTRADOR (9)	SERVICIOS MEDICOS ____(10)____
		OTROS _____ (11)_____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	TOTAL _____(12)_____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
2	No	Anotar el número de folio asignado al Informe.
3	COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD	Escribir el nombre de la Coordinación o Centro de Salud que emite la información.
4	UNIDAD	Escribir el nombre de la(s) Unidad(es) que emite(n) la información.
5	RECIBOS UTILIZADOS	Indicar el número de folio inicial, el folio final recibos obtenidos en el período.
6	IMPORTE	Indicar el importe por unidad y por período reportado.
7	TOTAL	Escribir la suma total de las unidades que reportan.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar la cantidad reportada por concepto por servicios médicos.
11	OTROS	Anotar la cantidad reportada por otros conceptos.
12	TOTAL	Anotar la suma total de los conceptos de servicios médicos y otros.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

2117B30000-028-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO DEL SEGURO POPULAR.
Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.
Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	*Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.*

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD

RECIBOS CANCELADOS	(7)

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCION/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

21B30000-033-13

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CONTROL DE RECIBOS OFICIALES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
RECIBOS CANCELADOS:			(7)								

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCION/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

21753000-093-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

CONTROL DE RECIBOS OFICIALES DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud

JURISDICCIÓN: (1)

MES: (2)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	No. DE SERVICIOS (3)	COSTO UNITARIO (4)	TOTAL (5)
ALACRANISMO			
DENGUE			
PALUDISMO			
RICKETTSIOSIS			
BRUCELOSIS			
TENIOSIS - CISTICERCOSIS			
LEPTOSPIROSIS			
RABIA			
CHAGAS			
ATENCIÓN A PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL			
SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR			
PLANIFICAIÓN FAMILIAR			
CÁNCER CÉRVICO - UTERINO			
CÁNCER DE MAMA			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA (CONTROL PRENATAL)			
SEGURO ESCOLAR			
DIABETES MELLITUS			
HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIAS			
ADULTOS MAYORES (A PARTIR DE 60 AÑOS)			
DISCAPACITADAS FÍSICAS, SENSORÍA E INTELECUAL			
SALUD BUCAL			
SALUD DEL NIÑO (IRA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (EDA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (ATENCIÓN Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS)			
LEPRA			
TUBERCULÓSIS			
CÓLERA			
VIH - SIDA			
ADICCIONES			
TOTAL: (6)			

OBSERVACIONES: (7)

ELABORÓ (8)	AUTORIZÓ (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación por programa prioritario de salud.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual del Programa Oportunidades

JURISDICCIÓN: (1)

MES: (2)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	No. DE SERVICIOS (3)	COSTO UNITARIO (4)	TOTAL (5)
ALACRANISMO			
DENGUE			
PALUDISMO			
RICKETTSIOSIS			
BRUCELOSIS			
TENIOSIS - CISTICERCOSIS			
LEPTOSPIROSIS			
RABIA			
CHAGAS			
ATENCIÓN A PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL PONZOÑOSO			
SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR			
PLANIFICAIÓN FAMILIAR			
CÁNCER CERVICO - UTERINO			
CÁNCER DE MAMA			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA (CONTROL PRENATAL)			
SEGURO ESCOLAR			
DIABETES MELLITUS			
HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIAS			
ADULTOS MAYORES (A PARTIR DE 60 AÑOS)			
DISCAPACITADAS FÍSICAS, SENSORÍA E INTELECUAL			
SALUD BUCAL			
SALUD DEL NIÑO (IRA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (EDA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (ATENCIÓN Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS)			
LEPRA			
TUBERCULÓSIS			
CÓLERA			
VIH - SIDA			
ADICCIONES			
TOTAL: (6)			

OBSERVACIONES: (7)

ELABORÓ (8)	AUTORIZÓ (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación por programa prioritario de salud.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos

JURISDICCIÓN: (1)	**PERÍODO: (2)**	**FECHA: (3)**

NOMBRE DEL PACIENTE (4)	**NO. DE EXPEDIENTE (5)**	**FOLIO RECIBO DE EXENCIÓN (6)**		**NO. DE OFICIO DE SOLICITUD (7)**	**FECHA (8)**	**IMPORTE DE LA EXENCIÓN (9)**
		DEL	**AL**			
				TOTAL: (10)		

OBSERVACIONES: (11)

ELABORÓ (12)	REVISÓ (13)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-097-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE EXENCIONES POR ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de las exenciones por escasos recursos.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	PERÍODO::	Indicar el período que se reporta.
3	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se requisita el formato.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir el nombre del paciente a quien se le otorgo la exención.
5	NO. DE EXPEDIENTE	Registrar el número del expediente correspondiente al paciente.
6	FOLIO RECIBO DE EXENCIÓN	Anotar el número de folio del recibo de pago.
7	NO. DE OFICIO DE SOLICITUD	Registrar el número de oficio de solicitud de exención.
8	FECHA	Anotar la fecha individual en que se otorgo la exención por paciente.
9	IMPORTE DE LA EXENCIÓN	Escribir el importe exentado por paciente.
10	TOTAL:	Anotar la sumatoria total.
11	OBSERVACIONES	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
12	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
13	REVISÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación

UNIDAD MEDICA: (1)

PERIODO DEL (2) AL (2) DE (2) DEL (2)

DESCRIPCION DEL SERVICIO	No. DE SERVICIOS (3)	COSTO UNITARIO (4)	TOTAL (5)
CONSULTA DE ESPECIALIDAD			
CONSULTA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD			
HOSPITALIZACION			
DIA INCUBADORA			
CIRUGIA			
TRAUMATOLOGIA			
DERMATOLOGIA			
MEDICINA FISICA			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
SERVICIOS DIVERSOS			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO			
TAMIZ			
OTROS			
TOTAL	(6)	(6)	(6)

OBSERVACIONES: (7)

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (8)	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN.

Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos por cuotas de recuperación en el programa para una nueva generación, tanto a nivel central como en las jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período.
3	NUMERO DE SERVICIOS	Anotar el tipo y número de servicios otorgados.
4	COSTO UNITARIO	Indicar el costo por servicio.
5	TOTAL	Indicar el total obtenido de multiplicar el número de servicios X el costo unitario.
6	TOTAL	Indicar la sumatoria total por tipo y número de servicios realizados por período.
7	OBSERVACIONES	Escribir las observaciones pertinentes en casos excepcionales.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de Jurisdicción.
9	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL	Anotar el nombre y firma del Administrador Jurisdiccional.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular

UNIDAD MÉDICA: (1)	FECHA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3) DEL (3)

AFILIADOS (4)	NO AFILIADOS (5)	TOTAL (6)

CAUSAS DE NO AFILIACIÓN (7)

DERECHOHABIENTE ISSSTE	
DERECHOHABIENTE IMSS	
DERECHOHABIENTE ESSEMYM	
VIVE EN OTRO ESTADO	
ECONÓMICAMENTE PUEDE PAGAR	
OTRO	
TOTAL NO AFILIADOS (8)	

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (9) ADMINISTRADOR (10)

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE AFILIACIÓN Y NO AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.
Objetivo:
Indicar de manera eficiente y oportuna el número de ingresos en el programa Seguro Popular, tanto a nivel central como en las jurisdicciones Sanitarias del Instituto.
Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	FECHA	Indicar el día, mes y año correspondiente al período reportado.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	AFILIADOS	Anotar el número de personas afiliadas.
5	NO AFILIADOS	Anotar el número de personas no afiliadas.
6	TOTAL	Indicar el total obtenido de sumar los afiliados y los no afiliados.
7	CAUSAS DE NO AFILIACIÓN	Marcar la causa por la que no fueron afiliados.
8	TOTAL NO AFILIADOS	Escribir la cantidad total de personas no afiliadas.
9	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio

UNIDAD MÉDICA: (1)							
PERIODO DEL (2) AL (2) DE (2) DEL (2)							
CLAVE DEL SERVICIO (3)	NOMBRE DEL SERVICIO (4)	NÚMERO DE SERVICIOS (5)			TOTAL SERVICIOS (6)	IMPORTE TOTAL (7)
		CONSULTA EXTERNA	URGENCIA	HOSPITALIZACIÓN		

ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL (8)

NOMBRE Y FIRMA

JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS (8)

NOMBRE Y FIRMA

217B30000-177-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SERVICIOS OTORGADOS POR EL ÁREA DE LABORATORIO.		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio en el área de laboratorio, tanto a nivel central como en las jurisdicciones sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
4	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
6	TOTAL DE SERVICIOS	Indicar la suma total de servicios otorgados en el período.
7	IMPORTE TOTAL	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.

8	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL	Anotar el nombre y firma del Administrador Jurisdiccional.
9	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre y firma del Jefe de Recursos Financieros.

PROCEDIMIENTO 2: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.

OBJETIVO:

Concentrar y registrar los ingresos recaudados en los Centros de Salud del ISEM, por concepto de cuotas de recuperación por servicios de salud brindados, mediante su recaudación y control en las Jurisdicciones Sanitarias.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM que tengan a su cargo y responsabilidad la conciliación de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación en los Centros de Salud.

REFERENCIAS:

- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título I, Capítulo IV Artículo 2.7 Fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Primero, Capítulo I Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII: Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000: Dirección de Finanzas; 217B50010 - 217B50028: Jurisdicciones Sanitarias. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Dirección de Finanzas es la unidad administrativa responsable de coordinar las actividades de control de cuotas de recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

El Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal deberá:

- Recibir documentación soporte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, efectuar correcciones y enviar a la Jurisdicción Sanitaria para su conciliación.

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Recibir Informe de Ingresos captados en las Jurisdicciones Sanitarias, registrar y archivar.

El Jefe del Departamento de Contabilidad deberá:

- Recibir informe de ingresos captados en las Jurisdicciones Sanitarias por concepto de cuotas de recuperación, registrar, contabilizar, generar Póliza de Ingresos y archivar para su control.
- Generar Cuenta por Cobrar de acuerdo con los ingresos depositados y retiros de la Jurisdicción Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación.

El Jefe del Departamento de Tesorería deberá:

- Retirar diariamente de las instituciones bancarias los ingresos depositados, registrar, contabilizar, generar Póliza de la Cuenta por Cobrar. Asimismo, elaborar y enviar diariamente al Departamento de Control y Registro de Cuotas la Hoja de Retiros.

El Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria deberá:

- Recibir documentación soporte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, revisar, realizar conciliación y determinar su correcta integración.
- Realizar observaciones y devolver la documentación soporte a la Coordinación Municipal para que realice las correcciones o aclaraciones pertinentes.

- Concentrar la información de las diferentes unidades médicas, emitir el Reporte Mensual de Ingresos por Servicio, elaborar oficio de envío en original y cinco copias y distribuir.

DEFINICIONES:

- **Cuota de Recuperación:** Efectivo a pagar por la prestación de servicios de salud al usuario no considerado como un servicio prioritario de acuerdo como lo establece el contrato de prestación de servicios de salud.
- **Programa Prioritario de Salud:** Es aquel que se centra en obtener mejores resultados de salud; estableciendo metas específicas para su condición de interés.
- **Exención:** Es el beneficio que el Instituto otorga a los usuarios de bajos recursos económicos y por el cual el contribuyente puede dejar de pagar en parte o por completo el servicio médico otorgado.
- **Recaudación:** Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución.
- **Seguro Popular**: Aseguramiento público en materia de salud a todas las familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.
- **Programas Prioritarios de Salud:** Adicciones, Cólera y diarreas, Salud bucal, Violencia de género Micobacteriosis, Salud del niño, Tuberculosis, Vectores, Urgencias epidemiológicas, Adulto y anciano, Zoonosis, VIH / SIDA, Salud reproductiva, Obesidad, Diabetes mellitus, Cáncer de mama, Cáncer cervicouterino, Salud del migrante, Atención integral de las personas con discapacidad, Seguridad vial, Laboratorio de biológicos, Escuela y salud, Arranque parejo en la vida e Igualdad de género.

INSUMOS:

- Documentación soporte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación en los Centros de Salud. (copias de recibos únicos de pagos, copia de ficha de depósito bancario, copia del reporte de los servicios proporcionados respecto a los programas prioritarios de salud y copia del reporte de exenciones otorgadas por escasos recursos económicos).

RESULTADOS:

- Informe Mensual Global de Ingresos.
- Hoja de Retiros.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Recaudación y Control de Cotas de Recuperación en los Centros de Salud.
- Conciliación de Ingresos Recaudados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación.

POLÍTICAS:

- El Administrador y/o el Responsable del Área de Recursos Financieros se encargarán de realizar el informe global de los ingresos recaudados, tomando en consideración el total de los Centros de Salud bajo su responsabilidad, para lo cual deberá obtener el visto bueno del Administrador y del Jefe de la Jurisdicción mediante firmas autógrafas.
- Las Jurisdicciones Sanitarias realizarán el corte de los ingresos por cuotas de recuperación tomando en consideración del primer día al último del mes que corresponda al informe y deberán enviarlo el primer día hábil del mes siguiente al Departamento de Contabilidad y al Departamento de Control y Registro de Cuotas para realizar en este último la conciliación de cuotas de recuperación.
- El Reporte Mensual que presenten las Jurisdicciones Sanitarias al Departamento de Control y Registro de Cuotas, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, deberá contener la siguiente información:

1. Informe Mensual de Ingresos Depositados contra Informados.
2. Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
3. Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
4. Informe Mensual de Ingresos por Coordinación o Centro de Salud.
5. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación
6. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
7. Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación.
8. Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular.
9. Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
10. Informe Mensual del Programa Oportunidades.
11. Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
12. Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
13. Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular.

14. Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio.

La información deberá coincidir con el importe del informe de ingresos enviado el primer día hábil, debiendo estar validado mediante firmas autógrafas.

El Departamento de Control y Registro de Cuotas de recuperación verificará a través de supervisiones que la aplicación de políticas y procedimientos para el manejo de cuotas de recuperación y exenciones por escasos recursos económicos se realicen de acuerdo a los lineamientos establecidos.

DESARROLLO:

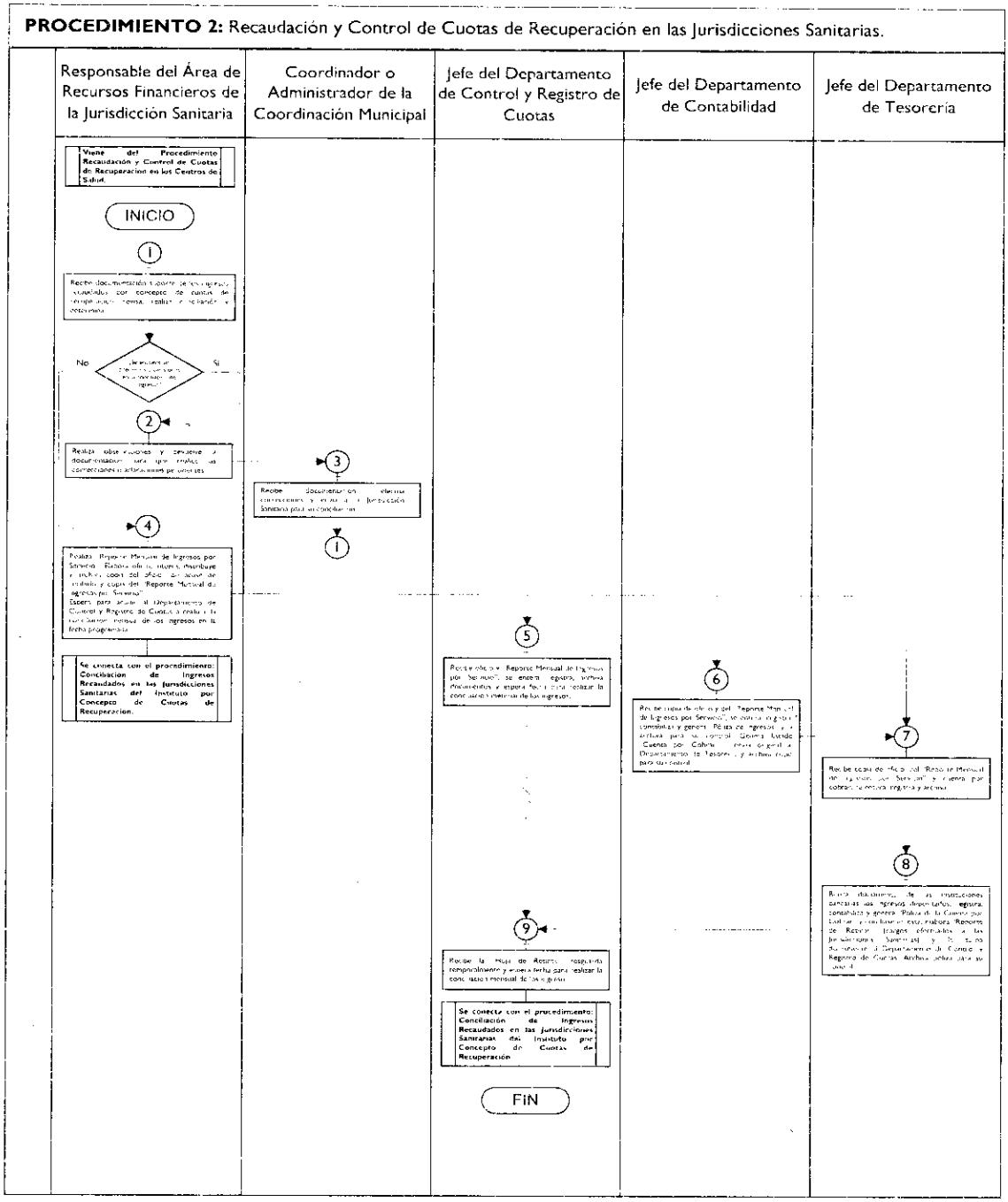
PROCEDIMIENTO 2: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA /PUESTO	ACTIVIDAD
		Viene del Procedimiento Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.
1	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe "Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación" recaudados en los Centros de Salud por concepto de cuotas de recuperación con documentación soporte (copias de recibos únicos de pagos, copia de ficha de depósito bancario, copia del reporte de los servicios proporcionados respecto a los programas prioritarios de salud y copia del reporte de exenciones otorgadas por escasos recursos económicos), revisa, realiza conciliación de ingresos y determina: **¿Se encuentran diferencias u omisiones en la conciliación de ingresos?**
2	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	**Si se encuentran diferencias u omisiones en la conciliación de ingresos.** Realiza observaciones y devuelve la documentación soporte a la Coordinación Municipal para que realice las correcciones o aclaraciones pertinentes. Retiene el Informe Mensual de Ingresos.
3	Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal	Recibe documentación soporte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, efectúa correcciones y envía al Responsable del área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria. **Se conecta con la operación No. 1.**
4	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	**No se encuentran diferencias u omisiones en la conciliación de ingresos.** Con base en la información de las diferentes unidades médicas realiza los formatos de los informes señalados en el apartado de políticas en original y cinco copias, elabora oficio de envío en original y cinco copias, integra y distribuye: oficio original y "Reporte Mensual de Ingresos por Servicio" al Departamento de Control y Registro de Cuotas y una copia del oficio y del "Reporte Mensual de Ingresos por Servicio" a los Departamentos de Contabilidad y Tesorería; a la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria; y para conocimiento de la Administración de la Jurisdicción Sanitaria y copia de acuse de recibido para archivo/minutario. Archiva la documentación soporte de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación y espera fecha programada para la conciliación mensual de los ingresos con el Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas. **Se conecta con el procedimiento: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación.**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe oficio original, los formatos de los informes y el Reporte Mensual de Ingresos por Servicio captados en las Jurisdicciones Sanitarias, se entera, acusa de recibido en copia y la devuelve, registra, archiva los documentos recibidos y espera que el Departamento de Tesorería le envié la Hoja de Retiros.
6	Jefe del Departamento de Contabilidad	Recibe copia de oficio y del "Reporte Mensual de Ingresos por servicio", captados en las Jurisdicciones Sanitarias, acusa de recibido en copia y devuelve, se entera, registra, contabiliza y genera "Póliza de Ingresos" y la archiva para su control junto con las copias de los documentos recibidos. De acuerdo con los ingresos depositados y retiros de la Jurisdicción Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación, genera listado de "Cuenta por Cobrar" y envía original al Departamento de Tesorería y archiva copia para su control.
7	Jefe del Departamento de Tesorería	Recibe copia de oficio y el "Reporte Mensual de Ingresos por Servicio" captados en las Jurisdicciones Sanitarias y listado de "Cuenta por Cobrar", acusa de recibido en copia, devuelve, se entera, registra y archiva.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA /PUESTO	ACTIVIDAD
8	Jefe del Departamento de Tesorería	Retira de las instituciones bancarias los ingresos depositados, registra, contabiliza y genera "Póliza de la Cuenta por Cobrar" y con base en está, elabora "Hoja de Retiros" (cargos efectuados a las Jurisdicciones Sanitarias) y la turna al Departamento de Control y Registro de Cuotas. Archiva póliza para su control.
9	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe la "Hoja de Retiros", archiva y espera fecha para realizar la conciliación mensual de los ingresos. **Se conecta con el procedimiento: Conciliación de Ingresos Recaudados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación operación No 2.**

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 2: Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en el reporte de cuotas de recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.

Ingresos mensuales por Jurisdicción Sanitaria reportados. / Monto mensual de los ingresos recaudados por concepto de recuperación en los Centros de Salud recibidos en la jurisdicción Sanitaria.	X 100 =	% de Ingresos mensuales por servicio médico reportados por la Jurisdicción Sanitaria para su conciliación.

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- La documentación soporte de ingresos recaudados por cuotas de recuperación se encuentran registrados y resguardados en los archivos del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
- El oficio de envío, el original del Reporte Mensual de Ingresos por Servicio y la Hoja de Retiros se encuentran registrados y resguardados en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- La Póliza de Ingresos y la Cuenta por Cobrar se encuentran registrados y resguardados en los archivos del Departamento de Contabilidad.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos Depositados Contra Informados

JURISDICCION: (1)

PERIODO DEL (2) AL (2) DE (2) DEL (2)

DIA	CENTRO DE SALUD (4)								TOTAL DEL MES	TRANSITO DEL MES ANTERIOR	OTROS	TOTAL
(3)									(5)	(6)	(7)	(8)
SUBTOTAL	(9)											
DEPOSITOS EN TRANSITO	(10)											
TOTAL DEPOSITADO	(11)											
TOTAL INFORMADO DE LAS UNIDADES	(12)											
FALTANTES O SOBRANTES	(13)											

COORDINADOR O ADMINISTRADOR MUNICIPAL	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

INFORME MENSUAL DE INGRESOS DEPOSITADOS CONTRA INFORMADOS.

Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos por concepto de cuotas de recuperación y su respectiva conciliación con lo depositado en la cuenta bancaria asignada, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN	Escribir el nombre de la Jurisdicción que realiza la conciliación de la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	DÍA	Anotar día en que se realiza cada uno de los depósitos.
4	CENTRO DE SALUD	Indicar el número del centro de salud que registra el depósito.
5	TOTAL DEL MES	Indicar la suma total de los depósitos realizados en el mes.
6	TRÁNSITO DEL MES ANTERIOR	Indicar el monto de los depositados y que se encuentran en tránsito previo a la conciliación y que corresponden al mes anterior.
7	OTROS	Escribir el otro tipo de depósitos incluidos en el informe.
8	TOTAL	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
9	SUBTOTAL	Escribir la sumatoria preliminar de cada uno de los conceptos informados por período.
10	DEPÓSITOS EN TRÁNSITO	Indicar el monto de los depositados y que se encuentran en tránsito previo a la conciliación correspondiente al período.
11	TOTAL DEPOSITADO	Anotar el monto total depositado por período.
12	TOTAL INFORMADO EL PRIMER DÍA HÁBIL	Anotar el monto real depositado el primer día hábil de la conciliación.
13	SOBRANTES Y/O FALTANTES	Anotar las cantidades faltantes y/o excedentes por período.
14	COORDINADOR O ADMINISTRADOR MUNICIPAL	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital/Centro de Salud.
15	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre y firma del Jefe de Re cursos Financieros del Hospital/Centro de Salud.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN

PERIODO DEL (1)	**AL**	**DE**	**DEL**	**No. (2)**
JURISDICCIÓN (3)				

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS		IMPORTE(7)
	DEL (5)	AL (6)	
TOTAL **(8)**			

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (12)	**ADMINISTRADOR (13)**	**SERVICIOS MÉDICOS(9)**_____ **OTROS(10)**_____ **TOTAL(11)**_____
NOMBRE Y FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA**	

217B30000-087-08.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación, con el fin de realizar los movimientos contables correspondientes.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO DEL	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
2	NO.	Indicar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que se realice.
3	JURISDICCIÓN	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
4	UNIDAD	Indicar el nombre de cada uno de los Centros de Salud de los cuales se elabora el informe.
5	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Escribir el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada uno de los Centros de Salud.
6	RECIBOS UTILIZADOS AL	Anotar el número de folio de los recibos con que terminaron el período del informe de cada una de las unidades.
7	IMPORTE	Indicar la cantidad total de los recibos expedidos por cada uno de los Centros de Salud durante el período que se informe.
8	TOTAL	Realizar la sumatoria de los importes registrados por concepto de importe.
9	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar el importe obtenido por los servicios médicos proporcionados, durante el período que se informa.
10	OTROS	Registrar el importe obtenido por concepto diferente a los servicios médicos proporcionados, durante el período que se informa.
11	TOTAL	Indicar el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
12	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria de la cual se elabora el informe.
13	ADMINISTRADOR	Registrar nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción Sanitaria de la cual se elabora el informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular

PERIODO DEL (1) AL (1) DE (1) DEL (1)	No. (2)
JURISDICCIÓN (3)	

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS (5)		IMPORTE (6)
	DEL	AL	
TOTAL (7)			

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (8)	ADMINISTRADOR (9)	SERVICIOS MÉDICOS ____(10)____
		OTROS _____(11)_____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	TOTAL _____(12)_____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
2	No	Anotar el número de folio asignado al Informe.
3	JURISDICCIÓN	Escribir el nombre de la Jurisdicción que emite la información.
4	UNIDAD	Escribir el nombre de la(s) Unidad(es) que emite(n) la información.
5	RECIBOS UTILIZADOS	Indicar el número de folio inicial, el folio final recibos obtenidos en el período.
6	IMPORTE	Indicar el importe por unidad y por periodo reportado.
7	TOTAL	Escribir la suma total de las unidades que reportan.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar la cantidad reportada por concepto por servicios médicos.
11	OTROS	Anotar la cantidad reportada por otros conceptos.
12	TOTAL	Anotar la suma total de los conceptos de servicios médicos y otros.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Coordinacion o Centro de Salud

PERIODO DEL (1) AL (1) DE (1) DEL (1)	No. (2)
COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD (3)	

UNIDAD (4)	RECIBOS UTILIZADOS (5) DEL	AL	IMPORTE (6)
TOTAL (7)			

COORDINADOR / DIRECTOR CENTRO DE SALUD (8)	ADMINISTRADOR (9)	SERVICIOS MEDICOS ____ (10) ____
		OTROS ____ (11) ____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	TOTAL ____ (12) ____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE INGRESOS POR COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD.		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
2	No	Anotar el número de folio asignado al Informe.
3	COORDINACIÓN O CENTRO DE SALUD	Escribir el nombre de la Coordinación o Centro de Salud que emite la información.
4	UNIDAD	Escribir el nombre de la(s) Unidad(es) que emite(n) la información.
5	RECIBOS UTILIZADOS	Indicar el número de folio inicial, el folio final recibos obtenidos en el período.
6	IMPORTE	Indicar el importe por unidad y por período reportado.
7	TOTAL	Escribir la suma total de las unidades que reportan.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar la cantidad reportada por concepto por servicios médicos.
11	OTROS	Anotar la cantidad reportada por otros conceptos.
12	TOTAL	Anotar la suma total de los conceptos de servicios médicos y otros.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación

FECHA (1)

UNIDAD APLICATIVA (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10) — NOMBRE Y FIRMA

JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11) — NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO DEL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el periodo.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.
11	JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción / Jefe de Departamento.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
RECIBOS CANCELADOS.			(7)								

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217530000-093-13

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONTROL DE RECIBOS OFICIALES DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD

RECIBOS CANCELADOS:	(7)

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCION/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

21TE3000-193-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CONTROL DE RECIBOS OFICIALES DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERIODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el periodo.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud

JURISDICCIÓN: (1)

MES: (2)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	No. DE SERVICIOS	COSTO UNITARIO (4)	TOTAL (5)
ALACRANISMO			
DENGUE			
PALUDISMO			
RICKETTSIOSIS			
BRUCELOSIS			
TENIOSIS – CISTICERCOSIS			
LEPTOSPIROSIS			
RABIA			
CHAGAS			
ATENCIÓN A PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL PONZOÑOSO			
SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR			
PLANIFICAIÓN FAMILIAR			
CÁNCER CÉRVICO – UTERINO			
CÁNCER DE MAMA			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA (CONTROL PRENATAL)			
SEGURO ESCOLAR			
DIABETES MELLITUS			
HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIAS			
ADULTOS MAYORES (A PARTIR DE 60 AÑOS)			
DISCAPACITADAS FÍSICAS, SENSORÍA E INTELECUAL			
SALUD BUCAL			
SALUD DEL NIÑO (IRA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (EDA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (ATENCIÓN Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS)			
LEPRA			
TUBERCULÓSIS			
CÓLERA			
VIH – SIDA			
ADICCIONES			
TOTAL: (6)			

OBSERVACIONES: (7)

ELABORÓ (8)	AUTORIZÓ (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

INFORME MENSUAL DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación por programa prioritario de salud.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual del Programa Oportunidades

JURISDICCIÓN: (1)			
MES: (2)			
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	**No. DE SERVICIOS**	**COSTO UNITARIO (4)**	**TOTAL (5)**
ALACRANISMO			
DENGUE			
PALUDISMO			
RICKETTSIOSIS			
BRUCELOSIS			
TENIOSIS - CISTICERCOSIS			
LEPTOSPIROSIS			
RABIA			
CHAGAS			
ATENCIÓN A PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL PONZOÑOSO			
SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR			
PLANIFICAIÓN FAMILIAR			
CÁNCER CÉRVICO - UTERINO			
CÁNCER DE MAMA			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA (CONTROL PRENATAL)			
SEGURO ESCOLAR			
DIABETES MELLITUS			
HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIAS			
ADULTOS MAYORES (A PARTIR DE 60 AÑOS)			
DISCAPACITADAS FISICAS, SENSORÍA E INTELECUAL			
SALUD BUCAL			
SALUD DEL NIÑO (IRA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (EDA DE MENORES DE 5 AÑOS)			
SALUD DEL NIÑO (ATENCIÓN Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS)			
LEPRA			
TUBERCULOSIS			
CÓLERA			
VIH - SIDA			
ADICCIONES			
TOTAL: (6)			
OBSERVACIONES: (7)			
ELABORÓ (8)		AUTORIZÓ (9)	

217B30000-180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de cuotas de recuperación por programa prioritario de salud.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos

JURISDICCIÓN: (1)	PERÍODO: (2)	FECHA: (3)

NOMBRE DEL PACIENTE (4)	NO. DE EXPEDIENTE (5)	FOLIO RECIBO DE EXENCIÓN (6)		NO. DE OFICIO DE SOLICITUD (7)	FECHA (8)	IMPORTE DE LA EXENCIÓN (9)
		DEL	AL			
					TOTAL: (10)	

OBSERVACIONES: (11)

ELABORÓ (12)	REVISÓ (13)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-097-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE EXENCIONES POR ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de las exenciones por escasos recursos.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Registrar el nombre de la Jurisdicción a la cual corresponde el informe.
2	PERÍODO::	Indicar el periodo que se reporta.
3	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se requisita el formato.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir el nombre del paciente a quien se le otorgo la exención.
5	NO. DE EXPEDIENTE	Registrar el número del expediente correspondiente al paciente.
6	FOLIO RECIBO DE EXENCIÓN	Anotar el número de folio del recibo de pago.
7	NO. DE OFICIO DE SOLICITUD	Registrar el número de oficio de solicitud de exención.
8	FECHA	Anotar la fecha individual en que se otorgo la exención por paciente.
9	IMPORTE DE LA EXENCIÓN	Escribir el importe exentado por paciente.
10	TOTAL:	Anotar la sumatoria total.
11	OBSERVACIONES	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
12	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
13	REVISÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación

UNIDAD MÉDICA: (1)					
PERIODO DEL (2)	AL (2)	DE (2)		DEL (2)	

DESCRIPCION DEL SERVICIO	No. DE SERVICIOS (3)	COSTO UNITARIO (4)	TOTAL (5)
CONSULTA DE ESPECIALIDAD			
CONSULTA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD			
HOSPITALIZACION			
UNIDAD INCUBADORA			
CIRUGIA			
TRAUMATOLOGIA			
DERMATOLOGIA			
MEDICINA FISICA			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
SERVICIOS DIVERSOS			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO			
TAMIZ			
OTROS			
TOTAL	(6)	(6)	(6)

OBSERVACIONES (7)

JEFE DE LA JURISDICCION (8)	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
INFORME MENSUAL DE SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN.

Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos por cuotas de recuperación en el programa para una nueva generación, tanto a nivel central como en las jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período.
3	NUMERO DE SERVICIOS	Anotar el tipo y número de servicios otorgados.
4	COSTO UNITARIO	Indicar el costo por servicio.
5	TOTAL	Indicar el total obtenido de multiplicar el número de servicios X el costo unitario.
6	TOTAL	Indicar la sumatoria total por tipo y número de servicios realizados por período.
7	OBSERVACIONES	Escribir las observaciones pertinentes en casos excepcionales.
8	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de Jurisdicción.
9	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL	Anotar el nombre y firma del Administrador Jurisdiccional.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular

UNIDAD MEDICA (1) | FECHA (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3) DEL (3)

AFILIADOS (4)	NO AFILIADOS (5)	TOTAL (6)

CAUSAS DE NO AFILIACIÓN (7)

DERECHOHABIENTE ISSSTE	
DERECHOHABIENTE IMSS	
DERECHOHABIENTE ESSEMYM	
VIVE EN OTRO ESTADO	
ECONOMICAMENTE PUEDE PAGAR	
OTRO	
TOTAL NO AFILIADOS (8)	

JEFE DE LA JURISDICCIÓN (9)

NOMBRE Y FIRMA

ADMINISTRADOR (10)

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE AFILIACIÓN Y NO AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.		
Objetivo: Indicar de manera eficiente y oportuna el número de ingresos en el programa Seguro Popular, tanto a nivel central como en las jurisdicciones Sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Coordinación Municipal.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	FECHA	Indicar el día, mes y año correspondiente al período reportado.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	AFILIADOS	Anotar el número de personas afiliadas.
5	NO AFILIADOS	Anotar el número de personas no afiliadas.
6	TOTAL	Indicar el total obtenido de sumar los afiliados y los no afiliados.
7	CAUSAS DE NO AFILIACIÓN	Marcar la causa por la que no fueron afiliados.
8	TOTAL NO AFILIADOS	Escribir la cantidad total de personas no afiliadas.
9	JEFE DE LA JURISDICCIÓN	Anotar el nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio

UNIDAD MEDICA: (1)							
PERIODO DEL (2) AL (2) DE (2) DEL (2)							
CLAVE DEL SERVICIO (3)	NOMBRE DEL SERVICIO (4)	NUMERO DE SERVICIOS (5)			TOTAL SERVICIOS (6)	IMPORTE TOTAL (7)
		CONSULTA EXTERNA	URGENCIA	HOSPITALIZACION		

ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL (8) JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS (9)

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SERVICIOS OTORGADOS POR EL ÁREA DE LABORATORIO.		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio en el área de laboratorio, tanto a nivel central como en las jurisdicciones sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
4	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
6	TOTAL DE SERVICIOS	Indicar la suma total de servicios otorgados en el período.
7	IMPORTE TOTAL	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
8	ADMINISTRADOR JURISDICCIONAL	Anotar el nombre y firma del Administrador Jurisdiccional.
9	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre y firma del Jefe de Recursos Financieros.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Julio /2011
	Código:	217B50000/03
	Página	

PROCEDIMIENTO 3: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por Concepto de Cuotas de Recuperación.

OBJETIVO:

Verificar que los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación por servicios de salud en las Jurisdicciones Sanitarias sean aplicados correctamente, mediante su conciliación y aplicación de la normatividad vigente en la materia.

ALCANCE:

Aplica al personal del Departamento de Control y Registro de Cuotas y de las Jurisdicciones Sanitarias que intervienen en la conciliación de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuarto, artículo 15. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículo 17. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31300 Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50010 - 217B50028 Jurisdicciones Sanitarias. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de la conciliación de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación.

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Recibir del Administrador y del Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria copia fotostática del "Estado de Cuenta" y "Relación de Depósitos" en tránsito, archivar y realizar la conciliación de acuerdo con las hojas de retiro contra los cargos del estado de cuenta de la Jurisdicción Sanitaria.
- Realizar observaciones pertinentes y solicitar la aclaración de las mismas al Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
- Elaborar la "Conciliación de Ingresos", firmar, recabar firma de conformidad del Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria que se presenta a realizar la conciliación, entregar el original y archivar la copia, la cual se utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.

El Administrador y Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria deberá:

- Acudir al Departamento de Control y Registro de Cuotas el día y hora indicado en el calendario previamente establecido, realizar la conciliación mensual de los ingresos y entregar al Departamento de Control y Registro de Cuotas copia fotostática del Estado de Cuenta, Relación de Depósitos en Tránsito y copias firmadas de las fichas de depósito en tránsito.
- Enterarse de las observaciones y proceder a realizar la aclaración correspondiente en el momento de la conciliación o, en su caso, en la conciliación del mes siguiente.
- Recibir original de la conciliación de ingresos debidamente avalada, efectuar registro contable y emitir "Póliza de Diario y de Ingresos" de los movimientos realizados durante el mes. Codificar las cuentas y subcuentas utilizadas basadas en el Catálogo de Cuentas.
- Revisar, verificar los registros contables y "Póliza", capturar y procesar la información para obtener los registros contables por Centro de Salud, por Jurisdicción y Global, así como emitir el "Informe Financiero" correspondiente y archivarlo.
- Archivar para su control la "Conciliación de Ingresos" y "Póliza de Diario y de Ingresos".

DEFINICIONES:

CONCILIACIÓN: Es un procedimiento de control interno que consiste en verificar que los registros realizados por Instituto se encuentren también registradas por el banco, con el objeto de verificar los fondos depositados contra los ingresos obtenidos y, en su caso, detectar errores u omisiones en su manejo.

INSUMOS:

- Estado de Cuenta.
- Relación de Depósitos en tránsito (partidas en conciliación).

RESULTADOS:

- Conciliación de Ingresos.
- Póliza de Diario y de Ingresos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Recaudación y Control de las Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias.

POLÍTICAS:

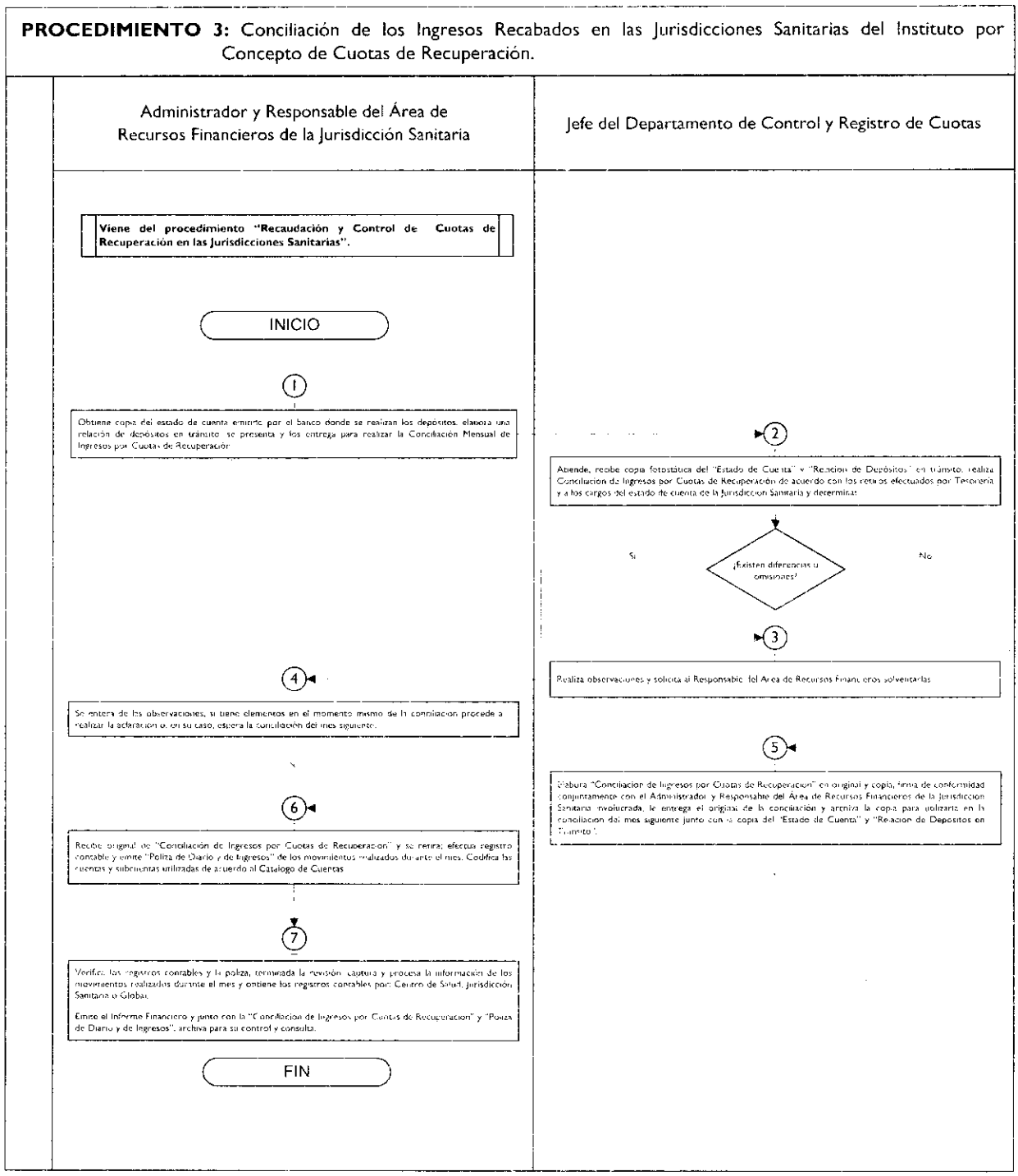
- Las copias de las fichas de depósito en tránsito deberán ser firmadas por el Administrador y el Jefe de Recursos financieros de la unidad.
- Proporcionada la información por las Jurisdicciones Sanitarias respecto a la recaudación de cuotas de recuperación no será susceptible de ser modificada en el mismo período que se informó, de existir errores en la misma, será responsabilidad de la unidad informante realizar su ajuste en el informe posterior al error.
- La conciliación mensual que lleven a cabo los Administradores y los responsables del área de Recursos Financieros de las Jurisdicciones Sanitarias ante el Departamento de Control y Registro de Cuotas se realizará de acuerdo con la fecha y hora indicadas en el calendario que para el efecto emita la Dirección de Finanzas del Instituto.
- Las Jurisdicciones Sanitarias proporcionarán de manera oportuna a las autoridades competentes del Instituto la documentación soporte sobre la recaudación y control de las cuotas de recuperación, para los efectos oficiales que se requieran.
- El Administrador de la Jurisdicción Sanitaria, deberá dar seguimiento a los resultados y sugerencias que se realicen con motivo de las supervisiones que lleve a cabo el Departamento de Control y Registro de Cuotas e informar de las acciones emprendidas para solventarlas.
- El administrador o jefe de recursos financieros depositarán las diferencias detectadas en las supervisiones realizadas por el Departamento de Control y Registro de Cuotas y las informaran en el mes inmediato posterior.
- La documentación soporte para la conciliación de ingresos comprenderá: copia del estado de cuenta, relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito de cuotas de recuperación, así como la información que el Departamento de Control y Registro de Cuotas solicite deberá estar validada mediante firmas autógrafas del Administrador y Jefe de Recursos Financieros.

DESARROLLO:

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
		Viene del procedimiento "Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias".

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1	Administrador y Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Obtiene copia del estado de cuenta emitido por el banco donde se realizan los depósitos, elabora una Relación de Depósitos en Tránsito (partidas en conciliación), copias de fichas de depósito en tránsito debidamente firmadas y de conformidad con el calendario previamente establecido en la circular emitida por la Dirección de Finanzas para el período correspondiente para la conciliación mensual de los ingresos por cuotas de recuperación se presenta en día y hora indicada y los entrega al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
2	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	Atiende al Administrador y al Responsable del Área de Recursos Financieros, recibe copia fotostática del "Estado de Cuenta" y "Relación de Depósitos en Tránsito", extrae del archivo las hojas de retiros que le turna diariamente el Departamento de Tesorería y realiza la Conciliación de los Ingresos por Cuotas de Recuperación de acuerdo con la "Hoja de Retiros" y a los cargos del estado de cuenta de la Jurisdicción Sanitaria y determina: **¿Existen diferencias u omisiones?**
3	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	**Si existen diferencias u omisiones.** Realiza observaciones y solicita al Responsable del Área de Recursos Financieros solventarlas.
4	Administrador y Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Se enteran de las observaciones, si tiene elementos en el momento mismo de la conciliación procede a realizar la aclaración o, en su caso, espera la conciliación del mes siguiente.
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	**No existen diferencias u omisiones o, ya fueron aclaradas o pospuestas para el mes siguiente.** Elabora "Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación" en original y copia, firma de conformidad conjuntamente con el Administrador y el Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria involucrada, le entrega el original de la conciliación y archiva la copia para utilizarla en la conciliación del mes siguiente junto con la copia del "Estado de Cuenta" y "Relación de Depósitos en Tránsito".
6	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe original de "Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación" y se retira, efectúa registro contable y emite "Póliza de Diario y de Ingresos" de los movimientos realizados durante el mes, codifica las cuentas y subcuentas utilizadas de acuerdo al Catálogo de Cuentas.
7	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Verifica los registros contables y la póliza, terminada la revisión, captura y procesa la información de los movimientos realizados durante el mes y obtiene los registros contables por: • Centro de Salud. • Jurisdicción Sanitaria. • Global. *Emite Informe Financiero y archiva la "Póliza de Diario y de Ingresos"* para su control y consulta.

DIAGRAMACIÓN:



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la conciliación de los ingresos por cuotas de recuperación.

$$\frac{\text{No. anual de conciliaciones realizadas sin diferencias en los registros contables por concepto de cuotas de recuperación.}}{\text{No. anual de reuniones de conciliación de ingresos por concepto de cuotas de recuperación programadas.}} \times 100 = \%$$

de conciliaciones por concepto de cuotas de recuperación sin errores u omisiones.

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- La información que sirve de base para la conciliación de los ingresos recaudados en las Jurisdicciones Sanitarias queda registrada en los "Estados de Cuenta" y "Relación de Depósitos en Tránsito", que se archivan en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- La conciliación de Ingresos original se encuentra registrada y resguardada en los archivos del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
- La copia de la conciliación de ingresos y el original de la Póliza de Diario y de Ingresos se encuentran registradas y resguardadas en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación

JURISDICCIÓN SANITARIA: (1)	
EJERCICIO: (2)	**MES: (3)**
FECHA DE CONCILIACIÓN: (4)	

CONCEPTO (5)	**IMPORTE (6)**
CUENTA POR COBRAR MES ANTERIOR	$
(+) INGRESOS CAPTADOS EN EL MES	$
(-) RETIROS DE TESORERIA (CARGOS DEL EDO. DE CUENTA)	$
(-) INGRESOS POR TERMINAL PUNTO DE VENTA	$
(+) DEPOSITOS POR TRANSFERENCIAS DE OFICINAS CENTRALES	$
CUENTA POR COBRAR	$
(+) INTERESES	$
(-) BONIFICACIÓN DE COMISIONES	
(+/-) INTERESES Y COMISIONES ACUMULADOS	$
CUENTA POR COBRAR DESPUES DE INTERES Y COMISION	$
(-) SALDO SEGUN ESTADO DE CUENTA DEL BANCO	$
(+) APERTURA DE CUENTA	$
(-) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR EL BANCO	
(+)DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR UNIDAD	
INGRESOS NO DEPOSITADOS	$
DEPOSITOS EN TRÁNSITO	$
DEPOSITOS EN TRÁNSITO POR TERMINAL PUNTO DE VENTA	$
ROBOS	$
SOBRANTES Y/O FALTANTES	$

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD (7)	RESPONSABLE DEL ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA UNIDAD (7)	DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN (8)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-091-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONCILIACIÓN DE INGRESOS POR CUOTAS DE RECUPERACIÓN.		
Objetivo: Verificar la relación de los ingresos captados y depositados por las Jurisdicciones Sanitarias a fin de vigilar su correcta aplicación o, en su caso, identificar y corregir desviaciones.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se encuentra en los archivos del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria y la copia en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	JURISDICCIÓN SANITARIA:	Anotar el nombre de la Jurisdicción Sanitaria que realiza la conciliación.
2	EJERCICIO:	Especificar el ejercicio fiscal dentro del cual se realiza la conciliación.
3	MES:	Indicar el mes del cual se realiza la conciliación.
4	FECHA DE CONCILIACIÓN:	Registrar el día, mes y año en que se realiza la conciliación.
5	CONCEPTO	Detallar los conceptos correspondientes a la conciliación.
6	IMPORTE	Escribir el importe correspondiente a los conceptos de la conciliación.
7	ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD	Registrar nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción Sanitaria, o bien, de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
7	RESPONSABLE DEL ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA UNIDAD	Registrar nombre y firma del Responsable del Área de Recursos Financieros de la Unidad, o bien, de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
8	DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN	Registrar nombre y firma de la persona que realiza la conciliación, por parte del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

PROCEDIMIENTO 4: Autorización de Registro de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

OBJETIVO:

Garantizar que la exención del pago de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios médicos asistenciales otorgados a los usuarios de bajos recursos económicos en los Centros de Salud se haya realizado conforme a los lineamientos establecidos, mediante la autorización de registro de exenciones.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública, Jurisdicciones Sanitarias y de la Dirección de Finanzas que tengan a su cargo el seguimiento o trámite para el otorgamiento de la autorización del registro de exenciones de pago de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

REFERENCIAS:

- **Acuerdo del Consejo Interno del Instituto de Salud por el que se autoriza el Tabulador de Cuotas de Recuperación en materia de Regulación Sanitaria.** Gaceta del Gobierno del Estado de México, 18 de octubre de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000 Dirección de Finanzas; 217B31300 Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública; 217B31302 Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50010 - 217B50028 Jurisdicciones Sanitarias. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública es la unidad administrativa responsable de supervisar las actividades relacionadas con la autorización del registro de exenciones de pago de las cuotas de recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto por concepto de servicio médico.

El Director de Finanzas deberá:

- Autorizar el registro de la exención, mediante oficio a las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

El Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública deberá:

- Revisar el original del oficio de solicitud, la relación de los oficios de autorización y el original de los mismos, y turnar al Departamento de Control y Registro de Cuotas para su respuesta.

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Analizar y determinar la correcta elaboración de los oficios originales de autorización de exención de pago.
- Hacer observaciones y remitir a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente la "Relación de los Oficios de Autorización" y oficios originales de autorización de exención de pago para su corrección.
- Preparar para firma del Director de Finanzas el oficio de autorización de registro de la exención, dirigido al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente, obtener firma en el oficio y en la relación de oficios de autorización y enviar a la Jurisdicción.

El Jefe de la Jurisdicción Sanitaria deberá:

- Revisar y enviar al Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria el original del oficio de autorización de registro de exenciones, la relación de oficios de autorización de exención y los oficios de autorización originales, para su seguimiento y archivo.

El Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria deberá:

- Preparar para firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria el oficio de solicitud del registro de exención de pago dirigido al Director de Finanzas del Instituto, recabar la antefirma del Administrador y firma del Jefe de la Jurisdicción en el oficio, anexar la relación de los oficios de autorización, junto con el original de los mismos y enviar a la Dirección de Finanzas.
- Solventar las observaciones de los oficios originales de autorización de exención de pago y la relación de oficios de exención de pago y enviarlas al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- Turnar el oficio de autorización de registro de exenciones de pago al Director del Centro de Salud y archivar para su control la relación de los oficios de exención de pago y originales de los oficios de autorización de exención.

DEFINICIONES:

- **Cuota de Recuperación:** Efectivo a pagar por el usuario por la prestación de servicios de salud no considerados como prioritarios de acuerdo al contrato de prestación de servicios de salud.
- **Exención:** Es el beneficio que el Instituto otorga a los usuarios de bajos recursos económicos y por el cual pueden dejar de pagar en parte o por completo el servicio médico otorgado.

INSUMOS:

- Oficio de solicitud de registro de exención.

RESULTADO:

- Oficio de autorización de registro de la exención.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud.

POLÍTICAS.

- El Departamento de Control y Registro de Cuotas verificará a través de supervisiones que las políticas y procedimientos para el manejo de las cuotas de recuperación y las exenciones por escasos recursos económicos se realicen conforme a los lineamientos establecidos.
- Las exenciones serán autorizadas por los Directores o Médicos Responsables de los Centros de Salud mediante un oficio de autorización, el cual especificará las causas que dieron origen a las mismas, cada uno de los servicios que se exentan, el costo unitario y el importe total de los mismos, tomando como base el nivel I del tabulador autorizado.
- Los oficios relativos a las exenciones autorizadas se remitirán a la Dirección de Finanzas para su trámite de autorización de registro.
- Las solicitudes de autorización para el registro de las exenciones por escasos recursos económicos que se realicen se solicitará a la Dirección de Finanzas dentro de los primeros 5 días del mes siguiente indicando en el oficio el mes al que pertenece y el monto por exentar; en caso de no presentarse en el plazo establecido se realizará el reintegro correspondiente.
- Las solicitudes de autorización para la exención de servicios que pretendan otorgar durante las Jornadas Médicas, Multidisciplinarias, Caravanas y Ferias de Salud en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto, deberán solicitarse ante la Dirección de Finanzas, con mínimo una semana de anticipación a la fecha del evento, indicando los servicios a exentar y

lugar donde se llevará a cabo dicho evento; así como informar los servicios otorgados al Departamento de Control y Registro de Cuotas.

- Es responsabilidad de los Médicos y Pasantes en Servicio Social el número de servicios proporcionados y registrados en la "Hoja Diaria del Medico", los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago emitidos, los oficios de autorización de las exenciones por escasos recursos económicos y con los reportes a los programas prioritarios de salud.
- La documentación soporte para las solicitudes de registro de exenciones se conforma por:
  1. Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
  2. Relación de Oficios de Autorización
  3. Oficio original de Exención por Escasos Recursos Económicos dirigido al Director de Finanzas.

DESARROLLO:

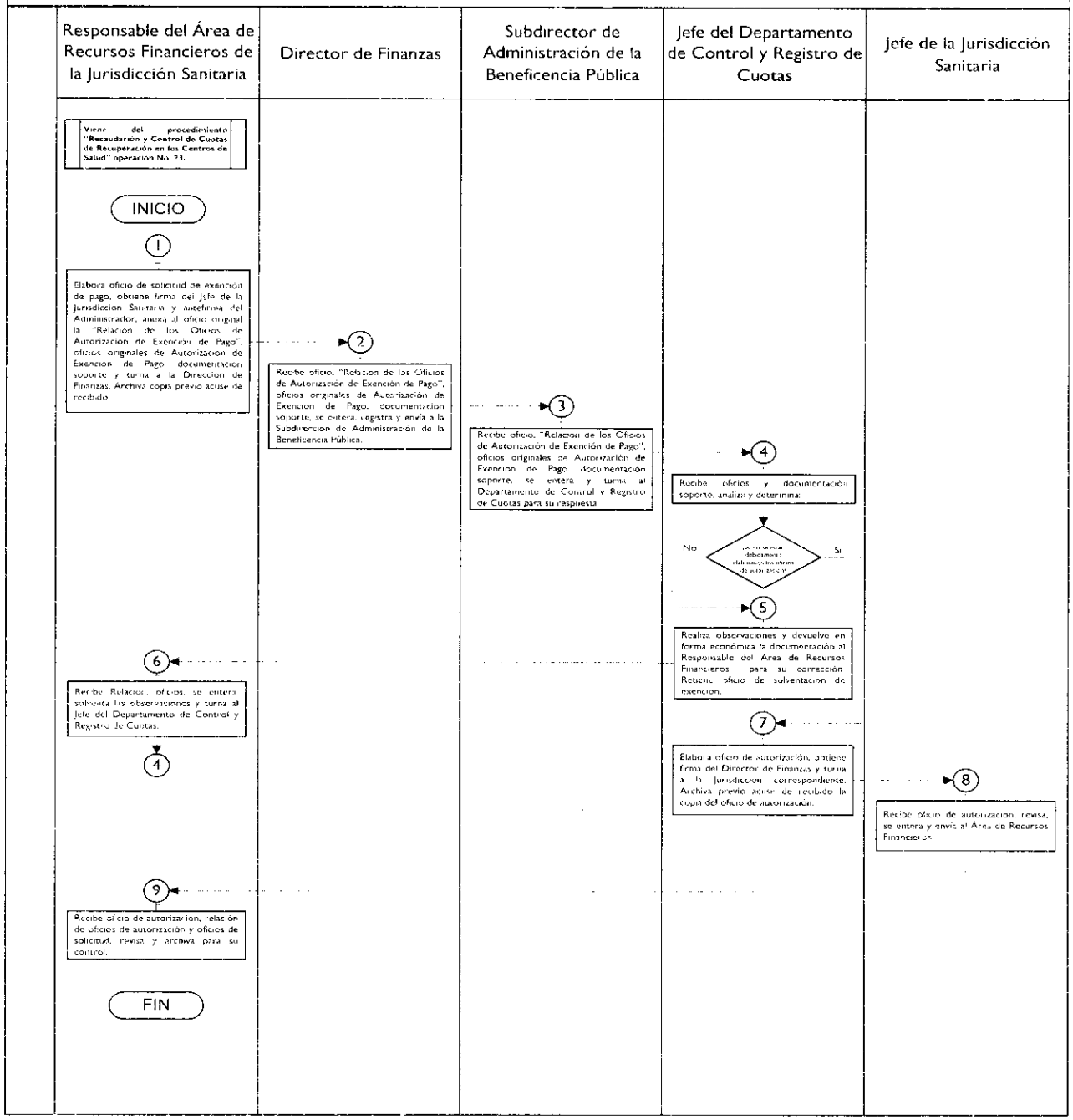
PROCEDIMIENTO 4: Autorización del Registro de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
		Viene del procedimiento "Recaudación y Control de Cuotas de Recuperación en los Centros de Salud" operación No. 23.
1	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe instrucción, oficios originales de autorización de exención de pago e Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos (documentación soporte para la solicitud), así como, relación de oficios de autorización de exención y oficio de solicitud de autorización de registro de exenciones de pago, dirigido al Director de Finanzas del Instituto de Salud del Estado de México, obtiene firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y antefirma del Administrador, obtiene copia, anexa al oficio original la relación de los oficios de autorización de exención de pago, oficios originales de autorización de exención de pago, documentación soporte y turna a la Dirección de Finanzas. Archiva copia previo acuse de recibido.
2	Director de Finanzas	Recibe oficio de solicitud original, relación de los oficios de autorización de exención de pago, oficios originales de autorización de exención de pago y documentación soporte, acusa de recibido y regresa, revisa, se entera, registra y envía a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.
3	Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública	Recibe oficio de solicitud original, relación de los oficios de autorización de exención de pago", oficios originales de autorización de exención de pago y documentación soporte, revisa, se entera y turna al Departamento de Control y Registro de Cuotas para su respuesta.
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe oficio de solicitud original, relación de los oficios de autorización, oficios originales de autorización de exención de pago y documentación soporte, analiza y determina: **¿Están debidamente elaborados los oficios de autorización?**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**No están debidamente elaborados los oficios de autorización.** Realiza observaciones y devuelve en forma económica la documentación al Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria involucrada para su corrección. Retiene oficio de solicitud de registro de exención.
6	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe relación de los oficios de autorización, oficios originales de autorización de exención de pago con observaciones, se entera, solventa las observaciones en la relación de los oficios de autorización y oficios originales de autorización de exención de pago y turna al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas. **Se conecta con la operación No. 4.**
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**Si están debidamente elaborados los oficios de autorización.** Elabora oficio de autorización de registro de la exención, en original y copia dirigido al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria involucrada, obtiene firma del Director de Finanzas en el oficio y en la relación de oficios de autorización y turna a la Jurisdicción correspondiente el oficio de autorización de registro de exención junto con la relación de oficios de autorización y originales de los oficios de autorización de exención. Archiva previo acuse de recibido la copia del oficio de autorización de registro de la exención y documentación soporte.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
8	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe oficio de autorización de registro de la exención, relación de oficios de autorización y oficios de autorización de exención, revisa, se entera y envía al Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.
9	Responsable del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe oficio de autorización de registro de exenciones, relación de oficios de autorización y oficios de autorización de exención, informa al Coordinador o Administrador de la Coordinación Municipal y archiva para su control.

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 4: Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la autorización de registro de exenciones de Cuotas de Recuperación:

$$\frac{\text{No. mensual de oficios de autorización de registro de exención de cuotas de recuperación.}}{\text{No. mensual de solicitudes de registro de exención de cuotas de recuperación recibidas.}} \times 100 = \text{\% de autorización de registro de exenciones de cuotas de recuperación en las jurisdicciones Sanitarias.}$$

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- La relación de oficios de solicitud y el oficio de autorización se encuentran registrados y resguardados en los archivos del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Concentrado Diario de Programas Exentos.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Concentrado Diario de Programas Exentos

1/JURISDICCION:	2/FECHA

3/DESCRIPCION DEL PROGRAMA	4/CONSULTORIOS										5/TOTAL DE SERVICIOS	6/COSTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
ALACRANISMO												
DENGUE												
PALUDISMO												
RICKETTSIOSIS												
BRUCELOSIS												
TENIOSIS – DISTICERCOSIS												
LEPTOSPIROSIS												
RABIA												
CHAGAS												
ATENCIÓN A PACIENTE AGREDIDO POR ANIMAL PONZOÑOSO												
SALUD INTEGRAL DEL ESCOLAR												
PLANIFICACIÓN FAMILIAR												
CÁNCER CERVICO – UTERINO												
CÁNCER DE MAMA												
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES												
VIOLENCIA												
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA (CONTROL PRENATAL)												
SEGURO ESCOLAR												
DIABETES MELLITUS												
HIPERTENSIÓN Y DISLIPIDEMIAS												
ADULTOS MAYORES (A PARTIR DE 60 AÑOS)												
DISCAPACITADAS FÍSICAS, SENSORIA E INTELECUAL												
SALUD BUCAL												
SALUD DEL NIÑO (RA DE MENORES DE 5 AÑOS)												
SALUD DEL NIÑO (EDA DE MENORES DE 5 AÑOS)												
SALUD DEL NIÑO (ATENCIÓN Y DESARROLLO DEL MENOR DE 5 AÑOS)												
LEPRA												
TUBERCULOSIS												
COLERA												
VIH – SIDA												
ADICIONES												
7/TOTAL												

8/OBSERVACIONES:

9/ELABORÓ	10/AUTORIZÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-096-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
CONCENTRADO DIARIO DE PROGRAMAS EXENTOS.

Objetivo: Realizar el registro diario de los servicios médico-asistenciales proporcionados en forma gratuita en los Centros de Salud del Instituto.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se encuentra en los archivos del Área de Recursos Financieros de la Jurisdicción Sanitaria y la copia en los archivos del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN:	Anotar el nombre de la Jurisdicción que corresponda.

2	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se elabora el concentrado.
3	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	Determinar el nombre del programa al cual corresponde el servicio que se otorgó.
4	CONSULTORIOS	Escribir el número de consultorio que otorgó el servicio en el programa que corresponda.
5	TOTAL DE SERVICIOS	Indicar la cantidad total de los servicios proporcionados.
6	COSTO	Anotar el importe de los servicios otorgados.
7	TOTAL	Realizar la sumatoria del costo por servicios y anotar el resultado.
8	OBSERVACIONES:	Asentar cualquier aclaración que se considere pertinente.
9	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elaboró el concentrado.
10	AUTORIZÓ	Escribir el nombre y firma de la persona que avala la información.

PROCEDIMIENTO 5: Reporte por Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.

OBJETIVO:

Contribuir a través de la notificación a la recuperación del monto de cuotas de recuperación recaudado por la prestación de los servicios médicos faltantes por robo o extravío de formas valoradas, mediante el reporte de las mismas.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a las Jurisdicciones Sanitarias que tengan responsabilidad y autoridad para determinar las acciones a realizar en caso de extravío o robo de formas valoradas y/o de los ingresos recaudados de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM.

REFERENCIAS:

- **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios.** Capítulo IV artículos 72 al 77. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- **Código Financiero del Estado de México y Municipios.** Título XI, artículos 339 al 351. Gaceta del Gobierno, 9 de marzo de 1999, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B10200 Unidad de Asuntos Jurídicos; 217B50010 - 217B50028 Jurisdicciones Sanitarias. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

Las Jurisdicciones Sanitarias son las unidades administrativas responsables de supervisar las actividades en el reporte de robo o extravío de Formas Valoradas y/o efectivo, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

El Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Recibir original del oficio y del Acta iniciada ante el Ministerio Público, así como copia del Acta Circunstanciada de Hechos y proceder a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público.

El Jefe de la Unidad de Contraloría Interna deberá:

- Recibir original del oficio con Acta Circunstanciada de Hechos y Acta Informativa e iniciar indagatorias.

El Director o Administrador de la Unidad Aplicativa deberá:

- Elaborar "Acta Circunstanciada de Hechos" en la que se constate, pormenorice y acredite documentalmente la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archivar provisionalmente y determinar su procedencia.
- Elaborar Acta Administrativa en original y copia, manifestar haber efectuado la búsqueda exhaustiva de los documentos o efectivo, recabar la firma del servidor público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la unidad administrativa y entregar copia al servidor público responsable.
- Realizar oficio de entrega de Acta Administrativa y Acta iniciada ante el Ministerio Público a la Unidad de Asuntos Jurídicos.

- Realizar oficio de entrega de Acta Circunstanciada de Hechos y Acta Informativa a la Unidad de Contraloría Interna.

El Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa deberá:

- Acudir ante su jefe inmediato e informar sobre los hechos acontecidos cuando sufre el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas.
- Recibir copia del Acta Administrativa e iniciar ante el Oficial Conciliador el Acta Informativa correspondiente.
- Iniciar Acta ante el Ministerio Público.

DEFINICIONES:

Unidad Aplicativa: Es la unidad médica o administrativa como célula básica de la estructura orgánica de una institución.
Acta iniciada ante el Ministerio Público: Es la certificación o testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido, tratado o pactado en oportunidad de cualquier circunstancia levantada ante un ministerio público.
Acta Circunstanciada de Hechos: Es el testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido en cualquier circunstancia para que surta efectos jurídicos, la cual deberá contener la fecha, el lugar donde sucedieron los hechos, la relación sucinta de los hechos y la firma de más de dos testigos que presenciaron los hechos.

INSUMOS:

- Detección de faltantes de recursos o extravío de formas valoradas.
- Acta Circunstanciada de Hechos.

RESULTADOS:

- Acta Ministerial remitida a la Unidad de Asuntos Jurídicos.
- Acta Informativa remitida a la Unidad de Contraloría Interna.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento inherente a sanciones de los servidores públicos de acuerdo a la Ley de Responsabilidades del Estado de México y Municipios.
- Procedimiento inherente al seguimiento a la averiguación iniciada en el Ministerio Público por robo de recursos provenientes de cuotas de recuperación.

POLÍTICAS:

- El Administrador de la Jurisdicción Sanitaria dará seguimiento en las instancias correspondientes sobre las causas de robo de efectivo o extravío de formas valoradas, asimismo, informará periódicamente el estado que guardan hasta la resolución a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los titulares de Jurisdicción Sanitaria, los Administradores o, en su caso, los titulares del Área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recabados por cuotas de recuperación, deberán levantar "Acta Administrativa" sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- Cuando existan Recibos Únicos de Pago cancelados deberá plasmarse en los mismos el motivo de la cancelación:
  1. La leyenda: "Pasa al folio ___ en caso de ser cobrado en otro folio.
  2. La leyenda en el recibo siguiente si corresponde al mismo cobro.
  3. Cancela y substituye anotando el número de folio cancelado.
- La solicitud de Recibos Únicos de Pago se realizará mediante los formatos "Requisición Interna de Recibos Oficiales" y "Control de Recibos Oficiales", al recibirlos el servidor público revisará que la cantidad y numero de folio asignado a los recibos sea congruente y cuando detecte algún folio faltante dentro de la serie entregada para utilizarse, de forma inmediata deberá informar al Director o Administrador de la Unidad Aplicativa y solicitarle elabore un Acta Circunstanciada de Hechos e inicie el procedimiento por extravío de formas valoradas.

DESARROLLO:
PROCEDIMIENTO 5: Reporte por Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.

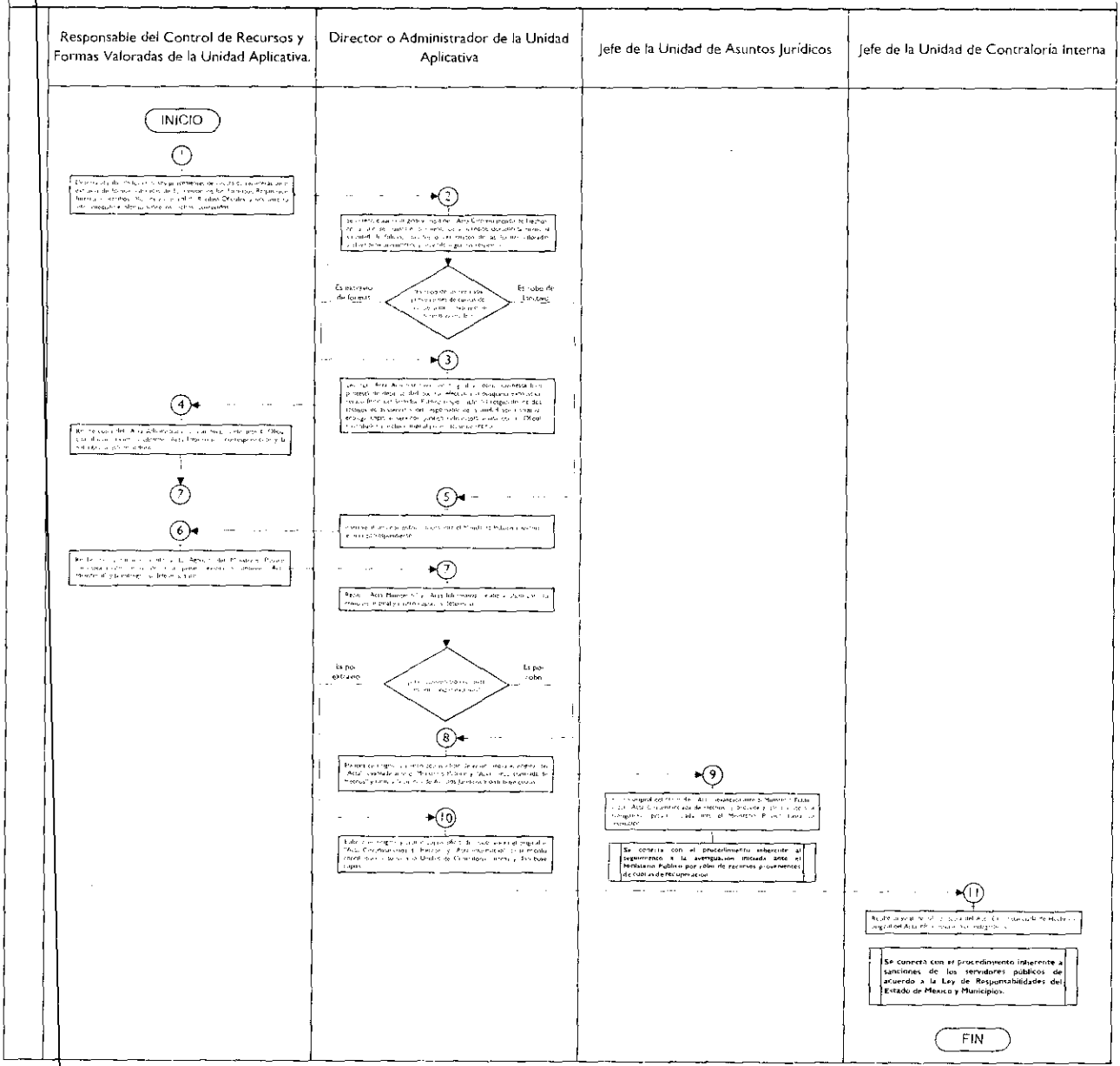
NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1	Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa.	Detecta el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas de la revisión de los formatos Requisición Interna de Recibos Oficiales y Control de Recibos Oficiales, acude ante su jefe inmediato e informa sobre los hechos acontecidos.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
2	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	Se entera, elabora original y copia del "Acta Circunstanciada de Hechos" en la que se constate, pormenorice y acredite documentalmente la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archiva provisionalmente y procede según corresponda: **¿Es robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas?**
3	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	**Es extravío de formas valoradas.** Levanta "Acta Administrativa" en original y copia, manifiesta bajo protesta de decir verdad que fue efectuada la búsqueda exhaustiva, recaba firma del Servidor Público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la unidad administrativa, entrega copia al servidor público le solicita firma de recibo en el original e indica acuda con el Oficial Conciliador y archiva original previo acuse de recibo.
4	Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa.	Recibe copia del "Acta Administrativa", acusa de recibo en la original y devuelve, archiva, acude ante el Oficial Conciliador, levanta y obtiene "Acta Informativa" correspondiente y la entrega a su Jefe inmediato. **Se conecta con la operación No. 7.**
5	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	**Es robo de recursos provenientes de cuotas de recuperación.** Instruye al servidor público acuda ante el Ministerio Público y levante el acta correspondiente.
6	Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa.	Recibe la instrucción, acude a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, inicia denuncia penal, levanta y obtiene "Acta Ministerial" y la entrega a su Jefe inmediato.
7	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	Recibe "Acta Ministerial" y/o "Acta Informativa" y determina: **¿La documentación recibida es por robo o extravío?**
8	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	**Es por robo.** Elabora en original y cuatro copias oficio de envío, anexa el original del "Acta Ministerial" y "Acta Circunstanciada de Hechos" que extrae del archivo y turna a la Unidad de Asuntos Jurídicos y distribuye copias para conocimiento: • Primera copia del oficio.- Dirección de Finanzas y Planeación. • Segunda copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Tercera copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Cuarta copia del oficio.- Unidad Administrativa, para control interno.
9	Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe original del oficio con "Acta Ministerial" y "Acta Circunstanciada de Hechos" y procede a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público hasta su resolución. **Se conecta con el procedimiento inherente al seguimiento a la averiguación iniciada ante el Ministerio Público por robo de recursos provenientes de cuotas de recuperación.**
10	Director o Administrador de la Unidad Aplicativa	**Es por extravío.** Elabora en original y cuatro copias oficio de envío, anexa el original el "Acta Administrativa" y "Acta Informativa" de la oficialía conciliadora y turna a la Unidad de Contraloría Interna y distribuye copias: • Primera copia del oficio.- Dirección de Finanzas y Planeación. • Segunda copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Tercera copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Cuarta copia del oficio.- Unidad Administrativa, para control interno.

NO.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
11	Jefe de la Unidad de Contraloría Interna	Recibe original del oficio con Acta Circunstanciada de Hechos y Acta Informativa e inicia indagatorias. **Se conecta con el procedimiento inherente a sanciones de los servidores públicos de acuerdo a la Ley de Responsabilidades del Estado de México y Municipios.**

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 5: Reporte por Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el reporte de robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas detectadas en las unidades aplicativas:

$$\frac{\text{No. mensual de actas ministeriales iniciadas.}}{\text{No. mensual de detecciones de robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación.}} \times 100 = \%$$

% actas ministeriales iniciadas reportadas y turnadas para su seguimiento.

No. mensual de actas informativas levantadas.
No. mensual de detecciones de extravío de formas valoradas. X 100 = % actas administrativas levantadas y turnadas para su seguimiento.

REGISTRO DE EVIDENCIAS:

- El robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas detectados en la unidad aplicativa, quedan registrados en el Acta Circunstanciada de Hechos y Acta Administrativa las cuales son turnadas para su seguimiento a la Unidad de Asuntos Jurídicos y Unidad de la Contraloría Interna junto con el Acta Ministerial y Acta Informativa respectivamente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Requisición Interna de Recibos Oficiales.
- Control de Recibos Oficiales.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

REQUISICION INTERNA DE RECIBOS OFICIALES

JURISDICCION SANITARIA (1)	FECHA (2)
COORDINACION MUNICIPAL (3)	

CANTIDAD SOLICITADA (4)	DESCRIPCION DEL ARTICULO (5)	CANTIDAD SURTIDA (6)	FOLIOS SURTIDOS	
			DEL (7)	AL (8)

ADMINISTRADOR DE LA COORDINACION (9)	ADMINISTRADOR DE LA JURISDICCION (10)	RESPONSABLE DEL ALMACEN (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-092-08.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REQUISICIÓN INTERNA DE RECIBOS OFICIALES		
Objetivo: Realizar el control interno en el suministro de los recibos oficiales.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	JURISDICCIÓN	Anotar el nombre de la Jurisdicción que elabora la requisición.
2	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se elabora la requisición.
3	COORDINACIÓN MUNICIPAL	Anotar el nombre de la Coordinación Municipal correspondiente.
4	CANTIDAD SOLICITADA	Indicar el número de recibos solicitados.
5	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	Especificar el tipo de recibos oficiales solicitados.
6	CANTIDAD SURTIDA	Registrar el número de recibos surtidos por el Almacén.
7	DEL	Especificar el número de folio de inicio de los recibos surtidos.
8	AL	Escribir el número de folio de término de los recibos surtidos.
9	ADMINISTRADOR COORDINACIÓN	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Coordinación Municipal.
10	ADMINISTRADOR JURISDICCIÓN	Registrar el nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción.
11	RESPONSABLE DEL ALMACÉN	Anotar el nombre y firma del responsable del Almacén Jurisdiccional.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales

JURISDICCIÓN: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	**AL**	**DE**

SERVICIO (3)	**EXISTENCIA ANTERIOR (4)**			**RECIBIDOS EN EL PERIODO (5)**			**UTILIZADOS EN EL PERIODO (6)**			**EXISTENCIAS (7)**		
	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
RECIBOS CANCELADOS: (8)												

RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA (9)	**ADMINISTRADOR (10)**
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-093-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONTROL DE RECIBOS OFICIALES		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	JURISDICCIÓN	Escribir el nombre de la Jurisdicción que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	SERVICIO	Anotar el tipo de servicio para el que son requeridos.
4	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
5	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
6	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
7	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
8	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
9	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO

Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra **INICIO,** en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

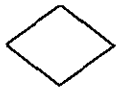
CONECTOR DE OPERACIÓN

Muestra las principales fases del procedimiento, empleándose cuando el material, formato o la propia acción cambian o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.

LÍNEA CONTÍNUA

La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN

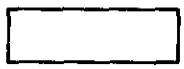


Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

FUERA DE FLUJO

Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

OPERACIÓN



Representa la realización de una operación o actividad relativa a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso de manera sintetizada.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS

Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.

REGISTRO DE EDICIONES

- Primera edición diciembre de 2003, elaboración del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México.
- Segunda edición mayo de 2007, actualización del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México.
- Tercera edición febrero de 2008, actualización del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México.
- Cuarta edición julio de 2011, actualización del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto de Salud del Estado de México.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición: Cuarta Fecha: Julio /2011 Código: 217B50000 Página XI

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM se encuentra bajo resguardo del Periódico Oficial del Gobierno del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Dirección de Servicios de Salud (1).
Dirección de Finanzas (1).
Subdirección de la Administración de la Beneficencia Pública (1).
Jurisdicciones Sanitarias (19).
Desarrollo Institucional (1)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LAS JURISDICCIONES SANITARIAS DEL ISEM	Edición: Cuarta Fecha: Julio /2011 Código: 217B50000 Página XII

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud del Estado de México
(RÚBRICA)

Lic. Fernando César Luna
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud
(RÚBRICA)

L. en C. Oscar Sergio Salgado Soto
Director de Finanzas
(RÚBRICA)

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Director de Servicios de Salud
(RÚBRICA)

Lic. Rocío Georgina López Nava
Subdirector de la Administración
de la Beneficencia Pública
(RÚBRICA)

Lic. Ángela Rubí Delgado
Jefa de la Unidad de Modernización
Administrativa
(RÚBRICA)

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM, Toluca, México, Julio de 2011.

MP.- 073

© *Procedimientos*

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación de las Jurisdicciones Sanitarias del ISEM.
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México
Responsable de su elaboración:

- *Dra. Elizabeth Dávila Chávez*
- *Lic. Rocío Georgina López Nava*
- *Lic. Felipe Román Álvarez*

Responsable de su integración:

- *Lic. Armando Santín Pérez.*
- *Lic. Néstor Gutiérrez Santos.*

Toluca, México
Julio 2011

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM

AGOSTO DE 2011

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

© Derechos Reservados.
Cuarta edición. Agosto 2011.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.
Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx¿

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

"El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población"

Enrique Peña Nieto

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página:

ÍNDICE

PRESENTACIÓN ..... **III**
APROBACIÓN ..... **IV**
OBJETIVO GENERAL ..... **V**
IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS ..... **VI**
RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ..... **VII**
DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ..... **VIII**

1. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM 217B31300/01
2. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM 217B31300/02
3. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM 217B31300/03
4. Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM 217B31300/04
5. Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM 217B31300/05
6. Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM 217B31300/06
7. Reporte por Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo en Hospitales del ISEM 217B31300/07
8. Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM 217B31300/08

SIMBOLOGÍA ..... **IX**
REGISTRO DE EDICIONES ..... **XI**
DISTRIBUCIÓN ..... **XII**
VALIDACIÓN ..... **XIII**

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: III

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna para garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: IV

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 174, mediante el acuerdo ISE / 174 / 013 aprobó el presente **"Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM"** el cual contiene la información referente a objetivo general, identificación e interacción de procesos, relación de procesos y procedimientos y descripción de los procedimientos.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
17 DE SEPTIEMBRE DE 2011	ISE / 174 / 013

LIC. ANTONIO SALOMON NAIME ATALA
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
Y SECRETARIO TÉCNICO DEL CONSEJO INTERNO DEL ISEM
(RÚBRICA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: V

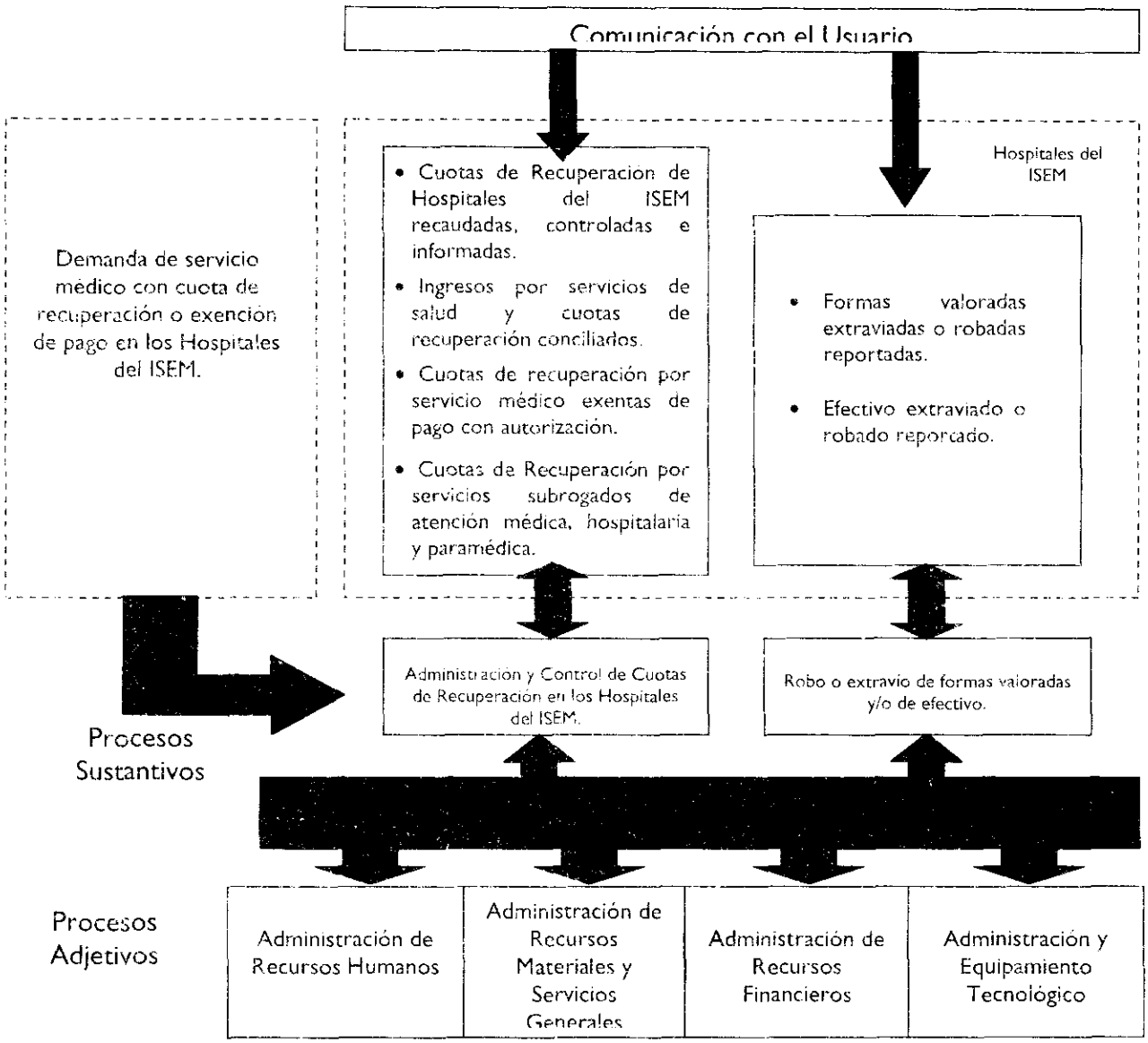
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia de los procedimientos administrativos que realizan los hospitales del Instituto para el control de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, para facilitar el desarrollo del trabajo a través de acciones lógicas y secuenciales que permitan atender con eficacia y eficiencia a la población abierta en la entidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

Mapa de Procesos



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso 1:

Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México: De la demanda de servicios médicos asistenciales de población abierta, a la determinación, control, conciliación, exención y cobro de las cuotas de recuperación en los diferentes servicios que prestan las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

Procedimientos:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.
- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.
- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.
- Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM
- Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

Proceso 2:

Reporte por robo o extravío de formas valoradas y/o robo de efectivo: De la demanda de servicios médicos asistenciales de población abierta, a la determinación, control, conciliación, exención y cobro de las cuotas de recuperación en los diferentes servicios que prestan las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

- Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.
- Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: VIII

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300/01
	Página:

PROCEDIMIENTO 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de Urgencias de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos y personal del área de urgencias de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad el cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios de urgencias.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI, Artículo 296, fracción XVI, Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII: Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de coordinación para establecer las bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno. 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de diseñar, establecer y mantener actualizado el sistema de cuotas de recuperación, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia, a efecto de eficientar los mecanismos de recaudación.

El Director del Hospital deberá:

- Recibir la documentación que requiera autorización, así como revisar y, en su caso, autorizar la exención del pago o indicar efectuar una reclasificación.

El Responsable del área Médica del Servicio de Urgencias deberá:

- Recibir y atender al paciente que presente y solicite una urgencia médica, registrándolo en el formato "Consulta de Urgencias", anotar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, integrar expediente y archivar.
- Determinar, después de haber brindado atención médica de urgencias, si el paciente puede ser dado de alta o requiere ser hospitalizado.
- Turnar el expediente clínico al área de hospitalización y remitir al paciente, cuando éste requiera ser hospitalizado.
- Turnar el expediente clínico al área de caja y solicitar al usuario realice el pago correspondiente a los servicios proporcionados.
- Recibir al paciente con su ficha de consulta, proporcionar atención médica y extender receta médica con las indicaciones necesarias para su tratamiento.
- Verificar el "Recibo Único de Pago" o "Recibo de Exención" del paciente, e indicarle que lo presente en el área de vigilancia.

El Responsable del área de Recepción del Servicio de Urgencias deberá:

- Recibir al paciente, grave o ambulatorio y efectuar su registro en la "Libreta de Control de Ingresos".
- Ingresar al paciente inmediatamente cuando sea de gravedad, requisitando el formato "Consulta de Urgencias" y entregarlo al área médica.
- Elaborar y entregar al paciente ambulatorio "Ficha de Consulta" indicándole que acuda al área médica donde será atendido. Cuando el paciente no goce de los beneficios de un programa prioritario, indicarle que acuda a pagar a la caja el servicio solicitado.

El Responsable del área Trabajo Social deberá:

- Atender al paciente, requisitar el formato "Estudio Socioeconómico", así como el formato "Pase de salida, obtener firma del usuario, recabar firma del titular del área de Trabajo Social y turnar la documentación a la Dirección del Hospital para su autorización.
- Indicar en el formato "Pase de Salida" cuando proceda la exención o reclasificación y entregarlo al usuario, indicándole acudir al área de Caja para obtener el sello correspondiente.
- Archivar para control interno copia de los formatos "Pase de Salida" y el "Estudio Socioeconómico".

El Responsable del área de Caja del Hospital deberá:

- Atender al usuario y con base al expediente clínico del paciente determinar la cuota de recuperación por los servicios proporcionados.
- Recibir el importe de las cuotas de recuperación por servicios prestados, emitir el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias; entregar el original al usuario y archiva las copias para control interno.
- Recibir el original del "Pase de Salida", revisar que esté debidamente validado, elaborar el "Recibo de Exención", recabar firma del usuario, anotar el número de folio del "Recibo de Exención" en el "Pase de Salida", entregar el original del recibo de exención al usuario e indicarle que acuda al área médica para su atención.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Recibir el original del "Recibo Único de Pago" o "Recibo de Exención" y "Recibo Único de Pago", efectuar su registro en el "Libro de Control" anotando nombre del paciente, número de folio, importe y servicios proporcionados, devolver el recibo y permitir el egreso del usuario.

DEFINICIONES:

Cuotas de recuperación: Son los dineros que debe pagar la población abierta por la prestación de los servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, según como se establezca en el contrato de prestación de servicios de salud que para el evento suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios.

Servicio de Urgencias: Servicio médico de primer contacto que otorga una institución médica para los derechohabientes o población abierta que requieran atención repentinamente.

Hospitalización: Es el internamiento continuo de un paciente, por un tiempo superior a 24 horas, en calidad de paciente residente en un hospital.

Unidad médica: Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

Urgencia: Alteración de la integridad física o mental de una persona causada por trauma o por enfermedad de cualquier origen que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

Paciente Grave: Es un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida.
Paciente Ambulatorio: Enfermo que está en capacidad de acudir por su propio pie a las consultas médicas y que no cuenta con médico, ni unidad hospitalaria definida.
Programa Prioritario de Salud: Conjunto de acciones que ofrece el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, por lo que un programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Exención de Pago: Refiere a la persona física o moral que, legal o normalmente, tiene la calidad de causante, pero que no está obligado a enterar el crédito tributario por encontrarse en condiciones de privilegio o franquicias. A través de la exención, lo que se persigue es otorgar a determinadas personas un beneficio económico.

INSUMOS:

- Paciente.

RESULTADOS:

- Determinación y cobro de cuotas de recuperación adecuados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad adminstrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- Los pacientes graves que ingresen al servicio de urgencias recibirán la atención médica en forma inmediata y el médico responsable efectuará el registro médico en los controles correspondientes.
- El ingreso de pacientes al servicio de urgencias será registrado por el Área de Recepción en el "Libro de Control del Servicio de Urgencias", el cual deberá estar debidamente prefoliado.
- El Área de Urgencias verificará el uso, resguardo y control de los documentos que se generen por la prestación de los servicios.
- El Área de Urgencias abrirá expediente a los pacientes que permanezcan en el servicio por más de 24 horas o que sean canalizados para su atención al área de hospitalización, debiendo integrar los documentos comprobatorios de los estudios y servicios realizados para ser considerados en la cuenta global.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
  1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
  2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
  3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.

DESARROLLO:

Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

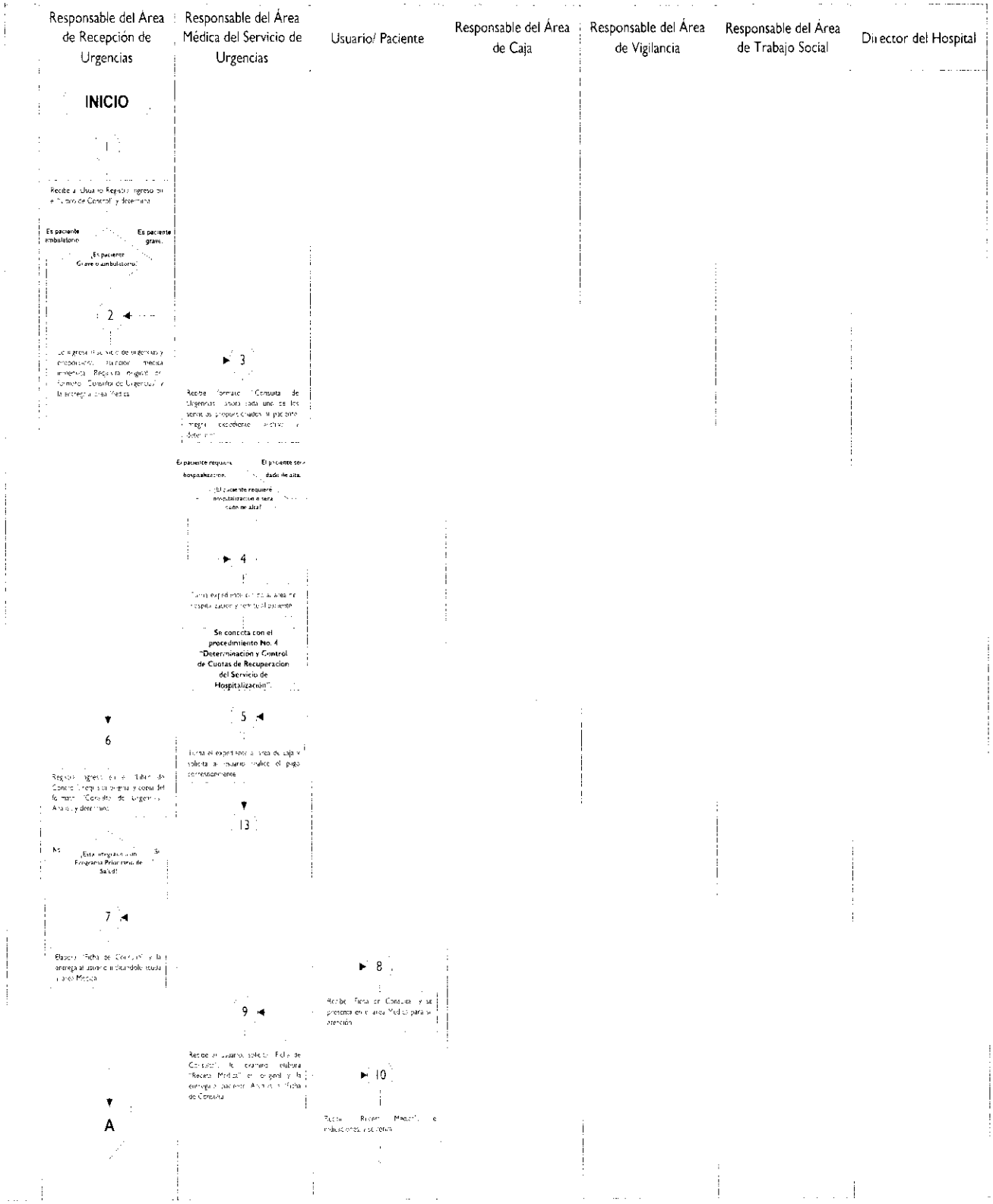
No.	Responsable	Actividad
1	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Recibe al usuario, registra el ingreso en el "Libro de Control" y determina: ¿Es paciente grave o ambulatorio?
2	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Es paciente grave. Lo ingresa al servicio de urgencias, proporciona atención médica inmediata, requisita en original el formato "Consulta de Urgencias" y la entrega al área Médica.
3	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe formato "Consulta de Urgencias", anota cada uno de los servicios proporcionados al paciente, integra expediente, archiva y determina: ¿El paciente requiere hospitalización o será dado de alta?

4	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	El paciente requiere hospitalización. Turna el expediente clínico y remite al paciente al área de hospitalización. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM".
5	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	El paciente será dado de alta. Turna el expediente al área de Caja y solicita al usuario realice el pago correspondiente. Se conecta con la operación No. 13.
6	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Es paciente ambulatorio. Requisita original y copia del formato "Consulta de Urgencias", analiza y determina: ¿Está integrado a un Programa Prioritario de Salud?
7	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Si está integrado a un Programa Prioritario de Salud. Elabora "Ficha de Consulta" y la entrega al usuario indicándole que acuda al área Médica.
8	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta" y se presenta en el área Médica para su atención.
9	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe al usuario, solicita "Ficha de Consulta", lo examina, elabora "Receta Médica" en original y la entrega al paciente. Archiva la "Ficha de Consulta".
10	Usuario/ Paciente	Recibe "Receta Médica", e indicaciones, y se retira.
11	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	No está integrado a un Programa Prioritario de Salud. Elabora "Ficha de Consulta" y la entrega al usuario indicándole acuda al área de Caja.
12	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta", atiende indicaciones y se presenta en el área de Caja.
13	Responsable del Área de Caja	Atiende al usuario, recibe expediente clínico del paciente, revisa el formato "Consulta de Urgencias" o ficha de consulta, determina la cuota de recuperación por los servicios proporcionados con base al tabulador autorizado y la zona económica que corresponda e informa al usuario el importe correspondiente.
14	Usuario/ Paciente	Se entera de la cuota de recuperación a cubrir y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el pago?
15	Usuario/ Paciente	Si cuenta con los recursos para cubrir el pago. Realiza el pago en el área de Caja del Servicio de Urgencias.
16	Responsable del Área de Caja	Recibe el importe de la cuota de recuperación en efectivo o pago electrónico, emite "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega original al usuario y archiva las copias para su control. Se conecta con el procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación".
17	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude al área Médica y lo entrega.
18	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe al usuario y "Recibo Único de Pago", verifica el pago, lo devuelve e indica presentarlo en el área de Vigilancia.
19	Usuario/ Paciente	Obtiene "Recibo Único de Pago", acude al Área de Vigilancia y lo muestra.
20	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo Único de Pago", revisa, permite el egreso del paciente y devuelve el recibo al usuario.
21	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y se retira.
22	Usuario/ Paciente	No cuenta con los recursos para cubrir el pago. Acude al área de Trabajo Social y solicita atención.
23	Responsable del Área de Trabajo Social	Atiende al usuario, requisita original del formato "Estudio Socioeconómico" y original y copia del formato "Pase de Salida", obtiene firma del usuario, recaba firma del titular del área de Trabajo Social y turna la documentación a la Dirección del Hospital para su autorización.
24	Director del Hospital	Recibe documentación, revisa y, en su caso, autoriza la exención o indica efectuar la reclasificación y devuelve documentación al área de Trabajo Social.
25	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe los formatos "Estudio Socioeconómico" y "Pase de Salida" en original y copia y determina: ¿Es exención del pago o reclasificación?

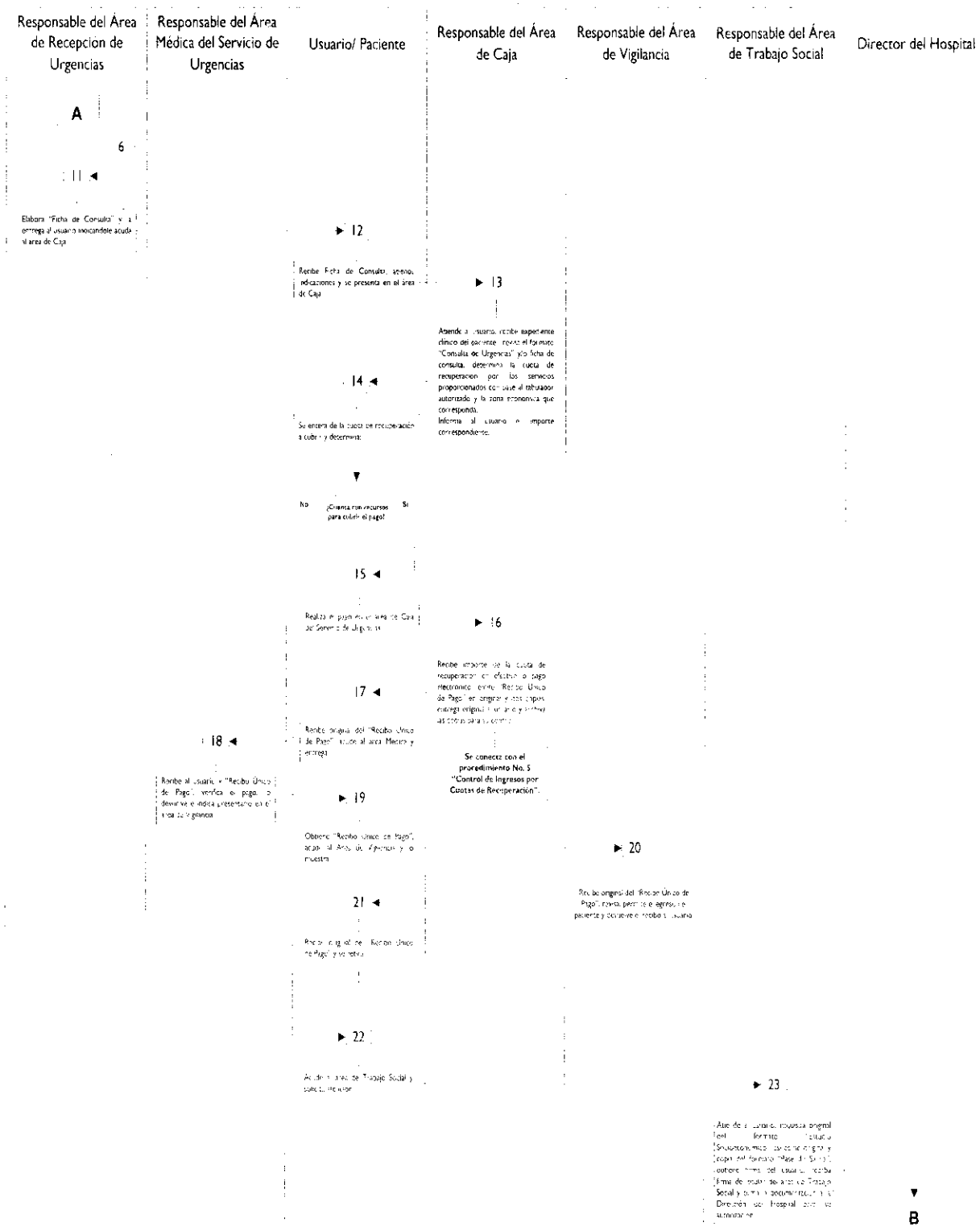
26	Responsable del Área de Trabajo Social	Es exención del pago. Indica en el formato "Pase de Salida" que procede la exención y entrega el original del "Pase de Salida" al usuario, indicándole acuda al área de Caja, archiva para su control la copia del "Pase de Salida" y el "Estudio Socioeconómico".
27	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", acude al área de Caja y solicita "Recibo de Exención".
28	Responsable del Área de Caja	Recibe original del "Pase de Salida", revisa que esté debidamente validado, elabora "Recibo de Exención" en original y dos copias, recaba firma de conformidad del usuario en el original y en las copias del recibo, anota el número de folio del "Recibo de Exención" en el "Pase de Salida" y lo entrega al usuario indicándole pasar al área Médica. Archiva para su control las copias del recibo y el original del "Pase de Salida". Se conecta con el procedimiento No.5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
29	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y lo presenta al responsable del área Médica.
30	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe "Recibo de Exención", revisa información, lo entrega al usuario/paciente, indicándole que debe presentar el recibo en el área de Vigilancia.
31	Usuario/ Paciente	Recibe el "Recibo de Exención", en su caso, recoge al paciente, atiende indicaciones y acude al área de Vigilancia.
32	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo de Exención", efectúa el registro en el "Libro de Control" anotando nombre del paciente, número de folio, importe y servicios proporcionados, devuelve el recibo y permite el egreso del usuario.
33	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y se retira.
34	Responsable del Área de Trabajo Social	Es reclasificación del pago. Requisita original y copia del formato "Pase de Salida" especificando el nivel a considerar para cubrir la cuota de recuperación, entrega original al usuario indicándole acuda al área de Caja. Archiva para su control la copia del "Pase de Salida" y del "Estudio Socioeconómico".
35	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" y entrega en el área de Caja.
36	Responsable del Área de Caja	Recibe original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado y requisitado, determina el importe con base en el nivel autorizado, emite original y dos copias del "Recibo Único de Pago", anota el número de folio del recibo en el "Pase de Salida", recaba firma de conformidad del usuario/paciente en el original y copias del "Recibo Único de Pago", obtiene importe por cuota de recuperación, entrega original del recibo al usuario/paciente y le indica pasar al área Médica. Archiva para su control las copias del "Recibo Único de Pago" y el original del "Pase de Salida". Se conecta con el procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación".
37	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude y lo presenta al área Médica para el cotejo correspondiente.
38	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe "Recibo Único de Pago", verifica el pago, lo devuelve al usuario/paciente, le indica, en su caso, que puede llevarse a su paciente presentando su recibo en el área de Vigilancia.
39	Usuario/ Paciente	Obtiene "Recibo Único de Pago", atiende indicaciones y acude al área de Vigilancia.
40	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo Único de Pago", revisa, efectúa el registro en el "Libro de Control" anotando nombre del paciente, número de folio del "Recibo Único de Pago", importe y servicios proporcionados y permite el egreso del usuario.
41	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y se retira.

DIAGRAMACIÓN:

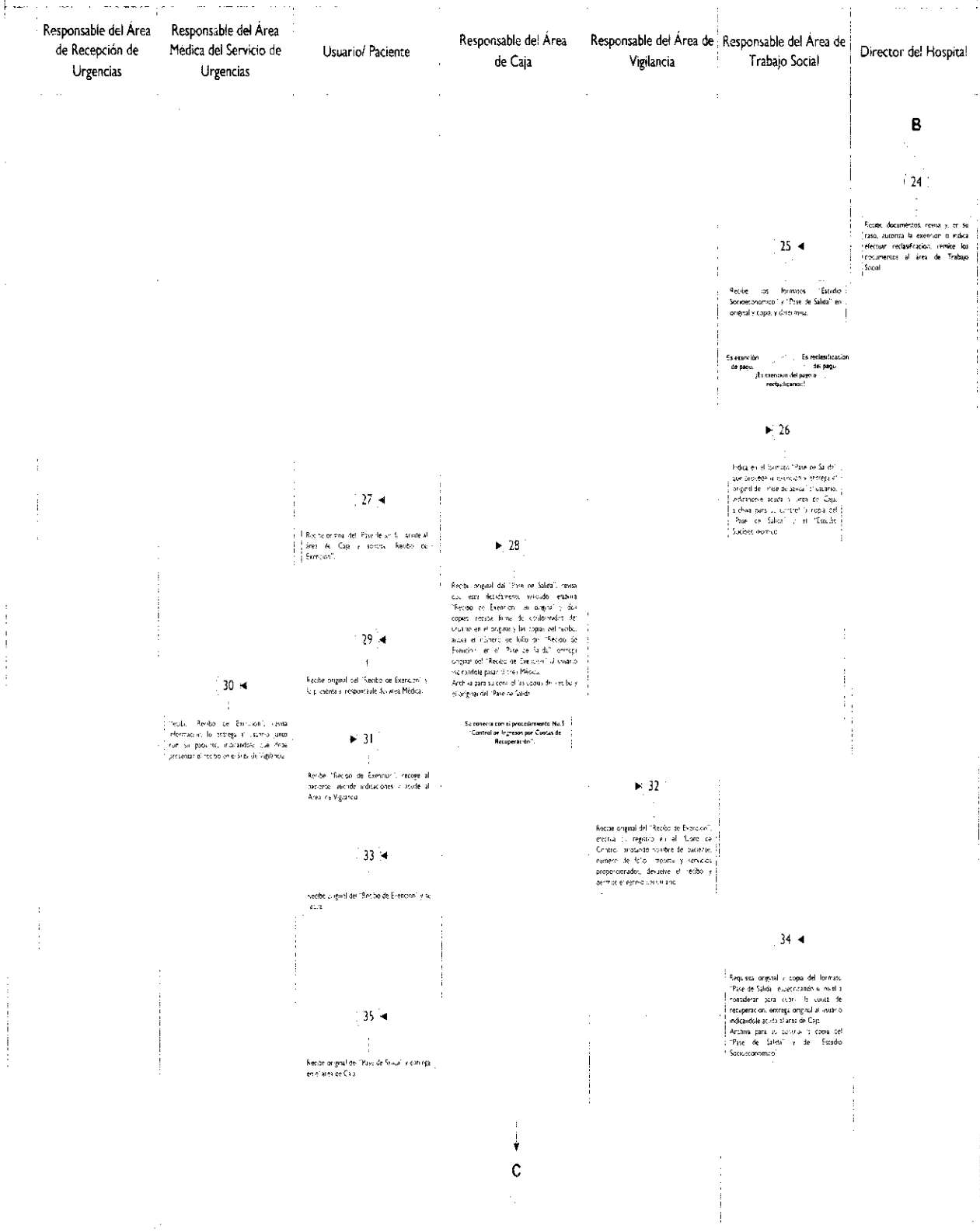
Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



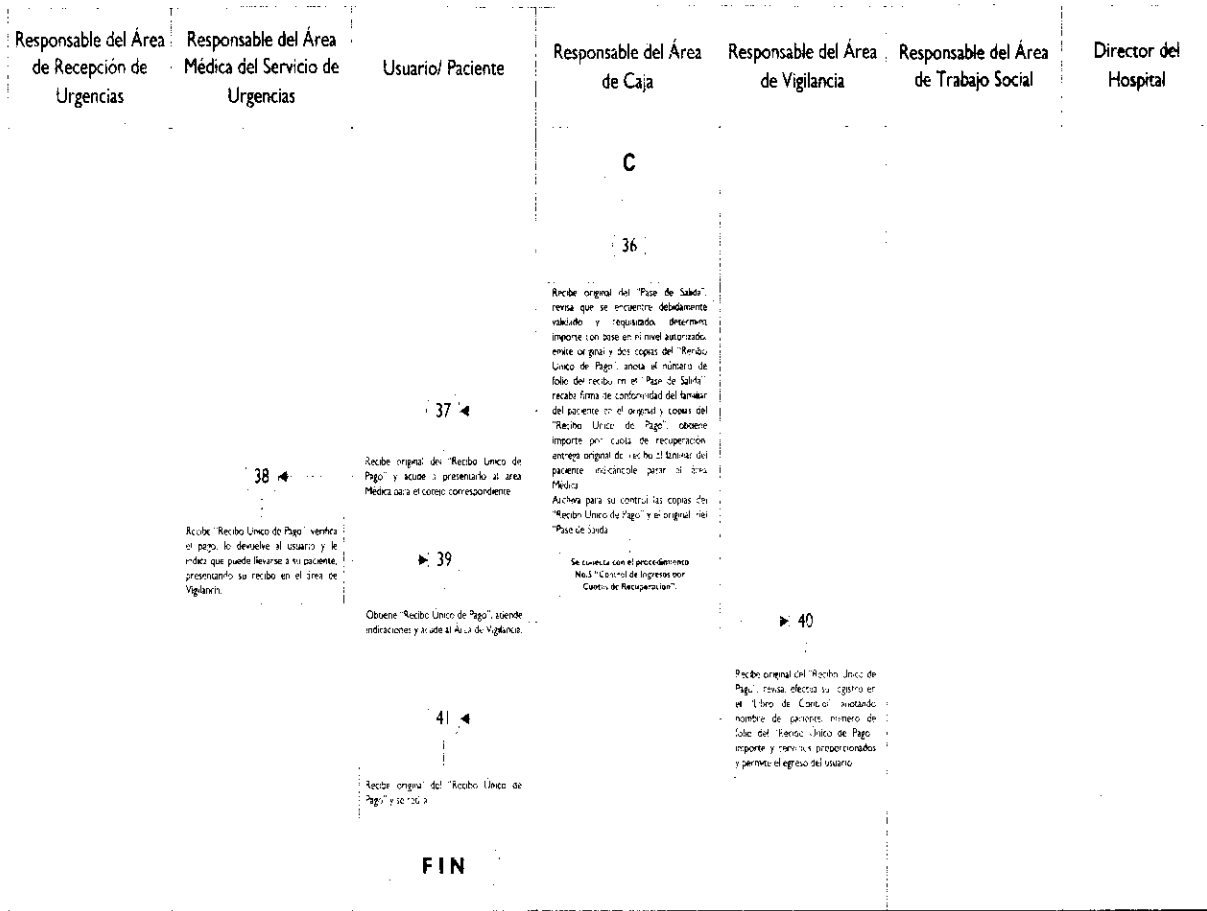
Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en el cobro por concepto de cuotas de recuperación en el Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de cobros por concepto de cuotas de recuperación realizados en el Servicio de Urgencias}}{\text{Número mensual de solicitudes de atención recibidas en el Servicio de Urgencias}} \times 100 =$$

Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- La atención que se proporciona al usuario/paciente en el servicio de Urgencias del Hospital queda registrada en el Libro de Control respectivo.
- El importe o cuota de recuperación por la atención de una urgencia médica queda registrada en el formato "Recibo Único de Pago" que se entrega al usuario/paciente.
- El formato de "Estudio Socioeconómico" y el "Recibo de Exención" se requisita cuando el usuario/paciente no cuenta con recursos económicos para el pago de la cuota de recuperación y se archiva en el área de Trabajo Social.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Recibo Único de Pago.
- Estudio Socioeconómico.
- Pase de Salida.
- Recibo de Exención.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Recibo Único de Pago 1/FOLIO:

2/UNIDAD APLICATIVA:	3/FECHA:
4/ RECIBIMOS DE:	5/ No. EXPEDIENTE:
6/ CON R.F.C.:	7/ CUOTA:
8/ CON DOMICILIO:	9/ TIPO DE ATENCION:

POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

10/ CLAVE DEL SERVICIO	11/ DESCRIPCION	12/ CANTIDAD	13/ IMPORTE
15/ CANTIDAD CON LETRA:		14/ TOTAL:	$

16/ SELLO 17/ CAJERO 18/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

217B30000-013-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Recibo Único de Pago" 217B20000-013-07

OBJETIVO: Mantener un registro del número de servicios otorgados a los usuarios en el Servicio de Urgencias de los Hospitales del Instituto, así como el costo de los mismos, con el fin de realizar su control y comprobación ante las autoridades competentes.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al usuario/ paciente, la primer copia para el Departamento de Control y Registro de Cuotas, segunda copia se archivan para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Registrar el número consecutivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que de ellos se realice.
2	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre oficial de la unidad aplicativa en la que se requisita el formato.
3	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
4	RECIBIMOS DE:	Escribir el nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).
5	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número del expediente que le fue asignado y con el que se identifica al paciente.
6	CON R.F.C.:	Indicar el Registro Federal de Contribuyentes del paciente si no cuenta con este la leyenda no aplica
7	CUOTA:	Registrar el nivel del tabulador sobre el cual se cobrará la cuota de recuperación al paciente.
8	CON DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia del paciente: calle, número exterior, interior, colonia, zona y código postal, población y municipio.
9	TIPO DE ATENCIÓN:	Especificar el tipo de atención proporcionada al Paciente en el Hospital.
10	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados.
11	DESCRIPCIÓN	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
12	CANTIDAD	Anotar el número de los servicios proporcionados al usuario, por cada concepto.
13	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por cada uno de los servicios proporcionados al paciente.
14	TOTAL	Realizar y anotar el resultado de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
15	CANTIDAD CON LETRA	Anotar con letra el resultado total de la sumatoria de los diferentes importes registrados en el concepto No. 13.
16	SELLO	Colocar el sello de la unidad aplicativa que realiza el cobro de la cuota.

17	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Escribir el nombre completo y firma del cajero responsable que realiza el cobro.
18	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar la clave oficial asignada a la unidad aplicativa para su identificación.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Estudio Socioeconómico

(1)UNIDAD MEDICA:		(2)EXPEDIENTE:
(3)SERVICIO:	(4)FECHA DEL ESTUDIO:	(5)No. CAMA:
(6)FECHA DE INGRESO:	(7)VIGENCIA:	(8)NIVEL DE PAGO:
(9)DIAGNOSTICO MEDICO:		(10)CASO LEGAL: SI ☐ NO ☐

DATOS DEL PACIENTE

(11)NOMBRE:	(12)EDAD:	(13)OCUPACIO
(14)DOMICILIO:		(15)TELEFONO:
(16)LUGAR DE NACIMIENTO:	(17)FECHA DE NACIMIENTO:	(18)ESCOLARIDAD:
(19)ESTADO CIVIL:	(20)CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL: ☐NO SI ☐ ESPECIFIQUE:	
(21)RESPONSABLE DEL PACIENTE:	(22)PARENTESCO:	
(23)IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA:	(24)No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN:	
(25)DOMICILIO DEL RESPONSABLE:	(26)TEEFONO:	

(27)**I. ESTRUCTURA FAMILIAR**

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

No. DE PERSONAS	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN ASPECTO "1"
DE 1 A 2 INTEGRANTES	10		
DE 3 A 4 INTEGRANTES	8		
DE 5 A 6 INTEGRANTES	7		
DE 7 A 8 INTEGRANTES	6		
DE 9 O MAS INTEGRANTES	5		
DE 1 A 2 INTEGRANTES MAYORES 60 AÑOS	2		
INDIGENTE O ABANDONADO	1		

(28)**MOTIVO DEL ESTUDIO**

(29)**ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE**

(30)**DINÁMICA FAMILIAR**

(31)

II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

INGRESOS	CALIFICACIÓN	SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN (28)		$
SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	1			
DE MAS DE 1 SALARIO MÍNIMO Y MENOS DE 2	4		INGRESO TOTAL	
DE 2 SALARIOS MÍNIMOS	5	(ENTRE)	(DÍAS DEL MES)	30
DE 3 SALARIOSMÍNIMOS	6		INGRESO DIARIO	
DE 4 SALARIOS MÍNIMOS	8	CALIFICACIÓN	(entre)SAL. MIN.	
DE 5 O MÁS SALARIOS MINIMOS	10	ASPECTO "2"	(igual)No. DE SAL.	

III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN (32)

	CALIFICACIÓN
SIN VIVIENDA, CHOZA	1
RENTADA	2
PRESTADA	3
INTERÉS SOCIAL	4
PROPIA DE TEJA Y ADOBE	5
PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAM.	6
PROPIA SIN ACABADOS	8
PROPIA CON ACABADOS	10

CALIFICACIÓN ASPECTO "3"

SUMA DE CALIFICACIONES(33)	
ASPECTO	**CALIFICACIÓN**
1	
2	
3	
TOTAL	

* De acuerdo a la sumatoria de calificaciones se asigna el nivel (CLASIFICACIÓN) de acuerdo a la escala. Asimismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

DIAGNÓSTICO SOCIAL: (34)

PLAN SOCIAL (35)

TRATAMIENTO: (36)

(37)

RESPONSIVA

PROTESTO CONDUCIRME CON VERDAD, APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES; ASI MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM), REALICE LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA CONFIRMAR LOS DATOS PLASMADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO EL CUAL ME FUE PRACTICADO EN EL HOSPITAL _____ DEPENDIENTE DEL ISEM.

(39)

ACEPTO
NOMBRE Y FIRMA

FECHA: ___/ ___/ ___ (38)

Este recuadro es para uso exclusivo del Paciente o responsable.

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual queda sujeto a **revisión, por las instancias competentes del Instituto.** Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

(40)

	PUNTAJE	NIVEL
ESCALA	3 a 5	EXENTOS
	6 a 7	1
	8 a 10	2
	11 a 13	3
	14 a 24	4
	25 a 27	5
	28 a 30	6

No. DE PASE DE SALIDA _____

OBSERVACIONES

(41)

(42)

Nota: si el paciente no cumplió con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

ELABORÓ	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	AUTORIZÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA
(43)	(44)	(45)

217B20000-029-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Estudio Socioeconómico"
217B20000-029-06

OBJETIVO: Se utiliza en el Área de Trabajo Social para determinar el nivel de cobro de las cuotas a los pacientes de los diferentes Hospitales del Instituto que se consideren de escasos recursos económicos.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna a trabajo social, primer copia al expediente y segunda copia a la dirección de finanzas cuando se trata de una exención por escasos recursos económicos.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre del Hospital en el cual se realiza el estudio.
2	EXPEDIENTE:	Escribir el número de identificación del área de archivo clínico.
3	SERVICIO:	Anotar el área de servicio en el cual se encuentre el paciente.
4	FECHA DE ESTUDIO:	Escribir el día, mes y año en que se realiza el estudio.
5	No. CAMA:	Indicar el número de cama asignado al paciente.
6	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año que ingresa el paciente al Hospital.
7	VIGENCIA:	Indicar la fecha de término de la vigencia del estudio.
8	NIVEL DE PAGO:	Registrar el nivel que le corresponde de acuerdo a la escala de calificación autorizada.
9	DIAGNÓSTICO MÉDICO:	Anotar el problema de salud que motivó el ingreso del paciente.
10	CASO LEGAL:	Marcar con una "X" cuando se trate de un caso médico legal.
11	NOMBRE:	Anotar nombre (s), apellido paterno y materno del paciente.
12	EDAD:	Registrar la edad del paciente en años cumplidos.
13	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad que desempeña el paciente.
14	DOMICILIO:	Registrar la calle, número exterior e interior, en su caso, así como la colonia o población donde radica el paciente.
15	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del paciente incluyendo la clave lada (solo en caso de contar con teléfono).
16	LUGAR DE NACIMIENTO:	Escribir el municipio y/o entidad federativa que corresponda.
17	FECHA DE NACIMIENTO:	Indicar el día, mes y año en que nació el paciente.
18	ESCOLARIDAD:	Anotar el grado de estudios del paciente.
19	ESTADO CIVIL:	Escribir cuál es la situación civil del paciente.
20	SEGURIDAD SOCIAL:	Marcar con una "X" según corresponda y especificar el nombre de la institución de la cual recibe atención médica.
21	RESPONSABLE DEL PACIENTE	Anotar el nombre de la persona responsable del paciente.
22	PARENTESCO	Indicar el parentesco que la persona responsable tenga con el paciente.
23	IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA	Anotar el nombre de la institución que expide la identificación presentada por el interesado.

24	No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN	Escribir el número de folio de la identificación presentada por el paciente o responsable.
25	DOMICILIO DEL RESPONSABLE	Anotar la calle, número exterior e interior del lugar de residencia de la persona o familiar que acompaña al paciente.
26	TELÉFONO	Escribir el número telefónico de la persona responsable del paciente.
27	ESTRUCTURA FAMILIAR	Marcar con una "X" la calificación que corresponda de acuerdo al número de integrantes de la familia.
28	MOTIVO DEL ESTUDIO	Especificar la situación en que se encuentra el paciente para la valoración del nivel de cobro.
29	ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE	Describir el aspecto bio-psico-social y emocional del paciente.
30	DINÁMICA FAMILIAR	Especificar el tipo de familia según su estructura (nuclear, incompleta, extensa, compuesta, mixta funcional o disfuncional).
31	INGRESO FAMILIAR	Marcar con una "X" la calificación que corresponda de acuerdo al ingreso de la familia.
32	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con una "X" el tipo de vivienda de acuerdo al rubro desglosado en el cuadro.
33	SUMA DE CALIFICACIONES	Anotar en el recuadro de la derecha la suma de calificaciones.
34	DIAGNÓSTICO SOCIAL	Indicar el resultado de la situación económica, social y biológica que predomina en ese momento según la investigación realizada a través de la entrevista.
35	PLAN SOCIAL	Anotar propuesta de acciones a seguir en el tratamiento social.
36	TRATAMIENTO	Especificar las acciones realizadas en el manejo de la problemática.
37	RESPONSIVA	Anotar el nombre del Hospital donde se elabora el estudio, así como la firma del paciente o responsable al que se le practicó el estudio y donde acepta haber dicho la verdad y la fecha en que se elaboró el estudio.
38	HOSPITAL:	Indicar el nombre de la unidad médica que realiza el estudio.
39	ACEPTO NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo y firma del paciente al que se le efectúa el estudio.
40	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se requisita el formato.
41	No. PASE DE SALIDA	Anotar el número de pase de salida, asignado por el área de Trabajo Social.
42	OBSERVACIONES	Escribir algún aspecto relevante que se observó durante la realización del estudio y que contribuya en la toma de decisiones.
43	ELABORÓ	Anotar los nombres y firmas de los responsables de la elaboración y autorización de la información contenida en el formato.
44	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	Escribir el nombre completo y la firma del o la responsable del área de Trabajo Social.
45	AUTORIZÓ	Anotar el nombre completo y firma del administrador o director de la unidad médica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA APLICACIÓN DE INDICADORES DEL ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Objetivo:
Contar con un instrumento que permita la aplicación de criterios para la asignación de niveles en las cuotas de recuperación, de acuerdo con los resultados obtenidos a través del "Estudio Socioeconómico".

Responsable del llenado: Area de Trabajo Social de los Hospitales del Instituto.
Documentación solicitada al Paciente: copia de la credencial de elector, cartilla militar, IMSS, ISSSTE, o, en su caso, comprobante de ingresos si los hubiera.

1.- ESTRUCTURA FAMILIAR	Anotar el número de puntos correspondientes del cuadro de la parte derecha, de acuerdo a la cantidad de integrantes que conforma el núcleo familiar, o que sean dependientes de la misma.
2.- INGRESOS FAMILIARES (promedio mensual)	Registrar el número de puntos de acuerdo al monto total de ingresos mensuales que percibe cada uno de los miembros que integra la familia en estudio de igual forma los que no cuentan con ingreso alguno.
3.- VIVIENDA	Marcar el número de puntos en el cuadro de la derecha con base al tipo de propiedad de vivienda en la que habita el grupo familiar, así como también los que carecen de ésta.
4.- SUMA DE CALIFICACIONES	Realizar el concentrado de la suma total de los puntos en el cuadro de la parte derecha, de acuerdo a cada una de las variables evaluadas como son: Estructura familiar, Ingresos familiares y Tipo de vivienda.
5.-ESCALA DE CALIFICACIONES	Con base a la suma total de la puntuación obtenida se le asignará el nivel de cuota que corresponda al Paciente en estudio, misma que se indicará en la parte inferior del cuadro.

Nota: El pago de servicios médicos en otras instituciones de salud plenamente justificados y relacionados con el tratamiento del paciente, previa comprobación, permitirá disminuir hasta 2 puntos la suma total de la calificación que se aplique para determinar la cuota de recuperación.

Indicadores para la Calificación de las Cuotas de Recuperación de Acuerdo a los Resultados del Estudio Socioeconómico

Estructura Familiar	
Número de Personas	**Calificación**
1-2 Integrantes	10
3-4 Integrantes	8
5-6 Integrantes	7
7-8 Integrantes	6
Más de 9 Integrantes	5
1-2 Integrantes mayores de 60 años	2
Indigente o Abandonado	1

Ingreso Familiar Mensual	
Ingresos Mensuales	**Calificación**
Sin Ingresos o Menos de 1 Salario Mínimo	1
De más de 1 y menos de 2 Salarios Mínimos	4
De 2 Salarios Mínimos	5
De 3 Salarios Mínimos	6
De 4 Salarios Mínimos	8
De 5 Salarios Mínimos	10

Tipo de Vivienda	
Vivienda	**Calificación**
Sin Vivienda, Choza	1
Rentada	2
Prestada	3
Interés Social	4
Propia de teja y adobe	5
Propia de concreto con techo de lámina	6
Propia de concreto sin acabados	8
Propia de concreto con acabados	10

	Escala de Calificaciones						
Puntaje	**3 a 5**	**6 a 7**	**8 a 10**	**11 a 13**	**14 a 24**	**25 a 27**	**28 a 30**
Nivel asignado	**Exento**	**Nivel 1**	**Nivel 2**	**Nivel 3**	**Nivel 4**	**Nivel 5**	**Nivel 6**

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Pase de Salida

1/FOLIO:

2/UNIDAD MÉDICA:		3/FECHA DE INGRESO:	4/FECHA DE EGRESO:
5/NOMBRE:		6/EDAD:	7/GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
8/CAMA:	9/ÁREA DE EGRESO:	10/ESPECIALIDAD:	
11/NIVEL:	12/RECIBO ÚNICO DE PAGO:	13/IMPORTE:	

14/ELABORÓ	15/Vo. Bo.	16/AUTORIZÓ
Nombre y Firma de la Trabajadora Social	Nombre y Firma de la Jefatura de Trabajo Social	Nombre, Cargo y Firma

217B30000-086-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Pase de Salida" 217B30000-086-11

OBJETIVO: Controlar el egreso de los pacientes dados de alta por la prestación de servicios médicos en los Hospitales del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna al área de Trabajo Social, la primera copia al Departamento de Recursos Financieros y la segunda copia al usuario cuando se trate de alta.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número progresivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que se realice.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre oficial de la Unidad médica en donde se atiende al paciente.
3	FECHA DE INGRESO	Indicar el día, mes y año en que se le proporciona el servicio médico al paciente.
4	FECHA DE EGRESO	Escribir el día, mes y año en que es dado de alta el paciente por el servicio médico que le proporcionó la atención requerida.
5	NOMBRE	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).
6	EDAD:	Indicar el número de años cumplidos del paciente.
7	GÉNERO:	Marcar con una X el recuadro que corresponda; masculino: hombre, femenino: mujer.
8	CAMA	Anotar el número de la cama en que permaneció el paciente que egrese del servicio de hospitalización.
9	ÁREA DE EGRESO	Escribir el nombre del servicio del Hospital del cual egresa el paciente.
10	ESPECIALIDAD	Indicar el servicio de especialidad que le fue proporcionado al paciente en el Hospital.
11	NIVEL	Registrar el nivel del tabulador que corresponda para determinar la cuota de recuperación.
12	RECIBO ÚNICO DE PAGO	Registrar el número de folio del "Recibo Único de Pago" emitido por el área de Caja o, en su caso, del "Recibo de Exención".
13	IMPORTE	Indicar el monto de la cuota de recuperación que registra el "Recibo Único de Pago" del paciente.
14	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la Trabajadora Social que elaboró el "Pase de Salida".
15	VO. BO.	Escribir el nombre y firma del titular del área de Trabajo Social.
16	AUTORIZÓ	Anotar el nombre, cargo y firma de la persona que autoriza el egreso del paciente.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Recibo de Exención

1/No.

2/UNIDAD MÉDICA:	3/FECHA:	4/No. EXPEDIENTE:
5/C. CAJERO DEL HOSPITAL:		6/T. ATENCION

7/COMUNICO A USTED QUE HE AUTORIZADO LA EXENCION DE PAGO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL C.

8/CON DOMICILIO EN:

9/CLAVE SERVICIO	10/DESCRIPCION DEL SERVICIO	11/CANTIDAD	12/IMPORTE
		13/TOTAL:	$

14/ELABORO **15/DIRECTOR DEL HOSPITAL** **16/RECIBIO**

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

Av. Independencia Oriente 1009 C.P. 50070 Toluca, Estado de México. R.F.C. ISE-870331-CR6

217B30000-085-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Recibo de Exención"
217B30000-085-11

OBJETIVO: Llevar el registro de los servicios proporcionados a los usuarios que, por tener escasos recursos económicos, no puedan cubrir las cuotas de recuperación que correspondan.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al usuario/paciente, la primera copia se archiva para control en el Área de Recursos Financieros y la segunda copia se envía a la Dirección de Finanzas.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el número progresivo correspondiente al recibo, de acuerdo al control que de los mismos se lleve a cabo.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica.
3	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
4	EXPEDIENTE	Indicar el número de expediente del paciente.
5	T. ATENCIÓN	Especificar el tipo de atención proporcionada al paciente.
6	C. CAJERO DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo del cajero que emite el recibo.
7	AL C.	Escribir el nombre completo del paciente.
8	CON DOMICILIO EN	Anotar la calle y número exterior e interior, en su caso, del lugar de residencia del paciente.
9	CLAVE SERVICIO	Registrar el número de identificación de los servicios proporcionados al paciente, con base en el tabulador autorizado.
10	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, de acuerdo a las claves descritas en el punto número 8.

11	CANTIDAD	Anotar el número de servicios que le hayan proporcionado al paciente.
12	IMPORTE	Indicar la cantidad de cada uno de los servicios proporcionados al paciente, por la cantidad de los mismos, de acuerdo con el tabulador autorizado. (valuado a nivel uno).
13	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes descritos en el punto número 11.
14	ELABORÓ	Escribir el nombre completo y firma del cajero.
15	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo y firma del titular del Hospital autorizando la exención.
16	RECIBIÓ	Escribir el nombre completo y firma del paciente o de alguno de sus familiares.

PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto por los servicios de consulta externa proporcionados, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de Caja de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a todos los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación, cobro, salvaguarda, custodia y reporte de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios de consulta externa.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7 Fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de controlar el sistema de cuotas de recuperación, así como de determinar las cuotas de recuperación y de tramitar la exención de pagos, para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del área Médica de Consulta Externa deberá:

- Recibir al paciente, solicitar su "Ficha de Consulta", enterarse de que el servicio médico requerido corresponde a un programa prioritario, otorgar el servicio de consulta externa, elaborar "Receta Médica" en original y tres copias, entregar la segunda copia al paciente indicándole presentar la "Ficha de Consulta" en el área de Vigilancia y con la receta original y las copias restantes realizar trámites internos a que haya lugar.
- Atender al paciente, revisar el "Recibo de Único de Pago" o "Recibo de Exención", así como el comprobante de programa prioritario y efectuar el registro en su "Hoja de Referencia".
- Indicar al paciente la fecha de su próxima cita en caso de requerir mayor atención médica y comunicarle que acuda al área de Archivo para que le elaboren su expediente y al área de Recepción para el registro de la siguiente cita, presentando "Recibo Único de Pago", archivar "Hoja de Referencia".

El Responsable del área de Recepción del Servicio de Consulta Externa deberá:

- Recibir al paciente, solicitar sus datos generales, efectuar registro en el "Libro de Control" el servicio solicitado.
- Requerir al paciente su "Hoja de Referencia" cuando éste sea canalizado de algún centro de salud, registrar la fecha de consulta y determinar si corresponde a algún Programa Prioritario de Salud.
- Elaborar y entregar ficha de consulta al paciente solicitante.
- Anotar el tipo de consulta que requiere el paciente y entregársela junto con su "Hoja de Referencia" indicándole pasar al área de Caja a cubrir la cuota de recuperación.

El Responsable del área Trabajo Social deberá:

- Realizar los estudios socioeconómicos y determinar la capacidad de pago de los pacientes.
- Requisitar el formato "Pase de Salida" del paciente, recabar firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determinar si es procedente una reclasificación o exención de pago.
- Indicar en el formato "Pase de Salida" el resultado del "Estudio Socioeconómico", entregarlo al paciente y archiva el original del "Estudio Socioeconómico".
- Registrar en el "Pase de Salida" el nivel por cobro y entregarlo al paciente indicándole cubrir la cuota en el área de Caja.

El Responsable del área de caja deberá:

- Recibir del paciente la "Ficha de Consulta" para determinar la cuota de recuperación de la consulta otorgada, informándole el importe a cubrir.
- Realizar el cobro correspondiente por los servicios otorgados paciente, elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", entregar el original al Paciente y archivar las copias para control interno.
- Recibir el original del "Pase de Salida", revisar que se encuentre debidamente validado por la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y especificar el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota.
- Elaborar el "Recibo de Exención " en original y dos copias, recabar firma de conformidad del Paciente en el original y las copias del mismo, anotar el número de folio del recibo en el pase, archivar pase, entregar el original del recibo al Paciente y archivar las copias del recibo para control interno.
- Determinar el importe de acuerdo con nivel indicado y al tabulador autorizado.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Recibir del paciente la "Ficha de Consulta", registrar en su libro de control los datos del usuario, devuelve ficha y permite el egreso del paciente.

DEFINICIONES:

Consulta Externa: La consulta externa es la atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital, puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. Comprende lo relacionado con la Medicina Preventiva, Medicina General y Medicina de Especialidades.

Hoja de Referencia: Es el documento por el cual se autoriza el traslado de un paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutiva, para que se brinde una atención de salud o se realice un examen de apoyo al diagnóstico.

Programa Prioritario de Salud: Conjunto de acciones que ofrece el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. Es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Receta Médica: Se entiende por receta médica el documento normalizado por medio del cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte de las farmacias.

Cuota de Recuperación: Son los dineros que se deben pagar por la prestación de los servicios de salud la población abierta en lo no cubierto con subsidios a la demanda, según lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud que para el efecto suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios.

Estudio Socioeconómico: Consiste en la aplicación de cuestionamientos que proporcionan elementos objetivos e información relevante en torno a los aspectos que queremos conocer de alguna persona o familia. Es una entrevista a profundidad aplicando un cuestionario diseñado expresamente para conocer los aspectos relevantes, y de esta forma determinar el nivel de cobro de un paciente por la prestación de un servicio.

Exención de Pago: Significa que una determinada persona física o moral que legal o normalmente tiene la calidad de causante, pero que no está obligado a enterar el crédito tributario, por encontrarse en condiciones de privilegio o franquicias. A través de la exención se persigue otorgar a determinadas personas un beneficio económico.

Reclasificación de Pago: Es la revaloración de la situación financiera del paciente y sus familiares en el pago de un servicio.

INSUMOS:

- Paciente Ingresado.

- Hoja de referencia.

RESULTADOS:

- Determinación y cobro de cuotas de recuperación adecuados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad adminstrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- El personal del área de Caja de los hospitales será responsable de la recepción de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación, debiendo detectar los billetes falsos y, en su caso, reintegrar el monto faltante correspondiente.
- El Responsable del área de Caja deberá requisitar el "Recibo Único de Pago" en cada uno de los conceptos que en el mismo se establecen.
- El importe de los servicios cobrados mediante "Recibo Único de Pago" deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador y no será válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los "Recibos Únicos de Pago" que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación, en su unidad aplicativa.
- Las áreas de Trabajo Social, Cuenta Paciente y Caja orientarán y proporcionarán la documentación soporte que se requiera a los familiares de pacientes que, por incapacidad física o mental, no puedan realizar en forma personal el pago de los servicios médicos recibidos.
- El área de Trabajo Social validará mediante firma autógrafa los expedientes de estudios socio-económicos que generen una exención o reclasificación en el cobro de la cuota de recuperación y presentarlo para su autorización al Director del hospital o, en su ausencia, por el Administrador, Subdirector Médico, Jefe de Recursos Financieros y en turnos especiales y en días festivos por el Director del Hospital y notificará por escrito al Asistente o Jefe de Servicios de la Dirección.
- La autorización de las exenciones por escasos recursos deberá controlarse y registrarse de manera mensual y gestionar su autorización ante la Dirección de Finanzas del Instituto, dentro de los primeros 5 días del mes siguiente, indicando el monto por exentar; en caso de no presentarse en el plazo establecido se realizará el reintegro correspondiente.
- El área de Trabajo Social deberá integrar, resguardar y controlar los estudios socioeconómicos de los pacientes, la información contenida será de carácter confidencial y con una vigencia de seis meses a partir de la fecha de su aplicación, su consulta será restringida a las instancias correspondientes (Unidad de Contraloría Interna, Subdirección de Atención Médica y Departamento de Control y Registro de Cuotas).
- En el caso de que el Paciente requiera ser transferido a otra Unidad Médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se cobrará los servicios que hasta el momento se le hayan otorgado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente y, en su caso, al área de Servicios Generales o el área interna encargada de realizar los traslados.
- Los pacientes del servicio de consulta externa deberán cubrir sus cuotas de recuperación en forma previa a su atención.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

  1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
  2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
  3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.

- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.
- El área de Recepción del servicio de consulta externa efectuará el registro de los pacientes en el "Libro de Control del Servicio de Consulta Externa", el cual deberá estar debidamente prefoliado.
- El área de Recepción del servicio de consulta externa será responsable del uso, resguardo y control de los documentos que se generen por la prestación de los servicios.

- El Médico tratante registrará los datos generales de los pacientes y diagnóstico en la "Hoja Diaria", así como el número de "Recibo Único de Pago" o, en su caso, si se trata de una exención por falta de recursos económicos del paciente o si corresponde a un programa prioritario o si es paciente del Seguro Popular.

DESARROLLO:

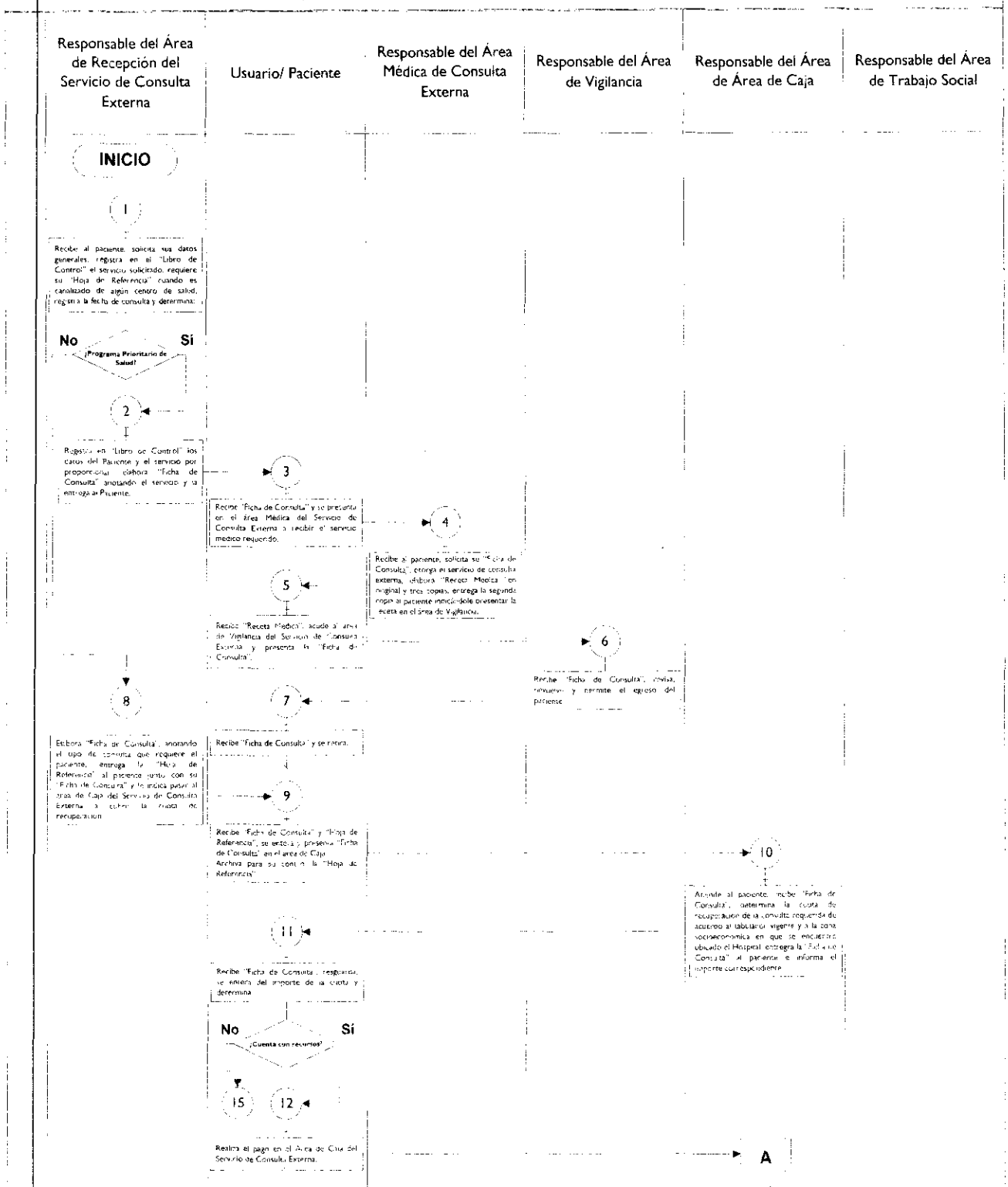
Procedimiento 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	Recibe al paciente, solicita sus datos generales, registra en el "Libro de Control" el servicio solicitado, requiere su "Hoja de Referencia" cuando es canalizado de algún centro de salud, registra la fecha de consulta y determina: ¿Corresponde a algún Programa Prioritario de Salud?
2	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	Si corresponde a algún Programa Prioritario de Salud. Registra en "Libro de Control" los datos del Paciente y el servicio por proporcionar, elabora "Ficha de Consulta" anotando el servicio y la entrega al Paciente.
3	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta" y se presenta en el área Médica del Servicio de Consulta Externa a recibir el servicio médico requerido.
4	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Recibe al paciente, solicita su "Ficha de Consulta", se entera de que el servicio médico requerido corresponde a un programa prioritario, entrega la "Ficha de Consulta", otorga el servicio de consulta externa, elabora "Receta Médica" en original y tres copias, entrega la segunda copia al paciente indicándole presentar la "Ficha de Consulta" en el área de Vigilancia y con la receta original y las copias restantes realiza trámites internos.
5	Usuario/ Paciente	Recibe "Receta Médica" y "Ficha de Consulta", acude al área de Vigilancia del Servicio de Consulta Externa y presenta la "Ficha de Consulta".
6	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe "Ficha de Consulta", registra en su libro de control los datos del usuario, devuelve ficha y permite el egreso del paciente.
7	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta" y se retira.
8	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	No corresponde a algún Programa Prioritario de Salud. Elabora "Ficha de Consulta" anotando el tipo de consulta que requiere el paciente, entrega la "Hoja de Referencia" al paciente junto con su "Ficha de Consulta" y le indica pasar al área de Caja del Servicio de Consulta Externa a cubrir la cuota de recuperación.
9	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta" y "Hoja de Referencia", se entera y presenta "Ficha de Consulta" en el área de Caja. Archiva para su control la "Hoja de Referencia".
10	Responsable del Área de Caja	Atiende al paciente, recibe "Ficha de Consulta", determina la cuota de recuperación de la consulta requerida de acuerdo al tabulador vigente y a la zona socioeconómica en que se encuentre ubicado el hospital, entrega la "Ficha de Consulta" al paciente e informa el importe correspondiente.
11	Usuario/ Paciente	Recibe "Ficha de Consulta", resguarda, se entera del importe de la cuota y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el importe?
12	Usuario/ Paciente	Si cuenta con recursos para cubrir el importe. Realiza el pago en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa.
13	Responsable del Área de Caja	Recibe importe de la consulta requerida por el Paciente, elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", entrega el original al Paciente y archiva las copias. Se conecta con el procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación".

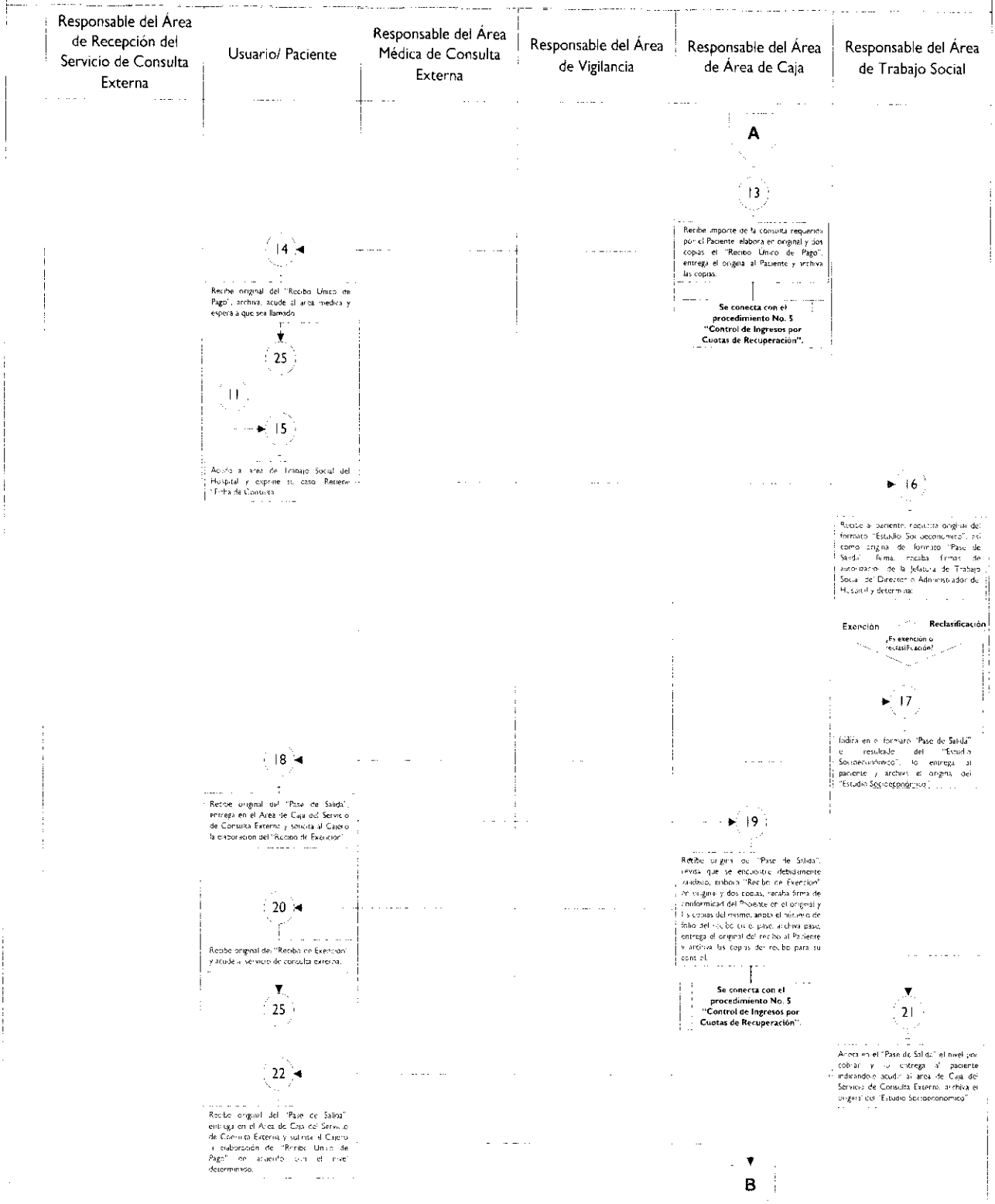
14	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", archiva, acude al área médica y espera que sea llamado. Se conecta con la operación No. 25.
15	Usuario/ Paciente	No cuenta con recursos para cubrir el importe. Acude al área de Trabajo Social del Hospital y expone su caso. Retiene "Ficha de Consulta".
16	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe al paciente, requisita original del formato "Estudio Socioeconómico", así como original del formato "Pase de Salida", firma, recaba firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determina ¿Es exención o reclasificación?
17	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Exención. Indica en el formato "Pase de Salida" el resultado del "Estudio Socioeconómico", lo entrega al paciente y archiva el original del "Estudio Socioeconómico".
18	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa y solicita al Cajero la elaboración del "Recibo de Exención".
19	Responsable del Área de Área de Caja	Recibe original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado, elabora "Recibo de Exención" en original y dos copias, recaba firma de conformidad del Paciente en el original y las copias del mismo, anota el número de folio del recibo en el pase, archiva pase, entrega el original del recibo al Paciente y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta al procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
20	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y acude al servicio de consulta externa. Se conecta con la operación No. 25.
21	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Reclasificación. Anota en el "Pase de Salida" el nivel por cobrar y lo entrega al paciente indicándole acudir al área de Caja del Servicio de Consulta Externa, archiva el original del "Estudio Socioeconómico".
22	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa y solicita al Cajero la elaboración del "Recibo Único de Pago" de acuerdo con el nivel determinado.
23	Responsable del Área de Caja	Recibe original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado y especifique el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota, lo archiva, determina importe de acuerdo con nivel indicado y el tabulador autorizado, elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", anota número de folio del recibo en el pase, lo archiva, obtiene el importe por el pago de los servicios proporcionados, le entrega original del recibo al paciente y archiva las copias para control interno. Se conecta con el procedimiento No. 5: "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
24	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y acude al área de Consulta Externa.
25	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Atiende al Paciente, revisa "Recibo de Único de Pago" o "Recibo de Exención", comprobante de programa prioritario, solicita original de la "Hoja de Referencia", proporciona servicio de consulta externa, registra número del "Recibo Único de Pago" o "Recibo de Exención" en su "Hoja de Referencia" y determina: ¿Requiere mayor atención médica?
26	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	No requiere mayor atención médica. Elabora "Receta Médica", anexa el recibo que corresponda y entrega al paciente, le hace las indicaciones pertinentes y archiva "Hoja de Referencia".
27	Usuario/ Paciente	Recibe "Receta Médica" y "Recibo de Único de Pago" o "Recibo de Exención", atiende las indicaciones del Médico y se retira.
28	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Si requiere mayor atención médica. Indica fecha de la próxima cita, elabora "Receta Médica" entrega y comunica al paciente pasar al área de Archivo para que le elaboren expediente y al área de Recepción para el registro de la siguiente cita, presentando "Recibo Único de Pago", archiva "Hoja de Referencia".
29	Usuario/ Paciente	Recibe "Receta Médica", atiende las indicaciones del Médico y se retira.

DIAGRAMACIÓN:

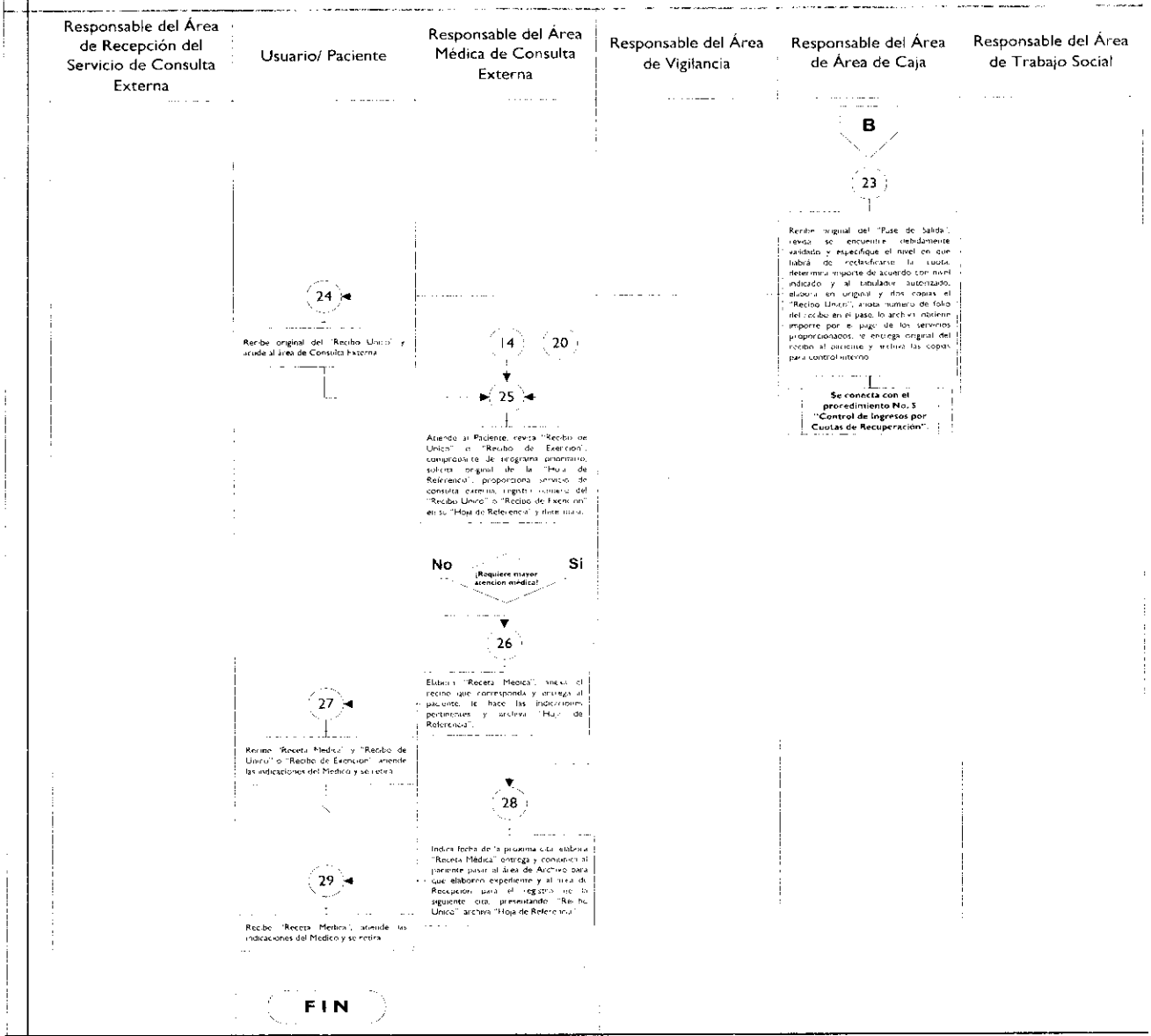
PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en el cobro por concepto de cuotas de recuperación en el Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de cobros por concepto de cuotas de recuperación realizados en el Servicio de Consulta Externa}}{\text{Número mensual de solicitudes de atención recibidas en el Servicio de Consulta Externa}} \times 100 =$$

Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- La canalización de un paciente a alguna otra unidad médica se realiza a través del formato "Referencia y Contrarreferencia" y se archiva en el hospital que proporciona la tención.
- La carencia de recursos económicos se registra en el formato de "Estudio Socioeconómico" y se archiva en el área de Trabajo Social del hospital.
- La falta de recursos económicos del paciente queda registrada en el "Recibo de Exención" y se archiva en el área de Recursos Financieros.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Recibo Único de Pago (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Estudio Socioeconómico (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Pase de Salida (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Recibo de Exención (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Referencia y Contrarreferencia.
- Receta Médica.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

FOLIO: (1)

(2) ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

I

FECHA DE REFERENCIA (3) _____ **No. DE CONTROL (4)** _____

EDAD (5)		SEXO (6)	
AÑOS	MESES	M	F

NOMBRE DEL PACIENTE (7) _____

DOMICILIO DEL PACIENTE (8) _____

MOTIVO DE ENVÍO (9) _____ **DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL (10)** _____ **URG. (11)** _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (12) _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO (13) _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (14) _____ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (15) _____

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (16) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (17) _____

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA

FOLIO: (18)

(19) ☐ **ADULTO** ☐ **PEDIÁTRICO**

Fecha (20) _____ No. de control (21) _____ Clasificación Socioeconómica (22) _____ URGENCIA (23) SI _____ NO _____

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (24) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (25) _____

II

NOMBRE (S) (26) _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (27) _____ PARENTESCO (28) _____

NUMERO DE EXPEDIENTE (29) _____ EDAD (30) _____ SEXO (31) _____

III

UNIDAD QUE REFIERE (32) _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (33) _____

DOMICILIO (34) _____

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA (35) _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA (36) _____

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): (37) T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____

F.R. _____ FC. _____ PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____

LLENADO CAPILAR (38) _____

PADECIMIENTO ACTUAL (39) _____

EVOLUCIÓN (40) _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (41) _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (42) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (43)	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE (44)

217B20000-181-07

ORIGINAL - PACIENTE

ANVERSO

VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA (45) _____ FECHA DE ALTA (46) _____

SE LE ATENDIÓ: (47) SI _____ NO _____ NOMBRE DE LA UNIDAD (48) _____

PORQUE (49) _____

OBSERVACIONES (50) _____

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE (51) _____

ESPECIALIDAD O SERVICIO (52) _____ FECHA (53) _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:

PADECIMIENTO ACTUAL (54) _____

EVOLUCION (55) _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (56) _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO (57) _____

DIAGNÓSTICO DE EGRESO (58) _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: (59)

Debe Regresar (60) _____ Fecha (61) _____

En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono (62) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE (63)	**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD** (64)

217B20000-181-07

REVERSO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Referencia y Contrarreferencia"
217B20000-181-07

OBJETIVO: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias, el original para el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
TALÓN		
1	FOLIO:	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.

I		
3	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	EDAD: AÑOS.....MESES	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	SEXO: M.....F	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.
8	DOMICILIO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	MOTIVO DE ENVÍO:	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido.
10	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.
11	URG.:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	ESPECIALIDAD O SERVICIO:	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
17	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	FOLIO:	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
23	URG.:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
25	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
II		
26	NOMBRE(S):	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.

27	NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.
28	PARENTESCO:	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papa, mama, hijo, hermano, primo, otro.). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	EDAD:	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	SEXO:	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		
32	UNIDAD QUE REFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		
33	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	DOMICILIO:	Anotar nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envia.
38	LLENADO CAPILAR:	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de ésta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	PADECIMIENTO ACTUAL:	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	EVOLUCIÓN:	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Escribir el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		
45	FECHA DE VISITA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
46	FECHA DE ALTA:	Escribir el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.
47	SE LE ATENDIO: SI_____ NO_____	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendido o no se atendió al paciente en la unidad médica donde se le refirió.
48	NOMBRE DE LA UNIDAD:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	¿PORQUE?:	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	OBSERVACIONES:	Asentar señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia.
HOJA DE CONTRARREFERENCIA		
VII		
51	UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	SERVICIO:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.

53	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.
MANEJO DEL PACIENTE		
VIII		
54	PADECIMIENTO ACTUAL:	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.
55	EVOLUCIÓN:	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.
59	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	DEBE REGRESAR:	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	FECHA:	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE.....	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	Asentar nombre completo y la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que contrarrefiere.
64	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Anotar nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.

GOBIERNO DEL **ESTADO DE MÉXICO**

Ahora tu consulta médica también incluye tus medicamentos

Compromiso

Receta Médica

1/FOLIO A000 000 001

2/NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:	3/NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		4/DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
5/☐ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION	6/CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	7/No. LICENCIA SANITARIA	8/COBERTURA*: ☐ SP ☐ PA ☐ OP	9/FECHA DE ELABORACIÓN:
10/NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN 11/NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	18/CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO)			19/CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
	20/INDICACIONES (DOSIS)	21/DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	22/CANTIDAD SOLICITADA	23/CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
12/EDAD:	13/GÉNERO: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO)		CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
14/NOMBRE DEL MÉDICO:		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA / CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
15/R.F.C.	16/NÚM. DE CÉD. PROFES.	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO)		CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
17/FIRMA DEL MÉDICO		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD SOLICITADA / CANTIDAD SURTIDA (LETRA)

EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA	24/FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	25/ENTREGUÉ CAJAS	26/RECIBÍ CAJAS	27/FECHA DE RECIBIDO

*SP=SEGURO POPULAR PA=POBLACIÓN ABIERTA OP=OPORTUNIDADES

217B20000-001-06

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS, EL PROVEEDOR TENDRÁ 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE

ESTA RECETA NO ESTÁ AUTORIZADA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Receta Médica"
217B20000-001-06

OBJETIVO: Solicitar a la botica/proveedor el medicamento requerido por los pacientes de las unidades médicas del Instituto, de conformidad con el diagnóstico emitido por el personal médico.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y tres copias. El original se turna a la botica/proveedor para gestionar el cobro de los medicamentos, la primera copia para control de la unidad médica, la segunda copia se entrega al paciente y la tercera copia para el proveedor.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Especificar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción sanitaria a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la localidad en la que se encuentra ubicada la unidad médica en que se genera el formato.
5	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS HOSPITALIZACION	Marcar con una "X" el origen del formato, si corresponde a consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y el nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
7	No. DE LICENCIA SANITARIA	Anotar el número de la licencia sanitaria de la unidad médica en la que se elabora el formato.
8	COBERTURA	Marcar con una "X" el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular, PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
9	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
10	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN	Indicar el número de expediente del paciente cuando corresponda a población abierta, o bien, además el de afiliación cuando corresponda al seguro popular o a oportunidades.
11	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente, comenzando por el nombre, el apellido paterno y el apellido materno.
12	EDAD	Escribir la edad en años cumplidos del paciente.
13	GÉNERO	Anotar él género (masculino o femenino) del paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO	Escribir el nombre completo del médico que elabora el formato.
15	R.F.C.	Anotar la clave del registro federal de contribuyentes del médico que genera el formato.
16	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	Indicar el número de cédula profesional del médico que genera el formato.
17	FIRMA DEL MÉDICO	Colocar la firma autógrafa del médico que genera el formato.
18	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	Anotar el nombre genérico del medicamento, de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizado por la Secretaría de Salud, así como la clave del mismo, por parte del responsable de la botica.
19	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO	Indicar la clave CIE-10 del diagnóstico primario y secundario del paciente dictaminado por el médico.
20	INDICACIONES (DOSIS)	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosis del medicamento.
21	DURACION DEL TRATAMIENTO	Especificar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
22	CANTIDAD SOLICITADA	Anotar, por parte del médico, la cantidad en cajas que se solicita del medicamento correspondiente, de conformidad con su presentación y el tiempo de duración del tratamiento.

23	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	Escribir con letra la cantidad (cajas), de medicamento que le proporciona la botica al paciente.
24	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	Colocar la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.
25	ENTREGUÉ CAJAS	Anotar con letra el número total de cajas de medicamento que entrega el responsable de la botica al paciente.
26	RECIBÍ CAJAS	Indicar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas al paciente por la botica.
27	FECHA DE RECIBIDO	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300/03
	Página:

PROCEDIMIENTO 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto por los servicios de hospitalización proporcionados, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de cajas de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a todos los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación, cobro, salvaguarda, custodia y reporte de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios de hospitalización.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo. Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, Fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de diseñar, establecer y mantener actualizado el sistema de cuotas de recuperación, así como de la exención de pagos, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia, a efecto de eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del área de Hospitalización deberá:

- Recibir los expedientes clínicos, asignar cama y colocar al Paciente en la cama.

- Otorgar el servicio de hospitalización y solicitar al responsable del área de Cuenta Paciente realice visita y registre los servicios otorgados en el formato correspondiente.

El Responsable del área de Trabajo Social deberá:

- Recibir y canalizar al paciente al servicio de hospitalización, según la prioridad, cuando sea canalizado del servicio de urgencias o consulta externa.
- Recibir los expedientes del servicio de urgencias, elaborar el formato "Hoja de Hospitalización", integrarlo al expediente y turnarlo al área de hospitalización.
- Elaborar una "Responsiva", realizar el "Estudio Socioeconómico" y determinar la capacidad de pago del paciente.
- Elaborar "Pase de Salida", recabar la firma de autorización de las autoridades competentes y entregarlo al familiar del paciente indicándole acuda al área de Cuenta Paciente a que le notifiquen sobre la cuota de recuperación.
- Validar el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de salida", para que el paciente pueda egresar de la unidad médica.
- Determinar con base al "Estudio Socioeconómico" cuando es una exención o reclasificación de pago, recabando para tal efecto las firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o del Administrador del Hospital.
- Anotar en el formato "Pase de Salida" la determinación de la EXENCIÓN, cuando la situación lo amerite, o bien registrar el nivel de cobro a que se hace acreedor el paciente cuando exista una RECLASIFICACIÓN.
- Conservar en su archivo los documentos originales de los estudios socioeconómicos realizados y copias de los pases de salida generados.

El Responsable del Servicio de Cuenta Paciente deberá:

- Actualizar diariamente las cuentas de los pacientes hospitalizados, verificando el registro de los servicios y/o estudios realizados para su recuperación.
- Realizar el corte de la cuenta, de acuerdo con el tabulador vigente autorizado de los servicios proporcionados e informar al Responsable del área de Trabajo Social.
- Informar al familiar del paciente el monto de los servicios que le hayan sido proporcionados para su recuperación e indicarle acuda al área de Caja a realizar el pago correspondiente.
- Actualizar el formato "Cuenta Paciente" y turnarlo al área de Caja cuando exista una EXENCIÓN o RECLASIFICACIÓN de la cuota de recuperación.
- Gestionar la autorización de pagos diferidos a los pacientes que lo soliciten y verificar que sea cubierto el monto global de los servicios médicos.
- Conciliar los pagos realizados por el familiar del paciente contra el importe global de su cuenta.

El Responsable del área de Caja del Hospital deberá:

- Realizar el cobro de los servicios proporcionados por el área de Hospitalización.
- Realizar el cobro de los servicios de acuerdo a la cantidad y nivel que le indique el área de Cuenta Paciente.
- Recibir original del formato "Cuenta Paciente", archivar provisionalmente y esperar a que se presente el familiar del Paciente con el "Pase de Salida", aplicar tabulador y determinar el importe de acuerdo con nivel indicado y al tabulador autorizado.
- Elaborar en original y dos copias del "Recibo Único de Pago", anotar en el original del "Pase de Salida" el número de folio correspondiente, entregar al familiar el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y archivar las copias del recibo para su control.
- Elaborar el "Recibo de Exención" en original y dos copias, recabar firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del mismo, anotar el número de folio del recibo en el pase, archivar pase, entregar el original del recibo al familiar del Paciente y archivar las copias del recibo.
- Elaborar y emitir los recibos correspondientes de conformidad con los lineamientos internos vigentes.
- Realizar el corte de caja al finalizar su turno, procediendo a entregarlo y revisarlo con el Cajero General o, en su ausencia, con el Jefe del área de Recursos Financieros o el Administrador.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Requerir del paciente el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de Salida" para permitir su egreso.
- Recibir el original del "Recibo de Exención", revisar y registrar en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio, el importe del mismo y el servicio del cual egresa el paciente.
- Revisa y registrar en el "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo Único de Pago", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente.

DEFINICIONES:

Servicio de Hospitalización: Son los servicios destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos para trabajo de enfermería; se relacionan con los servicios de apoyo, complementación, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería.

INSUMOS:

- Hoja de hospitalización.
- Ficha de consulta.
- Estudio socioeconómico.

RESULTADOS:

- Atención oportuna de pacientes.
- Recibo único de pago.
- Cuenta paciente.
- Recibo de exención.
- Receta médica.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- Las áreas médicas del Hospital efectuarán el registro y control de los servicios que proporcionan en el "Libro de Registro" el cual deberá estar prefoliado, requisitado y bajo el resguardo de las áreas correspondientes.
- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.
- La Jefatura de Servicios Médicos de los hospitales efectuará el registro de los pacientes de nuevo ingreso en el formato "Hoja de Hospitalización", la cual deberá estar prefoliada y será integrada al expediente del paciente para efectos de control.
- El responsable de elaborar la "Cuenta Paciente" verificará diariamente el registro de los servicios proporcionados por el área de hospitalización a los pacientes internados, para tener conocimiento de las prealtas y altas programadas y preparar el cierre de las cuentas correspondientes.
- El pago de los servicios de hospitalización podrá realizarse de manera diferida en efectivo o cuando el Hospital cuente con el servicio de cobros electrónicos con Tarjeta de Crédito o Debito, previa solicitud del paciente o de un familiar directo.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

  1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
  2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
  3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.

DESARROLLO:

Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.

No.	Responsable	Actividad
		Viene de los procedimientos "Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias y Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM".
1	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe al Paciente y determina ¿Es paciente remitido del área de Urgencias o Paciente Programado de Consulta Externa?
2	Responsable del Área de Trabajo Social	Es un Paciente remitido del área de Observación del Servicio de Urgencias. Lo recibe junto con su expediente, elabora en original el formato "Hoja de Hospitalización", integra al expediente y los envía al área de hospitalización. Se conecta con la operación no. 5.

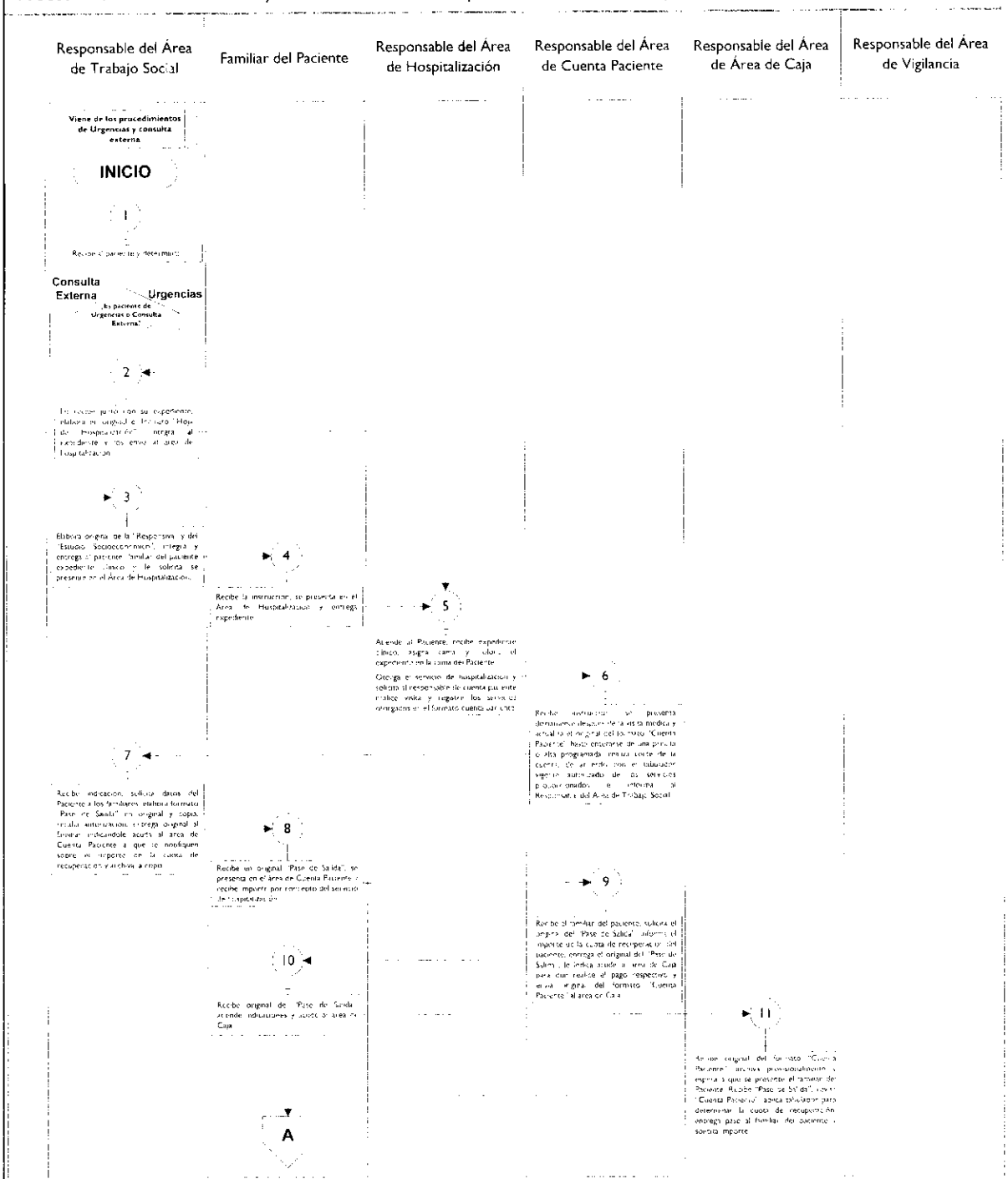
3	Responsable del Área de Trabajo Social	Es un Paciente programado de Consulta Externa. Elabora original de la "Responsiva" y "Estudio Socioeconómico", integra y entrega al paciente/familiar del paciente expediente clínico y le solicita se presente en el área de Hospitalización.
4	Familiar del Paciente	Recibe la instrucción, se presenta en el área de Hospitalización y entrega expediente.
5	Responsable del Área de Hospitalización	Atiende al Paciente, recibe expediente clínico, asigna cama y coloca el expediente en la cama del Paciente, otorga el servicio de hospitalización y solicita al responsable de Cuenta Paciente realice visita y registre los servicios otorgados en el formato Cuenta Paciente.
6	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe instrucción, se presenta diariamente después de la visita médica y actualiza el original del formato "Cuenta Paciente" hasta enterarse de una prealta o alta programada, realiza corte de la cuenta, de acuerdo con el tabulador vigente autorizado de los servicios proporcionados e informa al Responsable del área de Trabajo Social.
7	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe indicación, solicita datos del Paciente a los familiares, elabora formato "Pase de Salida" en original y copia, recaba autorización, entrega original al familiar indicándole acuda al área de Cuenta Paciente a que le notifiquen sobre el importe de la cuota de recuperación y archiva la copia.
8	Familiar del Paciente	Recibe en original "Pase de Salida", se presenta en el área de Cuenta Paciente y solicita importe por concepto del servicio de hospitalización.
9	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe al familiar del paciente, solicita el original del "Pase de Salida", informa el importe de la cuota de recuperación del paciente, entrega el original del "Pase de Salida", le indica acudir al área de Caja para que realice el pago respectivo y envía original del formato "Cuenta Paciente" al área de Caja.
10	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" e importe por servicios de hospitalización y acude al área de Caja.
11	Responsable del Área de Caja	Recibe original del formato "Cuenta Paciente", archiva provisionalmente y espera a que se presente el familiar del Paciente. Recibe "Pase de Salida", revisa "Cuenta Paciente", aplica tabulador para determinar la cuota de recuperación, entrega pase al familiar del paciente y solicita importe.
12	Familiar del Paciente	Recibe "Pase de Salida", archiva, se entera del importe y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el importe?
13	Familiar del Paciente	Si cuenta con recursos para cubrir el importe. Pasa al área de Caja, presenta el original del "Pase de Salida" y realiza el pago por el importe correspondiente.
14	Responsable del Área de de Caja	Recibe el original del "Pase de Salida" y el importe en efectivo o pago electrónico por la cuenta del Paciente, elabora en original y dos copias del "Recibo Único de Pago", anota en el original del "Pase de Salida" el número de folio del "Recibo Único de Pago" correspondiente, entrega al familiar el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta con el procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
15	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y se presenta en el área de Trabajo Social.
16	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe del familiar del paciente el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida", revisa, valida, entrega e indica recoger a su paciente.
17	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" debidamente validados, recoge a su paciente, se presenta en el área de Vigilancia del Servicio de Hospitalización y presenta el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de Salida".
18	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe al familiar, le requiere original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida", registra en libro de control el nombre del Paciente, el número de folio, importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente, devuelve el original del recibo al familiar del Paciente y permite su egreso.
19	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y se retira junto con su Paciente.
20	Familiar del Paciente	No cuenta con recursos para cubrir el importe. Pasa al área de Trabajo Social y manifiesta su incapacidad para cubrir el importe correspondiente.

21	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe al familiar del Paciente, solicita original del "Pase de Salida", elabora original del "Estudio Socioeconómico", firma, recaba firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determina: ¿Es exención o reclasificación?
22	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Exención. Anota en el formato "Pase de Salida" la determinación de la exención, obtiene fotocopia del pase, entrega original al familiar del paciente indicándole acuda al área de Cuenta Paciente y archiva fotocopia junto con el original del "Estudio Socioeconómico".
23	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", se presenta en el área de Cuenta Paciente y solicita la actualización de su cuenta.
24	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Atiende al familiar del paciente, solicita el original del "Pase de Salida", actualiza formato "Cuenta Paciente" y turna al área de Caja, entrega el "Pase de Salida" al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja.
25	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja y solicita al cajero la elaboración del "Recibo de Exención".
26	Responsable del Área de Caja	Recibe formato "Cuenta Paciente", archiva provisionalmente y espera a que se presente el familiar del Paciente. Atiende al familiar del Paciente, le requiere el original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado, elabora "Recibo de Exención" en original y dos copias, recaba firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del mismo, anota el número de folio del recibo en el pase, archiva pase, entrega el original del recibo al familiar del Paciente y archiva las copias del recibo. Se conecta al procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación".
27	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención", recoge a su Paciente y presenta en el área de Vigilancia el original del recibo.
28	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo de Exención", revisa, registra en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo de Exención", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente y devuelve el original del recibo al familiar del Paciente.
29	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y se retira junto con su Paciente.
30	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Reclasificación. Anota en el formato "Pase de Salida" el nivel por cobrar, obtiene dos fotocopias, entrega el original al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja, turna fotocopia del pase al área de Caja y archiva la segunda fotocopia junto con el original del "Estudio Socioeconómico".
31	Responsable del Área de Caja	Recibe fotocopia del "Pase de Salida" y archiva para su control.
32	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" y se presenta en el área de Cuenta Paciente para actualizar su cuenta.
33	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Atiende al familiar del Paciente, le solicita el original del "Pase de Salida", actualiza formato "Cuenta Paciente", entrega el "Pase de Salida" al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja y turna el formato al área de Caja.
34	Responsable del Área de Caja	Recibe formato "Cuenta Paciente", archiva provisionalmente y espera que se presente el familiar del Paciente.
35	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" y acude al área de Caja.
36	Responsable del Área de Caja	Atiende al familiar del Paciente, le requiere el original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado y especifique el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota, determina importe de acuerdo con nivel indicado y al tabulador autorizado. Elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", anota el número de folio del recibo en el "Pase de Salida", archiva pase, recaba firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del recibo. Obtiene importe por el pago de los servicios registrados en el recibo, le entrega el original del recibo al familiar del Paciente y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta al procedimiento No. 5 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".

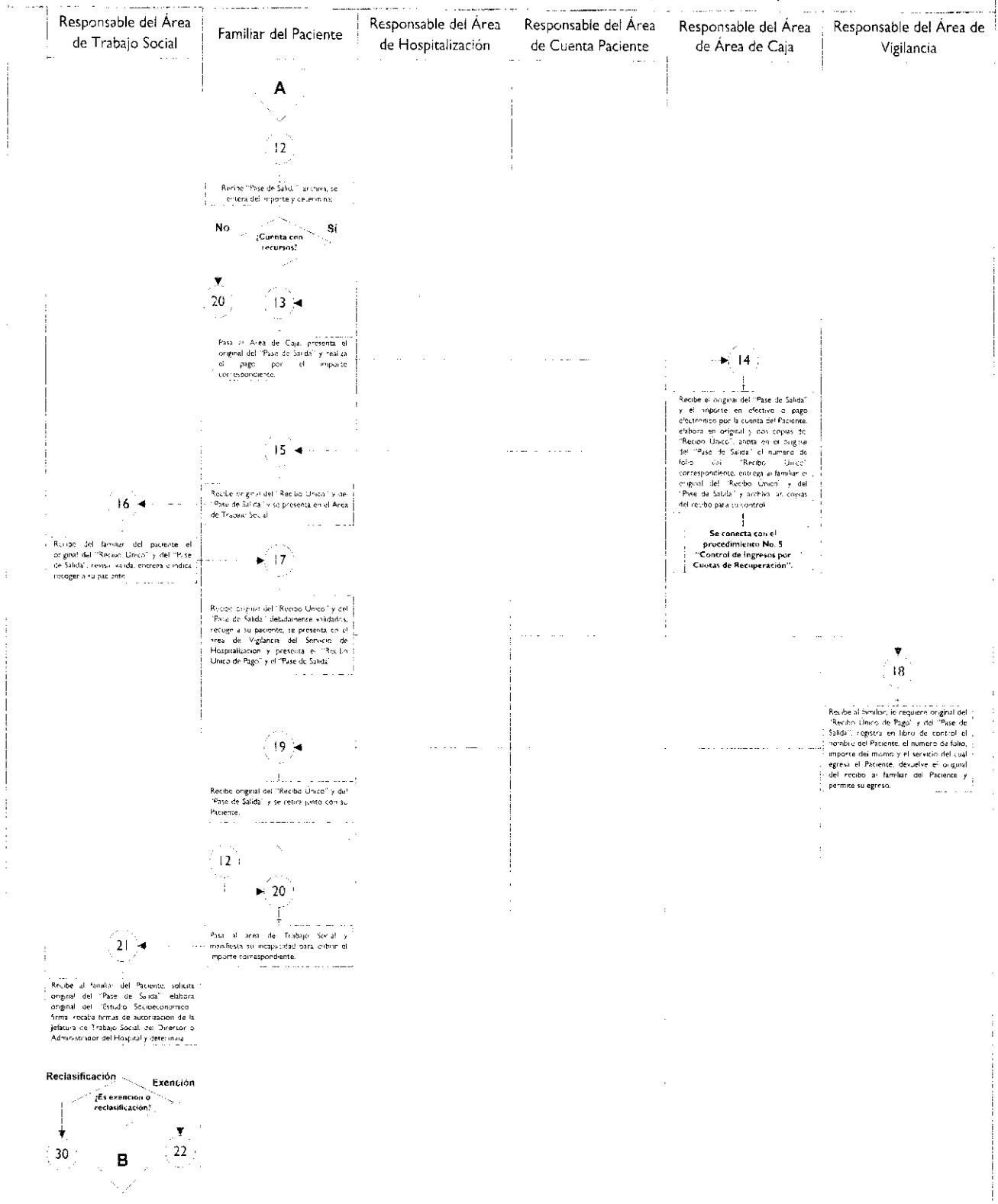
37	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", recoge a su Paciente y presenta en el área de Vigilancia del Servicio de Hospitalización el original del "Recibo Único de Pago".
38	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo Único de Pago", revisa, registra en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo Único de Pago", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente y devuelve el original del recibo al familiar del Paciente.
39	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y se retira junto con el Paciente.

DIAGRAMACIÓN:

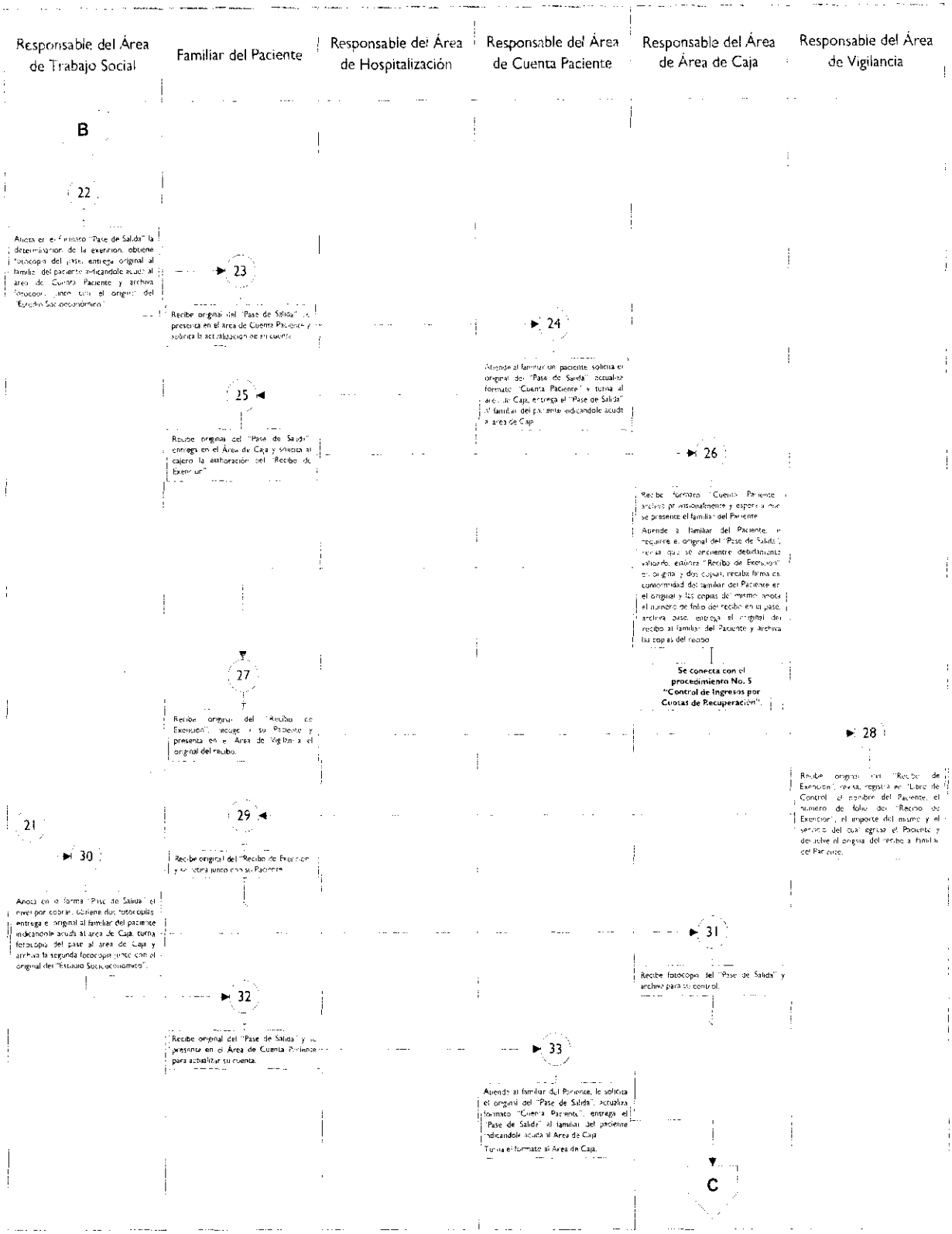
Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



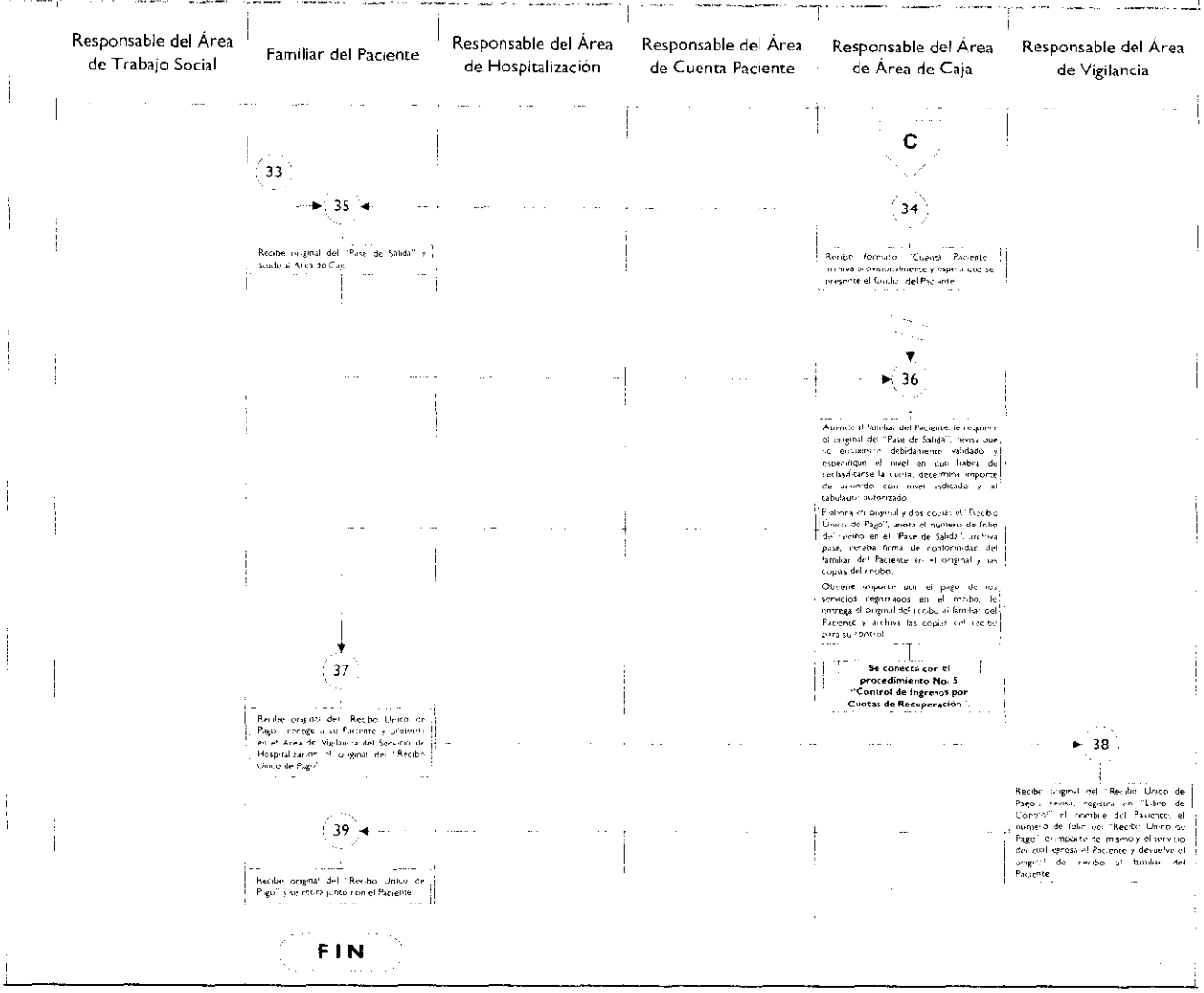
Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en la determinación y cobro por concepto de cuotas de recuperación en el servicio de hospitalización en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de cobros por concepto de cuotas de recuperación realizados en el Servicio de Hospitalización}}{\text{Número mensual de solicitudes de atención recibidas en el Servicio de Hospitalización}} \times 100 =$$

Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- El importe que se cobrará al paciente por los servicios proporcionados se registra en el formato "Cuenta Paciente" que se archiva en el área de Caja del hospital correspondiente.
- El importe o cuota de recuperación por la atención de una urgencia médica queda registrada en el formato "Recibo Único de Pago".
- El alta del paciente queda registrada en el formato "Pase de Salida".
- La exención de la cuota de recuperación se registra en el "Recibo de Exención" en los casos en que se comprueba la falta de recursos del paciente y se archiva en el área de Caja del Hospital.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Recibo Único de Pago (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Estudio Socioeconómico (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).

- Pase de Salida (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Recibo de Exención (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Formato de Referencia y Contrarreferencia (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).
- Cuenta Paciente.
- Receta Médica (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1).

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Cuenta Paciente

UNIDAD MÉDICA: (1)	FECHA: (2)	HORA: (3)

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)): (4)	No. EXPEDIENTE: (5)

EDAD: (6)	GÉNERO: (7) ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO	OCUPACIÓN: (8)	ESTADO CIVIL: (9)

SERVICIO: (10)	CAMA: (11)	FECHA DE INGRESO: (12)	FECHA DE EGRESO: (13)

CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
	TOTAL	(19)		

ELABORÓ (20)	REVISÓ (21)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-009-06

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Cuenta Paciente"
217B30000-009-06

OBJETIVO: Llevar el control y agilizar de manera eficiente y oportuna los trámites del pago total que realiza el paciente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia. El original se turna al área de Cuenta Paciente y la copia al área de Caja para su control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la Unidad Médica en donde se requisita el formato.
2	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	HORA:	Anotar la hora en que ingresa el paciente al servicio de Hospitalización.
4	NOMBRE DEL PACIENTE:	Escribir el apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
5	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente desde su ingreso a la unidad médica para su identificación.
6	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
7	GÉNERO:	Marcar con una cruz el recuadro que corresponda: masculino=hombre, Femenino=Mujer.
8	OCUPACIÓN:	Anotar el nombre del trabajo que desempeña actualmente.
9	ESTADO CIVIL:	Especificar si está casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre, etc.
10	SERVICIO:	Anotar el nombre del servicio del área de hospitalización en que se encuentra el paciente.
11	CAMA:	Indicar el número de cama que ocupa el paciente.
12	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año en que ingresó el paciente al área de hospitalización.
13	FECHA DE EGRESO.	Escribir el día, mes y año en que egresa el paciente del área de hospitalización.
14	CLAVE	Registrar cada una de las claves correspondientes a los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo con el tabulador de cuotas vigente.
15	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Anotar brevemente cada uno de los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo al tabulador de cuotas vigente.
16	CANTIDAD	Indicar el número de servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, respecto a los descritos en el punto número 9.
17	COSTO UNITARIO	Indicar el importe unitario de cada uno de los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo al tabulador de cuotas vigente.
18	TOTAL	Anotar el producto de multiplicar la columna de cantidad por el costo unitario.
19	TOTAL	Registrar las cantidades que resulten de la sumatoria de las columnas correspondientes a cantidad, costo unitario y total.
20	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de quien requisitó el formato.
21	REVISÓ	Anotar el nombre y firma del responsable del área de Cuenta Paciente en el hospital.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos obtenidos en los Hospitales del Instituto, mediante el control de las cuotas de recuperación que ingresan en el área de cajas.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México que tengan a su cargo y responsabilidad el control de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción I. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de coordinación para establecer las bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de diseñar, establecer y mantener actualizado el sistema de cuotas de recuperación, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del área de Caja deberá:

- Elaborar diariamente, al concluir el turno, el "Corte de Caja" y el "Informe de Ingresos" y entregarlos al Cajero General o al Jefe de Recursos Financieros del Hospital junto con el importe de los ingresos recaudados, "Recibos Únicos de Pago" y "Recibos de Exención".
- Recibir la documentación y el importe correspondiente, revisar y realizar las aclaraciones pertinentes, cuando lo reportado sea incorrecto.

El Responsable del área de Caja General o área de Recursos Financieros deberá:

- Recibir la documentación y el importe correspondiente, revisar, archivar documentos y elaborar la "Ficha de Depósito", efectuar depósito en la institución bancaria, obtener copia de la "Ficha" debidamente sellada y archivarla para control interno.
- Solicitar al cajero en turno las aclaraciones pertinentes cuando la información reportada no coincida con lo recaudado.
- Acusar de recibido en las copias del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos" y archivar la documentación e importe recaudado.
- Requisitar el formato "Comprobante de Transporte de Valores", así como "Ficha de Depósito" en original y copia, introducir ésta última junto con el importe recaudado en las bolsas de plástico del servicio, amachimbrar, depositar en la caja fuerte y resguardar el comprobante.
- Entregar al servicio de traslado de valores original y copia del comprobante de traslado, al momento de que se presente a recolectar los depósitos realizados y solicitar acuse de recibo en el comprobante.
- Acudir a la Institución Bancaria que corresponda el servicio de transporte de valores, presentar comprobante del traslado, obtener la "Ficha de Depósito" debidamente sellada por la Institución Bancaria y archivar documentación para control interno.
- Elaborar y enviar mensualmente al Departamento de Control y Registro de Cuotas:

    - Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
    - Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
    - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
    - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
    - Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación.

- Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular.
- Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
- Informe Mensual del Programa Oportunidades.
- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
- Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio.
- Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales

El Responsable del Departamento de Tesorería deberá:

- Consultar diariamente los saldos de las cuentas bancarias de los hospitales, a través del sistema red electrónica.
- Efectuar la transferencia de datos a la cuenta de cuotas de recuperación del ISEM, obteniendo del sistema "Relación de Concentración de Ingresos por Cuotas de Recuperación".
- Elaborar "Póliza de Registro" en original y copia, por la captación de ingresos, afectando cada una de las cuentas de registro contable asignadas a las unidades aplicativas y enviar originales al Departamento de Contabilidad.
- Archivar para su control la copia de la Póliza de Registro.

El Responsable del Departamento de Contabilidad deberá:

- Recibir las "Pólizas de Registro" originales, por la captación de ingresos, registrar en el sistema y archivar para control interno.

DEFINICIONES:

- **Cuota de Recuperación:** Aportación económica que se debe cubrir por la prestación de los servicios de salud, según se establezca en el tabulador de cuotas de recuperación.
- **Programa Prioritario de Salud:** Es el programa que se instrumenta para apoyar a la población en materia de salud.
- **Exención:** Es el privilegio por el cual puede el usuario de servicio de salud dejar de cubrir en parte o completo la cuota de recuperación por los servicios prestados.
- **Recaudación:** Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución, los cuales deben ingresar a las finanzas del Instituto de Salud del Estado de México.

INSUMOS:

- Informe de Ingresos.
- Recibo Único de Pago.
- Recibo de Exención.

RESULTADOS:

- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
- Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación.
- Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular.
- Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
- Informe Mensual del Programa Oportunidades.
- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
- Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio
- Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.

- El Departamento de Control y Registro de Cuotas verificará a través de supervisiones que las políticas y procedimientos para el manejo de las cuotas de recuperación y las exenciones por escasos recursos económicos se realicen conforme a los lineamientos establecidos.
- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud dará a conocer en forma oportuna las modificaciones a los tabuladores autorizados por las instancias competentes para su aplicación en los servicios médicos que proporcionan los hospitales del Instituto.
- La documentación soporte para realizar la conciliación de ingresos comprende copia del estado de cuenta, relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito por cuotas de recuperación y seguro popular, así como la información que el Departamento de Control y Registro de cuotas solicite, deberá estar validada con las firmas autógrafas del Administrador y del Jefe de Recursos Financieros.
- Los Administradores, titulares del área de Recursos Financieros o Cajero General de los Hospitales realizarán el depósito de los ingresos captados a través de las cuotas de recuperación al 100% en efectivo y de manera diaria, en la institución bancaria que para tal efecto, indique la Dirección de Finanzas del Instituto.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los titulares de los Hospitales, Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recaudados mediante cuotas de recuperación, deberán levantar el "Acta Administrativa" sobre los hechos y enviaría para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- El Jefe de Recursos Financieros de los hospitales realizará una conciliación de los ingresos por cuotas de recuperación con el Cajero General, previa elaboración del Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- Los hospitales realizarán el corte de ingresos por cuotas de recuperación por el período comprendido del primero al último día del mes y enviarán el primer día hábil de cada mes el informe mensual de ingresos al Departamento de Control y Registro de Cuotas y al Departamento de Contabilidad.
- Los Hospitales deberán presentar la documentación soporte que sobre la recaudación y control de las cuotas de recuperación les sea requerida por el Departamento de Control y Registro de Cuotas o la Unidad de Contraloría Interna.
- Las observaciones o correcciones al Reporte Mensual de Ingresos serán realizadas por la unidad aplicativa responsable y presentadas para su verificación en el mes siguiente al que se reporta a los Departamentos de Control y Registro de Cuotas y de Contabilidad.
- Los Hospitales deberán presentar dentro de los primeros cinco días hábiles del mes al Departamento de Control y Registro de Cuotas, sin tachaduras o enmendaduras la siguiente información:

  - Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
  - Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
  - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
  - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
  - Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación.
  - Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular.
  - Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
  - Informe Mensual del Programa Oportunidades.
  - Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
  - Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
  - Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
  - Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio.
  - Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales

La información deberá coincidir con el importe del informe de ingresos enviado el primer día hábil.

- realizarán supervisiones periódicas, en las diferentes áreas de su unidad (Médica y Administrativa) que intervienen en el proceso de prestación de servicios, recaudación y manejo de cuotas de recuperación y dejar constancia por escrito de los hechos.
- El personal del área de Caja de los hospitales será el responsable de la recepción de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación, debiendo detectar los billetes falsos y, en su caso, reintegrar el monto faltante correspondiente.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrado en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y recibos

de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios correspondientes a los programas prioritarios, validando la documentación respectiva tanto en la rama médica como en la administrativa mediante firmas autógrafas.

- El importe de los servicios cobrados mediante "Recibo Único de Pago" deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, ya que no es válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los "Recibos Únicos de Pago" que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación, en su unidad aplicativa.
- El Administrador de los hospitales realizará el seguimiento requerido, ante las instancias competentes del Instituto, sobre los casos de robo de efectivo o extravío de formas valoradas, respecto a cuotas de recuperación, así como informar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el estado que guardan hasta su resolución.
- Toda exención deberá de valuarse en el nivel 1 del tabulador autorizado.
- La prestación de servicios médicos a derechohabientes de otras dependencias e instituciones, habrá de formalizarse ante la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto, mediante un convenio de servicios subrogados autorizado por la Dirección de Finanzas del Instituto, aplicando el nivel 6 del tabulador vigente más un incremento mínimo del 50%.
- En el caso de que el Paciente requiera ser transferido a otra Unidad Médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se cobrarán los servicios que hasta el momento se le hayan proporcionado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente y, en su caso, al área de Servicios Generales o el área interna encargada de realizar los traslados.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

  1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
  2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
  3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.

- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.

DESARROLLO:

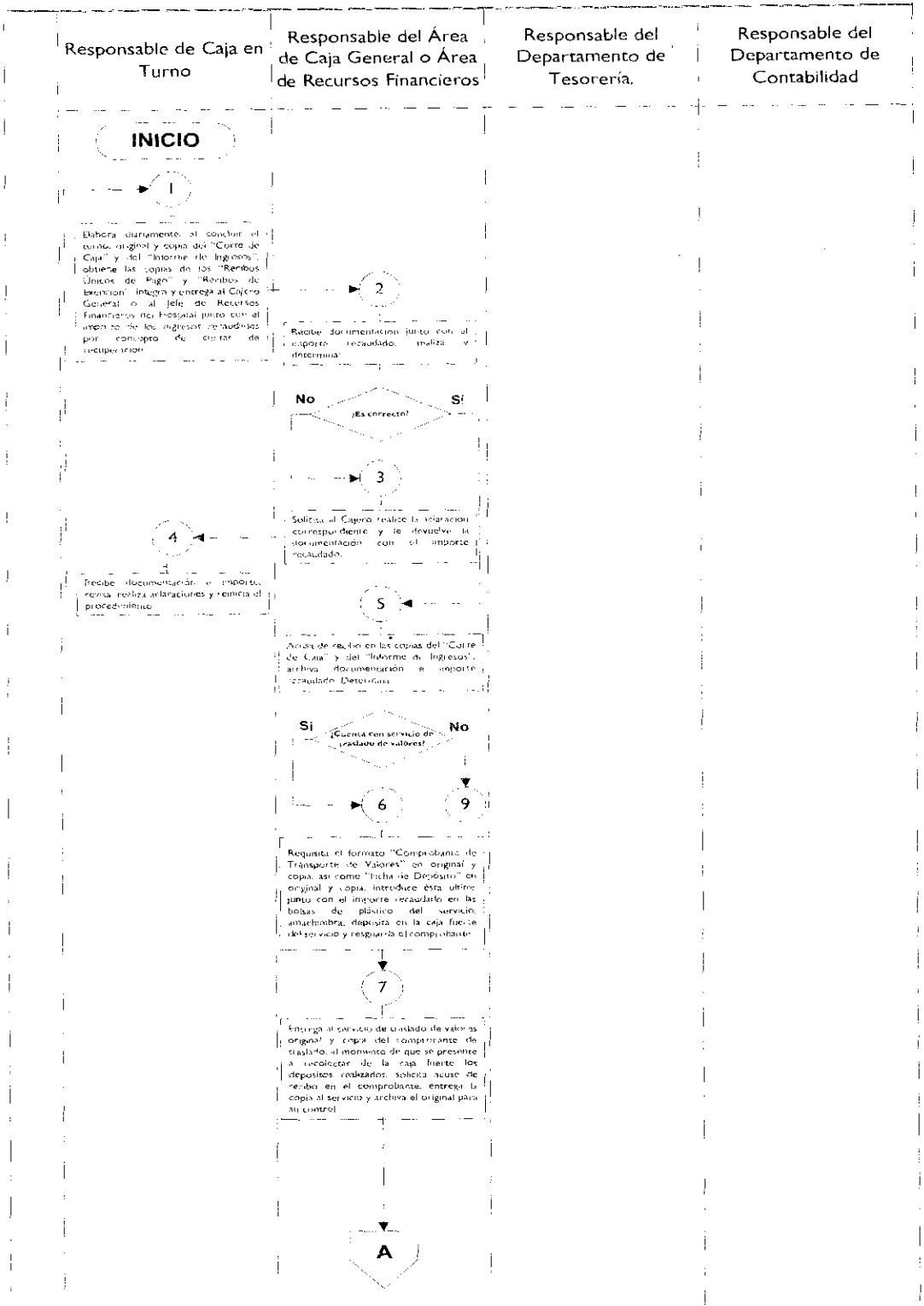
Procedimiento 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable de Caja en Turno	Elabora diariamente, al concluir el turno, original y copia del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos", extrae los "Recibos Únicos de Pago" y "Recibos de Exención", obtiene copia e integra y entrega al Cajero General o al Jefe de Recursos Financieros del Hospital junto con el importe de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación.
2	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Recibe documentación junto con el importe recaudado, analiza y determina: **¿Es correcto?**
3	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	**No es correcto.** Solicita al Cajero realice la aclaración correspondiente y le devuelve la documentación con el importe recaudado.
4	Responsable de Caja en Turno	Recibe documentación e importe, revisa, realiza aclaraciones y reinicia el procedimiento.
5	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	**Si es correcto.** Acusa de recibo en las copias del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos", archiva documentación e importe recaudado y determina: **¿Cuenta con servicio de traslado de valores?**

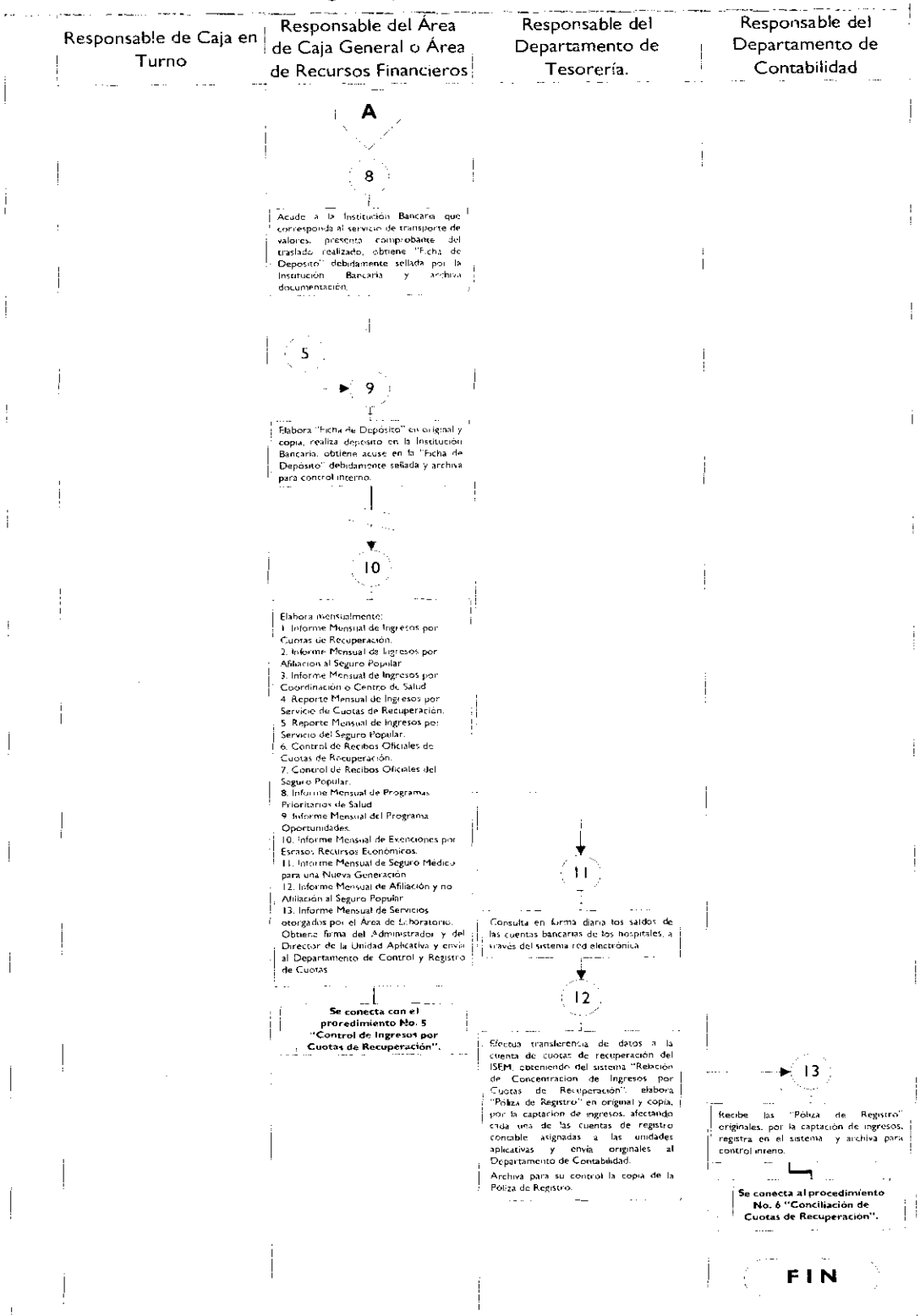
6	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	**Si cuenta con el servicio de traslado de valores.** Requisita el formato "Comprobante de Transporte de Valores" en original y copia, así como "Ficha de Depósito" en original y copia, introduce ésta última junto con el importe recaudado en las bolsas de plástico del servicio, amachimbra, deposita en la caja fuerte del servicio y resguarda el comprobante.
7	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Entrega al servicio de traslado de valores original y copia del comprobante de traslado, al momento de que se presente a recolectar de la caja fuerte los depósitos realizados, solicita acuse de recibo en el comprobante, entrega la copia al servicio de traslado y archiva el original para su control.
8	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Acude a la Institución Bancaria que corresponda al servicio de transporte de valores, presenta comprobante del traslado realizado, obtiene "Ficha de Depósito" debidamente sellada por la Institución Bancaria y archiva documentación.
9	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	**No cuenta con el servicio de traslado de valores.** Elabora "Ficha de Depósito" en original y copia, realiza depósito en la Institución Bancaria, obtiene acuse en la "Ficha de Depósito" debidamente sellada, archiva para control interno y espera que concluya el mes.
10	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Elabora mensualmente: 1. Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación. 2. Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular. 3. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación. 4. Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular. 5. Control de Recibos Oficiales de Cuotas de Recuperación. 6. Control de Recibos Oficiales del Seguro Popular. 7. Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud. 8. Informe Mensual del Programa Oportunidades. 9. Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos. 10. Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación. 11. Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular. 12. Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio. Obtiene firma del Administrador y del Director de la Unidad Aplicativa y envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas. **Se conecta con el procedimiento No. 5 "Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".**
11	Responsable del Departamento de Tesorería	Consulta en forma diaria los saldos de las cuentas bancarias de los hospitales, a través del sistema de red electrónica.
12	Responsable del Departamento de Tesorería	Efectúa la transferencia de datos a la cuenta de cuotas de recuperación del ISEM, obtiene del sistema "Relación de Concentración de Ingresos por Cuotas de Recuperación", elabora la "Póliza de Registro" en original y copia, por la captación de ingresos, afectando cada una de las cuentas de registro contable asignadas a las unidades aplicativas y envía originales al Departamento de Contabilidad. Archiva para su control la copia de la Póliza de Registro.
13	Responsable del Departamento de Contabilidad	Recibe la "Póliza de Registro" original por la captación de ingresos, registra en el sistema y archiva para control interno. **Se conecta al procedimiento No. 5 "Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".**

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el control de los ingresos por concepto de cuotas de recuperación en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de depósitos por concepto de cuotas de recuperación ingresados}}{\text{Número mensual de servicios de salud solicitados}} \times 100 =$$

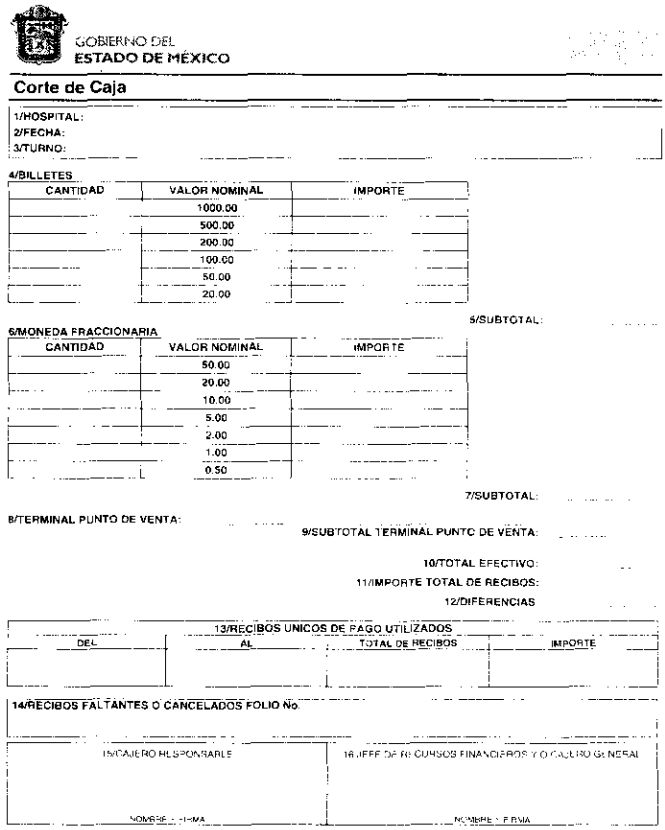
Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de cuotas de recuperación en programas prioritarios de salud.

Registro de evidencias:

- Todos los ingresos captados en los diferentes servicios médicos del hospital quedan registrados, al final del día, en el formato "Corte de Caja" y en el "Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación", "Recibo Único de Pago" y "Recibo de Exención que se archivan en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- Los traslados de valores se registran en los formatos "Comprobante de Transporte de Valores" y "Ficha de Depósito", formatos establecidos por instituciones externas, y se archivan en el área de Caja del hospital.
- Los servicios médicos proporcionados quedan registrados en el Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación, Reporte Mensual de Ingresos por Servicio, Control de Recibos Oficiales, Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos y el Informe Mensual de Ingresos por Nivel de Cobro Autorizado, los cuales se archivan en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Recibo Único (ver pag. 15 del proc. 1)
- Recibo de Exención (ver pag. 27 del Proc. 1)
- Corte de Caja.
- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- Reporte Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
- Control de Recibos Oficiales por Cuotas de Recuperación.
- Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
- Informe Mensual del Programa Oportunidades.
- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
- Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio.
- Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Corte de Caja

1/HOSPITAL:
2/FECHA:
3/TURNO:

4/BILLETES

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	1000.00	
	500.00	
	200.00	
	100.00	
	50.00	
	20.00	

5/SUBTOTAL:

6/MONEDA FRACCIONARIA

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	50.00	
	20.00	
	10.00	
	5.00	
	2.00	
	1.00	
	0.50	

7/SUBTOTAL:

8/TERMINAL PUNTO DE VENTA:

9/SUBTOTAL TERMINAL PUNTO DE VENTA:

10/TOTAL EFECTIVO:

11/IMPORTE TOTAL DE RECIBOS:

12/DIFERENCIAS

13/RECIBOS UNICOS DE PAGO UTILIZADOS

DEL	AL	TOTAL DE RECIBOS	IMPORTE

14/RECIBOS FALTANTES O CANCELADOS FOLIO No.

15/CAJERO RESPONSABLE	16/JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS Y O CAJERO GENERAL
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

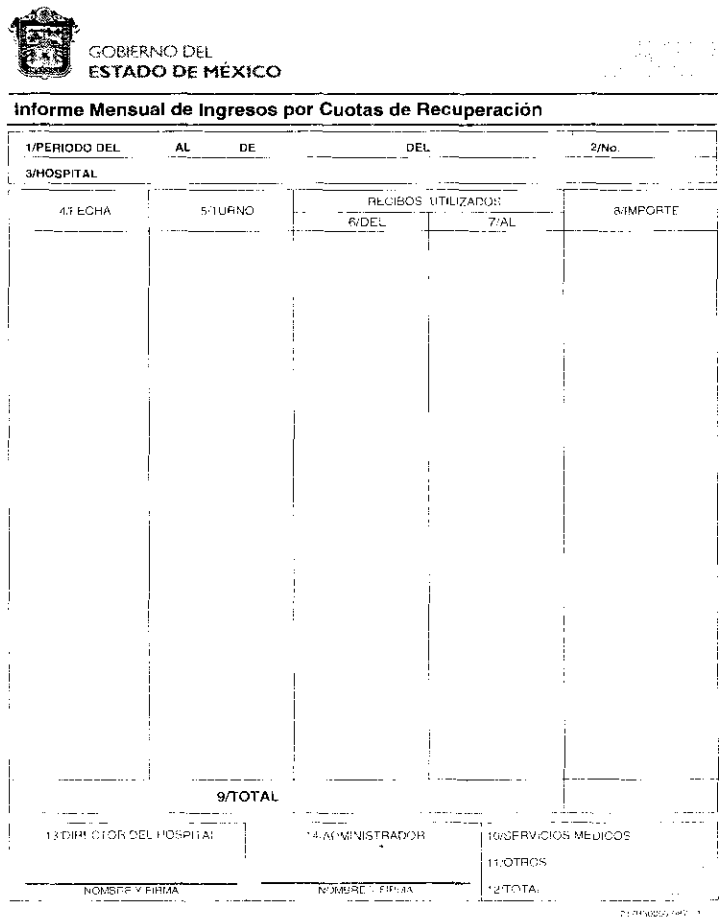
217B30(X) 084-1

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Corte de Caja"

OBJETIVO: Concentrar la información para realizar el corte diario de caja de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación en los Hospitales del Instituto, a efecto de delimitar responsabilidades ante cualquier aclaración.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original el cual se archiva para control de la unidad médica, departamento de control y registro de cuotas y contraloría interna.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre del Hospital del cual se elabora el arqueo de efectivo.
2	FECHA:	Anotar la fecha de inicio y término del período sobre el cual se elabora el arqueo de efectivo.
3	TURNO:	Registrar el turno en que se requisita el formato.
4	BILLETES	Registrar la cantidad de billetes, de acuerdo a su denominación, así como el importe de cada uno de ellos.
5	SUBTOTAL	Anotar el importe total de lo obtenido en billetes.
6	MONEDA FRACCIONARIA	Anotar la cantidad obtenida en monedas, de acuerdo a su denominación, así como el importe por cada una de ellas.
7	SUBTOTAL	Anotar el importe total de lo obtenido en monedas.
8	TERMINAL PUNTO DE VENTA	Registrar los cobros recibidos con tarjeta de crédito o débito.
9	SUBTOTAL PUNTO DE VENTA	Registrar la sumatoria del cajero en turno, por los cobros efectuados con tarjeta de crédito o débito.
10	TOTAL EFECTIVO	Anotar la suma de lo registrado en los conceptos e importes totales, tanto de billetes como de monedas.
11	IMPORTE TOTAL DE RECIBOS	Anotar el importe total de lo registrado en los recibos oficiales expedidos durante el período del cual se elabora el arqueo de efectivo.
12	DIFERENCIAS	Anotar las diferencias que pudiesen existir entre los conceptos de lo recaudado en efectivo y el importe total de lo registrado en los recibos expedidos.
13	RECIBOS UNICOS EXPEDIDOS	Anotar el número de folio del recibo con que se da inicio al período, así como el número de folio del recibo con que se cierra dicho período, cabe señalar que pueden realizarse varios registros en un mismo período, debido a la utilización de diferentes dotaciones de recibos por la conclusión de una de ellas, así como el importe total registrado en dichos recibos.
14	RECIBOS FALTANTES O CANCELADOS	El número de folio de los recibos faltantes o cancelados.
15	CAJERO RESPONSABLE	Anotar el nombre y firma del responsable de la caja, que realiza el arqueo de efectivo.
16	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS Y/O CAJERO GENERAL	Anotar el nombre completo y firma del Jefe de Recursos Fianancieros y/o del Cajero General del Hospital.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación

1/PERIODO DEL	AL	DE	DEL	2/No.
3/HOSPITAL				

4/FECHA	5/TURNO	RECIBOS UTILIZADOS 6/DEL	7/AL	8/IMPORTE

9/TOTAL

13/DIRECTOR DEL HOSPITAL	14/ADMINISTRADOR	10/SERVICIOS MEDICOS
		11/OTROS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	12/TOTAL

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación"

OBJETIVO: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las áreas de Oficinas Centrales, encargadas del control de las cuotas de recuperación, el importe de los recursos obtenidos en los Hospitales del Instituto por dicho concepto, con el fin de realizar los movimientos contables correspondientes, así como los informes requeridos por los niveles jerárquicos superiores.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERIODO	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
2	No.	Anotar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que de ellos se realice.
3	HOSPITAL	Anotar el nombre de la unidad médica que corresponda.
4	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se levanta la información.
5	TURNO	Registrar el turno (matutino, vespertino, nocturno, especial), en que se levanta la información.
6	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Anotar el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada una de los servicios del Hospital.
7	RECIBOS UTILIZADOS AL	Anotar el número de folio de los recibos con que finalizaron el período del informe de cada una de los servicios del Hospital.
8	IMPORTE	Anotar la cantidad total de los recibos expedidos por cada una de los servicios del Hospital durante el período que se informa.
9	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes registrados en el concepto No. 7.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar el importe obtenido por cada uno de los servicios médicos proporcionados durante el período que se informa.
11	OTROS	Anotar el importe obtenido por conceptos diferentes a los indicados, durante el período que se informa.
12	TOTAL	Anotar el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
13	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del Hospital que elabora el informe.
14	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación

1/PERIODO DEL AL DE DEL	2/No.
3/HOSPITAL	

4/FECHA	5/TURNO	RECIBOS UTILIZADOS 6/DEL	7/AL	8/IMPORTE
9/TOTAL				

13/DIRECTOR DEL HOSPITAL	14/ADMINISTRADOR	10/SERVICIOS MEDICOS
		11/OTROS
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	12/TOTAL

217B30000-08/-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación"

OBJETIVO: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las áreas de Oficinas Centrales, encargadas del control de las cuotas de recuperación, el importe de los recursos obtenidos en los Hospitales del Instituto por dicho concepto, con el fin de realizar los movimientos contables correspondientes, así como los informes requeridos por los niveles jerárquicos superiores.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERIODO	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
2	No.	Anotar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que de ellos se realice.
3	HOSPITAL	Anotar el nombre de la unidad médica que corresponda.
4	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se levanta la información.
5	TURNO	Registrar el turno (matutino, vespertino, nocturno, especial), en que se levanta la información.
6	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Anotar el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada una de los servicios del Hospital.
7	RECIBOS UTILIZADOS AL	Anotar el número de folio de los recibos con que finalizaron el período del informe de cada una de los servicios del Hospital.
8	IMPORTE	Anotar la cantidad total de los recibos expedidos por cada una de los servicios del Hospital durante el período que se informa.
9	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes registrados en el concepto No. 7.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar el importe obtenido por cada uno de los servicios médicos proporcionados durante el período que se informa.
11	OTROS	Anotar el importe obtenido por conceptos diferentes a los indicados, durante el período que se informa.
12	TOTAL	Anotar el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
13	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del Hospital que elabora el informe.
14	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)

NOMBRE Y FIRMA

DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)

NOMBRE Y FIRMA

2178D0000-056 10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR

OBJETIVO:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA:	Anotar día, mes y año en el que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del Hospital, de la Jurisdicción o del Jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.
3	PERÍODO DEL AL	Anotar la fecha de inicio y término del período sobre el cual se elabora el reporte.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave de cada uno de los servicios que se reportan.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar el nombre de cada uno de los servicios que se reportan.
6	No. DE SERVICIOS OTORGADOS	Anotar el número de servicios otorgados, por cada uno de los servicios reportados.
7	COSTO DEL SERVICIO	Anotar el costo unitario por cada uno de los servicios reportados.
8	IMPORTE	Anotar el importe total, por cada uno de los servicios reportados, mismo que resulte de multiplicar los conceptos 8 y 9 por cada uno de los renglones.
9	TOTAL	Anotar la sumatoria de las cantidades registradas en los conceptos 6,7 y 8.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del responsable del control de cuotas de recuperación en el Hospital.
11	DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar nombre y firma del Director del Hospital, Jefe de la Jurisdicción o en su caso el jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Unidad Hospitalaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que emite la información.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
6	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
7	COSTO DEL SERVICIO	Indicar el costo de los servicios otorgados en el período.
8	IMPORTE	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
9	TOTAL	Escribir la suma total de los importes por período.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.
11	DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN / JEFE DE DEPARTAMENTO	Anotar el nombre y firma del Director del Hospital, Jefe de la Jurisdicción o Jefe de Departamento responsable del reporte.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular

1/FECHA:				
2/UNIDAD APLICATIVA:				
3/PERIODO DEL	AL		DE	
4/CLAVE DEL SERVICIO	5/NOMBRE DEL SERVICIO	6/No. DE SERVICIOS OTORGADOS	7/COSTO DEL SERVICIO	8/IMPORTE
	9/TOTAL			
10/ADMINISTRADOR		11/DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO		
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE, FIRMA Y CARGO		

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Seguro Popular"	
OBJETIVO: Controlar e informar de manera eficiente y oportuna a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el importe recaudado en los servicios médicos de los Hospitales del Instituto, por concepto de cuotas de recuperación.	
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la Unidad Médica para control interno.	
No.	**CONCEPTO** / **DESCRIPCIÓN**
1	FECHA: Anotar día, mes y año en el que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA: Anotar el nombre del Hospital, de la Jurisdicción o del Jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.
3	PERÍODO DEL AL Anotar la fecha de inicio y término del período sobre el cual se elabora el reporte.
4	CLAVE DEL SERVICIO Anotar la clave de cada uno de los servicios que se reportan.
5	NOMBRE DEL SERVICIO Anotar el nombre de cada uno de los servicios que se reportan.
6	No. DE SERVICIOS OTORGADOS Anotar el número de servicios otorgados, por cada uno de los servicios reportados.
7	COSTO DEL SERVICIO Anotar el costo unitario por cada uno de los servicios reportados.
8	IMPORTE Anotar el importe total, por cada uno de los servicios reportados, mismo que resulte de multiplicar los conceptos 8 y 9 por cada uno de los renglones.
9	TOTAL Anotar la sumatoria de las cantidades registradas en los conceptos 6,7 y 8.
10	ADMINISTRADOR Anotar el nombre y firma del Administrador del la Unidad Médica.
11	DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO Anotar nombre y firma del Director del Hospital, Jefe de la Jurisdicción o en su caso el jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales

1/HOSPITAL:

2/FECHA DE CORTE: DEL AL DE

3/SERVICIO	4/EXISTENCIA ANTERIOR			5/RECIBIDOS EN EL PERIODO			6/UTILIZADOS EN EL PERIODO			7/EXISTENCIAS		
	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
8/RECIBOS CANCELADOS:												

9/ ADMINISTRADOR	10/ RESPONSABLE DEL AREA DE CAJA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

21783000-093-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Control de Recibos Oficiales por Cuotas de Recuperación"

OBJETIVO: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación y seguro popular, tanto a nivel central como en los Hospitales del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la Unidad Hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre del Hospital que realiza el informe.
2	FECHA DE CORTE DEL AL DE	Anotar el día de inicio y término en el mes que se efectúa el corte de caja.
3	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico que reporta.
4	EXISTENCIA ANTERIOR	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales en existencia al inicio y al final del período que se informa.
5	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales que ingresan al Almacén del Hospital, así como la cantidad total en el periodo que se informa.
6	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final la de recibos utilizados en el período que se reporta, asó como la cantidad total de folios utilizados en el período.
7	EXISTENCIA	Anotar el número de folio inicial y final, así como la cantidad total de existencias al momento del corte de la información, esto debe hacerse por cada serie o secuencia de recibos que se tengan en existencia.
8	RECIBOS CANCELADOS	Anotar el folio y cantidad de los recibos que hayan sido cancelados.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre completo y firma del Administrador del Hospital.
10	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del área de caja del Hospital que valida la información

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular

1/UNIDAD APLICATIVA:

2/FECHA DE CORTE: DEL AL DE

3/EXISTENCIA ANTERIOR			4/RECIBIDOS EN EL PERIODO			5/UTILIZADOS EN EL PERIODO			6/EXISTENCIAS		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD

7/RECIBOS CANCELADOS:

8/ ADMINISTRADOR	9/ RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE, FIRMA

217B30000 093-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular"

OBJETIVO: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación y seguro popular, tanto a nivel central como en los Hospitales del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la Unidad Hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre del Hospital que realiza el informe.
2	FECHA DE CORTE DEL AL DE	Anotar el día de inicio y término en el mes que se efectúa el corte de caja.
3	SERVICIO	Anotar el nombre del servicio médico que reporta.
4	EXISTENCIA ANTERIOR	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales en existencia al inicio y al final del período que se informa.
5	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales que ingresan al Almacén del Hospital, así como la cantidad total en el periodo que se informa.
6	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final la de recibos utilizados en el período que se reporta, asó como la cantidad total de folios utilizados en el período.
7	EXISTENCIA	Anotar el número de folio inicial y final, así como la cantidad total de existencias al momento del corte de la información, esto debe hacerse por cada serie o secuencia de recibos que se tengan en existencia.
8	RECIBOS CANCELADOS	Anotar el folio y cantidad de los recibos que hayan sido cancelados.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre completo y firma del Administrador del Hospital..
10	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del área de caja del Hospital que valida la información

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud

1/HOSPITAL:			
2/MES:			
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	**3/No. DE SERVICIOS**	**4/COSTO UNITARIO**	**5/TOTAL**
PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
DETECCIÓN DE CANCER CÉRVICO UTERINO			
CONSULTAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA			
CONSULTAS			
MASTOGRAFÍAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA(CONTROL PRENATAL)			
CONSULTAS			
PRUEBAS DE EMBARAZO			
PARTO NORMAL			
CESAREA			
LEGRADO			
EMBARAZO DE ALTO RIESGO			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
ULTRASONIDOS			
HOSPITALIZACIÓN			
OTROS			
LEPRA			
TUBERCULOSIS			
COLERA			
VIH-SIDA			
6/TOTAL			

7/OBSERVACIONES:

8/ELABORÓ	9/AUTORIZÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD.

Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Unidades Médicas del Instituto por concepto de cuotas de recuperación por programa prioritario de salud.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Registrar el nombre de la Unidad Médica a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual del Programa Oportunidades

1/HOSPITAL:

2/MES:

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	3/No. DE SERVICIOS	4/COSTO UNITARIO	5/TOTAL
PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO			
CONSULTAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA			
CONSULTAS			
MASTOGRAFIAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA(CONTROL PRENATAL)			
CONSULTAS			
PRUEBAS DE EMBARAZO			
PARTO NORMAL			
CESAREA			
LEGRADO			
EMBARAZO DE ALTO RIESGO			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
ULTRASONIDOS			
HOSPITALIZACIÓN			
OTROS			
LEPRA			
TUBERCULOSIS			
COLERA			
VIH SIDA			
6/TOTAL			

7/OBSERVACIONES:

8/ELABORÓ	9/AUTORIZÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000 180-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.		
Objetivo: Registrar e informar de manera eficiente y oportuna a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Unidades Médicas del Instituto por concepto de cuotas de recuperación a través del programa oportunidades.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.		
No	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	HOSPITAL:	Registrar el nombre de la Unidad Médica a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos

1/UNIDAD APLICATIVA: 2/PERIODO:

3/NOMBRE DEL PACIENTE	4/No. EXPEDIENTE	5/FOLIO RECIBIDO DE EXENCIÓN DEL	5/FOLIO RECIBIDO DE EXENCIÓN AL	6/No. OF. SOLICITUD	7/FECHA	8/IMPORTE DE LA EXENCIÓN
					9/TOTAL	

10/RECIBOS CANCELADOS:

11/OBSERVACIONES:

12/ELABORÓ	13/REVISÓ
NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA Y FIRMA

217B30000 090-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos"

OBJETIVO: Llevar el registro y control de las exenciones que por este concepto se autorizaron en los Hospitales del Instituto, a efecto de darlas a conocer de manera oportuna al Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre oficial del Hospital que elabora el informe mensual de Exenciones por escasos recursos económicos.
2	PERÍODO	Anotar la fecha de inicio y término del período que se informa.
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar el nombre de cada uno de los pacientes a los cuales se les autorizó la exención.
4	No. DE EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente clínico de los pacientes registrados en el punto anterior.
5	FOLIO RECIBIDO DE EXENCIÓN	Registrar el número de folio o folios que se hayan autorizado para su exención.
6	No. DE OFICIO DE SOLICITUD	Anotar el número de oficio mediante el cual se solicita la autorización de la exención.
7	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se elaboraron los oficios de solicitud.
8	IMPORTE DE LA EXENCIÓN	Anotar el importe de cada uno de los oficios relacionados en el punto No. 5.
9	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes anotados en el punto No. 7.
10	RECIBOS CANCELADOS	Registrar los números de folios de los recibos cancelados y no utilizados.
11	OBSERVACIONES	Anotar la información que se considere relevante.
12	ELABORÓ	Anotar el nombre completo, cargo y firma del Jefe de Recursos Financieros del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.
13	REVISÓ	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación

1/UNIDAD MÉDICA:			
2/PERIODO DEL AL DE DEL			
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	3/No. DE SERVICIOS	4/COSTO UNITARIO	5/TOTAL
CONSULTA DE ESPECIALIDAD			
CONSULTA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD			
HOSPITALIZACIÓN			
DÍA INCUBADORA			
CIRUGÍA			
TRAUMATOLOGÍA			
DERMATOLOGÍA			
MEDICINA FÍSICA			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
SERVICIOS DIVERSOS			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO			
TAMIZ			
OTROS			
6/TOTAL			
7/OBSERVACIONES:			
8/DIRECTOR DEL HOSPITAL NOMBRE Y FIRMA	9/ADMINISTRADOR NOMBRE Y FIRMA		

217B30000-182-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN.		
Objetivo: Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos por cuotas de recuperación en el programa para una nueva generación, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período.
3	NUMERO DE SERVICIOS	Anotar el tipo y número de servicios otorgados.
4	COSTO UNITARIO	Indicar el costo por servicio.
5	TOTAL	Indicar el total obtenido de multiplicar el número de servicios X el costo unitario.
6	TOTAL	Indicar la sumatoria total por tipo y número de servicios realizados por período.
7	OBSERVACIONES	Escribir las observaciones pertinentes en casos excepcionales.
8	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completa y firma del Director de la Unidad Médica.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre completo y firma del Administrador de la Unidad Médica.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular

1/UNIDAD MÉDICA:	2/FECHA:
3/PERIODO DEL AL DE DEL	

4/AFILIADOS	5/NO AFILIADOS	6/TOTAL

7/CAUSAS DE NO AFILIACIÓN

DERECHOHABIENTE ISSSTE	
DERECHOHABIENTE IMSS	
DERECHOHABIENTE ESSEMYM	
VIVE EN OTRO ESTADO	
ECONOMICAMENTE PUEDE PAGAR	
OTRO	
8/TOTAL NO AFILIADOS	

9/DIRECTOR DEL HOSPITAL — NOMBRE Y FIRMA

10/ADMINISTRADOR — NOMBRE Y FIRMA

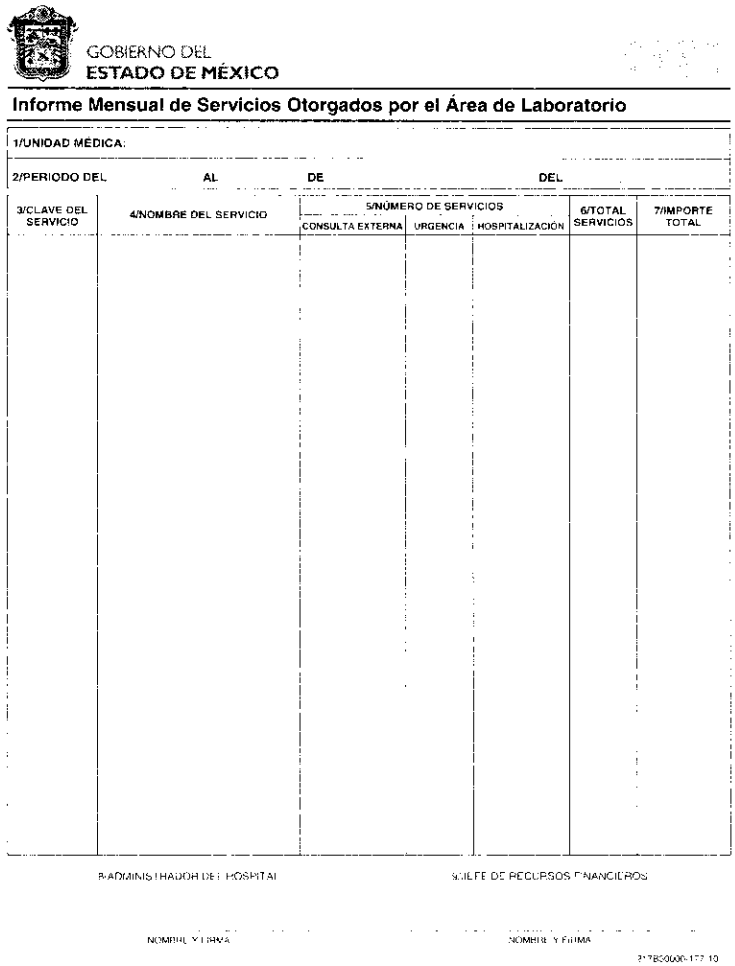
217B30000 183-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE AFILIACIÓN Y NO AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR.

Objetivo:
Indicar de manera eficiente y oportuna el número de ingresos en el programa Seguro Popular, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	FECHA	Indicar el día, mes y año correspondiente al período reportado.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	AFILIADOS	Anotar el número de personas afiliadas.
5	NO AFILIADOS	Anotar el número de personas no afiliadas.
6	TOTAL	Indicar el total obtenido de sumar los afiliados y los no afiliados.
7	CAUSAS DE NO AFILIACIÓN	Marcar la causa por la que no fueron afiliados.
8	TOTAL NO AFILIADOS	Escribir la cantidad total de personas no afiliadas.
9	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio

1/UNIDAD MÉDICA:

2/PERIODO DEL AL DE DEL

3/CLAVE DEL SERVICIO	4/NOMBRE DEL SERVICIO	5/NÚMERO DE SERVICIOS			6/TOTAL SERVICIOS	7/IMPORTE TOTAL
		CONSULTA EXTERNA	URGENCIA	HOSPITALIZACIÓN		

8/ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL

NOMBRE Y FIRMA

9/JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS

NOMBRE Y FIRMA

217B00000-177-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: INFORME MENSUAL DE SERVICIOS OTORGADOS POR EL ÁREA DE LABORATORIO

Objetivo:
Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio en el área de laboratorio, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

Distribución y Destinatario:
El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
4	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
6	TOTAL DE SERVICIOS	Indicar la suma total de servicios otorgados en el período.
7	IMPORTE TOTAL	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
8	ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.
9	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre y firma del Jefe de Recursos Financieros.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales

1/HOSPITAL:

2/PERIODO:

3/SERVICIO	4/NOMBRE S	5/APELLIDOS	6/CURP	7/EXPEDIENTE	8/FECHA DE NACIMIENTO	9/ SEXO	10/NÚMERO DE AFILIACION	11/CÓDIGO DEL ESTADO DE AFILIACION	12/CLUES	13/FECHA DE ATENCIÓN	14/CÓDIGO DE CAUSES DE LA INTERVENCIÓN	15AÑO DEL CAUSES

16/DIRECTOR DEL HOSPITAL

NOMBRE Y FIRMA

17/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

21/9830000 194-13

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales"

OBJETIVO: Llevar el registro y control de los casos interestatales que por este concepto se generen en los Hospitales del Instituto, a efecto de darlas a conocer de manera oportuna al Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre oficial del Hospital que elabora el informe.
2	PERÍODO	Anotar la fecha de inicio y término del período que se informa.
3	SERVICIO	Describir el nombre del servicio que se otorga.
4	NOMBRE	Anotar el nombre(s) de cada uno de los pacientes a los cuales se les proporciona el servicio.
5	APELLIDO	Anotar el apellido(s) de cada uno de los pacientes a los cuales se les proporciona el servicio.
6	CURP	Anotar la Clave Única de Registro de Población del paciente.
7	EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente clínico de los pacientes registrados en el punto anterior.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
9	SEXO	Anotar el sexo del paciente Masculino-Hombre; Femenino-Mujer.
10	No. DE OFICIO DE AFILIACIÓN	Anotar el número de afiliación que se le otorga al paciente para su identificación.
11	CÓDIGO DEL ESTADO DE AFILIACIÓN.	Registrar si la codificación esta vigente.
12	CLUES	Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud.
13	FECHA DE ATENCIÓN	Registrar el día, mes y año en que se otorga la atención.

14	CÓDIGO DE CAUSES DE LA INTERVENCIÓN	Registrar la clave del Catálogo Universal de Servicios Estatales de Salud
15	AÑO DEL CAUSES	Registrar el año en que se otorga el CAUSES.
16	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Registrar el nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.
17	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre completo y firma del Administrador de la Unidad Médica.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM		
	Edición:	Cuarta
	Fecha:	Agosto 2011
	Código:	217B31300/05
	Página:	

PROCEDIMIENTO 5: Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Garantizar que la recaudación que se recibe en los Hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación sea efectiva, mediante la conciliación correspondiente de los ingresos recabados.

ALCANCE:

Aplica al personal del Departamento de Control y Registro de Cuotas y a los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que intervienen en la conciliación de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- Reglamento de Salud del Estado de México. Capítulo Cuarto, Artículo 15. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México. Capítulo Sexto, Artículo 17. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31300 Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de elaborar la conciliación y acudir a la instancia correspondiente para efectuar la conciliación de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación en los hospitales del ISEM.

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Recibir mensualmente los "Informes de Ingresos" captados en los diferentes servicios de los Hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación.
- Recibir diariamente la "Hoja de Retiros", registrar de manera interna y archivar para control interno.
- Recibir del hospital copia fotostática del estado de cuenta y relación de depósitos en tránsito, revisar, archivar, realizar conciliación de acuerdo con los retiros efectuados por el Departamento de Tesorería y a los cargos del estado de cuenta del hospital y determinar su correcta integración.
- Realizar observaciones y solicitar la aclaración de las mismas al Responsable del área de Recursos Financieros del hospital.
- Elaborar la "Conciliación de Ingresos", firmar, recabar firma del Administrador y del Responsable del área de Recursos Financieros del hospital que se presenta a realizar la conciliación, entregarle original y archivar la copia, la cual utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.

El Responsable del área de Recursos Financieros del Hospital deberá:

- Acudir junto con el Administrador al Departamento de Control y Registro de Cuotas el día y hora indicados en el calendario previamente establecido, realizar la conciliación mensual de los ingresos y entregar copia fotostática del "Estado de Cuenta" y "Relación de Depósitos" en tránsito.
- Enterarse de las observaciones y proceder a realizar la aclaración correspondiente en el momento de la conciliación o bien en la conciliación del mes siguiente.

- Recibir original de la conciliación de ingresos debidamente avalada, efectuar registro contable y emitir la "Póliza de Diario y de Ingresos" de los movimientos realizados durante el mes. codificar las cuentas y subcuentas utilizadas basadas en el Catálogo de Cuentas.
- Archivar para su control la "Conciliación de Ingresos" y la "Póliza de Diario y de Ingresos".

DEFINICIONES:

Póliza de Cuentas por Cobrar: Documento útil para demostrar la validez de un contrato, en él aparecen las condiciones, características y cláusulas de los documentos por cobrar.

Conciliación de Ingresos: Es un procedimiento de control interno y de rutina que consiste en verificar que los registros realizados por el Instituto se encuentren también registradas por el banco, con el objeto de revisar los fondos depositados y detectar errores u omisiones.

INSUMOS:

- Estado de Cuenta.
- Relación de Depósitos en tránsito (partidas en conciliación).

RESULTADOS:

- Conciliación de Ingresos.
- Póliza de diario y de ingresos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- El Administrador, conjuntamente con el Jefe de Recursos Financieros del hospital, deberá realizar una conciliación mensual de los ingresos por cuotas de recuperación y seguro popular con el Departamento de Control y Registro de Cuotas, el día y hora establecidos en el calendario que, para el efecto, haya autorizado la Dirección de Finanzas.
- La documentación soporte para realizar la conciliación de ingresos que comprende copia del estado de cuenta. relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito por cuotas de recuperación y seguro popular, así como la información que el Departamento de Control y Registro de Cuotas solicite, deberá estar validada mediante firmas autógrafas del Administrador y del Jefe de Recursos Financieros.
- Los Administradores, titulares del área de Recursos Financieros o Cajero General de los hospitales realizarán diariamente el depósito en efectivo de los ingresos captados a través de las cuotas de recuperación al 100%, en la institución bancaria que para tal efecto indique la Dirección de Finanzas del Instituto.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los titulares de los hospitales, Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recabados por cuotas de recuperación, deberán levantar "Acta Administrativa" sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- Los hospitales realizarán el corte de ingresos por cuotas de recuperación por el período comprendido del primero al último día del mes y enviarán el primer día hábil de cada mes el informe mensual de ingresos al Departamento de Control y Registro de Cuotas y al Departamento de Contabilidad.
- Las observaciones o correcciones al Reporte Mensual de Ingresos serán realizadas por la unidad aplicativa responsable y presentada para su verificación en el mes siguiente al que se reporta a los Departamentos de Control y Registro de Cuotas y de Contabilidad.
- Los Administradores y Jefes de Recursos Financieros de los hospitales realizarán supervisiones periódicas en las diferentes áreas de su unidad (Médica y Administrativa) que intervienen en el proceso de prestación de servicios, recaudación y manejo de cuotas de recuperación y dejar constancia por escrito de los hechos.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrado en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y los recibos de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios correspondientes a los programas prioritarios, validando la documentación correspondiente tanto de la rama médica como administrativa mediante firmas autógrafas.
- El Jefe de Recursos Financieros de los hospitales realizarán una conciliación de los ingresos por cuotas de recuperación con el Cajero General, previa elaboración del Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- El importe de los servicios cobrados mediante "Recibo Único de Pago" deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, ya que no es válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los "Recibos Únicos de Pago" que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación en su unidad aplicativa.

- El Administrador de los hospitales dará el seguimiento requerido ante las instancias competentes del Instituto, sobre los casos de robo de efectivo o extravío de formas valoradas, respecto a cuotas de recuperación e informar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el estado que guardan hasta su resolución.
- Los Administradores de los hospitales efectuarán el resguardo de los recibos de pago y de exención, haciendo su registro en los libros de control correspondientes.
- La prestación de servicios médicos a derechohabientes de otras dependencias e instituciones, habrá de formalizarse ante la Unidad de Asuntos Jurídicos del organismo, mediante un convenio de servicios subrogados autorizado por la Dirección de Finanzas del Instituto, aplicando el nivel 6 del tabulador vigente más un incremento mínimo del 50%.
- En el caso de que el paciente requiera ser transferido a otra unidad médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se cobrarán los servicios que hasta el momento se le hayan proporcionado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente y, en su caso, al área de Servicios Generales o el área interna encargada de realizar los traslados.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
  1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
  2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
  3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- El Responsable del equipo de transportes o del área de Servicios Generales, deberá llevar un control de los traslados diariamente, en el cual se detalle el nombre del paciente, lugar de traslado y número de recibo de pago del servicio.
- Los titulares de los hospitales, deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.

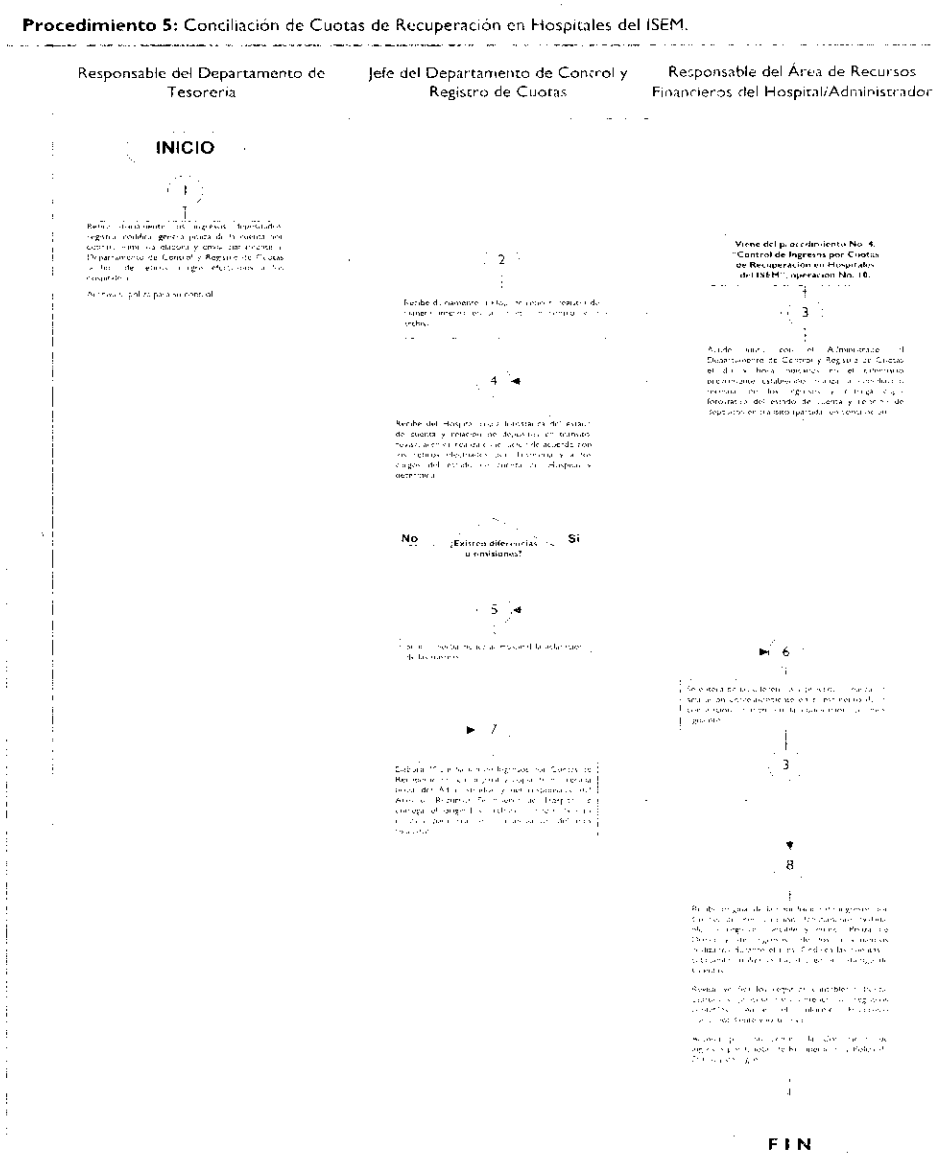
DESARROLLO:

Procedimiento 5: Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable del Departamento de Tesorería	Retira diariamente los ingresos depositados, registra, codifica, genera póliza de la cuenta por cobrar, asimismo elabora y envía diariamente al Departamento de Control y Registro de Cuotas la hoja de retiros (cargos efectuados a los hospitales) Archiva la póliza para su control.
2	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe diariamente la Hoja de retiros, registra de manera interna en su libreta de control y la archiva. **Viene del procedimiento No. 4. "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM", operación No. 10.**
3	Responsable del Area de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	Acude junto con el Administrador al Departamento de Control y Registro de Cuotas el día y hora indicados en el calendario previamente establecido, realiza la conciliación mensual de los ingresos y entrega copia fotostática del estado de cuenta y relación de depósitos en tránsito (partidas en conciliación).
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe del hospital copia fotostática del estado de cuenta y relación de depósitos en tránsito, revisa, archiva, realiza conciliación de acuerdo con los retiros efectuados por el Departamento de Tesorería y a los cargos del estado de cuenta del Hospital y determina: **¿Existen diferencias u omisiones?**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	**Si existen diferencias u omisiones.** Solicita verbalmente al hospital la aclaración de las mismas.
6	Responsable del Area de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	Se entera de las diferencias y procede a realizar la aclaración correspondiente en el momento de la conciliación, o bien, en la conciliación del mes siguiente. **Reinicia en la operación No.3.**
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**No existen diferencias u omisiones.** Elabora "Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación" en original y copia, firma, recaba firma del Administrador y del responsable del área de Recursos Financieros del hospital, le entrega el original y archiva la copia, la cual utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.
8	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	Recibe original de la Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación debidamente avalada, efectúa el registro contable y emite "Póliza de diario y de ingresos" de los movimientos realizados durante el mes. Codifica las cuentas y subcuentas utilizadas basadas en el Catálogo de Cuentas. Revisa, coteja y verifica los registros contables y póliza, captura y procesa para obtener los registros contables, emite el Informe Financiero correspondiente y lo archiva junto con la Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación y póliza de diario y de ingresos para su control.

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 5: Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en la conciliación de los ingresos que por concepto de cuotas de recuperación se recaudan en hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de conciliaciones realizadas}}{\text{Número mensual de conciliaciones programadas}} \times 100 =$$

Porcentaje mensual de ingresos recaudados y conciliados por concepto de Cuotas de Recuperación en hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- La conciliación de ingresos se registra y resguarda en el archivo del área de Recursos Financieros del hospital.
- La conciliación de ingresos y el original de la póliza de diario y de ingresos se encuentran registradas y resguardadas en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 4).
- Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación

1/UNIDAD APLICATIVA:	2/MES:
3/EJERCICIO:	4/FECHA DE CONCILIACIÓN:

5/CONCEPTO	6/IMPORTE
CUENTA POR COBRAR MES ANTERIOR	
(+) INGRESOS CAPTADOS EN EL MES	
(-) RETIROS DE TESORERIA (CARGOS DEL EDO. DE CUENTA)	
(+) DEPOSITOS POR TRANSFERENCIAS DE OFICINAS CENTRALES	
CUENTA POR COBRAR PARA REGISTRO CONTABLE	
(+) INTERESES	
(-) COMISIONES	
(+/-) INTERESES Y COMISIONES ACUMULADOS	
CUENTA POR COBRAR DESPUES DE INTERES Y COMISION	
(-) SALDO SEGUN ESTADO DE CUENTA DEL BANCO	
(+) APERTURA DE CUENTA	
(-) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR EL BANCO	
INGRESOS NO DEPOSITADOS	

7/ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD	8/JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	9/DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS DE RECUPERACION
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-091-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación"
217B30000-091-08

OBJETIVO: Será utilizado por el Departamento de Control y Registro de Cuotas para verificar y en su caso, identificar posibles diferencias entre los ingresos que se informan como recaudados y los depositados.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se entrega al responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital y la copia al Departamento de Control y Registro de Cuotas, la cual utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del Hospital que realiza la conciliación.
2	MES:	Anotar el mes del cual se realiza la conciliación.
3	EJERCICIO:	Anotar el ejercicio fiscal dentro del cual se realiza la conciliación.
4	FECHA DE CONCILIACIÓN:	Anotar el día, mes y año en que se lleva a cabo la conciliación.
5	CONCEPTO	Detallar los conceptos correspondientes a la conciliación.
6	IMPORTE	Anotar la cantidad en pesos correspondiente a los conceptos determinados en el formato.
7	ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital, de la Jurisdicción, o bien, de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
8	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre completo y firma del Jefe de Recursos Financieros del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.
9	DEPTO. DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS	Anotar el nombre y firma de la persona que realiza la conciliación, por parte del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300/06
	Página:

PROCEDIMIENTO 6: Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la atención médico asistencial que se proporciona a las personas de escasos recursos económicos, mediante la autorización de la exención del pago de las cuotas de recuperación en los hospitales del ISEM.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública y de la Dirección de Finanzas que tengan a su cargo y responsabilidad la autorización de la exención de cuotas de recuperación en los hospitales del Instituto.

REFERENCIAS:

- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000 Dirección de Finanzas; 217B31300 Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública; 217B31302: Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Dirección de Finanzas es la unidad administrativa responsable de la autorización de exenciones de cuotas de recuperación a las personas de escasos recursos económicos atendidas en los hospitales del Instituto.

La Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública es la unidad administrativa responsable de la supervisión de actividades relacionadas con las exenciones de cuotas de recuperación en los hospitales del Instituto.

El Director de Finanzas deberá:

- Recibir el oficio de solicitud, la relación de los oficios de autorización y el original de los mismos, acusar de recibido, revisar, enterarse, registrar y enviar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.

El Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública deberá:

- Recibir el oficio de solicitud, la relación de los oficios de autorización y el original de los mismos, revisar, enterarse y enviar al Departamento de Control y Registro de Cuotas para su respuesta.

El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas deberá:

- Recibir la documentación, analizar y determinar su correcta elaboración.
- Hacer observaciones y remitir al hospital correspondiente para su corrección.
- Preparar para firma del Director de Finanzas oficio de autorización de registro de la exención, dirigido al Director del hospital correspondiente, obtener firma en el oficio y en la relación de oficios de autorización y enviar al hospital.

El Director del hospital deberá:

- Recibir original del oficio de autorización, relación de oficios de autorización y oficios de solicitud, revisar, enterarse y enviar al área de Recursos Financieros para su archivo y control.

El Responsable del área de Recursos Financieros del hospital deberá:

- Recibir la documentación y observaciones, realizar correcciones y enviar al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- Recibir original del oficio de solicitud de exención, relación de recibos, copia rosa de los mismos y fotocopias de los "Estudios Socioeconómicos", y archivar para control interno.

El Responsable del área de Trabajo Social del hospital deberá:

- Elaborar el "Oficio de Solicitud de Exención de Pago" en original y copia, dirigido al Director de Finanzas del Instituto, recabar antefirma del Administrador y firma del Director del Hospital en el oficio, anexar relación de recibos de exención, junto con la copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, debidamente requisitados y enviar a la Dirección de Finanzas, recabar acuse de recibido en la copia del oficio y la archivar para su control.

DEFINICIONES:

Cuota de Recuperación: Aportación económica que debe cubrir por en la prestación de los servicios de salud; la población de bajos recursos en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con el tabulador de cuotas de recuperación.

Exención: Es el beneficio por el cual el usuario puede dejar de cubrir, en parte o completo, la cuota de recuperación por los servicios de salud recibidos en hospitales del ISEM.

INSUMOS:

- Oficio de solicitud de exención de cuota de recuperación.

RESULTADO:

- Oficio de autorización de registro de la exención de cuota de recuperación.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- El Departamento de Control y Registro de Cuotas verificará, a través de supervisiones, que las políticas y procedimientos para el manejo de las cuotas de recuperación y las exenciones por escasos recursos económicos se realicen conforme a los lineamientos establecidos.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrado en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y recibos de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios correspondientes a los programas prioritarios, validando la documentación correspondiente tanto la rama médica como la administrativa mediante firmas autógrafas.
- Los Administradores de los hospitales efectuarán el resguardo de los recibos de pago y de exención, haciendo su registro en los libros de control correspondientes.
- Las autorizaciones de las exenciones por escasos recursos deberán controlarse y registrarse mensualmente y gestionar su autorización ante la Dirección de Finanzas del Instituto, dentro de los primeros 5 días del mes siguiente al que pertenecen, indicando el monto por exentar; en caso de no presentarse en el plazo establecido se realizará el reintegro correspondiente.
- Toda exención deberá valuarse en el nivel 1 del tabulador autorizado.
- La prestación de servicios médicos a derechohabientes de otras dependencias e instituciones, habrá de formalizarse ante la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto, mediante un convenio de servicios subrogados autorizado por la Dirección de Finanzas del Instituto, aplicando el nivel 6 del tabulador vigente más un incremento mínimo del 50%.

DESARROLLO:

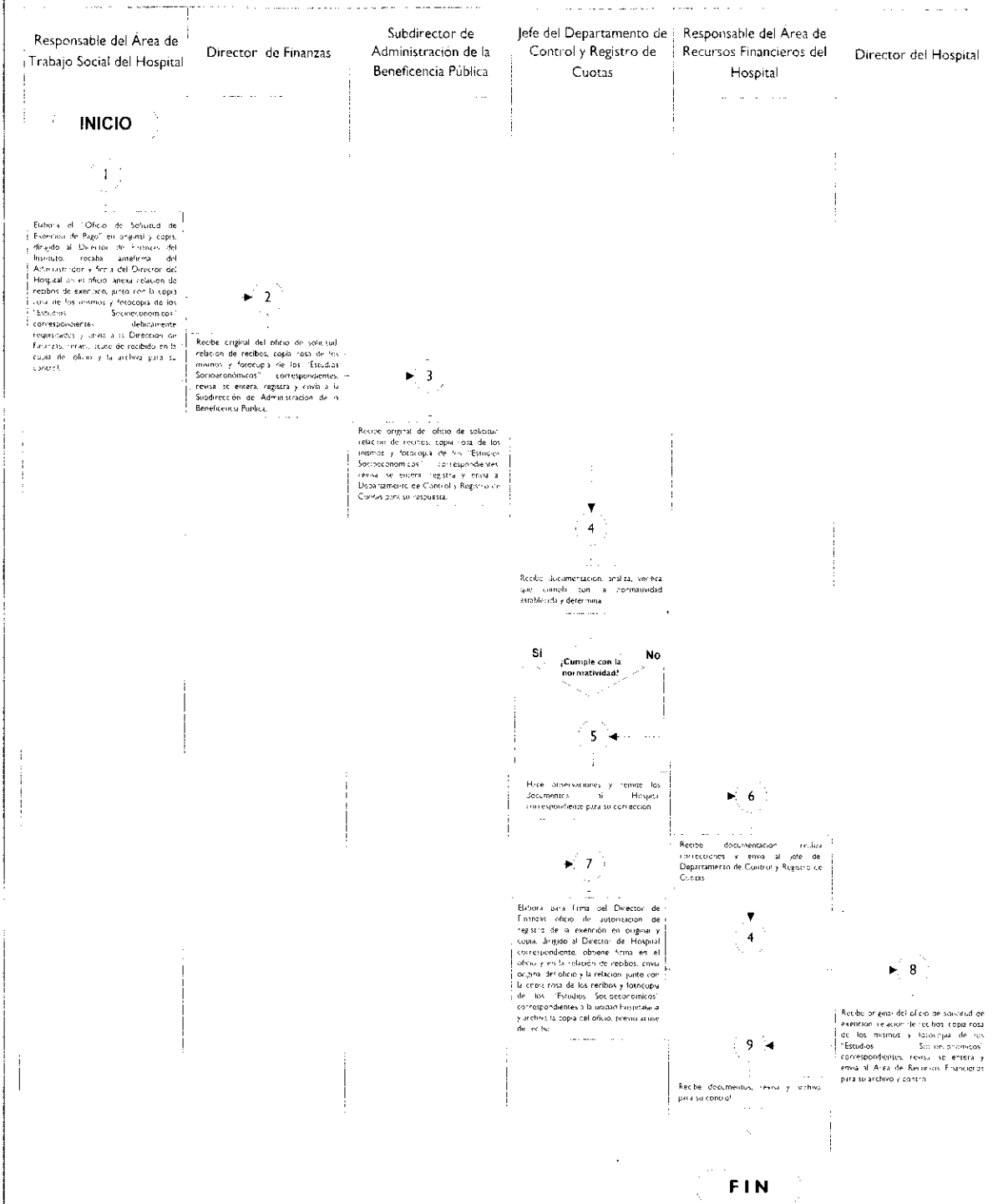
PROCEDIMIENTO 6: Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	Responsable	Actividad
1	Responsable del Área de Trabajo Social del Hospital	Elabora el "Oficio de Solicitud de Exención de Pago" en original y copia, dirigido al Director de Finanzas del Instituto, recaba antefirma del Administrador y firma del Director del Hospital en el oficio, anexa relación de recibos de exención, junto con la copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, debidamente requisitados y envía a la Dirección de Finanzas, recaba acuse de recibido en la copia del oficio y la archiva para su control.
2	Director de Finanzas	Recibe original del oficio de solicitud, relación de recibos, copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, revisa, se entera, registra y envía a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.
3	Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública	Recibe original del oficio de solicitud, relación de recibos, copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, revisa, se entera, registra y envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas para su respuesta.
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe documentación, analiza, verifica que cumpla con la normatividad establecida y determina: **¿Cumple con la normatividad?**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**No cumple con la normatividad.** Hace observaciones y remite los documentos al Hospital correspondiente para su corrección.
6	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital	Recibe documentación, realiza correcciones y envía al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas. **Se conecta con la operación No. 4.**
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**Si cumple con la normatividad.** Elabora para firma del Director de Finanzas oficio de autorización de registro de la exención en original y copia, dirigido al Director del Hospital correspondiente, obtiene firma en el oficio y en la relación de recibos, envía original del oficio y la relación, junto con la copia rosa de los recibos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes a la unidad hospitalaria y archiva la copia del oficio, previo acuse de recibo.

8	Director del Hospital	Recibe original del oficio de solicitud de exención, relación de recibos, copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, revisa, se entera y envía al área de Recursos Financieros para su archivo y control.
9	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital	Recibe original del oficio de solicitud de exención, relación de recibos, copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos", se entera y archiva para su control.

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 6 Autorización de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la autorización de exenciones de cuotas de recuperación:

$$\frac{\text{Número mensual de cuotas de recuperación autorizadas como exentas}}{\text{Número mensual de solicitudes de exención de cuotas de recuperación recibidas}} \times 100 = \text{Porcentaje de autorización de exenciones de cuotas de recuperación.}$$

Registro de evidencias:

- La relación de oficios de solicitud exenciones y el oficio de autorización se encuentran registrados y resguardados en el archivo del área de Recursos Financieros del hospital.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos. (Ver Proc. 4, pag. 257)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	**Edición:** Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300/07
	Página:

PROCEDIMIENTO 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.

OBJETIVO:

Garantizar la eficiencia de acciones a realizar en los casos de robo o extravío de formas valoradas y/o ingresos recaudados por la prestación de los servicios médicos en las unidades hospitalarias del Instituto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los hospitales y a la Unidad de Asuntos Jurídicos que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación de las acciones a realizar en caso de robo o extravío de formas valoradas y/o de los ingresos recaudados en los hospitales del ISEM.

REFERENCIAS:

- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Capítulo IV artículos 72 al 77. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- Código Financiero del Estado de México y Municipios. Título XI, artículos 339 al 351. Gaceta del Gobierno, 9 de marzo de 1999, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B10200 Unidad de Asuntos Jurídicos; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

El Hospital, a través de la Administración, es la unidad administrativa responsable de supervisar las actividades relacionadas con el reporte por robo o extravío de formas valoradas o efectivo, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

El Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Recibir original del oficio, del "Acta" levantada ante el Ministerio Público y del "Acta Circunstanciada de Hechos", proceder a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público y resolver lo necesario.

El Director o Administrador del hospital deberá:

- Enterarse, elaborar Acta Circunstanciada de Hechos en la que se constate, pormenorice y acredite documentalmente la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archiva provisionalmente y determinar su procedencia.
- Levantar "Acta Administrativa" en original y copia, manifestar bajo protesta de decir verdad que fue efectuada la búsqueda exhaustiva, recabar firma del Servidor Público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la unidad administrativa, entregar copia al servidor público indicándole acuda con el Oficial Conciliador.
- Enviar al servidor público ante el Ministerio Público para levantar el acta correspondiente
- Recibir "Acta Ministerial" y "Acta Informativa", elaborar oficio para su envío en original y cuatro copias, y determinar el tipo de incidente.

- Entregar original del oficio, del "Acta" levantada ante el Ministerio Público y del "Acta Circunstanciada de Hechos" a la Unidad de Asuntos Jurídicos y distribuir.
- Entregar original del oficio, del "Acta Circunstanciada de Hechos" y del "Acta Informativa" de la oficialía conciliadora a la Unidad de Contraloría Interna y distribuir.

El Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa deberá:

- Acudir ante su jefe inmediato e informar sobre los hechos acontecidos cuando sufre el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas.
- Recibir copia del "Acta Administrativa", archivarla, acudir ante el Oficial Conciliador, levantar "Acta Informativa" correspondiente y entregarla a su Jefe inmediato.
- Recibir la instrucción y acudir a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, iniciar denuncia penal, levantar "Acta Ministerial" y entregarla a su Jefe inmediato.

DEFINICIONES:

Unidad Aplicativa: Es la unidad médica o administrativa como célula básica de la estructura orgánica del Instituto.
Acta Ministerial: Es la certificación o testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido, tratado o pactado en oportunidad de cualquier circunstancia levantada ante el Ministerio Público.
Acta Circunstanciada de Hechos: Es el testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido en cualquier circunstancia para que surta efectos jurídicos, la cual deberá contener la fecha, el lugar donde sucedieron los hechos, la relación sucinta de los hechos y contendrá la firma de más de dos testigos que presenciaron los hechos.
Averiguación Previa: Es una etapa procedimental durante el cual el órgano investigador realiza todas aquellas diligencias necesarias para comprobar, en su caso, los elementos del tipo penal y la probable responsabilidad y optar por el ejercicio o abstención de la acción penal.
Formas Valoradas: Son los documentos preimpresos utilizados para la prestación de los servicios a que se refiere la Ley de Ingresos del Estado vigente y que por su incidencia en el proceso de recaudación de ingresos al Estado, adquieren un valor público y sirven como medios de control fiscal.

INSUMOS:

- Acta Circunstanciada de Hechos.

RESULTADOS:

- Acta Circunstanciada de Hechos.
- Acta ministerial.
- Acta administrativa.
- Acta informativa.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.
- Conciliación de Cuotas de de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- El Administrador y Jefe de Recursos Financieros del hospital será el responsable de realizar el seguimiento en las instancias correspondientes sobre las causas de robo de efectivo o extravío de formas valoradas y de informar periódicamente el estado que guardan hasta la resolución, a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recabados por cuotas de recuperación, deberán levantar "Acta Administrativa" sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- Cuando existan recibos únicos de pago cancelados deberá plasmarse en los mismos:
  - El motivo de la cancelación.
  - La leyenda: "Pasa al folio ___ en caso de ser cobrado en otro folio. Asimismo, la leyenda en el recibo siguiente si corresponde al mismo cobro de: cancela y substituye anotando el número de folio cancelado.
  - Cuando de la revisión de los Recibos Únicos de Pago, derivada de la solicitud y control de recibos mediante los formatos Requisición Interna de Recibos Oficiales y Control de Recibos Oficiales, se detecte la falta de un folio dentro

de la serie utilizada se deberá informar al Director o Administrador de la Unidad Aplicativa a fin de levantar un Acta Circunstanciada de Hechos y realizar el procedimiento por extravío de formas valoradas.

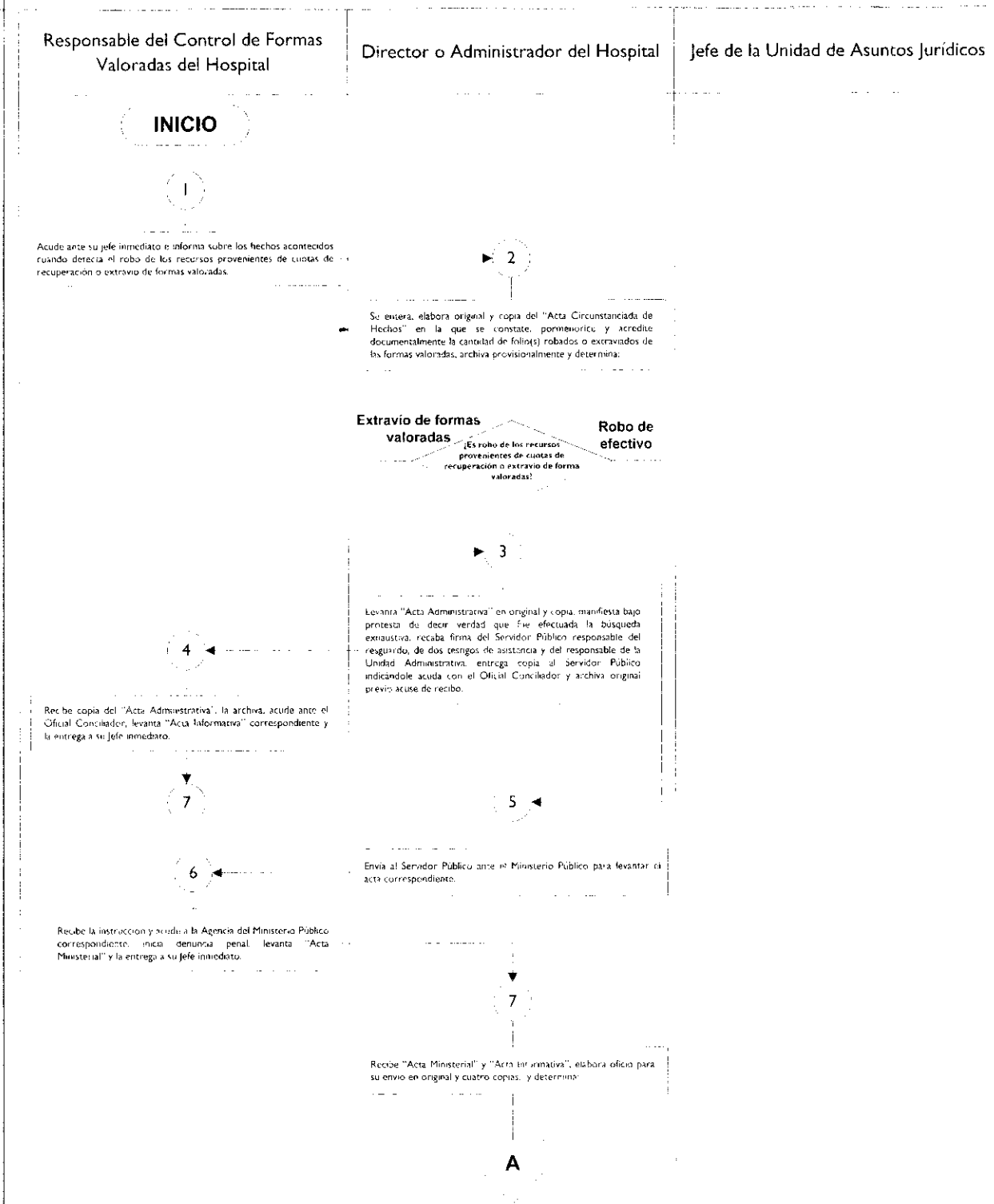
DESARROLLO:

Procedimiento 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.

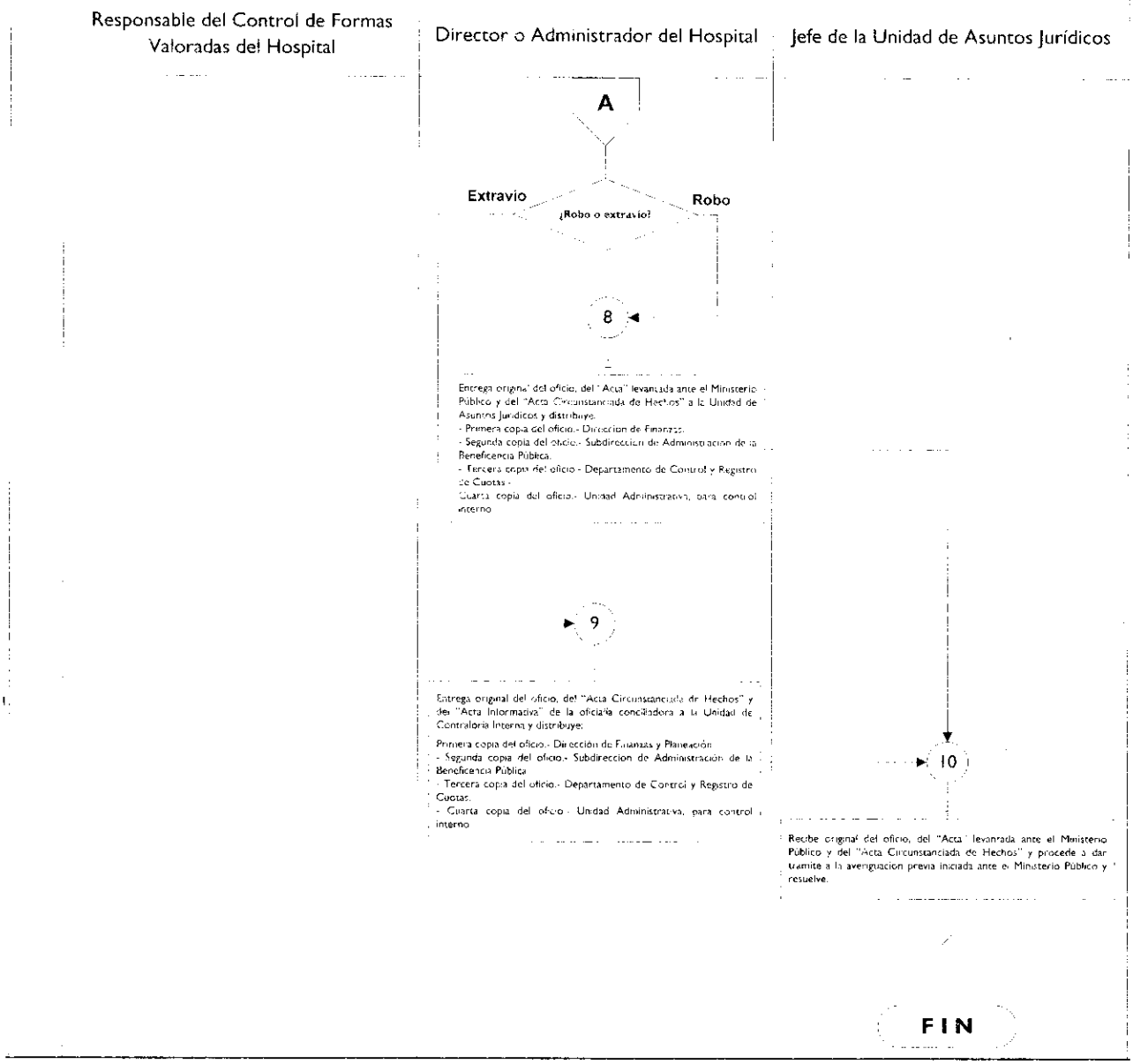
No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Detecta el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas, acude ante el Director o Administrador del hospital e informa verbalmente sobre los hechos acontecidos.
2	Director o Administrador del Hospital	Se entera, elabora original y copia del "Acta Circunstanciada de Hechos" en la que se constate, pormenorice y acredite documentalmente la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archiva provisionalmente y determina: **¿Es robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas?**
3	Director o Administrador del Hospital	**Es extravío de formas valoradas.** Levanta "Acta Administrativa" en original y copia, manifiesta bajo protesta de decir verdad que fue efectuada la búsqueda exhaustiva, recaba firma del servidor público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la Unidad Administrativa, entrega copia al Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas del Hospital indicándole acuda con el Oficial Conciliador y archiva original previo acuse de recibo.
4	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Recibe copia del "Acta Administrativa", la archiva, acude ante el Oficial Conciliador, levanta "Acta Informativa" correspondiente y la entrega al Director o Administrador del hospital. **Se conecta con la operación No. 7.**
5	Director o Administrador del Hospital	**Es robo de efectivo.** Envía al Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas del hospital ante el Ministerio Público para levantar el acta correspondiente.
6	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Recibe la instrucción y acude a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, inicia denuncia penal, levanta "Acta Ministerial" y la entrega al Director o Administrador del hospital.
7	Director o Administrador del Hospital	Recibe "Acta Ministerial" y "Acta Informativa", elabora oficio para su envío en original y cuatro copias y determina: **¿La documentación recibida es por robo o extravío?**
8	Director o Administrador del Hospital	**Es por robo.** Entrega original del oficio de envío, el "Acta Ministerial" levantada ante el Ministerio Público y el "Acta Circunstanciada de Hechos" a la Unidad de Asuntos Jurídicos y distribuye: • Primera copia del oficio.- Dirección de Finanzas. • Segunda copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Tercera copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Cuarta copia del oficio.- Hospital, para control interno.
9	Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe original del oficio, del "Acta Ministerial" levantada ante el Ministerio Público y del "Acta Circunstanciada de Hechos", procede a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público y resuelve.
10	Director o Administrador del Hospital	**Es por extravío.** Entrega original del oficio, del "Acta Circunstanciada de Hechos" y del "Acta Informativa" de la oficialia conciliadora a la Unidad de Contraloría Interna y distribuye: • Primera copia del oficio.- Dirección de Finanzas y Planeación. • Segunda copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Tercera copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Cuarta copia del oficio.- Hospital, para control interno.

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.



Procedimiento 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el seguimiento del reporte por robo o extravío de formas valoradas.

$$\frac{\text{Número mensual de reportes por robo de formas valoradas atendidos}}{\text{Número mensual de reportes por robo de formas valoradas recibidos}} \times 100 =$$

Porcentaje de reportes por robo de formas valoradas atendidos mensualmente.

$$\frac{\text{Número mensual de reportes por extravío de formas valoradas atendidos}}{\text{Número mensual de reportes por extravío de formas valoradas recibidos}} \times 100 =$$

Porcentaje de reportes por extravío de formas valoradas atendidos mensualmente.

Registro de evidencias:

- El Acta levantada ante el Ministerio Público y el "Acta Circunstanciada de Hechos original quedan registrados y resguardados en el archivo de la Unidad de Asuntos Jurídicos.

- El Acta Circunstanciada de Hechos y del Acta Informativa original quedan registrados y resguardados en el archivo de la Unidad de la Contraloría Interna.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Requisición Interna de Recibos Oficiales.
- Control de Recibos Oficiales (Ver Proc. 4, pag. 253).

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Requisición Interna de Recibos Oficiales

1/UNIDAD APLICATIVA:	2/FECHA:
3/SERVICIO:	

4/CANTIDAD SOLICITADA	5/DESCRIPCION DEL ARTICULO	6/CANTIDAD SURTIDA	7/FOLIOS SURTIDOS	
			DEL	AL

8/RESPONSABLE DEL SERVICIO	9/ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL	10/RESPONSABLE DEL ALMACEN
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

2178.30000-092-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: Requisición Interna de Recibos Oficiales 217B30000-092-08		
OBJETIVO: Llevar el control interno en el suministro de los recibos oficiales solicitados por los hospitales del Instituto.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del área de Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa y la copia en los archivos de la Administración o Dirección del hospital.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del Hospital que elabora la requisición.
2	FECHA :	Indicar día, mes y año en que se elabora la requisición.
3	SERVICIO:	Anotar el nombre del servicio que solicita la requisición de recibos oficiales.
4	CANTIDAD SOLICITADA	Indicar el número de recibos solicitados.
5	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	Especificar el tipo de recibos oficiales solicitados.
6	CANTIDAD SURTIDA	Indicar el número de recibos surtidos por el Almacén.
7	FOLIOS SURTIDOS DEL AL	Especificar el número de folio de inicio y término de los recibos surtidos.
8	RESPONSABLE DEL SERVICIO	Anotar el nombre completo y firma del responsable del servicio que solicita la requisición de recibos oficiales.
9	ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL	Escribir el nombre completo y firma del Administrador del hospital.
10	RESPONSABLE DEL ALMACÉN	Anotar el nombre completo y firma del responsable del Almacén de la unidad médica.

PROCEDIMIENTO 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos captados en los hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación, mediante el cobro de los recursos provenientes de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica a instituciones públicas o privadas, supervisando que se opere de acuerdo con la normatividad vigente.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que realicen actividades relacionadas con el cobro de los recursos provenientes de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica de los hospitales de su adscripción.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.

- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto. Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de diseñar, establecer y mantener actualizado el sistema de cuotas de recuperación, así como del cobro de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del Servicio Médico deberá:
- Solicitar al paciente copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado".
- Proporcionar el servicio médico requerido.
- Archivar la copia del formato en el expediente del paciente.

El Responsable del área de Cuenta Paciente deberá:
- Recibir el original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" y registrar diariamente los servicios que se le proporcionen al paciente.
- Valuar en el nivel 6 del tabulador autorizado vigente más el 50% correspondiente y recabar la firma de conformidad del paciente.
- Archivar el formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" para control interno.
- Elaborar al finalizar el mes el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" en original y copia, enviar el original al área de Recursos Financieros y archivar la copia previo acuse de recibo.

El Responsable del área de Recursos Financieros deberá:

- Recibir el último día del mes el original del "Informe Mensual de Servicios Subrogados" de las Instituciones, revisar y solicitar aclaraciones, en su caso.
- Enviar el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución, al área de Caja para la elaboración del "Recibo Único de Pago" correspondiente.
- Recibir el original del "Recibo Único de Pago", verificar y elaborar "Pagaré" por la cantidad que ampare el monto estipulado y enviarlos a la Institución correspondiente.
- Atender al representante de la Institución acreedora para realizar los pagos al ISEM, obtener el importe del pago solicitado, verificar que corresponda con el del "Recibo Único de Pago", proceder a la inutilización o devolución del "Pagaré" y realizar el depósito respectivo.

El Responsable del área de Caja deberá:

- Recibir el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias a nombre de la Institución correspondiente y de acuerdo con cada concentrado mensual.
- Enviar el original del "Recibo Único de Pago" al área de Recursos Financieros y archivar las copias junto con el Informe Mensual de Servicios Subrogados.

El Responsable del área de Recepción deberá:

- Recibir el formato "Referencia y Contrarreferencia" y credencial de afiliación del paciente para su atención.
- Elaborar original y copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" e indicar al paciente que la presente en el servicio médico solicitado.

- Entregar el original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" al área de Cuenta Paciente si el derechohabiente es hospitalizado.

DEFINICIONES:

Servicio Subrogado: Es el servicio contratado y brindado por una empresa externa a una institución del ISEM.
Referencia: Es la acción de remitir a un paciente de una unidad de menor complejidad (unidad referente) a otra de mayor resolución o complejidad (unidad receptora), para dar respuesta a sus necesidades de salud.
Pagaré: Herramienta utilizada en el intercambio comercial para, llegado el caso en el que una persona física o empresa le solicite a otra persona física, empresa o entidad financiera el préstamo de una suma determinada de dinero, dejar constancia de la deuda y por otro lado garantizar el cobro de la misma de acuerdo al plazo de tiempo que se haya estipulado entre ambas partes, previamente a la firma del pagaré.

INSUMOS:

- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Credencial de afiliación del derechohabiente.

RESULTADOS:

- Control del Paciente de Servicio Subrogado.
- Informe Mensual de Servicios Subrogados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- No aplica.

POLÍTICAS:

- Los servicios subrogados deberán informarse al Departamento de Control y Registro de Cuotas en el informe por servicios en el mes en que fueron otorgados, independientemente del mes en que fueron pagados los servicios, de acuerdo con las condiciones de pago establecidas en el convenio de servicios subrogados con las dependencias o instituciones correspondientes.
- El Director o Administrador de hospital será el responsable de observar y dar seguimiento al cumplimiento de los convenios de prestación de servicios o subrogación.
- Cuando los usuarios del hospital requieran de algún apoyo en especie, el área de Trabajo Social los orientará y les proporcionará los requisitos y pasos a seguir para la obtención de dichos apoyos, canalizándolos a la Subdirección de la Beneficencia Pública del ISEM.
- El Administrador o Jefe de Recursos Financieros depositará las diferencias detectadas en las supervisiones realizadas por el Departamento de Control y Registro de Cuotas e informará lo necesario en el mes inmediato posterior.
- La prestación de servicios médicos a derechohabientes de otras dependencias e instituciones, habrá de formalizarse ante la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto, mediante un convenio de servicios subrogados autorizado por la Dirección de Finanzas del Instituto, aplicando el nivel 6 del tabulador vigente más un incremento mínimo del 50%.

DESARROLLO:

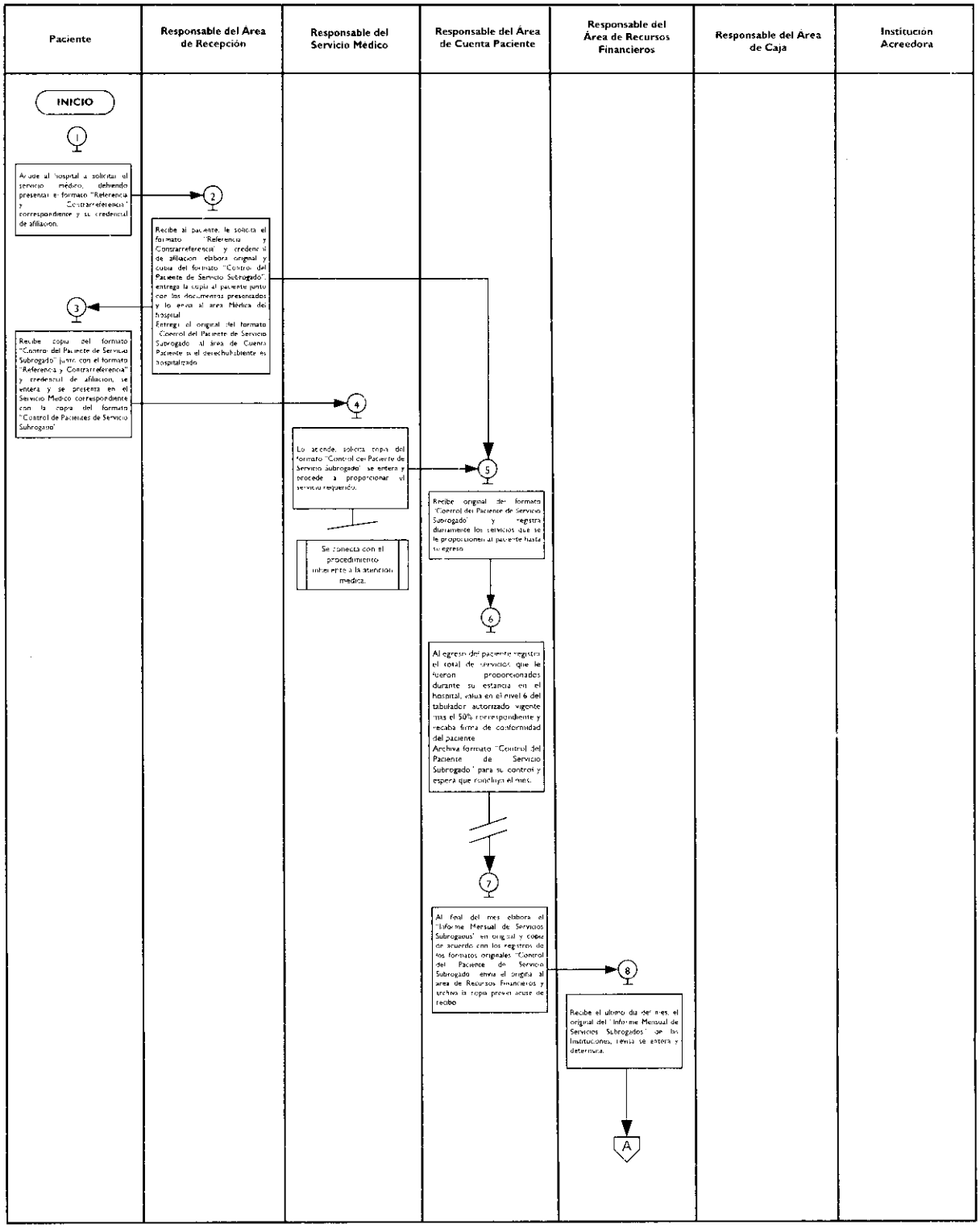
Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria Paramédica en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Paciente	Acude al hospital a solicitar el servicio médico, debiendo presentar el formato "Referencia y Contrarreferencia" correspondiente y su credencial de afiliación.
2	Responsable del Área de Recepción	Recibe al paciente, le solicita el formato "Referencia y Contrarreferencia" y credencial de afiliación, elabora original y copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado", entrega la copia al paciente junto con los documentos presentados y lo envía al área Médica del hospital. Entrega el original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" al área de Cuenta Paciente si el derechohabiente es hospitalizado. **Se conecta a la operación No. 5.**
3	Paciente	Recibe copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" junto con el formato "Referencia y Contrarreferencia" y credencial de afiliación, se entera y se presenta en el Servicio Médico correspondiente con la copia del formato "Control de Pacientes de Servicio Subrogado".

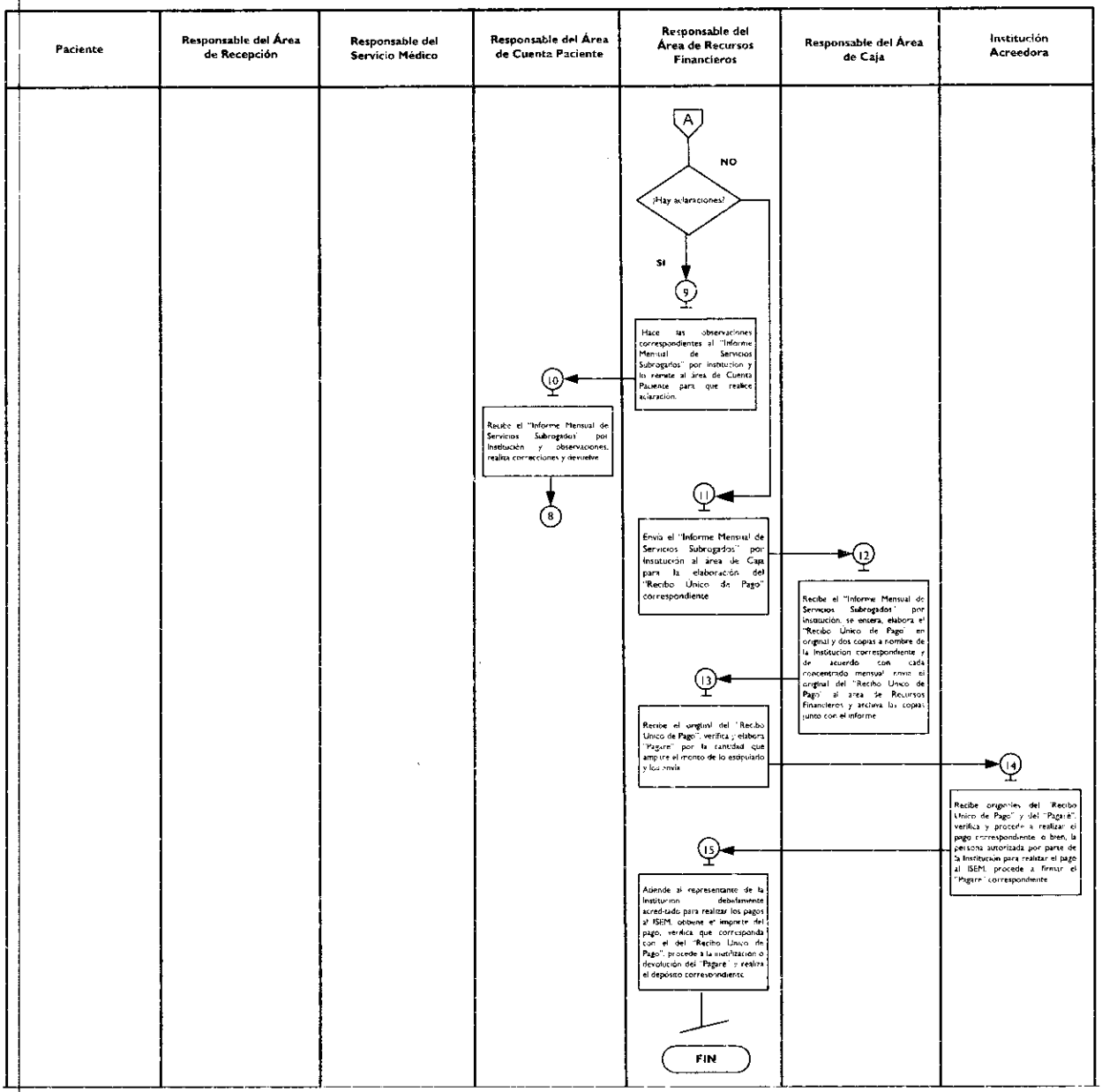
4	Responsable del Servicio Médico	Atiende al paciente, solicita copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado", se entera y procede a proporcionar el servicio requerido. **Se conecta con el procedimiento inherente a la atención médica.**
5	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" y registra diariamente los servicios que se le proporcionen al paciente hasta su egreso.
6	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Al egreso del paciente registra el total de servicios que le fueron proporcionados durante su estancia en el hospital, valúa en el nivel 6 del tabulador autorizado vigente más el 50% correspondiente y recaba firma de conformidad del paciente. Archiva formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" para su control y espera que concluya el mes.
7	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Al final del mes elabora el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" en original y copia de acuerdo con los registros de los formatos originales "Control del Paciente de Servicio Subrogado", envía el original al área de Recursos Financieros y archiva la copia previo acuse de recibo.
8	Responsable del Área de Recursos Financieros	Recibe el último día del mes, el original del "Informe Mensual de Servicios Subrogados" de las Instituciones, revisa se entera y determina: **¿Hay aclaraciones?**
9	Responsable del Área de Recursos Financieros	**Si hay aclaraciones.** Hace las observaciones correspondientes al "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por institución y lo remite al área de Cuenta Paciente para que realice aclaración.
10	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución y observaciones, realiza correcciones y devuelve. **Se conecta con la operación No. 8.**
11	Responsable del Área de Recursos Financieros	**No hay aclaraciones.** Envía el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución al área de Caja para la elaboración del "Recibo Único de Pago" correspondiente.
12	Responsable del Área de Caja	Recibe el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución, se entera, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias a nombre de la Institución correspondiente y de acuerdo con cada concentrado mensual, envia el original del "Recibo Único de Pago" al área de Recursos Financieros y archiva las copias junto con el informe.
13	Responsable del Área de Recursos Financieros	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", verifica y elabora "Pagaré" por la cantidad que ampare el monto de lo estipulado y los envía a la Institución correspondiente.
14	Institución Acreedora	Recibe originales del "Recibo Único de Pago" y del "Pagaré", verifica y procede a realizar el pago correspondiente, o bien, la persona autorizada por parte de la Institución para realizar el pago al ISEM, procede a firmar el "Pagaré" correspondiente.
15	Responsable del Área de Recursos Financieros	Atiende al representante de la Institución debidamente acreditado para realizar los pagos al ISEM, obtiene el importe del pago, verifica que corresponda con el del "Recibo Único de Pago", procede a la inutilización o devolución del "Pagaré" y realiza el depósito correspondiente.

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el cobro de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica.

$$\frac{\text{Número mensual de solicitudes atendidas de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica}}{\text{Número mensual de solicitudes recibidas de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica}} \times 100 =$$

Porcentaje de ingresos obtenidos por concepto de Cuotas de Recuperación de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica.

Registro de evidencias:

- El cobro de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica, quedan registrados en el formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" que se archiva en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- La prestación de servicios subrogados queda registrada en el formato: "Informe Mensual de Servicios Subrogados".
- El monto del "Recibo Único de Pago" por los servicios proporcionados queda registrado en el formato "Pagaré, el cual se archiva en el área de Recursos Financieros.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Referencia y Contrarreferencia.
- Control del Paciente de Servicio Subrogado.
- Informe Mensual de Servicios Subrogados.
- Recibo Único de Pago.
- Pagaré.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control del Paciente de Servicio Subrogado

1/FOLIO:

2/UNIDAD MÉDICA:	
3/NOMBRE:	
4/FECHA DE INGRESO:	5/FECHA DE EGRESO:
6/INSTITUCION:	7/No. REFERENCIA O CREDENCIAL:

8/CLAVE	9/DESCRIPCION DEL SERVICIO OTORGADO	10/CANTIDAD	11/IMPORTE
		12/TOTAL	

13/RECIBIO	14/ELABORO
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-094-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Control del Paciente de Servicio Subrogado"
217B30000-094-08

OBJETIVO: Registrar los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto para la prestación de servicios subrogados, a efecto de realizar el cobro de los mismos en tiempo y forma, de acuerdo con lo establecido en el contrato correspondiente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número progresivo correspondiente al formato, de acuerdo al control interno del hospital.
2	UNIDAD:	Escribir el nombre del hospital en que se elabora el formato.
3	NOMBRE:	Registrar el nombre completo del derechohabiente.
4	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año en que ingresa el derechohabiente al hospital para que le sea proporcionado el servicio requerido.
5	FECHA DE EGRESO:	Anotar el día, mes y año en que egresa el derechohabiente del hospital.
6	INSTITUCIÓN:	Indicar el nombre de la Institución que remite al derechohabiente al hospital para que le sea proporcionado el servicio requerido.
7	NO. DE REFERENCIA O CREDENCIAL:	Anotar el número de la "Hoja de Referencia del Derechohabiente" o bien, de la credencial de adscripción.
8	CLAVE:	Registrar la clave de cada uno de los servicios que le sean proporcionados al derechohabiente, de acuerdo con el tabulador autorizado.
9	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO OTORGADO:	Especificar los servicios proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador vigente.
10	CANTIDAD:	Indicar la cantidad de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente.
11	IMPORTE:	Anotar el importe de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente, cuantificando los servicios de acuerdo a la cantidad y al servicio brindado, de acuerdo con el tabulador autorizado vigente.
12	TOTAL:	Escribir la cantidad que resulte de la sumatoria de los importes registrados.
13	RECIBIÓ:	Anotar el nombre y firma del derechohabiente que recibe los servicios descritos en el formato.
14	ELABORÓ:	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el formato por parte del hospital.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Subrogados

1/UNIDAD APLICATIVA:				2/FECHA:
3/PERIODO DEL	AL	DE	DEL	

4/CLAVE DEL SERVICIO	5/NOMBRE DEL SERVICIO	6/No. DE SERVICIOS	7/COSTO DEL SERVICIO	8/IMPORTE TOTAL
	9/TOTAL			

10/DIRECTOR DEL HOSPITAL

NOMBRE Y FIRMA

11/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

217B30000-181-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
"Informe Mensual de Servicios Subrogados"
217B30000-181-10

OBJETIVO: Llevar el control mensual de los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto para la prestación de servicios subrogados, a efecto de realizar el cobro de los mismos en tiempo y forma, de acuerdo con lo establecido en el contrato correspondiente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia de las cuales el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del hospital en que se elabora el formato.
2	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	PERIODO DEL AL DE DEL	Registrar el día, mes y año de inicio y término del periodo que se informa.

4	CLAVE DEL SERVICIO	Registrar la clave de cada uno de los servicios que le sean proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador autorizado.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Especificar los servicios proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador vigente.
6	No. DE SERVICIOS	Anotar el número total de servicios que se le proporcionaron al paciente.
7	COSTO DEL SERVICIO	Registrar el precio unitario del servicio proporcionado.
8	IMPORTE TOTAL	Anotar el importe total de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente, cuantificando los servicios de acuerdo a la cantidad y al servicio brindado, acorde con el tabulador autorizado vigente.
9	TOTAL:	Indicar la cantidad que resulte de la sumatoria de los importes registrados.
13	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del hospital.
14	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre y firma del Administrador del hospital.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

PAGARÉ

BUENO POR $_____

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DEL **INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO** LA CANTIDAD DE $_____ (_____), EN ESTA PLAZA EL DIA _____DE_____ _____DEL 2002.

DE NO REALIZARSE EL PAGO EN DICHA FECHA GENERARÁ UN INTERÉS MORATORIO A RAZÓN DEL _____% MENSUAL HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN.

ÉSTE PAGARÉ AMPARA EL RECIBO ÚNICO DE PAGO FOLIO No._____ DE FECHA ___DE_____ _____DEL 2002. POR LOS SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA, HOSPITALARIA Y PARAMÉDICA OTORGADOS A ESTA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DEL HOSPITAL_____ _____DURANTE EL MES DE _____200__.

TOLUCA MÉXICO A _____DE _____DEL 200__.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN_____

ACEPTO

NOMBRE :_____ SELLO DE LA INSTITUCIÓN

CARGO:_____ QUE RECIBIÓ EL (LOS)

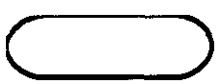
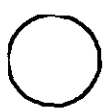
FIRMA : _____ SERVICIO (S).

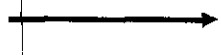
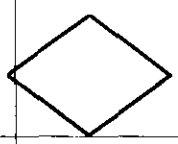
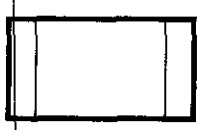
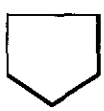
217B30000-095-08

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: "Pagaré" 217B30000-095-08		
OBJETIVO: Se utiliza para realizar el cobro de los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto por la prestación de servicios subrogados.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y se encuentra en resguardo del área de Recursos Financieros de la unidad médica.		
No.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	BUENO POR:	Anotar el importe en número del pagaré.
2	LA CANTIDAD DE $:	Indicar el importe en número y letra del pagaré.
3	EL DÍA:	Anotar el día y mes en que deberá de ser liquidado el pagaré.
4	A RAZÓN DE:	Especificar el porcentaje de los intereses moratorios convenidos.
5	FOLIO NO.:	Anotar el número de folio del "Recibo Único de Pago" del cual se deriva el pagaré.
6	DE FECHA:	Escribir el día, mes y año del "Recibo Único de Pago" del cual se deriva el pagaré.
7	HOSPITAL:	Anotar el nombre del hospital que proporcionó los servicios a cubrir mediante el pagaré correspondiente.
8	DURANTE EL MES DE:	Indicar el mes en que fueron proporcionados los servicios a liquidar mediante el pagaré correspondiente.
9	TOLUCA, MÉXICO A:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el pagaré.
10	INSTITUCIÓN:	Escribir el nombre de la Institución a la que le fueron proporcionados los servicios correspondientes y quien habrá de liquidar el importe del pagaré.
11	ACEPTO:	Anotar el nombre, cargo y firma del representante legal de la Institución, así como el sello correspondiente de la misma.

SIMBOLOGÍA

Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	**INICIO O FINAL DEL PROCESO.** Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio se anotará la palabra **INICIO**, en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.
	**OPERACIÓN.** Se utiliza para representar una actividad u operación, sea manual, mecanizado o mental, el cual muestra las principales fases del procedimiento, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, concatenados con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso.

	**LÍNEA CONTINUA.** La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área. Su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.
	LÍNEA DE ZIG ZAG. Se utiliza para señalar que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, télex, fax, etc., La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continua.
	**DECISIÓN.** Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.
	INTERRUPCIÓN DEL PROCESO. En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable, El caso usual, es cuando un documento se archiva temporalmente y después se vuelve a utilizar, indica tiempo sin actividad.
	FUERA DE FLUJO. Cuando por necesidad del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el proceso.
	**CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS.** Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s). Es importante anotar dentro del símbolo, el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.
	**CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO.** Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, que lejos de facilitar el entendimiento del procedimiento, lo hace más complejo, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene. Asimismo, se deberá utilizar en menor número de veces, lo cual se puede lograr distribuyendo los símbolos de tal manera que solo se empleen los necesarios a efecto de evitar confusiones en la secuencia del procedimiento; para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A", y continuando con la secuencia del mismo.

REGISTRO DE EDICIONES

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Primera Edición, diciembre de 2003.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Segunda Edición, mayo de 2007.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Tercera Edición, febrero de 2008.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Cuarta Edición, Agosto 2011.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: XII

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, se encuentra en poder del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno"

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Desarrollo Institucional.
- Dirección de Servicios de Salud.
- Dirección de Finanzas.
- Subdirección de la Administración de la Beneficencia Pública.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Cuarta
	Fecha: Agosto 2011
	Código: 217B31300
	Página: XIII

VALIDACIÓN

Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas
Secretario de Salud
y Director General del Instituto de Salud
del Estado de México
(RUBRICA)

Lic. Fernando César Luna
Coordinador de Administración y Finanzas
(RUBRICA)

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar
Coordinador de Salud
(RUBRICA)

Mtro. Oscar Sergio Salgado Soto
Director de Finanzas
(RUBRICA)

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
Directora de Servicios de Salud
(RUBRICA)

Lic. Rocío Georgina López Nava
Subdirectora de la Administración
de la Beneficencia Pública
(RUBRICA)

Lic. Angela Rubí Delgado
Unidad de Modernización Administrativa
(RUBRICA)

© **MP-093.**

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Cuarta Edición, Agosto 2011.

Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.

Responsables de la Información:
- *Lic. Felipe Román Álvarez.-Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.*

Responsables de su Integración:
- *Lic. Aldo Bastida Zamora.- Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.*

Toluca, México,
Agosto 2011.