



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



PERIÓDICO OFICIAL

GACETA DEL GOBIERNO

Gobierno del Estado Libre y Soberano de México



Dirección: Mariano Matamoros Sur núm. 308, C.P. 50130.

Registro DGC: No. 001 1021

Características: 113282801

Fecha: Toluca de Lerdo, México, miércoles 18 de diciembre de 2024

SUMARIO

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE MÉXICO

OFICIALÍA MAYOR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE
CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.



TOMO

CCXVIII

Número

114

300 IMPRESOS

“2024. Año del Bicentenario de la Erección del Estado Libre y Soberano de México”. SECCIÓN SEGUNDA

A:202/3/001/02

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE MÉXICO

OFICIALÍA MAYOR

Al margen Escudo del Estado de México y un logotipo que dice: Estado de México ¡El poder de servir! y una leyenda que dice: Oficialía Mayor, issemym.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEM YM

NOVIEMBRE DE 2024

© Derechos reservados.
Primera edición, noviembre de 2024.
Gobierno del Estado de México.
Oficialía Mayor.
Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios.
Av. Miguel Hidalgo Pte. No.600.
Col. La Merced. Toluca,
Estado de México C.P. 50080.
Impreso y hecho en Toluca, México.
La reproducción total o parcial de este documento
podrá efectuarse mediante la autorización ex profeso
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L
	Página:	

ÍNDICE

Presentación

Objetivo General

Identificación e Interacción de Procesos

Descripción de los Procedimientos

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Autorización y registro de certificados de incapacidad expedidos a las personas servidoras públicas afiliadas al régimen de seguridad social del ISSEMYM | 207C0401400000L /01 |
| 2. Autorización y suministro de blocks de certificados de incapacidad a las unidades médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención del ISSEMYM | 207C0401400000L /02 |
| 3. Dotación de blocks de certificados de incapacidad al personal médico tratante de base autorizado en unidades médicas del ISSEMYM | 207C0401400000L /03 |
| 4. Dotación de blocks de certificados de incapacidad al personal médico tratante suplente autorizado en unidades médicas del ISSEMYM | 207C0401400000L /04 |
| 5. Revisión y envío de los controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la unidad médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención del ISSEMYM | 207C0401400000L /05 |
| 6. Emisión de observaciones a los controles de certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del ISSEMYM | 207C0401400000L /06 |
| 7. Emisión del Acta de resolución de los casos sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada del ISSEMYM | 207C0401400000L /07 |

Simbología

Registro de Ediciones

Dictaminación

Validación

Créditos

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, la Gobernadora 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. La ciudadanía 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 la calidad.

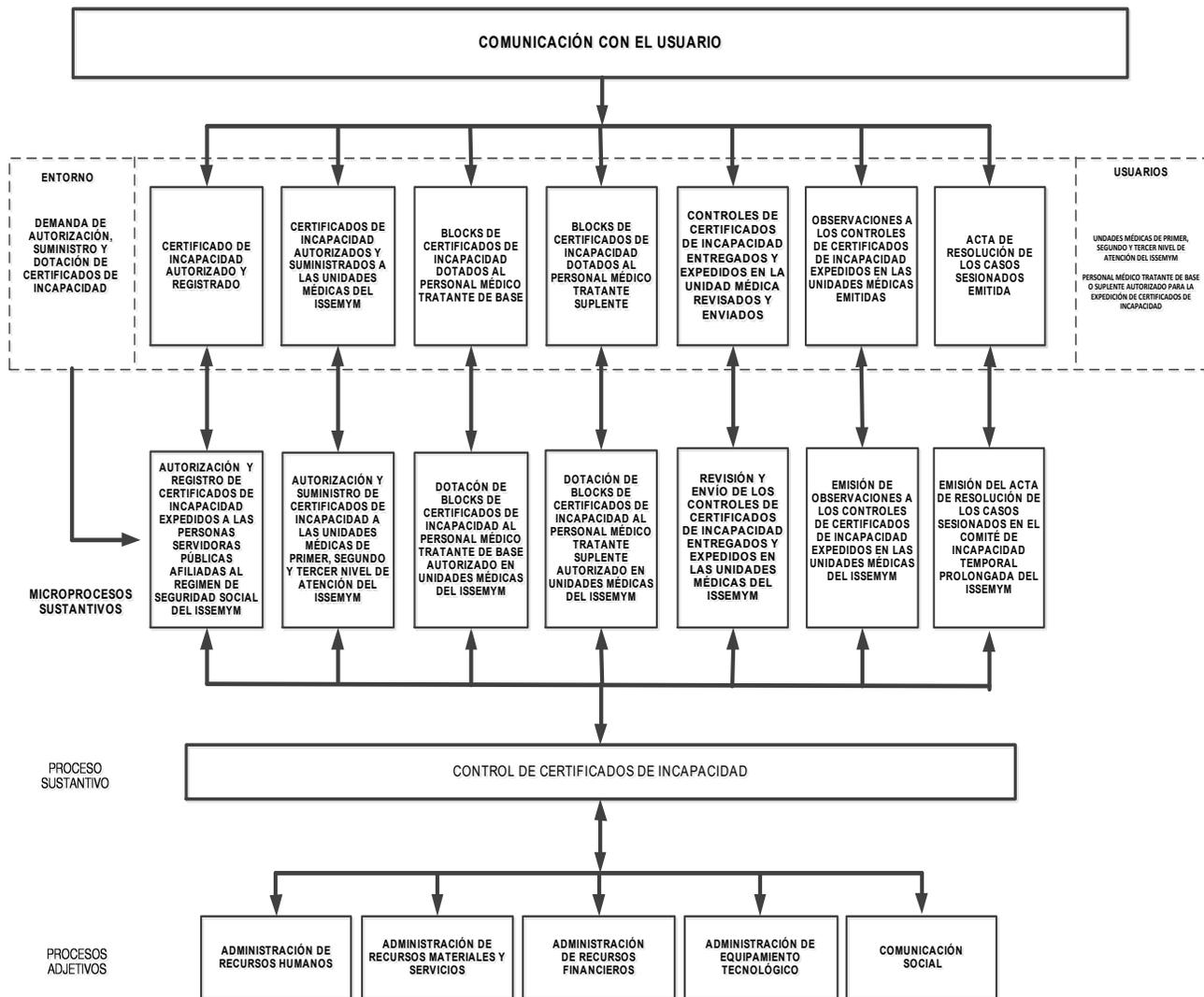
El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Coordinación de Servicios de Salud, en materia de control de los certificados de incapacidad del ISSEMYM. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, 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 delinear la gestión administrativa de esta unidad administrativa del 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 hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia en el control de los certificados de incapacidad que se expiden en las unidades médicas reguladas por la Coordinación de Servicios de Salud del ISSEMYM, mediante la formalización y estandarización de los métodos y sistemas de trabajo en un manual de procedimientos.

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS



DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/01
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Mantener el control de los certificados de Incapacidad que se expiden a las personas servidoras públicas en las unidades médicas del ISSEMYM, mediante la autorización y registro de estos.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo I, Artículo 3; Capítulo II, Artículos 4–10 Bis; Capítulo III, Artículos 11–19; Capítulo V, Artículo 24; Capítulo VII, Artículos 30–31. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 21 de septiembre de 2017, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012, Del expediente clínico. Numeral 5.1, 5.8 y 10. Diario Oficial de la Federación. 29 de junio de 2012.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 27 de mayo de 2021.
- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Certificado de incapacidad:	Documento médico–legal que expide el personal Médico Tratante a la persona servidora pública que solicita su atención en la unidad médica de adscripción o referencia, certificando la imposibilidad física o mental, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.
Certificado de incapacidad requisitado de forma manuscrita:	Formato integrado en un block que es requisitado a mano por el personal Médico Tratante para su entrega a la persona servidora pública; cuenta con la imagen institucional, folio consecutivo, código de validación, y consta de un original y dos copias. El requisitado de este se realiza solo en caso de que por alguna razón el Sistema del Expediente Clínico Electrónico no esté disponible.
Certificado de incapacidad requisitado en el sistema del expediente clínico electrónico:	Formato establecido en el Sistema del Expediente Clínico Electrónico, mismo que se requisita de manera digital por el personal Médico Tratante; cuenta con folio asignado por el sistema y se imprime de este para su entrega a la persona servidora pública, consta de original y copia.
Expediente Clínico:	Conjunto único de información y datos personales de una o un paciente que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los que el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y, en su caso, adjuntar las constancias y certificaciones que correspondan con su intervención, conforme al marco legal vigente aplicable en la nación.

Expedición de Certificado de Incapacidad:	Acto, exclusivamente médico, mediante el cual se requisita el formato denominado “Certificado de Incapacidad” previa integración del diagnóstico y reconocimiento de la necesidad de incapacidad de la persona servidora pública, entregando original y primera copia a esta para los fines que competan, dejando evidencia de la expedición en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la persona servidora pública.
Identificación institucional:	Credencial expedida por el Instituto a sus derechohabientes, para acreditarlos como tal y hacer valer sus derechos otorgados por la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios.
Mes epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Nota de Evolución:	Documento en el cual se registra la atención médica otorgada a la o al paciente en los diferentes servicios y unidades de tratamiento, de conformidad con la normatividad oficial mexicana vigente en materia del Expediente Clínico, debiendo contener, signos vitales, evolución y actualización del cuadro clínico, resultados de exámenes o resultados de auxiliares de diagnóstico solicitados, confirmación de los diagnósticos previos y nuevos diagnósticos, así como los cambios pertinentes al tratamiento establecido en función de nuevos resultados obtenidos.
Persona Acompañante:	Persona -familiar o no familiar y/o representante legal- que la o el paciente, en su derecho, autoriza de forma implícita o explícita libre y voluntaria para que le asesore y en conjunto decida o, dado el caso que su estado de salud no le permita tomar su propia decisión, por sí mismo, será quien decida y acepte en su nombre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que para la atención de su estado de salud le ofrezca el personal Médico Tratante.
Persona Servidora Pública:	Persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión ya sea por elección popular o por nombramiento, o bien, preste sus servicios mediante contrato por tiempo u obra determinados, así como las que se encuentren en lista de raya, en cualquiera de las instituciones públicas.
Personal Médico Tratante:	Médica o médico con título y cédula profesional adscrita o adscrito al Instituto, autorizada o autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión en territorio nacional; la o el cual, en el desempeño de sus funciones atiende a pacientes con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener y/o recuperar su estado de salud conforme a la normatividad oficial mexicana vigente en materia de prestación de servicios de salud.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (consultorios, clínicas de consulta externa A y B, clínicas regionales, hospitales regionales, Centros Médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, sea que se internen o no, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

INSUMOS:

- “Certificado de Incapacidad”.
- Solicitud verbal de autorización del “Certificado de Incapacidad” expedido por el personal Médico Tratante.

RESULTADOS:

- Certificado de Incapacidad autorizado y registrado en el “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos”.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Atención Médica en Consulta Externa General a Pacientes en Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Atención Médica en Consulta Externa de Especialidad a Pacientes en Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Atención Médica en Consulta Externa Odontológica a Pacientes del ISSEMYM.
- Procedimiento inherente a la “Atención Médica en el Servicio de Urgencias”.
- Procedimiento inherente a la “Atención Médica en el Servicio de Hospitalización”.
- Procedimiento inherente a la “Atención Médica en el Servicio de Cirugía Ambulatoria”.

- Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM”.
- Procedimiento inherente al Registro, Control y Resguardo de Expedientes Clínicos del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

- El certificado de incapacidad sólo podrá ser expedido a las personas servidoras públicas afiliadas al régimen de seguridad social del ISSEMYM.
- En caso de que al momento de la requisición del formato se cometa un error en su llenado, el personal médico tratante deberá requisitar uno nuevo, dejando plasmado en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la persona servidora pública la serie y folio del certificado cancelado, así como el motivo de la cancelación y los datos del nuevo en apego al Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del ISSEMYM.
- Las Instituciones Públicas podrán verificar la validez y procedencia de los Certificados de Incapacidad, expedidos de manera electrónica, a través de la cadena de seguridad, el escaneo del código QR que aparezca en este, que los redireccionará al portal oficial del ISSEMYM destinado para tal fin; así como, sello y rúbrica de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.
- En los consultorios médicos en los que no se cuente con área de Archivo Clínico, el personal médico tratante o personal de enfermería, deberán encargarse del registro y resguardo de los expedientes clínicos en el lugar destinado para tal fin.
- Las Instituciones Públicas podrán verificar la validez y procedencia de los Certificados de Incapacidad impresos del expediente clínico electrónico, a través de la cadena de seguridad, el escaneo del código QR que aparezca en este, que los redireccionará al portal oficial del ISSEMYM destinado para tal fin; así como, sello y rúbrica de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.
- En caso de tratarse de un Certificado de Incapacidad requisitado de forma manuscrita, las Instituciones Públicas podrán verificar la validez mediante el sello y rúbrica de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica; si persiste la duda de su procedencia, podrá solicitar la validez del “Certificado de Incapacidad”, mediante oficio dirigido a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica en donde fue expedido el certificado.
- En caso de que por alguna razón el expediente clínico electrónico no se encuentre disponible, el personal médico y administrativo deberá utilizar los formatos impresos del Expediente Clínico y posteriormente integrarlos al expediente clínico electrónico.

DESARROLLO:

Procedimiento: Autorización y registro de certificados de incapacidad expedidos a las personas servidoras públicas afiliadas al régimen de seguridad social del ISSEMYM.

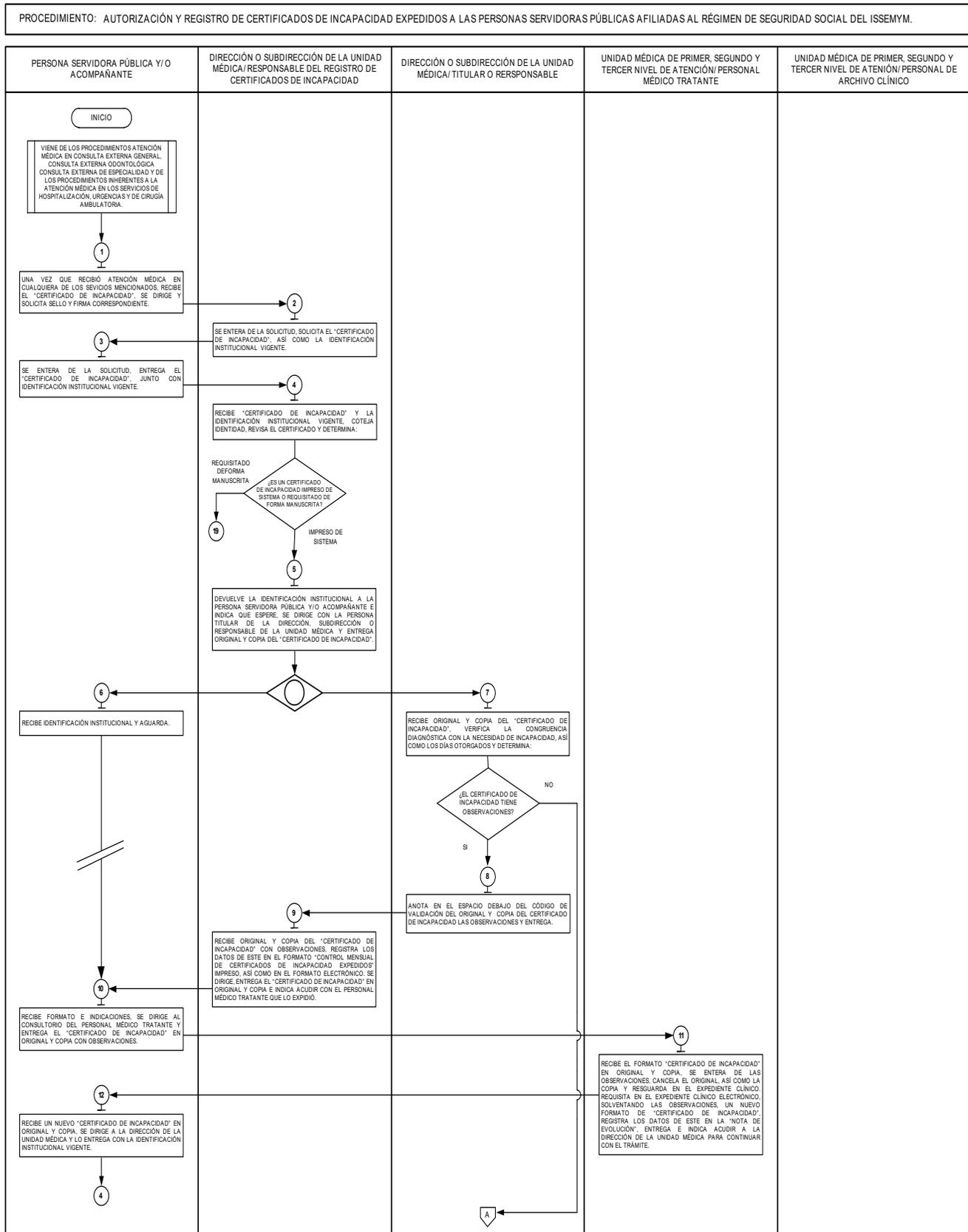
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Persona Servidora Pública y/o acompañante	<p>Viene de los procedimientos Atención Médica en Consulta Externa General, Consulta Externa Odontológica, Consulta Externa de Especialidad y procedimientos inherentes a la Atención Médica en los Servicios de Hospitalización, Urgencias y de Cirugía Ambulatoria.</p> <p>Una vez que recibió atención médica en cualquiera de los servicios mencionados, recibe del personal médico tratante el “Certificado de Incapacidad”, se dirige a la Dirección de la Unidad Médica y solicita al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad sello y firma correspondiente.</p>
2.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	Se entera de la solicitud de la persona servidora pública y/o acompañante, le solicita el “Certificado de Incapacidad”, así como la identificación institucional vigente.
3.	Persona Servidora Pública y/o acompañante	Se entera de la solicitud y entrega el “Certificado de Incapacidad”, junto con la identificación institucional vigente.

4.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe "Certificado de Incapacidad", así como la identificación institucional vigente, se entera, coteja la identidad de la persona servidora pública con el "Certificado de Incapacidad", revisa el certificado y determina:</p> <p>¿Es un Certificado de Incapacidad impreso del sistema del expediente clínico electrónico o requisitado de forma manuscrita?</p>
5.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Es un Certificado de Incapacidad impreso del sistema del expediente clínico electrónico.</p> <p>Devuelve la identificación institucional a la persona servidora pública y/o acompañante e indica que espere, se dirige con la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica y entrega el original y copia del "Certificado de Incapacidad" para autorización.</p>
6.	Persona Servidora Pública y/o acompañante	<p>Recibe identificación institucional e indicaciones y aguarda al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 10 y 15 según corresponda.</p>
7.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el original y copia del "Certificado de Incapacidad", verifica la congruencia diagnóstica con la necesidad de incapacidad, así como los días otorgados y determina:</p> <p>¿El Certificado de Incapacidad tiene observaciones?</p>
8.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El Certificado de Incapacidad sí tiene observaciones.</p> <p>Anota en el espacio debajo del código de validación del original y la copia del "Certificado de Incapacidad" las observaciones al requisitado de la incapacidad y lo entrega al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.</p>
9.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe el original y la copia del "Certificado de Incapacidad", registra los datos del "Certificado de Incapacidad" no autorizado en el formato "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos" impreso, así como en el formato electrónico. Se dirige con la persona servidora pública y/o acompañante, le entrega el "Certificado de Incapacidad" en original y copia, con las observaciones de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica e indica acudir con el personal médico tratante que lo expidió para que le otorgue un nuevo "Certificado de Incapacidad".</p>
10.	Persona Servidora Pública y/o acompañante	<p>Viene de la actividad número 6.</p> <p>Recibe el formato "Certificado de Incapacidad" e indicaciones, se dirige al consultorio del personal médico tratante que le expidió el certificado y le entrega el "Certificado de Incapacidad" en original y copia con las observaciones de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.</p>
11.	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal Médico Tratante	<p>Recibe el formato "Certificado de Incapacidad" en original y copia, se entera de las observaciones de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica, cancela el formato original, así como la copia y resguarda en el Expediente Clínico de la persona servidora pública. Requisita en el expediente clínico electrónico, solventando las observaciones, un nuevo formato de "Certificado de Incapacidad", registra los datos de este en la "Nota de Evolución", entrega a la persona servidora pública y/o acompañante e indica acudir a la Dirección de la Unidad Médica para continuar con el trámite.</p>
12.	Persona Servidora Pública y/o acompañante	<p>Recibe un nuevo formato "Certificado de Incapacidad" en original y copia, se entera, se dirige a la Dirección de la Unidad Médica y entrega el certificado y la identificación institucional vigente al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad.</p> <p>Se conecta con la actividad número 4.</p>
13.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Viene de la actividad número 7.</p> <p>El Certificado de Incapacidad no tiene observaciones.</p> <p>Plasma el sello de la Unidad Médica en un espacio visible del "Certificado de Incapacidad" en el original y la copia, anota su rúbrica de autorización y lo entrega</p>

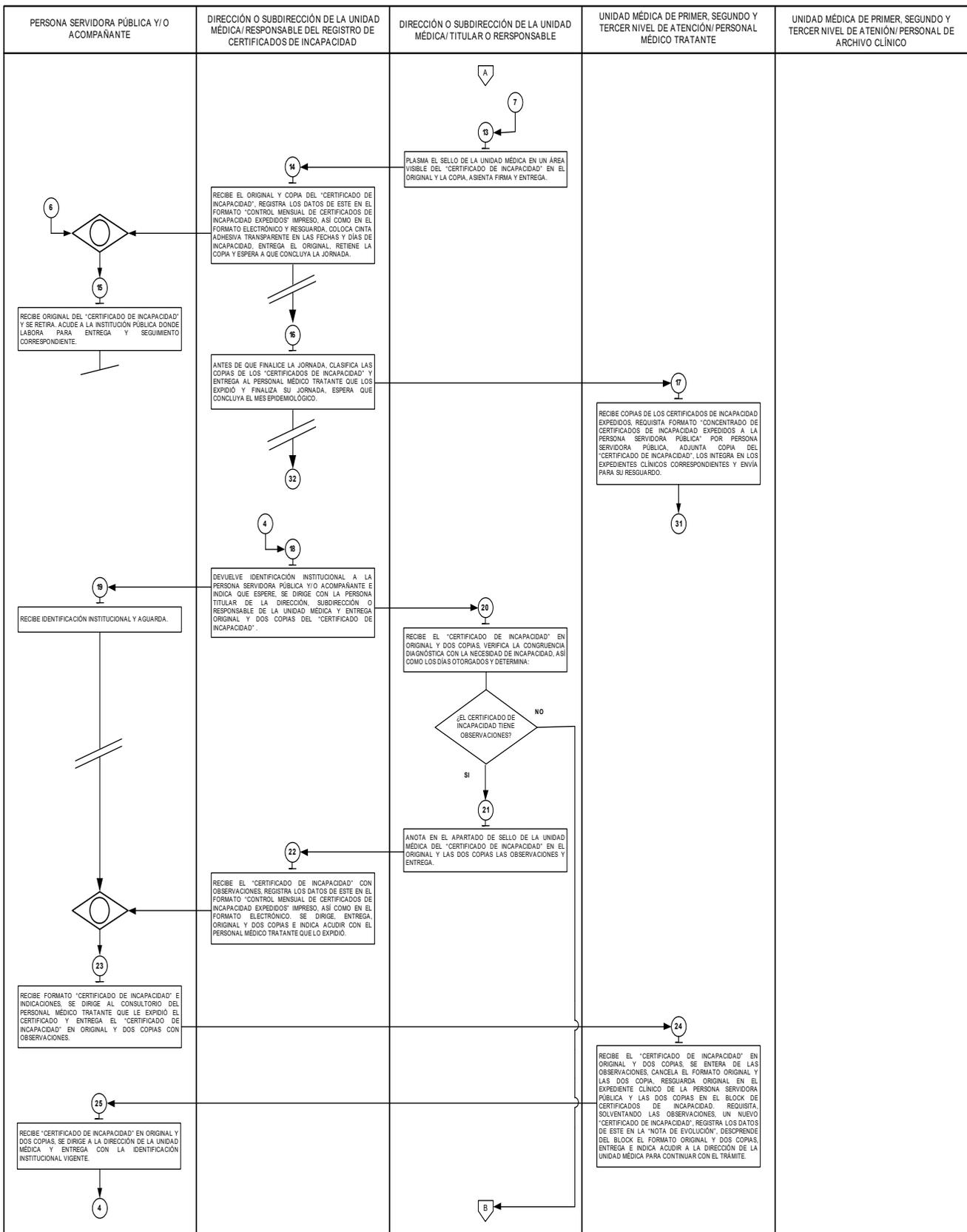
		al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.
14	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe el original y copia del “Certificado de Incapacidad” con sello y firma, registra los datos del certificado de incapacidad en el formato “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” impreso, así como en el formato electrónico, coloca cinta adhesiva transparente en las fechas y días de incapacidad, entrega original del “Certificado de Incapacidad” a la persona servidora pública y/o acompañante; retiene la copia y espera a que concluya la jornada.</p> <p>Se conecta a la actividad número 16.</p>
15	Persona Servidora Pública y/o acompañante	Recibe original del “Certificado de Incapacidad” y se retira. Acude a la Institución Pública donde labora para entrega y seguimiento correspondiente.
16	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Antes de que finalice la jornada, clasifica por personal médico tratante las copias de los “Certificados de Incapacidad” autorizados, los entrega al personal médico tratante que los expidió y finaliza su jornada. Espera que concluya el mes epidemiológico.</p> <p>Se conecta con la actividad número 32.</p>
17	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal Médico Tratante	<p>Recibe copias de los certificados de incapacidad expedidos durante su jornada, requisita un formato “Concentrado de Certificados de Incapacidad Expedidos a la Persona Servidora Pública” por persona servidora pública, adjunta la copia del “Certificado de Incapacidad”, los integra en los Expedientes Clínicos correspondientes y envía al personal de Archivo Clínico para su resguardo.</p> <p>Se conecta con la actividad número 31.</p>
18	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Viene de la actividad número 4.</p> <p>Es un Certificado de Incapacidad requisitado de forma manuscrita.</p> <p>Devuelve identificación institucional a la persona servidora pública y/o acompañante e indica que espere, se dirige con la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica y entrega original y dos copias del “Certificado de Incapacidad”.</p>
19	Persona Servidora Pública y/o Acompañante	<p>Recibe identificación institucional y aguarda al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.</p> <p>Se conecta con las operaciones número 23 y 28 según corresponda.</p>
20	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el “Certificado de Incapacidad” en original y dos copias, verifica la congruencia diagnóstica con la necesidad de incapacidad, así como los días otorgados y determina:</p> <p>¿El Certificado de Incapacidad tiene observaciones?</p>
21	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El Certificado de Incapacidad sí tiene observaciones.</p> <p>Anota en el apartado de sello de la Unidad Médica del “Certificado de Incapacidad” en el original y las dos copias las causas o motivos por los que no autoriza la incapacidad y entrega al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.</p>
22	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe el “Certificado de Incapacidad” y dos copias con observaciones, registra los datos del certificado de incapacidad en el formato “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” impreso, así como en el formato electrónico. Se dirige con la persona servidora pública y/o acompañante, entrega el “Certificado de Incapacidad” en original y dos copias con observaciones e indica acudir con el personal médico tratante que lo expidió para que otorgue un nuevo “Certificado de Incapacidad”.</p>
23	Persona Servidora Pública y/o Acompañante	<p>Viene de la actividad número 19.</p> <p>Recibe formato “Certificado de Incapacidad” e indicaciones, se dirige al consultorio del personal médico tratante que expidió el certificado y entrega el “Certificado de Incapacidad” en original y dos copias con observaciones de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.</p>

24	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal Médico Tratante	Recibe el formato "Certificado de Incapacidad" en original y dos copias, se entera de las observaciones de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica, cancela el formato original y las dos copias, resguarda el original en el Expediente Clínico de la persona servidora pública y las dos copias en el Block de Certificados de Incapacidad. Requisita un nuevo formato de "Certificado de Incapacidad" en original y dos copias solventando las observaciones, registra los datos de este en la "Nota de Evolución", desprende del block el formato original con dos copias y entrega a la persona servidora pública o acompañante e indica acudir a la Dirección de la Unidad Médica para continuar con el trámite.
25	Persona Servidora Pública y/o Acompañante	Recibe el formato "Certificado de Incapacidad" en original y dos copias, se entera de las indicaciones y se dirige a la Dirección de la Unidad Médica, entrega el certificado de incapacidad y la identificación institucional vigente al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad Se conecta con la actividad número 4.
26	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	Viene de la actividad Número 20. El Certificado de Incapacidad no tiene observaciones. Plasma el sello de la unidad médica en el apartado correspondiente en el original y las dos copias del formato "Certificado de Incapacidad", asienta su firma y entrega al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.
27	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	Recibe el "Certificado de Incapacidad" en original y dos copias con sello y firma. Registra los datos del certificado en el formato "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos" impreso, así como en el formato electrónico y resguarda; coloca cinta adhesiva transparente en las fechas y días de incapacidad, entrega original y primera copia del "Certificado de Incapacidad" a la persona servidora pública o acompañante, retiene segunda copia y espera a que concluya la jornada. Se conecta con la actividad número 29.
28	Persona Servidora Pública y/o Acompañante	Viene de la actividad número 19. Recibe original y primera copia del "Certificado de Incapacidad" y se retira. Acude a la Institución Pública donde labora para entrega y seguimiento correspondiente.
29	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	Antes de que finalice la jornada, clasifica por personal médico tratante las segundas copias de los "Certificados de Incapacidad" firmadas y selladas, entrega al personal médico tratante que los expidió y finaliza su jornada. Espera que concluya el mes epidemiológico. Se conecta con la actividad número 32.
30	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal Médico Tratante	Recibe segunda copia de los certificados de incapacidad expedidos durante su jornada, requisita un formato "Concentrado de Certificados de Incapacidad Expedidos a la Persona Servidora Pública" por persona servidora pública, adjunta la segunda copia del "Certificado de Incapacidad" autorizado, los integra en los Expedientes Clínicos correspondientes y envía al personal de Archivo Clínico para su resguardo. Continúa con la atención médica en el Servicio Tratante.
31	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal de Archivo Clínico	Recibe Expedientes Clínicos, registra y resguarda en el lugar correspondiente. Se conecta con el procedimiento inherente al Registro, Control y Resguardo de Expedientes Clínicos del ISSEMYM.
32	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	Viene de la actividad número 16 y 29. Concluido el mes epidemiológico procede a realizar el corte de información de acuerdo con la fecha programada del Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso. Se conecta con el procedimiento Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM. Fin del procedimiento.

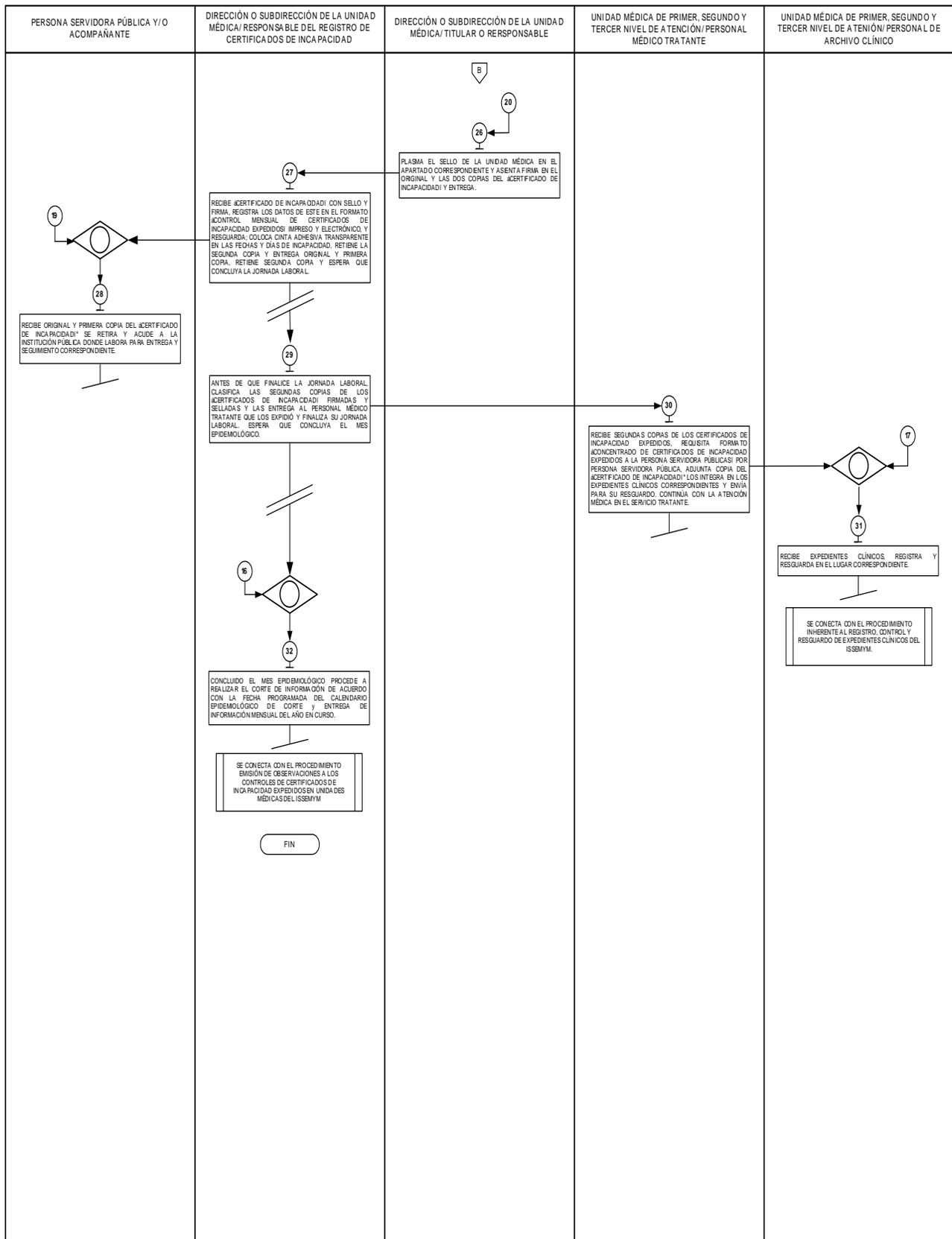
DIAGRAMACIÓN:



PROCEDIMIENTO: AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSEMYM.



PROCEDIMIENTO: AUTORIZACIÓN Y REGISTRO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSEMYM.



FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Certificado de Incapacidad. 14 000 00L/001/24
- Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos 14 000 00L/105/24
- Concentrado de Certificados de Incapacidad Expedidos a la persona Servidora Pública. 14 000 00L/106/24

**FORMATO: CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
(14 000 00L/001/24)**



OFICIALÍA MAYOR | **issemym**

Coordinación de Servicios de Salud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

1/ NÚM. DE FOLIO:

2/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		3/ CLUES.		4/ SERVICIO MÉDICO:		5/ FECHA		
						DÍA	MES	AÑO
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA:			7/ CLAVE ISSEMYM:			8/ NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA DONDE LABORA LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA:		
9/ NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO:		10/ NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL:			11/ POR PADECIMIENTO ACTUAL:			
					<input type="checkbox"/> PRIMERA <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> RECAIDA			
12/ DIAGNÓSTICO:		13/ A PARTIR DE		14/ HASTA		15/ DÍAS DE INCAPACIDAD (CON LETRA):		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
16/ CLASIFICACIÓN DE INCAPACIDAD			17/ POR MATERNIDAD			20/ SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA		
<input type="checkbox"/> PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD NO PROFESIONAL			<input type="checkbox"/> PRENATAL <input type="checkbox"/> ENLACE <input type="checkbox"/> POSNATAL					
18/ FIRMA DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO:			19/ FIRMA DE RECIBIDO DE LA PERSONA INTERESADA:					

CUALQUIER TACHADURA O ENMENDADURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO LEGAL. EL DOCUMENTO ORIGINAL AVALA SU EMISIÓN.

14 000 00L/001/24

Instructivo para llenar el formato: Certificado de Incapacidad.
Objetivo: Contar con el documento médico legal en el que se certifica la imposibilidad física o mental de la persona servidora pública, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad, según corresponda.
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y dos copias. El original y la primera copia se entregan a la persona servidora pública, y la segunda copia se integra en el expediente clínico de la persona servidora pública.
Clave: 14 000 00L/001/24.

Núm.	Concepto	Descripción
1	NÚM. DE FOLIO	Colocar el número de folio consecutivo, que corresponda al certificado de incapacidad.
2	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica, donde se expide el certificado de incapacidad.
3	CLUES	Escribir la Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES) que corresponda a la Unidad Médica en donde se expide el certificado de incapacidad.
4	SERVICIO MÉDICO	Anotar el servicio médico en el que se expide el certificado de incapacidad.
5	FECHA	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se expide el certificado de incapacidad.
6	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a la que se le expide el certificado de incapacidad.
7	CLAVE ISSEMYM	Escribir la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública.
8	NOMBRE COMPLETO DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA DONDE LABORA LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar el nombre completo de la dependencia o institución, donde labora la persona servidora pública (sin abreviaturas).
9	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la médica o del médico tratante que expide el certificado de incapacidad.
10	NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL	Anotar el número de cédula profesional de la médica o el médico que expide el certificado de incapacidad.
11	POR PADECIMIENTO ACTUAL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el tipo de padecimiento de la persona servidora pública.
12	DIAGNÓSTICO	Colocar el(los) padecimiento(s) por el(los) cual(es) se expide el certificado de incapacidad, así como la Clave Internacional de Enfermedades (CIE) del(los) padecimiento(s).
13	A PARTIR DE	Registrar la fecha (día, mes y año) del inicio de la incapacidad. (Debe corresponder a la fecha en que se expide el certificado de incapacidad o no exceder 72 horas de retroactividad).
14	HASTA	Registrar la fecha (día, mes y año) en que termina el periodo de incapacidad. Debe sujetarse a los periodos permitidos por el Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios vigente.
15	DÍAS DE INCAPACIDAD (CON LETRA)	Anotar con letra el número de los días de incapacidad otorgados, mismos que deben corresponder a los días mencionados en los apartados 13 y 14.
16	CLASIFICACIÓN DE INCAPACIDAD	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la clasificación de la incapacidad, según sea el caso.
17	POR MATERNIDAD	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si la incapacidad otorgada a la persona servidora pública es por maternidad.
18	FIRMA DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Asentar la firma autógrafa de la médica o del médico tratante que expide el certificado de incapacidad.
19	FIRMA DE RECIBIDO DE LA PERSONA INTERESADA	Asentar la firma autógrafa de la persona interesada que recibe el certificado de incapacidad.
20	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA	Colocar el sello oficial de la Unidad Médica donde se expide el certificado de incapacidad.

Coordinación de Servicios de Salud

OFICIALÍA MAYOR issemujm

ESTADO DE MÉXICO
GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
al poder legislativo

CONTROL MENSUAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS

CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS														
28/ TEMPORALIDAD DE LA INCAPACIDAD POR FUNDAMENTO ACTUAL	29/ DIAGNÓSTICO MÉDICO	30/ CE	31/ SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	32/ TUJNO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	33/ NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD	34/ TITO DE CONTRATACIÓN DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO			35/ EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES:		36/ EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES REQUISITADO DE FORMA:		37/ ¿LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA FUE ATENDIDA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD?	38/ OBSERVACIONES
						BASE	CONTRATO	SUPLENTE	ALTERACION	CANCELADO	MANUSCRITA	ELECTRÓNICA		

14 000 000/105/24

Instructivo para llenar el formato: Control mensual de certificados de incapacidad expedidos.		
Objetivo: Llevar el control mensual de los certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del Instituto, para el seguimiento correspondiente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica.		
Clave: 14 000 00L/105/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se requisita el formato.
2	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) de la unidad médica, según corresponda.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo de la unidad médica: nombre completo de la calle, número exterior y/o interior, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa.
5	MES	Especificar el mes en el que se realiza el control, según corresponda.
6	PERIODO	Registrar la fecha (día, mes y año) de inicio y término del periodo en que se realiza el control.
7	NÚM. CONSECUTIVO ANUAL	Escribir el número progresivo anual que corresponda al certificado de incapacidad.
8	NÚM. CONSECUTIVO MENSUAL	Asentar el número progresivo mensual asignado al certificado de incapacidad.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a quien se expidió el certificado de incapacidad.
10	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública incluyendo el tipo de derechohabiente. Ejemplo: 9845751-1
11	SERIE Y FOLIO DEL CERTIFICADO DEL INCAPACIDAD	Especificar la serie y el número de folio del certificado de incapacidad.
12	CLASIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD	Macar con una X en el recuadro correspondiente a la clasificación de la incapacidad.
13	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD	En caso de tratarse de una incapacidad por maternidad, marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de incapacidad (prenatal, enlace o posnatal).
14	PERIODO DE LA INCAPACIDAD	Registrar la fecha (día, mes y año de inicio y término del periodo de la incapacidad.
15	FECHA DE EXPEDICIÓN	Indicar la fecha (día, mes y año) en que fue expedido del certificado de incapacidad.

16	NÚM. DE DÍAS OTORGADOS	Anotar el número de días (naturales) de incapacidad otorgados a la persona servidora pública.
17	NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA	Escribir el nombre completo de la Institución o Dependencia de Gobierno, donde labora la persona servidora pública.
18	TEMPORALIDAD DE LA INCAPACIDAD POR PADECIMIENTO ACTUAL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la temporalidad de la incapacidad (primera vez, subsecuente o recaída).
19	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico por el que se expide el certificado de incapacidad.
20	CIE	Registrar el código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) correspondiente.
21	SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Indicar el nombre completo del servicio hospitalario en el que se expide el certificado de incapacidad. Ejemplo: Ginecología y Obstetricia.
22	TURNO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Anotar el turno en el que se expide el certificado de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad.
24	TIPO DE CONTRATACIÓN DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de contratación de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad: base, contrato o suplente.
25	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad es autorizado o cancelado.
26	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES REQUISITADO DE FORMA	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad se requisita de forma manuscrita o electrónica.
27	¿LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA FUE ATENDIDA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si la persona servidora pública fue atendida en otra institución de salud.
28	OBSERVACIONES	Especificar la información que se considere relevante. Ejemplo: Cancelación de certificado de incapacidad, no se autoriza por la o el titular de la Dirección de la Unidad Médica.

FORMATO: CONCENTRADO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA (14 000 00L/106/24)



OFICIALÍA MAYOR



Coordinación de Servicios de Salud

CONCENTRADO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA

1/ NÚM. DE HOJA: _____ DE _____

2/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		3/ CLUES:	4/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):
5/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA:			7/ CLAVE ISSEMUM:
8/ SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	9/ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ DÍA MES AÑO		10/ EDAD:

11/ CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS (COLOCAR LAS COPIAS)

NOTA: SE DEBERÁN INTEGRAR TODOS LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS A LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA, EN ORDEN CRONOLÓGICO ASCENDENTE (DEL MÁS ANTIGUO AL MÁS RECIENTE).

14 000 00L/106/24

Instructivo para llenar el formato: Concentrado de certificados de incapacidad expedidos a la persona servidora pública.		
Objetivo: Tener un documento en el que se concentren todos los certificados de incapacidad expedidos a la persona servidora pública, con la finalidad de que el médico tratante conozca de manera sistemática y cronológica el seguimiento de la atención médica proporcionada.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra en el expediente clínico de la persona servidora pública en la unidad médica.		
Clave: 14 000 00L/106/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NÚM. DE HOJA: ___ DE ___	Registrar el número de hoja y el total de hojas, según corresponda.
2	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la unidad médica en la que se elabora el formato.
3	CLUES	Anotar la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES), correspondiente.
4	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se elabora el formato.
5	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, localidad, entidad federativa, código postal y colindancias o referencias) de la unidad médica en la que se elabora el formato.
6	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a la que se le expiden los certificados de incapacidad.
7	CLAVE ISSEMYM	Anotar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública.
8	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la persona servidora pública, H para hombre o M para mujer.
9	FECHA DE NACIMIENTO	Registrar la fecha (día, mes y año) de nacimiento de la persona servidora pública.
10	EDAD	Anotar con número la edad de la persona servidora pública.
11	CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS (COPIAS)	Colocar la copia del certificado de incapacidad expedido a la persona servidora pública, de manera cronológica y en orden ascendente (del más antiguo al más reciente) en cada una de las líneas punteadas. Cada hoja puede contener hasta cinco certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/02
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD A LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Mantener el abasto necesario de blocks de certificados de incapacidad en las unidades médicas del ISSEMYM, mediante su autorización y suministro.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo I, Artículo 3; Capítulo II, Artículo 8 y 9; Capítulo VII, Artículos 30 y 31. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 21 de septiembre de 2017, reformas y adiciones.

- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 27 de mayo de 2021.
- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Análisis histórico:	Examen detallado de los datos relativos a la expedición y control de movimientos de certificados de incapacidad de un mínimo de 5 años anteriores a la fecha en que se realiza, que permita conocer la tendencia y/o curva polinómica al respecto. Los datos para utilizar se encuentran contenidos en el Sistema Único de Verificación de la Información, y en los formatos de “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”.
Block de Certificados de Incapacidad:	Conjunto de 50 Certificados de Incapacidad superpuestos, foliados, ordenados de forma ascendente y sujetos convenientemente para que se puedan desprender con facilidad.
Certificado de incapacidad:	Documento médico-legal que expide el personal médico tratante a la persona servidora pública que solicita su atención en la unidad médica de adscripción o referencia, certificando la imposibilidad física o mental, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.
Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad:	Acto administrativo mediante el cual se atiende la solicitud de suministro de blocks de certificados de incapacidad realizada por personal médico tratante o por la persona titular de la Dirección, Administración o Responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, a través de la persona Enlace de Región, o por la persona titular de la Dirección, Administración o responsable de la Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención.
Mes Epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Personal Médico Tratante:	Médica o médico con título y cédula profesional adscrita o adscrito al Instituto, autorizada o autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión en territorio nacional; la o el cual, en el desempeño de sus funciones atiende a pacientes con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener y/o recuperar su estado de salud conforme a la normatividad oficial mexicana vigente en materia de prestación de servicios de salud.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (consultorios, clínicas de consulta externa A y B, clínicas regionales, hospitales regionales, centros médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, sea que se internen o no, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
Unidad Médica de Primer Nivel de Atención:	Unidad de salud donde se otorga atención médica ambulatoria de medicina general, familiar o especialidades de baja complejidad, así como también acciones de promoción y prevención de salud y vigilancia epidemiológica, tales como consultorios, clínicas de consulta externa A y B y clínicas regionales.
Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención:	Unidad de salud donde se otorga atención médica ambulatoria especializada, hospitalización, médica quirúrgica y urgencias, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal médico general, especializado y paramédico; así como acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el Primer Nivel de Atención a la salud, tales como hospitales regionales.
Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención:	Unidad de salud de especialidad y de alta especialidad médica donde se prestan actividades y servicios encaminados a restaurar la salud y rehabilitar a pacientes referidos por el Primer y Segundo Nivel de Atención que requieren de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas; así como funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados, tal es el caso de los centros médicos, el Hospital Materno Infantil y el Centro Oncológico Estatal.

INSUMOS:

- Formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad”.

RESULTADOS:

- Blocks de certificados de incapacidad autorizados y suministrados a las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención del ISSEMYM.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento inherente a la entrega de inventarios de almacén central a las unidades administrativas del ISSEMYM de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial.
- Procedimiento inherente a la Calendarización del Anteproyecto de Presupuesto.

POLÍTICAS:

- El personal facultado para realizar la solicitud de blocks de certificados de incapacidad deberá ser la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención y la persona Enlace de Región de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención de la región a su cargo.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención y la persona Enlace de Región de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención deberán realizar la solicitud de blocks de certificados de incapacidad tomando en cuenta el análisis histórico y la información contenida en los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” y considerando la cantidad de blocks estimada a utilizar durante un año.
- En el caso de que los blocks de certificados de incapacidad solicitados por la unidad médica para su uso anual no sean suficientes, por alguna situación extraordinaria, la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la unidad médica deberá realizar la solicitud de los blocks a la Subdirección de Atención Médica justificando la causa o motivo del requerimiento.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención y la persona Enlace de Región de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención serán responsables de la información registrada en el formato de “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” que hagan llegar a la Subdirección de Atención Médica.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención y la persona Enlace de Región de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención deberán de enviar a la Subdirección de Atención Médica la “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” en tiempo y forma con el fin de no retrasar el trámite de la solicitud de blocks de certificados de incapacidad a la Subdirección de Logística y Control Patrimonial; el incumplimiento en la entrega de la solicitud será de su entera responsabilidad.
- Los formatos de “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” en los que el personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica observe inconsistencias en el requisitado y en la información contenida, la persona Enlace de Región y las personas titulares de la Dirección o Administración o responsables de las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención tendrán un lapso de 24 horas a partir de realizada la solicitud, para la corrección y entrega de los formatos a la Subdirección de Atención Médica.

DESARROLLO:

Procedimiento: Autorización y Suministro de Blocks de Certificados de Incapacidad a las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica /Titular o responsable	Viene del procedimiento inherente a la Calendarización del Anteproyecto de Presupuesto. Una vez que se entera de la calendarización, elabora el análisis histórico y obtiene el número de blocks de certificados de incapacidad a solicitar, requisita el formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” en original y dos copias, escribe nombre completo, asienta firma autógrafa y plasma sello de la unidad médica y determina: ¿La unidad médica que dirige es de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención?
2.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	La unidad médica que dirige es de Primer Nivel de Atención. Envía a la persona enlace de Región el formato de “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” en original y dos copias, resguarda la segunda copia, previo sello de recibido.
3.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	Recibe el formato de “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” en original y dos copias, firma y sella de recibido en la segunda copia del formato en el apartado de observaciones y la regresa a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención. Revisa que el formato esté debidamente requisitado, se entera del número de blocks solicitados, realiza análisis histórico y con base en este determina:

		¿El formato está debidamente requisitado y/o la cantidad de blocks solicitada se justifica?
4.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>El formato no está debidamente requisitado y/o la cantidad de blocks solicitada no se justifica.</p> <p>Describe en el apartado de observaciones del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en el original y en la primera copia los conceptos que están mal requisitados y/o que la cantidad de blocks de certificados de incapacidad solicitada no se justifica y anota la cantidad por una menor o mayor, con base en el análisis histórico. Envía el formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y primera copia con observaciones a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención. Resguarda el original de la solicitud, previa firma y sello de recibido.</p>
5.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y primera copia, asienta firma y plasma sello de recibido de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención en original y la regresa a la persona Enlace de Región. Revisa las observaciones en la primera copia, se entera de los conceptos del formato que están mal requisitados y/o que el número de blocks solicitado no se justifica de acuerdo con el análisis histórico, así como de la cantidad menor o mayor a solicitar, requisita un nuevo formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias conforme a las observaciones, asienta firma autógrafa, plasma sello de la unidad médica y lo envía a la persona enlace de Región. Resguarda la segunda copia de la nueva solicitud, previa firma y sello de recibido, junto con la primera copia de la solicitud con observaciones.</p> <p>Se conecta con la actividad número 3</p>
6.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Viene de la actividad número 3.</p> <p>El formato si se encuentra debidamente requisitado y/o la cantidad de blocks solicitada si se justifica.</p> <p>Retiene el formato original y resguarda la primera copia para control interno, realiza la suma de los blocks solicitados por las unidades médicas de la región a su cargo y requisita un formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias con el total de blocks, escribe nombre completo y cargo, asienta firma autógrafa y plasma el sello de la persona Enlace de Región en el original y las dos copias, anexa a este los formatos originales y primeras copias de la solicitud de blocks de cada unidad médica de la región y envía a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 8.</p>
7.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Viene de la actividad número 1.</p> <p>La unidad médica que dirige es de Segundo o Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Envía el formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica.</p>
8.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Recibe los formatos de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias, firma, sella de recibido en la segunda copia del formato y la regresa, según corresponda a la persona Enlace de Región y/o a la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención. Entrega los formatos recibidos a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.</p>
9.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe la segunda copia del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad", con firma y sello de recibido, la resguarda y espera información sobre la solicitud vía telefónica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 17.</p>
10.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe la segunda copia del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad", con firma y sello de recibido, la resguarda y espera información sobre la solicitud vía telefónica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 14.</p>

11.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe los formatos de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y primera copia, revisa que el formato esté debidamente requisitado, se entera del número de blocks solicitados, extrae de resguardo los formatos "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos" y "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" de años previos, verifica la información de estos con la contenida en la solicitud y determina:</p> <p>¿El formato de solicitud está debidamente requisitado y/o la cantidad de blocks solicitada se justifica?</p>
12.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>El formato de solicitud no está debidamente requisitado y/o la cantidad de blocks solicitada no se justifica.</p> <p>Revisa en la solicitud la unidad médica solicitante y determina:</p> <p>¿La solicitud es de una Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención o de la persona Enlace de Región?</p>
13.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>La solicitud es de una Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Se comunica vía telefónica con la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención, informa de las inconsistencias en el requisitado del formato y/o que la cantidad de blocks solicitados no procede y que le hará llegar de manera económica la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" con las observaciones correspondientes y finaliza llamada; registra en el apartado de observaciones del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" original la hora de la llamada, el nombre de la persona titular que atiende esta, asimismo registra en el original y la primera copia las inconsistencias en el requisitado del formato y/o que no procede la cantidad de blocks solicitada, así como la justificación correspondiente. Envía la primera copia a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la unidad médica. Resguarda el original para control interno.</p>
14.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe llamada telefónica, se entera de las inconsistencias en el requisitado del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" y/o que la cantidad de blocks solicitados no procede, finaliza la llamada y espera el formato con las observaciones.</p>
15.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe de manera económica primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" con observaciones, se entera de las inconsistencias, resguarda para control interno. Requisita un nuevo formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias atendiendo las observaciones y envía a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 8.</p>
16.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>La solicitud es de la persona enlace de Región.</p> <p>Se comunica vía telefónica con la persona enlace de Región, informa de las inconsistencias en el requisitado del formato y/o que la cantidad de blocks solicitados no procede y que le hará llegar de manera económica la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" de la región, junto con la primera copia de los formatos de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención en los que se identificaron inconsistencias y finaliza llamada; registra en el apartado de observaciones del formato original de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" la hora de la llamada y el nombre de la persona enlace de Región que atiende esta, asimismo, registra en el apartado de observaciones del original y primera copia las inconsistencias identificadas y envía a la persona enlace de Región la primera copia del formato con la primera copia de los formatos de solicitud de las unidades médicas de Primer Nivel de Atención de la región en los que se identificaron inconsistencias y resguarda el original para control interno.</p>
17.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe llamada telefónica, se entera de las inconsistencias en el requisitado del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" y/o que la cantidad de blocks solicitados no procede, finaliza la llamada y espera los formatos con las observaciones.</p>

18.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe de manera económica primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" con la primera copia de las solicitudes de las unidades médicas de la región a su cargo en las que se identificaron inconsistencias, se entera de las observaciones del requisitado y resguarda para control interno. Requisita un nuevo formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" en original y dos copias atendiendo las observaciones y envía a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica. Asimismo, elabora oficio dirigido a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, informando la improcedencia de la cantidad de blocks solicitados, adjunta primera copia del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" con las observaciones y justificación del personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad y envía, archiva copia del oficio previa firma y sello de recibido.</p> <p>Se conecta con la actividad número 8 y 19 según corresponda.</p>
19.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe oficio con la primera copia del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad", se entera de la información contenida, resguarda para control interno y espera llamada telefónica de la persona enlace de Región para la recepción de blocks.</p> <p>Se conecta con la actividad número 63.</p>
20.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Viene de la actividad número 11.</p> <p>El formato de solicitud se encuentra debidamente requisitado y la cantidad de blocks solicitada se justifica.</p> <p>Clasifica los originales y primera copia de los formatos de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" por nivel de atención y región y los entrega a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica para firma y sello de autorización en el apartado correspondiente.</p>
21.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Recibe los formatos de "Solicitud de Certificados de Incapacidad" clasificados por nivel de atención y región, los autoriza mediante firma y sello de la Subdirección de Atención Médica y los regresa a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.</p>
22.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe los formatos de "Solicitud de Certificados de Incapacidad" autorizados y los resguarda en archivo para consultas o fines de auditoría. Elaboro oficio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad dirigido a la persona titular de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial, en el que especifica el número total de certificados para las personas Enlace de Región y/o las personas titulares o responsables de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención y entrega el oficio a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica.</p>
23.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Recibe el oficio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, se entera, antefirma y lo entrega a la persona titular de la Dirección de Atención a la Salud para firma.</p>
24.	Dirección de Atención a la Salud / Titular	<p>Recibe el oficio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, se entera, firma y lo regresa a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica para su envío a la persona titular de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial.</p>
25.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Recibe el oficio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad firmado, genera copia y envía a la Subdirección de Logística y Control Patrimonial, archiva copia del oficio previo acuse de recibido.</p>
26.	Subdirección de Logística y Control Patrimonial	<p>Recibe oficio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad y procede a la atención de la solicitud.</p> <p>Se conecta con el procedimiento inherente a la Entrega de inventarios de almacén central a las unidades administrativas del ISSEMYM de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial.</p>
27.	Subdirección de Logística y Control Patrimonial	<p>Una vez obtenidos los blocks de certificados de incapacidad, se comunica vía telefónica con la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica y acuerdan la fecha y hora de entrega de los blocks de certificados de Incapacidad solicitados. Espera el día de la fecha convenida.</p>

		Se conecta con la actividad número 29.
28.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	Recibe llamada telefónica, acuerda la fecha y hora de entrega de los blocks de certificados de incapacidad solicitados. Espera el día de la fecha convenida.
29.	Personal de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial	En la fecha y hora convenida, acude a la Subdirección de Atención Médica y entrega a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad los certificados de incapacidad en paquetes de 20 blocks con el formato de "Salida de Papelería" del Sistema Institucional de Inventarios, menciona el número de blocks, la serie y los folios de los certificados de incapacidad entregados y le solicita que verifique el número de blocks la serie y los folios de los certificados de incapacidad con su oficio de solicitud.
30.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	En la fecha y hora convenida, recibe los certificados de incapacidad en paquetes de 20 blocks y el formato de "Salida de Papelería" del Sistema Institucional de Inventarios, coteja en el formato el número de blocks que recibe con el número de blocks solicitados en el oficio, asimismo, identifica las series y número de folios de los blocks y los revisa en conjunto con el personal de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial y determina: ¿El número de blocks recibidos concuerda con el número de blocks solicitados y la serie y folios corresponden?
31.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	El número de blocks recibidos no concuerda con el número de blocks solicitados y la serie y folios no corresponden. Informa al personal de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial la falta o excedente en el número de blocks recibidos con los solicitados y/o que las series y folios no corresponden con los del formato de "Salida de Papelería" del Sistema Institucional de Inventarios, devuelve los blocks de certificados de incapacidad con el formato de "Salida de Papelería" para la corrección de las inconsistencias identificadas y espera llamada telefónica para la entrega de los blocks de certificados de incapacidad.
32.	Subdirección de Logística y Control Patrimonial	Recibe el formato de "Salida de Papelería" y los blocks de certificados de incapacidad que no concuerdan con el número de blocks solicitados o la serie y folios no corresponden y se retira. En su lugar de trabajo corrige las inconsistencias identificadas durante la entrega, se comunica vía telefónica con la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica y acuerdan la fecha y hora de entrega de los Blocks de Certificados de Incapacidad solicitados. Se conecta con la actividad número 28.
33.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	El número de blocks recibidos sí concuerda con el número de blocks solicitados y la serie y folios sí corresponden. Registra en el formato de "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" la entrada de los blocks, solicita al personal de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial escriba su nombre completo y firma en el apartado de "entrega" del formato, asimismo, escribe su nombre y asienta su firma en el apartado de "recibe" y resguarda. Firma y sella de recibido en el formato de "Salida de Papelería" del Sistema Institucional de Inventarios, entrega original al personal de la Subdirección de Logística y Control Patrimonial y archiva copia.
34.	Subdirección de Logística y Control Patrimonial	Recibe el formato de "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", escribe su nombre completo y firma en el apartado "entrega" y se lo devuelve a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad, recibe original del formato de "Salida de Papelería" del Sistema Institucional de Inventarios con firma y sello de recibido y se retira.
35.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	Recibe y resguarda el formato de "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", resguarda los paquetes de Blocks de Certificados de Incapacidad en el área correspondiente. Revisa las solicitudes de Blocks de Certificados de Incapacidad recibidas y determina: ¿La solicitud es de una persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de una Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención o de una persona enlace de Región?

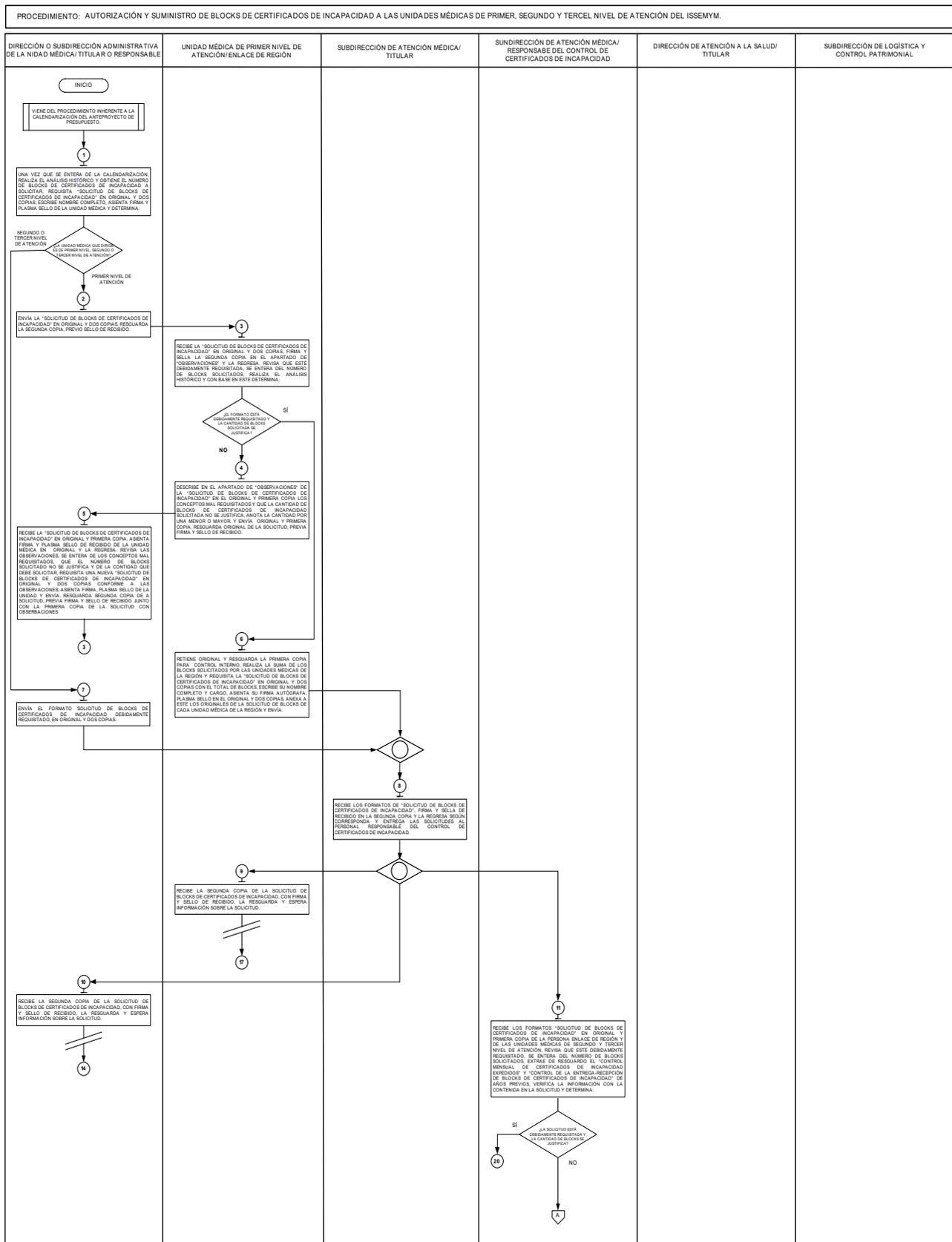
36.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>La solicitud es de una persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de una Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Se comunica vía telefónica con la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención, acuerdan la fecha y hora para la entrega de los blocks de certificados de incapacidad solicitados en las instalaciones de la Subdirección de Atención Médica y le indica que debe presentar el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad".</p>
37.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe llamada telefónica, acuerda con la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad la fecha y hora de entrega de los Blocks de Certificados de Incapacidad solicitados, en las instalaciones de la Subdirección de Atención Médica, se entera que debe presentar el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", finaliza la llamada y espera la fecha acordada.</p>
38.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>En la fecha y hora acordada, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", acude a la Subdirección de Atención Médica y se presenta con la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.</p>
39.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>En la fecha y hora acordada, recibe a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención, extrae de archivo el original y primera copia del formato de "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención correspondiente, de acuerdo con la solicitud entrega el número de blocks de certificados de incapacidad autorizados, así como la primera copia del formato de solicitud a la persona enlace de Región y solicita que coteje el número blocks que recibe con el número de blocks autorizado en el formato.</p>
40.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe los blocks de certificados de incapacidad, así como la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad", coteja el número de blocks que recibe con el número de blocks autorizados en el formato de solicitud de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención y determina:</p> <p>¿El número de blocks recibidos concuerda con el número de blocks autorizados?</p>
41.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El número de blocks recibidos no concuerda con el número de blocks autorizados.</p> <p>Informa de la falta o, en su caso, excedente en el número de blocks recibidos a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.</p>
42.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe información, se entera y corrobora el número de blocks autorizados en el original del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad", corrige el número de blocks, entrega a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención y solicita que coteje nuevamente el número de blocks recibidos con el número de blocks autorizados en la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad".</p> <p>Se conecta con la actividad número 40.</p>
43.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El número de blocks recibidos sí concuerda con el número de blocks autorizados.</p> <p>Informa su conformidad con el número de blocks recibidos a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.</p>
44.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe información, se entera de su conformidad con el número de blocks recibidos, requisita el apartado de entrega de blocks de certificados de incapacidad del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y le solicita a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención que escriba su nombre completo, cargo y asiente su firma en el apartado "recibió" del formato.</p>

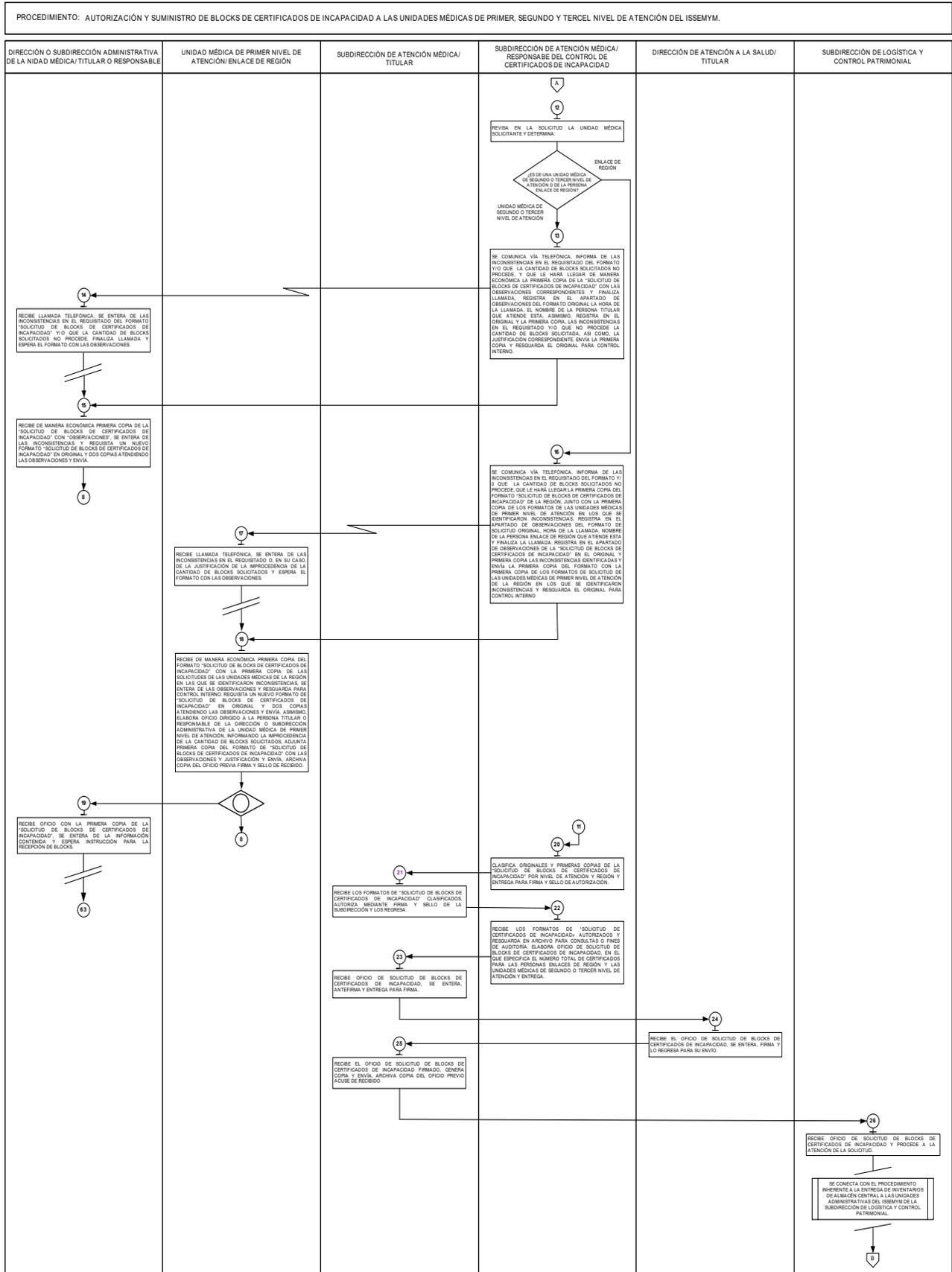
45.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", escribe su nombre completo, cargo y asienta su firma en el apartado "recibió" del formato y lo regresa al personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad, asimismo, requisita en su formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" el apartado de recepción de blocks de certificados de incapacidad los datos de los blocks recibidos y le solicita a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad que escriba su nombre completo, cargo y asiente firma en el apartado "entregó" del formato.
46.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" con firma de recibido de los blocks entregados y lo resguarda con el formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" original para control interno, asimismo recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", escribe en el apartado "entregó" su nombre completo, cargo y asienta firma y devuelve a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención.
47.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" con firma de quien entregó los blocks recibidos, lo resguarda con la primera copia de la "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" y se retira con los blocks recibidos. Una vez en la unidad médica, resguarda el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" para control interno, y coloca los blocks de certificados de incapacidad en el área de resguardo para su dotación.
48.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Viene de la actividad número 35.</p> <p>La solicitud es de una persona enlace de Región.</p> <p>Se comunica vía telefónica con la persona enlace de Región, acuerdan la fecha y hora para la entrega de los blocks de certificados de incapacidad solicitados en las instalaciones de la Subdirección de Atención Médica y le indica que debe presentar el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y espera la fecha acordada.</p>
49.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	Recibe llamada telefónica, acuerda con el personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad la fecha y hora de entrega de los Blocks de Certificados de Incapacidad solicitados, se entera que debe presentar el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", finaliza la llamada y espera la fecha acordada.
50.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	En la fecha y hora acordada, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", acude a la Subdirección de Atención Médica y se presenta con la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad.
51.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	En la fecha y hora acordada, recibe a la persona enlace de Región, extrae de archivo el original y la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" de la región, de acuerdo con la solicitud entrega el número de blocks de certificados de incapacidad autorizados, así como la primera copia del formato a la persona enlace de Región y solicita que coteje el número blocks que recibe con el número de blocks autorizado en el formato de solicitud.
52.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe los blocks de certificados de incapacidad, así como la primera copia del formato "Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad" y coteja con el número de blocks autorizados en el formato de la región y determina:</p> <p>¿El número de blocks recibidos concuerda con el número de blocks autorizados?</p>
53.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>El número de blocks recibidos no concuerda con el número de blocks autorizados.</p> <p>Informa a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad, la falta o, en su caso, excedente en el número de blocks recibidos.</p>

54.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe información, se entera y corrobora el número de blocks entregados con el número autorizado en el original del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad”, corrige el número de blocks, los entrega a la persona enlace de Región y le solicita que coteje nuevamente el número de blocks recibidos con en el número de blocks autorizados en la primera copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” de la región.</p> <p>Se conecta con la actividad número 52.</p>
55.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>El número de blocks recibidos sí concuerda con el número de blocks autorizados en el formato.</p> <p>Informa a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad su conformidad con el número de blocks recibidos.</p>
56.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Se entera de su conformidad con el número de blocks recibidos, requisita el apartado de entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad del formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” y le solicita a la persona enlace de Región que escriba su nombre completo, cargo y asiente su firma en el apartado “recibió” del formato.</p>
57.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, escribe su nombre completo, cargo y asienta su firma en el apartado “recibió” del formato y se lo regresa a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad, asimismo, requisita en su formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” el apartado de recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad los datos de los blocks recibidos y le solicita a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad que escriba su nombre completo, cargo y asiente firma en el apartado “entregó” del formato.</p>
58.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” con firma de recibido de los blocks entregados y resguarda con la “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” original para control interno, asimismo recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, escribe en el apartado “entregó” su nombre completo, cargo y asienta su firma y devuelve el formato a la persona enlace de Región, extrae de resguardo la primera copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención de su región y los entrega a la persona Enlace de Región.</p>
59.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” con firma de quien entregó los blocks recibidos, así como la primera copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención de su región, resguarda junto con la primera copia del formato de “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad”, los blocks y se retira. En su lugar de trabajo se comunica vía telefónica con la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, acuerdan la fecha, hora y lugar de entrega de los Blocks de Certificados de Incapacidad solicitados e indica que debe presentar el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”.</p>
60.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe llamada telefónica, acuerda la fecha, hora y lugar de entrega de los Blocks de Certificados de Incapacidad solicitados, se entera que debe presentar el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, finaliza la llamada y espera la fecha acordada.</p>
61.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>En la fecha, hora y lugar acordados, acude con su formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” para recibir los blocks de certificados de incapacidad solicitados y se presenta con la persona enlace de Región.</p>
62.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>En la fecha y hora acordada recibe a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, extrae de archivo la primera copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” de la unidad médica y de acuerdo con esta entrega el número de blocks de certificados de incapacidad y le solicita que coteje el número blocks que recibe con los autorizados en el formato de solicitud.</p>

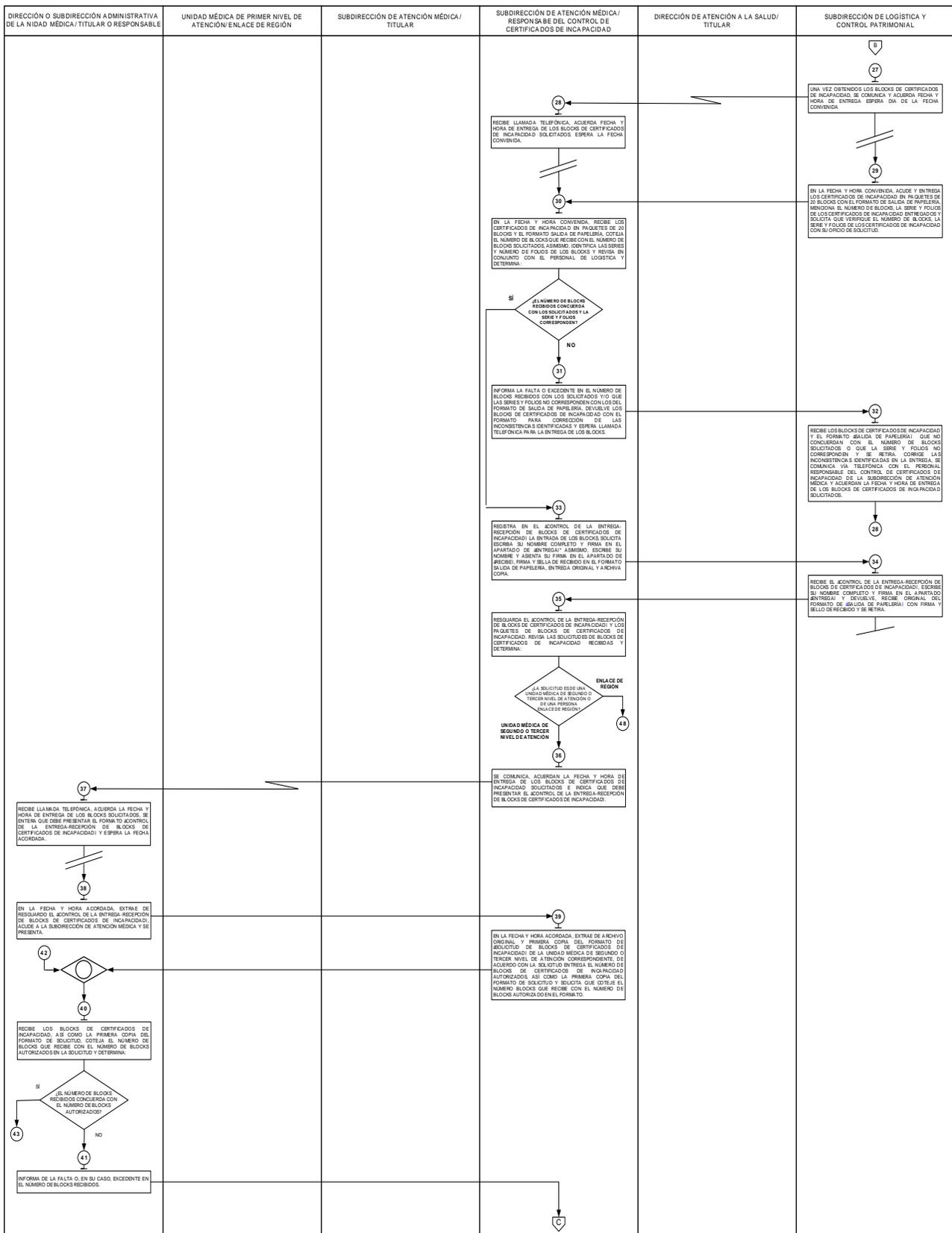
63.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe los Blocks de Certificados de Incapacidad y copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad”, coteja el número de blocks que recibe con los autorizados en el formato de solicitud de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención y determina:</p> <p>¿El número de blocks recibidos concuerda con el número de blocks autorizados?</p>
64.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El número de blocks recibidos no concuerda con el número de blocks autorizados.</p> <p>Informa a la persona enlace de Región de la falta o, en su caso, excedente en el número de blocks recibidos.</p>
65.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe información, se entera y corrobora el número de blocks indicados en el formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad”, y entrega el número correcto de blocks a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención y le solicita que verifique nuevamente el número de blocks recibidos con en el número de blocks autorizados en el formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” de la región.</p> <p>Se conecta con la actividad número 63.</p>
66.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>El número de blocks recibidos sí concuerda con el número de blocks autorizados.</p> <p>Informa a la persona Enlace de Región su conformidad con el número de blocks recibidos.</p>
67.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Se entera de su conformidad del número de blocks recibidos, requisita el apartado de entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad del formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” y le solicita a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención que escriba su nombre completo, cargo y asiente su firma en el apartado “recibió” del formato.</p>
68.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, escribe su nombre completo, cargo y asienta su firma en el apartado “recibió” del formato y se lo regresa a la persona enlace de Región, asimismo, requisita en su formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” el apartado de recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad los datos de los blocks recibidos y le solicita a la persona enlace de Región que escriba su nombre completo, cargo y asiente firma en el apartado “entregó” del formato.</p>
69.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención / Enlace de Región	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” con firma de recibido de los blocks entregados y lo resguarda junto con la “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” original para control interno, asimismo recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, escribe en el apartado “entregó” su nombre completo, cargo y asienta su firma, devuelve formato y devuelve a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención.</p>
70.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” con firma de quien entregó los blocks recibidos, lo resguarda con la primera copia de la “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” y se retira con los blocks recibidos. Una vez en la unidad médica, resguarda el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” y la primera copia del formato “Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad” para control interno, y coloca los blocks de certificados de Incapacidad en el área de resguardo para su dotación.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>

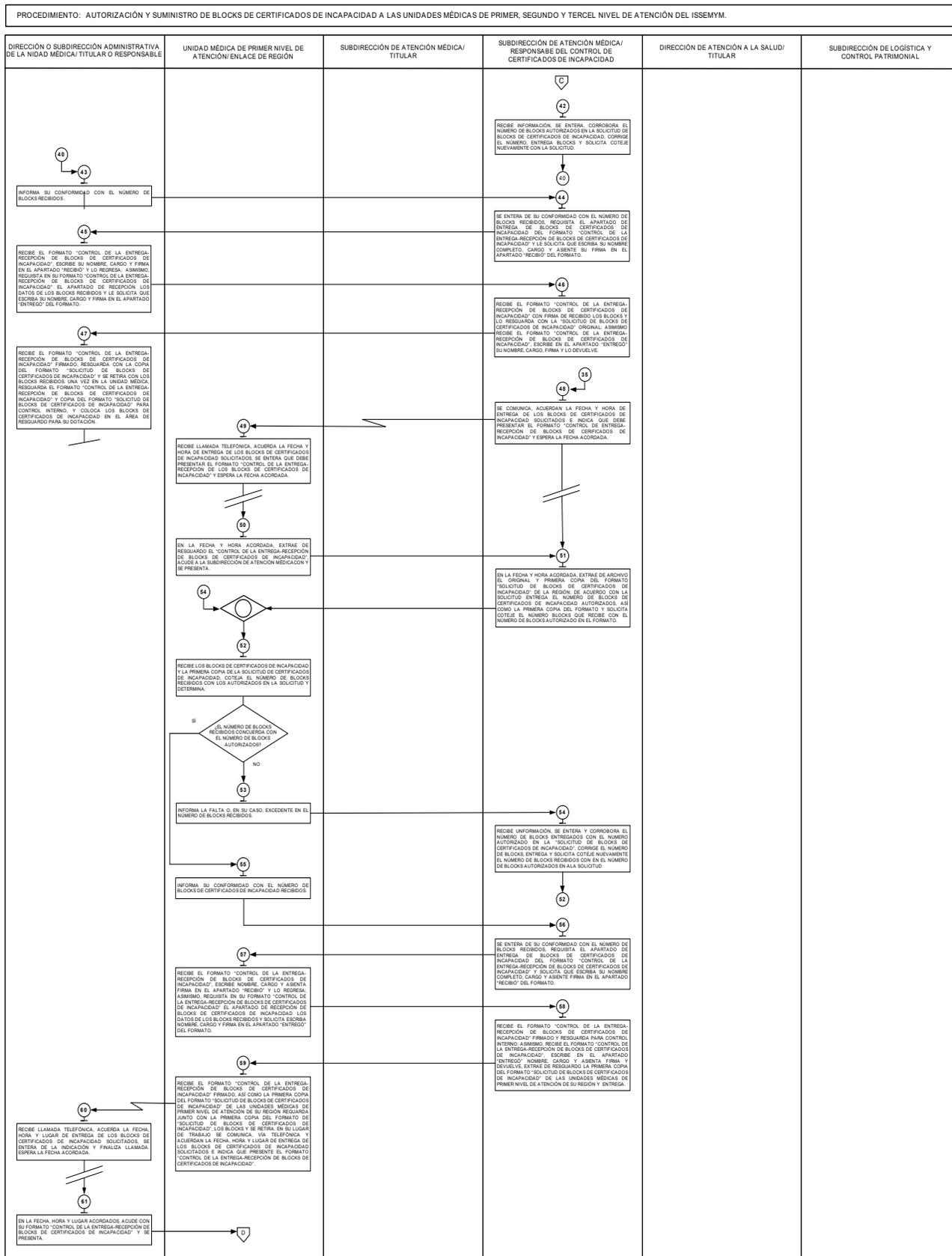
DIAGRAMACIÓN:

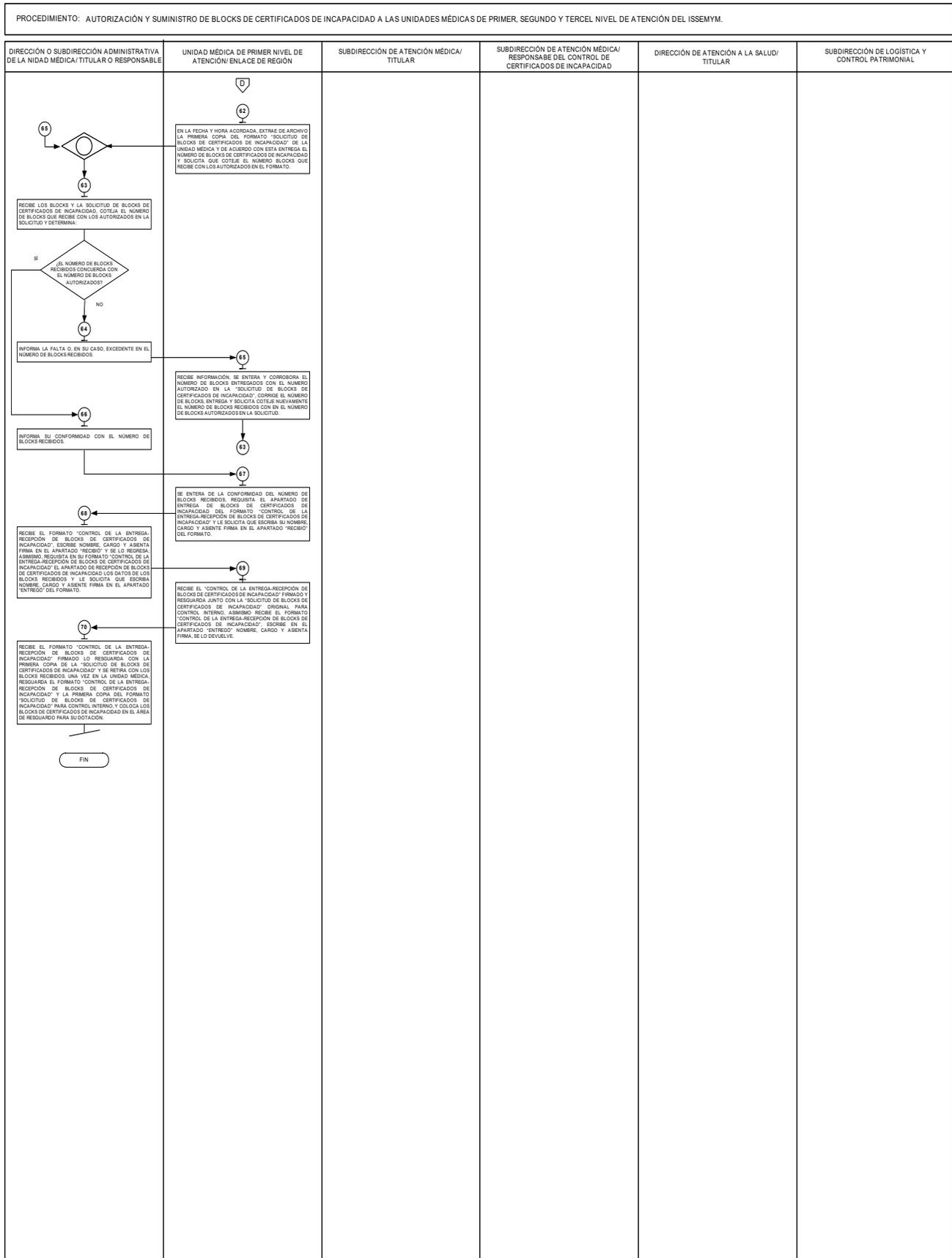




PROCEDIMIENTO: AUTORIZACIÓN Y SUMINISTRO DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD A LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSSMMY.







FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad 14 000 00L/103/24
- Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos 14 000 00L/105/24
- Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad 14 000 00L/104/24

**FORMATO: SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD
(14 000 00L/103/24)**



SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
2/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		3/ CLUES:	1/ NÚM. DE FOLIO: 4/ HORA: 5/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):
6/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			
7/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL SOLICITANTE:		8/ EL CARGO DE LA O DEL SOLICITANTE ES: <input type="checkbox"/> DIRECTOR(A) O RESPONSABLE <input type="checkbox"/> ENLACE DE REGIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRADOR(A)	
INFORMACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
9/ NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO PREVIO):	10/ NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO EN CURSO):	11/ EXISTENCIA ACTUAL DE CERTIFICADOS:	12/ NÚM. DE BLOCKS QUE SOLICITA:
13/ JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
14/ PERIODO PREVISTO EN QUE SERÁN UTILIZADOS LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD: DEL ____ DE _____ DE 20 ____ AL ____ DE _____ DE 20 ____.			
15/ IMPORTE TOTAL			
CANTIDAD CON LETRA		NÚM.)	\$ CANTIDAD CON NÚMERO
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
16/ NÚM. DE BLOCKS AUTORIZADOS	17/ JUSTIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
18/ OBSERVACIONES			
19/ SOLICITÓ TITULAR DE LA DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA O ENLACE DE REGIÓN		20/ SELLO	
_____ NOMBRE COMPLETO Y CARGO FIRMA			
21/ AUTORIZÓ TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		22/ SELLO	
_____ NOMBRE COMPLETO Y CARGO FIRMA			

14 000 00L/103/24



OFICIALÍA MAYOR | **issemym**

Coordinación de Servicios de Salud

SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

1/ NÚM. DE FOLIO:				
2/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		3/ CLUES:	4/ HORA:	5/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):
6/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:				
7/ NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL SOLICITANTE:		8/ EL CARGO DE LA O DEL SOLICITANTE ES:		
		<input type="checkbox"/> DIRECTOR(A) O RESPONSABLE <input type="checkbox"/> ENLACE DE REGIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRADOR(A)		
INFORMACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD				
9/ NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO PREVIÓ)	10/ NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO EN CURSO)	11/ EXISTENCIA ACTUAL DE CERTIFICADOS	12/ NÚM. DE BLOCKS QUE SOLICITA	
13/ JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD				
14/ PERIODO PREVISTO EN QUE SERIAN UTILIZADOS LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD:				
DEL _____ DE _____ DE 20____ AL _____ DE _____ DE 20____.				
15/ IMPORTE TOTAL				
CANTIDAD CON LETRA		MUN)	\$	CANTIDAD CON NÚMERO
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD				
16/ NÚM. DE BLOCKS AUTORIZADOS	17/ JUSTIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
18/ OBSERVACIONES				
19/ SOLICITÓ TITULAR DE LA DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA O ENLACE DE REGIÓN		20/ SELLO		
_____ NOMBRE COMPLETO Y CARGO		_____ FIRMA		
21/ AUTORIZÓ TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		22/ SELLO		
_____ NOMBRE COMPLETO Y CARGO		_____ FIRMA		

14-000-001/103/24

Instructivo para llenar el formato: Solicitud de Blocks de Certificados de Incapacidad (14 000 00L/103/24).		
Objetivo: Obtener los blocks de certificados de incapacidad, previa autorización correspondiente de la Subdirección de Atención Médica.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y dos copias, el original se resguarda en la Subdirección de Atención Médica, la primera y la segunda copia se resguardan en la unidad médica que realiza la solicitud de blocks de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/001/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NÚM. DE FOLIO	Anotar el número de folio consecutivo, según corresponda.
2	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre completo de la unidad médica que realiza la solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
3	CLUES	Anotar la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES), que corresponda a la unidad médica solicitante.
4	HORA	Registrar en horas y minutos, el momento en que se realiza la solicitud de blocks de certificados de incapacidad (en horario de 24 horas).
5	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se realiza la solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
6	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo (calle, número exterior e interior, colonia, localidad, entidad federativa, código postal y colindancias o referencias de la unidad médica solicitante).
7	NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL SOLICITANTE	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública que solicita los blocks de certificados de incapacidad.
8	EL CARGO DE LA O DEL SOLICITANTE ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el cargo de la persona que realiza la solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
INFORMACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
9	NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO PREVIO)	Anotar con número, el total de certificados utilizados durante el año previo, considerando los cancelados.
10	NÚM. DE CERTIFICADOS UTILIZADOS (DURANTE EL AÑO EN CURSO)	Escribir con número, el total de certificados utilizados durante el año en curso, considerando los cancelados.
11	EXISTENCIA ACTUAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	Registrar con número, los certificados de incapacidad que tiene actualmente la unidad médica. Ejemplo: 150 certificados de incapacidad (El ejemplo aplica en caso de tener tres blocks de certificados de incapacidad).
12	NÚM. DE BLOCKS QUE SOLICITA	Anotar con número el total de blocks de certificados de incapacidad que solicita la unidad médica
13	JUSTIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	Escribir la justificación sobre el número de blocks solicitados, debe ser acorde a la situación actual en la que se encuentran los certificados de incapacidad en la unidad médica, considerando la cantidad expedida en el año previo y el año en curso.
14	PERIODO PREVISTO EN QUE SE UTILIZARÁN LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	Anotar el periodo que se prevé, en que serán utilizados los certificados de incapacidad solicitados.
15	IMPORTE TOTAL	Registrar con letra y número en los apartados correspondientes, el importe total del(los) block(s) de certificados de incapacidad que se solicitan.
INFORMACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
16	NÚM. DE BLOCKS AUTORIZADOS	Llenado exclusivo del personal responsable del control de certificados de incapacidad de la Subdirección de Atención Médica Anotar el número de blocks que se autorizan.
17	JUSTIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	Llenado exclusivo del personal responsable del control de certificados de incapacidad de la Subdirección de Atención Médica Colocar la justificación del número de blocks autorizados.
18	OBSERVACIONES	Escribir cualquier observación respecto a la revisión y análisis de la solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
19	SOLICITÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo y asentar la firma autógrafa de la o el titular de la Dirección, Administración o Responsable de la unidad médica o Enlace de Región que solicita los blocks de certificados de incapacidad.
20	SELLO	Colocar en el recuadro correspondiente, el sello de la unidad médica, enlace regional o Subdirección de Atención Médica, según corresponda.
21	AUTORIZÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo y asentar la firma autógrafa de la o del titular de la Subdirección de Atención Médica, que autoriza los blocks de certificados de incapacidad.

FORMATO: CONTROL MENSUAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS

(14 000 00L/105/24)

Coordinación de Servicios de Salud

 OFICIALÍA MAYOR **Essemym**

CONTROL MENSUAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		2/ CLUES:		3/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):		4/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:		5/ PERÍODO: DEL _____ / _____ / _____ AL _____ / _____ / _____ DÍA MES AÑO		6/ PERÍODO: DÍA MES AÑO		7/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA		8/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA		9/ NUM. CONSECUTIVO MENSUAL		10/ NUM. CONSECUTIVO ANUAL		11/ FECHA Y LUGAR DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD		12/ CLAVES DE INCAPACIDAD RIESGO DE TRABAJO RIESGO DE INCAPACIDAD		13/ INCAPACIDAD POR MATERIDAD PRENATAL INTRA POSTNATAL		14/ PERÍODO DE LA INCAPACIDAD FECHA INICIAL FECHA FINAL		15/ FECHA DE EMISIÓN		16/ NÚM. DE DÍAS OTORGADOS		17/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA							
CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS																																							

14 000 00L/105/24

Instructivo para llenar el formato: Control mensual de certificados de incapacidad expedidos.		
Objetivo: Llevar el control mensual de los certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del Instituto, para el seguimiento correspondiente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica.		
Clave: 14 000 00L/105/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se requisita el formato.
2	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) de la unidad médica, según corresponda.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo de la unidad médica: nombre completo de la calle, número exterior y/o interior, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa.
5	MES	Especificar el mes en el que se realiza el control, según corresponda.
6	PERIODO	Registrar la fecha (día, mes y año) de inicio y término del periodo en que se realiza el control.
7	NÚM. CONSECUTIVO ANUAL	Escribir el número progresivo anual que corresponda al certificado de incapacidad.
8	NÚM. CONSECUTIVO MENSUAL	Asentar el número progresivo mensual asignado al certificado de incapacidad.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a quien se expidió el certificado de incapacidad.
10	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública incluyendo el tipo de derechohabiente. Ejemplo: 9845751-1
11	SERIE Y FOLIO DEL CERTIFICADO DEL INCAPACIDAD	Especificar la serie y el número de folio del certificado de incapacidad.
12	CLASIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD	Macar con una X en el recuadro correspondiente a la clasificación de la incapacidad.
13	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD	En caso de tratarse de una incapacidad por maternidad, marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de incapacidad (prenatal, enlace o posnatal).
14	PERIODO DE LA INCAPACIDAD	Registrar la fecha (día, mes y año) de inicio y término del periodo de la incapacidad.
15	FECHA DE EXPEDICIÓN	Indicar la fecha (día, mes y año) en que fue expedido del certificado de incapacidad.
16	NÚM. DE DÍAS OTORGADOS	Anotar el número de días (naturales) de incapacidad otorgados a la persona servidora pública.
17	NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA	Escribir el nombre completo de la Institución o Dependencia de Gobierno, donde labora la persona servidora pública.
18	TEMPORALIDAD DE LA INCAPACIDAD POR PADECIMIENTO ACTUAL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la temporalidad de la incapacidad (primera vez, subsecuente o recaída).
19	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico por el que se expide el certificado de incapacidad.
20	CIE	Registrar el código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) correspondiente.
21	SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Indicar el nombre completo del servicio hospitalario en el que se expide el certificado de incapacidad. Ejemplo: Ginecología y Obstetricia.
22	TURNO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Anotar el turno en el que se expide el certificado de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad.
24	TIPO DE CONTRATACIÓN DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de contratación de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad: base, contrato o suplente.
25	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad es autorizado o cancelado.
26	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES REQUISITADO DE FORMA	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad se requisita de forma manuscrita o electrónica.

27	¿LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA FUE ATENDIDA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si la persona servidora pública fue atendida en otra institución de salud.
28	OBSERVACIONES	Especificar la información que se considere relevante. Ejemplo: Cancelación de certificado de incapacidad, no se autoriza por la o el titular de la Dirección de la Unidad Médica.

FORMATO: CONTROL DE LA ENTREGA RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD
(14 000 00L/104/24)

Coordinación de Servicios de Salud		2/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):	
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			
1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN:	10/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	11/ RECIBÍ	
		12/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	13/ ENTREGÓ
5/ NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	6/ FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	7/ NOMBRE DE RECEPCIÓN	8/ NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN
9/ SERIE	10/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	11/ RECIBÍ	12/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
13/ SERIE	14/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	15/ RECIBÍ	16/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
17/ SERIE	18/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	19/ RECIBÍ	20/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
21/ SERIE	22/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	23/ RECIBÍ	24/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
25/ SERIE	26/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	27/ RECIBÍ	28/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
29/ SERIE	30/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	31/ RECIBÍ	32/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
33/ SERIE	34/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	35/ RECIBÍ	36/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
37/ SERIE	38/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	39/ RECIBÍ	40/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
41/ SERIE	42/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	43/ RECIBÍ	44/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
45/ SERIE	46/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	47/ RECIBÍ	48/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
49/ SERIE	50/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	51/ RECIBÍ	52/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
53/ SERIE	54/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	55/ RECIBÍ	56/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
57/ SERIE	58/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	59/ RECIBÍ	60/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
61/ SERIE	62/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	63/ RECIBÍ	64/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
65/ SERIE	66/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	67/ RECIBÍ	68/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
69/ SERIE	70/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	71/ RECIBÍ	72/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
73/ SERIE	74/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	75/ RECIBÍ	76/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
77/ SERIE	78/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	79/ RECIBÍ	80/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
81/ SERIE	82/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	83/ RECIBÍ	84/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
85/ SERIE	86/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	87/ RECIBÍ	88/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
89/ SERIE	90/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	91/ RECIBÍ	92/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
93/ SERIE	94/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	95/ RECIBÍ	96/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
97/ SERIE	98/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	99/ RECIBÍ	100/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA
			14 000 00L/104/24



Coordinación de Servicios de Salud



OFICIALÍA MAYOR



CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

3/ CLAVES:		4/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN DONDE SE REALIZA LA ENTREGA-RECEPCIÓN:															
ENTREGA DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD																	
15/ NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	16/ FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	17/ HORA DE ENTREGA	18/ NÚM. DE BLOCS QUE SE ENTREGAN	19/ SERIE	20/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCS		21/ EXISTENCIAS ACTUALES		22/ ENTREGÓ		23/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	24/ RECEBIÓ			25/ OBSERVACIONES		
					DEL	AL		FIRMA	NOMBRE COMPLETO	FIRMA		CARGO, ÁREA Y/O ESPECIALIDAD	FIRMA				
															14 000.00/104/24		

Instructivo para llenar el formato: Control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad.		
Objetivo: Llevar el control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad entre las unidades médicas, administrativas y regiones del Instituto.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica, administrativa o región donde se realiza la entrega-recepción de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/104/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Anotar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que elabora el formato. Ejemplo: Subdirección de Atención Médica, Centro Médico ISSEMYM Toluca o Región IV, según sea el caso.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica. En caso de tratarse de unidades administrativas o regiones anotar NO APLICA .
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Registrar el domicilio completo: nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y entidad federativa, de la unidad médica, administrativa o región donde se lleva a cabo la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
5	NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	Asentar el número de oficio o folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, según corresponda.
6	FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
7	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar con número la hora y minutos en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
8	NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	Indicar el número de blocks de certificados de incapacidad que se reciben.
9	SERIE	Escribir la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se reciben.
10	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Registrar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término, que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se reciben. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
11	RECIBÍÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
12	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	Indicar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que realiza la entrega los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Subdirección de Logística y Control Patrimonial, Subdirección de Atención Médica, Región V o Hospital Regional Toluca.
13	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
14	OBSERVACIONES	Anotar cualquier situación que se considere relevante derivado de la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
ENTREGA DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
15	NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	Indicar el número de folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
16	FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	Escribir la fecha (día, mes y año) en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
17	HORA DE ENTREGA	Anotar con número la hora y minutos en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
18	NÚM. DE BLOCKS QUE SE ENTREGAN	Registrar el número de blocks de certificados de incapacidad que se entregan.

19	SERIE	Asentar la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se entregan.
20	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Indicar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se entregan. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
21	EXISTENCIAS ACTUALES	Anotar el número de blocks de certificados de incapacidad existentes en la unidad médica, administrativa o región (después de realizar la entrega correspondiente).
22	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	Registrar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que recibe los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Región VI, Hospital Regional Tlalnepantla, Consultorio Ocoyoacac, según corresponda.
24	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
25	OBSERVACIONES	Especificar cualquier situación que se considere relevante derivada de la entrega-recepción de los certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/03
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE DE BASE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Mantener el suministro de certificados de incapacidad para su expedición a las personas servidoras públicas en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Cirugía Ambulatoria, mediante la dotación de blocks de certificados de incapacidad al personal médico tratante de base autorizado en las unidades médicas del ISSEMYM.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo I, Artículo 3; Capítulo II, Artículo 8 y 9; Capítulo VII, Artículos 30 y 31. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 21 de septiembre de 2017, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 27 de mayo de 2021.
- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Block de Certificados de Incapacidad:

Conjunto de 50 certificados de incapacidad superpuestos, foliados, ordenados de forma ascendente y sujetos convenientemente para que se puedan desprender con facilidad.

Block de Certificados de Incapacidad agotado:

Block de certificados de incapacidad en el cual, los 50 folios contenidos han sido utilizados o cancelados, por lo que solo se presenta la portada y contraportada, junto con los certificados de incapacidad que, por cualquier razón fueron cancelados antes de entregarse a la persona servidora pública y el instructivo en este incluido.

Certificado de incapacidad:

Documento médico-legal que expide el personal médico tratante a la persona servidora pública que solicita atención en la unidad médica de adscripción o de referencia, certificando la imposibilidad física o mental para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.

Expedición de certificado de incapacidad:	Acto, exclusivamente médico, mediante el cual se requisita el formato denominado “Certificado de Incapacidad” previa integración del diagnóstico y reconocimiento de la necesidad de incapacidad de la persona servidora pública, entregando original y copia(s) a esta para los fines que competan, dejando evidencia de la expedición en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la persona servidora pública.
Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad:	Acto administrativo mediante el cual se atiende la solicitud de suministro de blocks de Certificados de Incapacidad realizada por personal médico tratante o por la persona titular de la Dirección, Administración o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, a través de la persona Enlace de Región, o la persona titular de la Dirección, Administración o responsable de la Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención.
Mes Epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Personal Médico Tratante de Base:	Médica o médico con título y cédula profesional que ocupa en forma definitiva un puesto tabulado para brindar atención médica conforme a las normas de un contrato de trabajo, autorizada o autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión en territorio nacional, así como para expedir certificados de incapacidad dentro del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; la o el cual, en el desempeño de sus funciones atiende a pacientes con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener y/o recuperar su estado de salud conforme a la normatividad oficial mexicana vigente en materia de prestación de servicios de salud.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (unidades móviles, consultorios, clínicas de consulta externa A y B, clínicas regionales, hospitales regionales, centros médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, sea que se internen o no, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

INSUMOS:

- Solicitud verbal de dotación de block de certificados de incapacidad.
- Block de certificados de Incapacidad agotado.

RESULTADOS:

- Block de certificados de incapacidad dotados al personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad en unidades médicas del ISSEMYM.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión y Envío de los Controles de Certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

- El personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad en la unidad médica será el único que podrá solicitar la dotación de blocks de certificados de incapacidad a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención.
- El personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad será responsable del uso y resguardo del block de certificados de incapacidad, dentro de su jornada laboral.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención deberá atender en tiempo y forma la solicitud de dotación de block de certificados de incapacidad del personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad.
- El personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad deberá solicitar de manera oportuna la dotación del block de certificados de incapacidad, con la finalidad de no interrumpir la atención médica a la persona derechohabiente.
- En caso de que, en el transcurso de su jornada laboral, el personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad requiera de un block nuevo de certificados de incapacidad, podrá acudir a la Dirección o Subdirección Administrativa de la unidad médica para su dotación.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención no dotará del block nuevo de certificados de incapacidad si el personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad no hace entrega del block agotado.

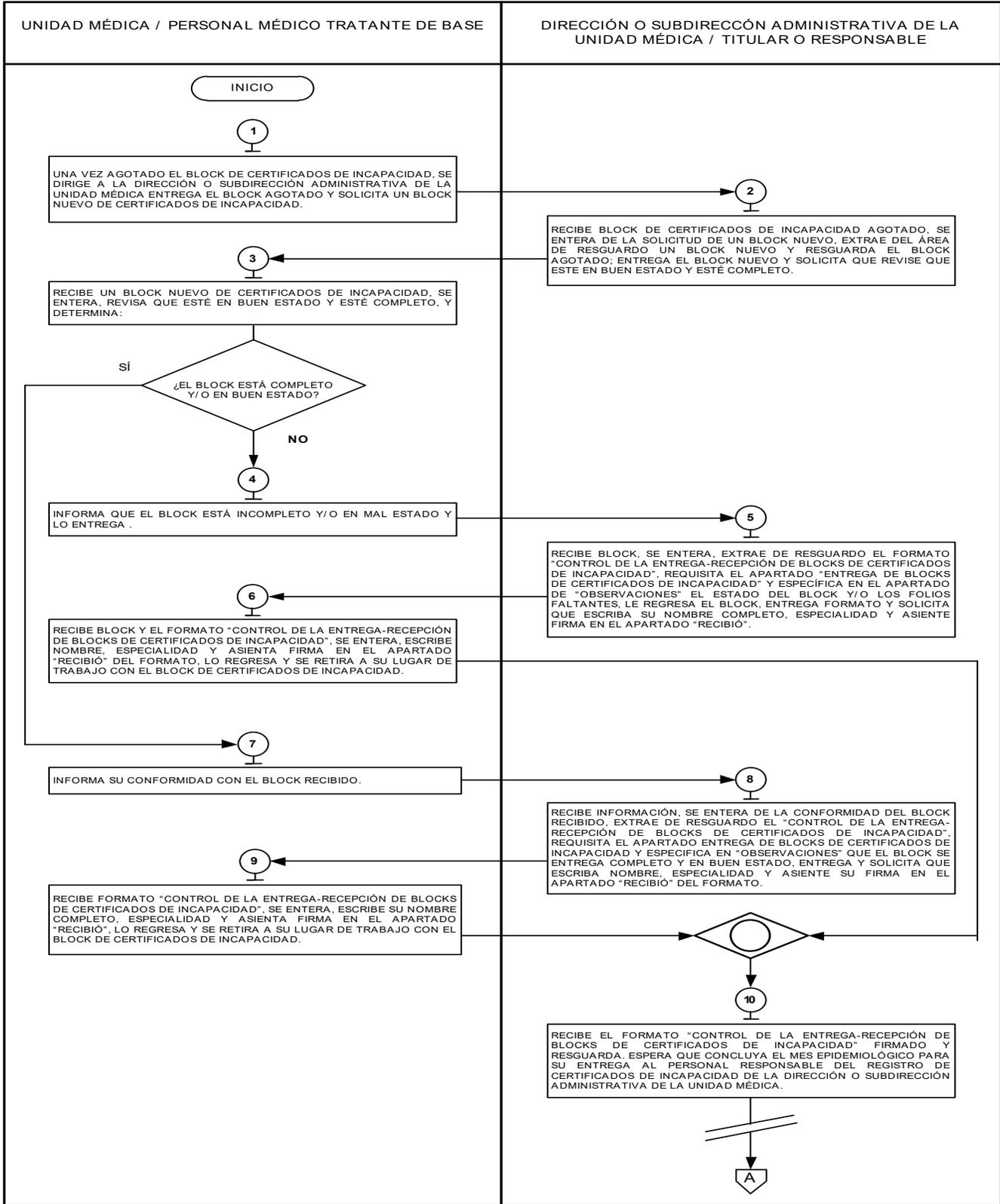
DESARROLLO:

Procedimiento: Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante de Base Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	Una vez agotado el block de certificados de incapacidad, se dirige a la Dirección o Subdirección Administrativa de la unidad médica, entrega el block agotado y solicita de manera verbal a la persona titular o responsable un block nuevo de certificados de incapacidad.
2.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe block de certificados de incapacidad agotado, se entera de la solicitud de un block nuevo, extrae del área de resguardo de los blocks uno nuevo y resguarda el block agotado; entrega al personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad el block nuevo y solicita que revise que este en buen estado y esté completo.
3.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	Recibe block nuevo de certificados de incapacidad, se entera, revisa que este en buen estado y esté completo y determina: ¿El block está completo y/o en buen estado?
4.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	El block no está completo y/o en buen estado. Informa que el block está incompleto y/o en mal estado y entrega a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica.
5.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe block, se entera, extrae del resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", requisita el apartado "Entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad" y especifica en el apartado de "observaciones" el estado del block y/o los folios faltantes, le regresa el block, entrega formato y solicita al personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad que escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió".
6.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	Recibe block de certificados de incapacidad y el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", se entera, escribe su nombre completo, especialidad, asienta su firma en el apartado "recibió", lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica y se retira a su lugar de trabajo con el block de certificados de incapacidad. Se conecta con la actividad número 10.
7.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	El block si está completo y/o si se encuentra en buen estado. Informa su conformidad con el block recibido a la persona titular de la Dirección o Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica.
8.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe información, se entera de la conformidad del block recibido, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y requisita el apartado "Entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad" y especifica en el apartado de "observaciones" que el block se entrega completo y en buen estado, entrega formato y solicita al personal médico tratante de base autorizado para la expedición de certificados de incapacidad que escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió".
9.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante de Base	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", se entera, escribe su nombre completo, especialidad y asienta firma en el apartado "recibió", lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica y se retira a su lugar de trabajo con el block de certificados de incapacidad.
10.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Viene de la actividad número 6. Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" firmado y resguarda. Espera que concluya el mes epidemiológico para la entrega del formato al personal responsable de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica.
11.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Al término del mes epidemiológico, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y entrega al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica, para el concentrado y corte de información. Se conecta con el Procedimiento Revisión y Envío de los Controles de Certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM. Fin del procedimiento.

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO: DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE DE BASE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.



PROCEDIMIENTO: DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE DE BASE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.

UNIDAD MÉDICA / PERSONAL MÉDICO TRATANTE DE BASE	DIRECCIÓN O SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA / TITULAR O RESPONSABLE
	<pre> graph TD A[A] --> 11((11)) 11 --> B[AL TÉRMINO DEL MES EPIDEMIOLÓGICO, EXTRAER DE RESGUARDO EL CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD Y ENTREGA AL PERSONAL RESPONSABLE DEL REGISTRO DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DE LA DIRECCIÓN O SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA, PARA LA CONCENTRACIÓN Y CORTE DE INFORMACIÓN.] B --> C[SE CONECTA CON EL PROCEDIMIENTO REVISIÓN Y ENVÍO DE LOS CONTROLES DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD ENTREGADOS Y EXPEDIDOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.] C --> D([FIN]) </pre>

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad 14 000 00L/104/24

FORMATO: CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

(14 000 00L/104/24)

Coordinación de Servicios de Salud



CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN:		RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD													2/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):						
5/ NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	6/ FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	7/ HORA DE RECEPCIÓN	8/ NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	9/ SERIE	10/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS		11/ RECIBÍ		12/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	13/ ENTREGÓ			14/ OBSERVACIONES								
					DEL	AL	NOMBRE COMPLETO	FIRMA		NOMBRE COMPLETO	CARGO, ÁREA Y/O ESPECIALIDAD	FIRMA									

14 000 00L/104/24

Coordinación de Servicios de Salud

OFICIALÍA MAYOR 

ESTADO DE MÉXICO  El poder de vivir

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO 

CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

3/ CLUES:

4/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN DONDE SE REALIZA LA ENTREGA-RECEPCIÓN:

ENTREGA DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD										
15/ NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	16/ FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	17/ HORA DE ENTREGA	18/ NÚM. DE BLOCS QUE SE ENTREGAN	19/ SERIE	20/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCS		21/ ACTUALES		22/ ENTREGÓ	
					DEL	AL	NOMBRE COMPLETO	FIRMA		NOMBRE COMPLETO
23/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE					24/ RECIBÍ		25/ OBSERVACIONES			
					NOMBRE COMPLETO	CARGO, ÁREA Y/O ESPECIALIDAD	FIRMA			

14 000 000/104/24

Instructivo para llenar el formato: Control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad.		
Objetivo: Llevar el control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad entre las unidades médicas, administrativas y regiones del Instituto.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica, administrativa o región donde se realiza la entrega-recepción de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/104/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Anotar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que elabora el formato. Ejemplo: Subdirección de Atención Médica, Centro Médico ISSEMYM Toluca o Región IV, según sea el caso.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica. En caso de tratarse de unidades administrativas o regiones anotar NO APLICA .
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Registrar el domicilio completo: nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y entidad federativa, de la unidad médica, administrativa o región donde se lleva a cabo la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
5	NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	Asentar el número de oficio o folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, según corresponda.
6	FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
7	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar con número la hora y minutos en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
8	NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	Indicar el número de blocks de certificados de incapacidad que se reciben.
9	SERIE	Escribir la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se reciben.
10	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Registrar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término, que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se reciben. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
11	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
12	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	Indicar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que realiza la entrega los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Subdirección de Logística y Control Patrimonial, Subdirección de Atención Médica, Región V o Hospital Regional Toluca.
13	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
14	OBSERVACIONES	Anotar cualquier situación que se considere relevante derivado de la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
ENTREGA DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
15	NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	Indicar el número de folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad.

16	FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	Escribir la fecha (día, mes y año) en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
17	HORA DE ENTREGA	Anotar con número la hora y minutos en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
18	NÚM. DE BLOCKS QUE SE ENTREGAN	Registrar el número de blocks de certificados de incapacidad que se entregan.
19	SERIE	Asentar la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se entregan.
20	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Indicar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se entregan. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
21	EXISTENCIAS ACTUALES	Anotar el número de blocks de certificados de incapacidad existentes en la unidad médica, administrativa o región (después de realizar la entrega correspondiente).
22	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	Registrar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que recibe los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Región VI, Hospital Regional Tlalnepantla, Consultorio Ocoyoacac, según corresponda.
24	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
25	OBSERVACIONES	Especificar cualquier situación que se considere relevante derivada de la entrega-recepción de los certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/04
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE SUPLENTE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Mantener el suministro de certificados de incapacidad para su expedición a las personas servidoras públicas en los Servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Cirugía Ambulatoria, mediante la dotación de blocks de certificados de incapacidad al personal médico tratante de base autorizado en las unidades médicas del ISSEMYM.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo I, Artículo 3; Capítulo II, Artículo 8 y 9; Capítulo VII, Artículos 30 y 31. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 21 de septiembre de 2017, reformas y adiciones.

- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 27 de mayo de 2021.
- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Block de Certificados de Incapacidad:	Conjunto de 50 certificados de incapacidad superpuestos, foliados, ordenados de forma ascendente y sujetos convenientemente para que se puedan desprender con facilidad.
Block de Certificados de Incapacidad agotado:	Block de certificados de incapacidad en el cual, los 50 folios contenidos han sido utilizados o cancelados, por lo que solo se presenta la portada y contraportada, junto con los certificados de incapacidad que por cualquier razón fueron cancelados antes de entregarse a la o al paciente y el instructivo en este incluido.
Block de Certificados de Incapacidad parcialmente agotado:	Block de certificados de incapacidad en el cual queda algún remanente de los 50 certificados de incapacidad aún sin utilizar y sin desprender, y el cual es empleado por el personal médico tratante suplente.
Certificado de incapacidad:	Documento médico – legal que expide el médico tratante a la persona servidora pública que solicita su atención en la unidad médica de adscripción o referencia, certificando la imposibilidad física o mental, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.
Expedición de certificado de incapacidad:	Acto, exclusivamente médico, mediante el cual se requisita el formato denominado “Certificado de Incapacidad” previa integración del diagnóstico y reconocimiento de la necesidad de incapacidad de la persona servidora pública, entregando original y primera copia a esta para los fines que competan, dejando evidencia de la expedición en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la persona servidora pública.
Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad:	Acto administrativo mediante el cual se atiende la solicitud de suministro de <u>blocks</u> de certificados de incapacidad realizada por personal médico tratante o por la persona titular de la Dirección, Administración o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención, a través de la persona Enlace de Región, o la persona titular de la Dirección, Administración o responsable de la Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención.
Mes epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Personal médico tratante suplente:	Médica o médico con título y cédula profesional que ocupa en forma temporal un puesto tabulado para brindar atención médica conforme a las normas de un contrato de trabajo, autorizada o autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión en territorio nacional, así como para expedir certificados de incapacidad dentro del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; la o el cual, en el desempeño de sus funciones atiende a pacientes con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener y/o recuperar su estado de salud conforme a la normatividad oficial mexicana vigente en materia de prestación de servicios de salud.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (unidades móviles, consultorios, clínicas de consulta externa A y B, clínicas regionales, hospitales regionales, centros médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, sea que se internen o no, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

INSUMOS:

- Solicitud verbal de dotación de block de certificados de incapacidad.

RESULTADOS:

- Block de certificados de incapacidad dotado al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad en unidades médicas del ISSEMYM.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión y Envío de los Controles de Certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

- El personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad en la unidad médica será el único que podrá realizar la solicitud de dotación de blocks de certificados de incapacidad a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención.
- El personal médico tratante suplente autorizado será responsable del uso y resguardo del block de certificados de incapacidad durante su jornada laboral.
- La persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención deberá atender en tiempo y forma las solicitudes de dotación de bocks de certificados de incapacidad del personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad.
- El personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad deberá realizar la solicitud oportuna de la dotación del block de certificado de incapacidad, con la finalidad de no interrumpir la atención médica a la persona derechohabiente.
- En caso de que, en el transcurso de su jornada laboral, el personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad requiera de un block nuevo de certificados de incapacidad, podrá acudir a la Dirección o Subdirección Administrativa de la unidad médica para su dotación.

DESARROLLO:

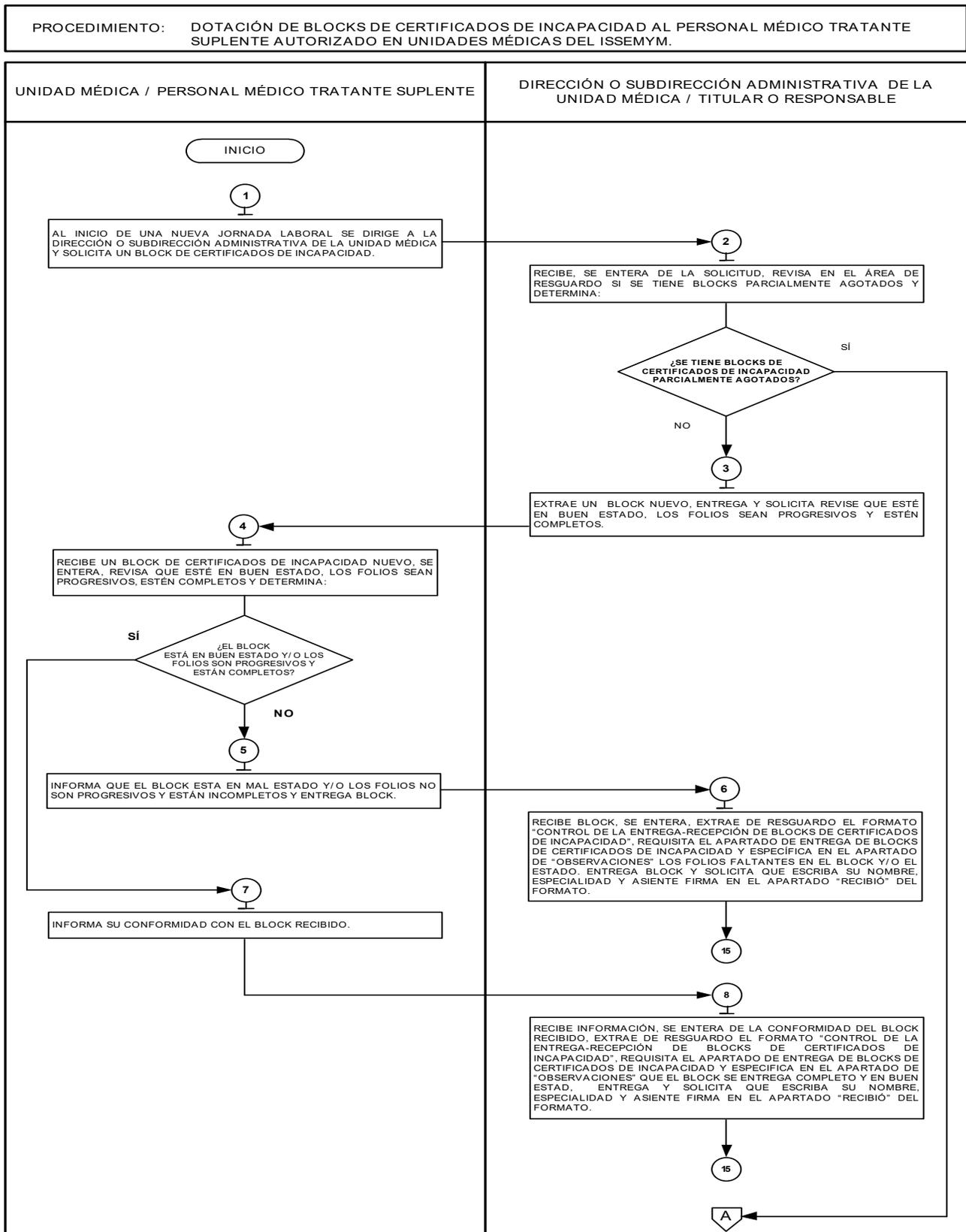
Procedimiento: Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante Suplente Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	Al inicio de una nueva jornada laboral, se dirige a la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica y solicita de manera verbal un block de certificados de incapacidad a la persona titular o responsable.
2.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe al personal Médico Tratante Suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad, se entera de la solicitud de block de certificados de incapacidad, revisa en el área de resguardo si se tiene blocks parcialmente agotados y determina: ¿Se tiene blocks de certificados de incapacidad parcialmente agotados?
3.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	No se tiene blocks de certificados de incapacidad parcialmente agotados. Extrae un block nuevo, lo entrega al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad y solicita que revise que esté en buen estado, los folios sean progresivos y estén completos.
4.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	Recibe el nuevo block de certificados de incapacidad, revisa que esté en buen estado, los folios sean progresivos, estén completos y determina: ¿El block está en buen estado y/o los folios son progresivos y están completos?
5.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	El block no está en buen estado y/o los folios no son progresivos y no están completos. Informa que el block está en mal estado y/o los folios no son progresivos y están incompletos y entrega block a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica.
6.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe block, se entera, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", revisa el apartado de "Entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad" y especifica en el apartado de "observaciones" los folios faltantes y/o el estado del block, entrega block, junto con el formato y solicita al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad que escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió" del formato. Se conecta con la actividad número 15.
7.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	El block si está en buen estado y/o los folios son progresivos y están completos. Informa su conformidad con el block recibido a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica.
8.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Se entera de la conformidad del block recibido, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", revisa el apartado de "Entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad" y especifica en el apartado de "observaciones" que el block se entrega completo y

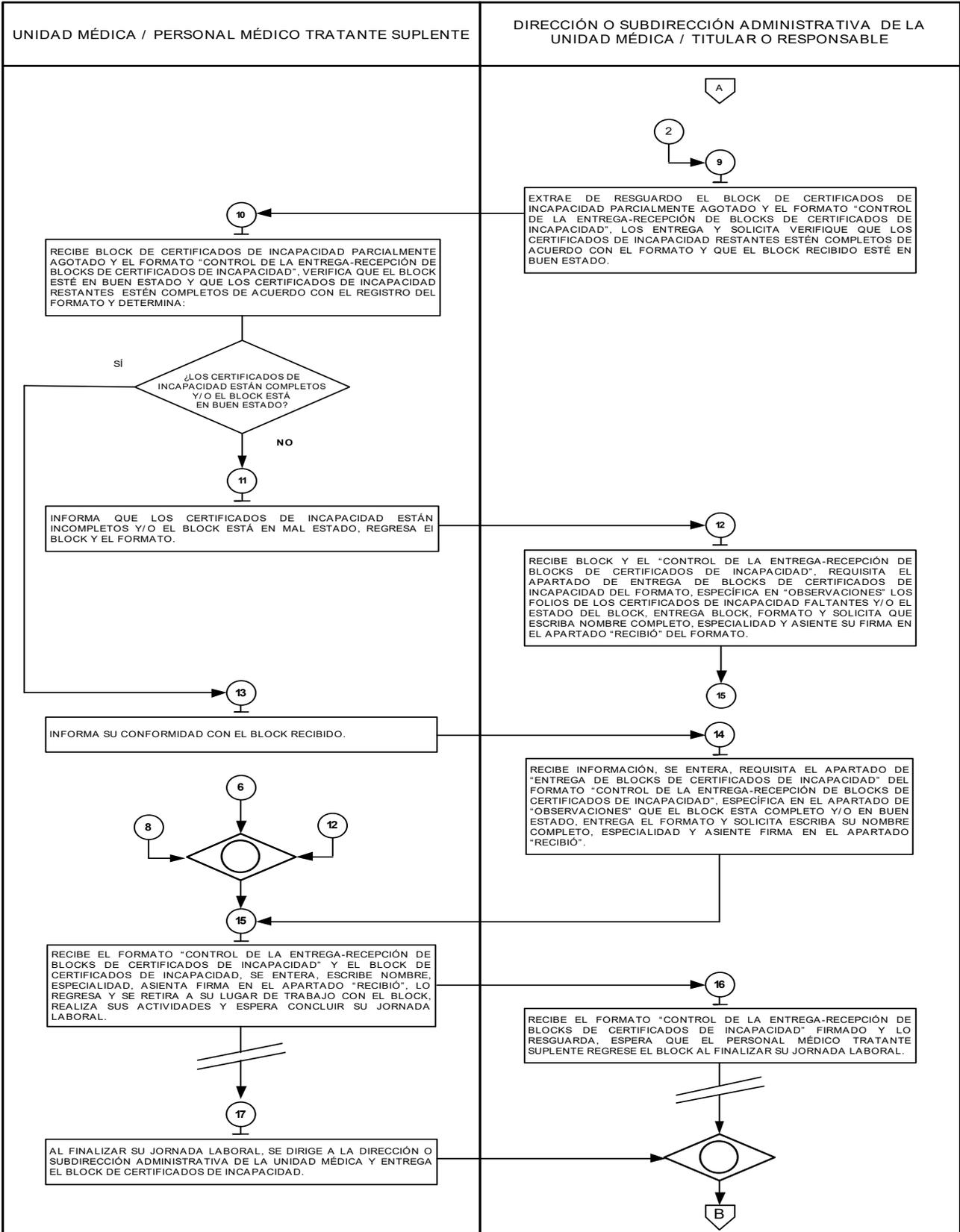
		<p>en buen estado, entrega el formato, solicita al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió".</p> <p>Se conecta con la actividad número 15.</p>
9.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Viene de la actividad número 2. Si se tiene blocks de certificados de incapacidad parcialmente agotados.</p> <p>Extrae de resguardo el block de certificados de incapacidad parcialmente agotado, así como el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", los entrega al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad y solicita verifique que los certificados de incapacidad restantes estén completos de acuerdo con el formato y que el block recibido se encuentre en buen estado.</p>
10.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	<p>Recibe block de certificados de incapacidad parcialmente agotado y el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", verifica que el block este en buen estado y que los certificados de incapacidad restantes estén completos de acuerdo con el registro del formato y determina:</p> <p>¿Los certificados de incapacidad están completos y/o el block está en buen estado?</p>
11.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	<p>Los certificados de incapacidad no están completos y/o el block no está en buen estado.</p> <p>Informa que los certificados de incapacidad están incompletos de acuerdo con el registro del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y/o el block está en mal estado, regresa el block y el formato a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica.</p>
12.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe block y el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", revisa el apartado de "entrega de blocks de certificados de incapacidad" del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", especifica en el apartado de "observaciones" los folios de los certificados de incapacidad faltantes y el estado del block, entrega block y formato al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad y solicita escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió" del formato.</p> <p>Se conecta con la actividad número 15.</p>
13.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	<p>Los certificados de incapacidad si están completos y/o el block está en buen estado</p> <p>Informa a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica su conformidad con el block recibido.</p>
14.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe información, se entera, revisa el apartado de "Entrega de Blocks de Certificados de Incapacidad" del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", especifica en el apartado de "observaciones" que el block esta completo de acuerdo con el registro del formato y/o en buen estado, entrega el formato y solicita al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "recibió".</p>
15.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	<p>Viene de las actividades número 6, 8 y 12.</p> <p>Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y el block de certificados de incapacidad, se entera, escribe su nombre completo, especialidad, asienta su firma en el apartado "recibió", lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica y se retira a su lugar de trabajo con el block de certificados de incapacidad, realiza sus actividades y espera a concluir su jornada laboral.</p>
16.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" firmado y lo resguarda. Espera que el personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad regrese el block al finalizar su jornada laboral.</p>
17.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	<p>Al finalizar su jornada laboral, se dirige a la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica y entrega el block de certificados de incapacidad para su resguardo a la persona titular o responsable.</p>

18.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe el block de certificados de Incapacidad, revisa y determina: ¿El Block de Certificados de Incapacidad está agotado o parcialmente agotado?
19.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	El Block de Certificados de Incapacidad está agotado. Resguarda el block de certificados de incapacidad agotado en archivo para control interno. Espera que concluya el mes epidemiológico para la entrega del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" al personal responsable de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica. Se conecta con la actividad número 27.
20.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	El Block de Certificados de Incapacidad está parcialmente agotado. Extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", verifica lo registrado con los folios restantes del Block de Certificados de Incapacidad y determina: ¿Los folios restantes corresponden con los entregados y utilizados por el personal médico tratante suplente durante su jornada laboral?
21.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Los folios restantes no corresponden con los entregados y utilizados por el personal médico tratante suplente durante su jornada laboral. Requisita el apartado de "Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y especifica en el apartado de "observaciones" lo identificado en los folios, entrega el formato y solicita al personal médico tratante suplente autorizado para la expedición de certificados de incapacidad escriba su nombre completo, especialidad y asiente firma en el apartado "entregó".
22.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", se entera, escribe su nombre completo, especialidad y asienta su firma en el apartado "entregó" y lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica y se retira.
23.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" firmado, resguarda y coloca el block parcialmente agotado en el área de resguardo. Espera que concluya el mes epidemiológico para la entrega del formato al personal responsable de Certificados de Incapacidad de la Dirección de la Unidad Médica. Se conecta con la actividad número 27.
24.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Los folios restantes sí corresponden con los entregados y utilizados por el personal médico tratante suplente durante su jornada laboral. Requisita el apartado de "Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" del formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", entrega y solicita al personal médico tratante suplente que escriba su nombre completo, especialidad y asiente su firma en el apartado "entregó".
25.	Unidad Médica / Personal Médico Tratante Suplente	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", se entera, escribe su nombre completo, especialidad y asienta su firma en el apartado "entregó", lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección Administrativa o responsable de la Unidad Médica y se retira.
26.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Recibe el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" firmado, resguarda y coloca el block parcialmente agotado en el área de resguardo. Espera que concluya el mes epidemiológico para la entrega del formato al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica.
27.	Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica / Titular o responsable	Viene de las actividades número 19 y 23. Al término del mes epidemiológico, extrae de resguardo el formato "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" y lo entrega al personal responsable del Registro de Certificados de Incapacidad de la Dirección o Subdirección Administrativa de la Unidad Médica, para el concentrado y corte de información. Se conecta con el Procedimiento Revisión y Envío de los Controles de Certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM. Fin del procedimiento.

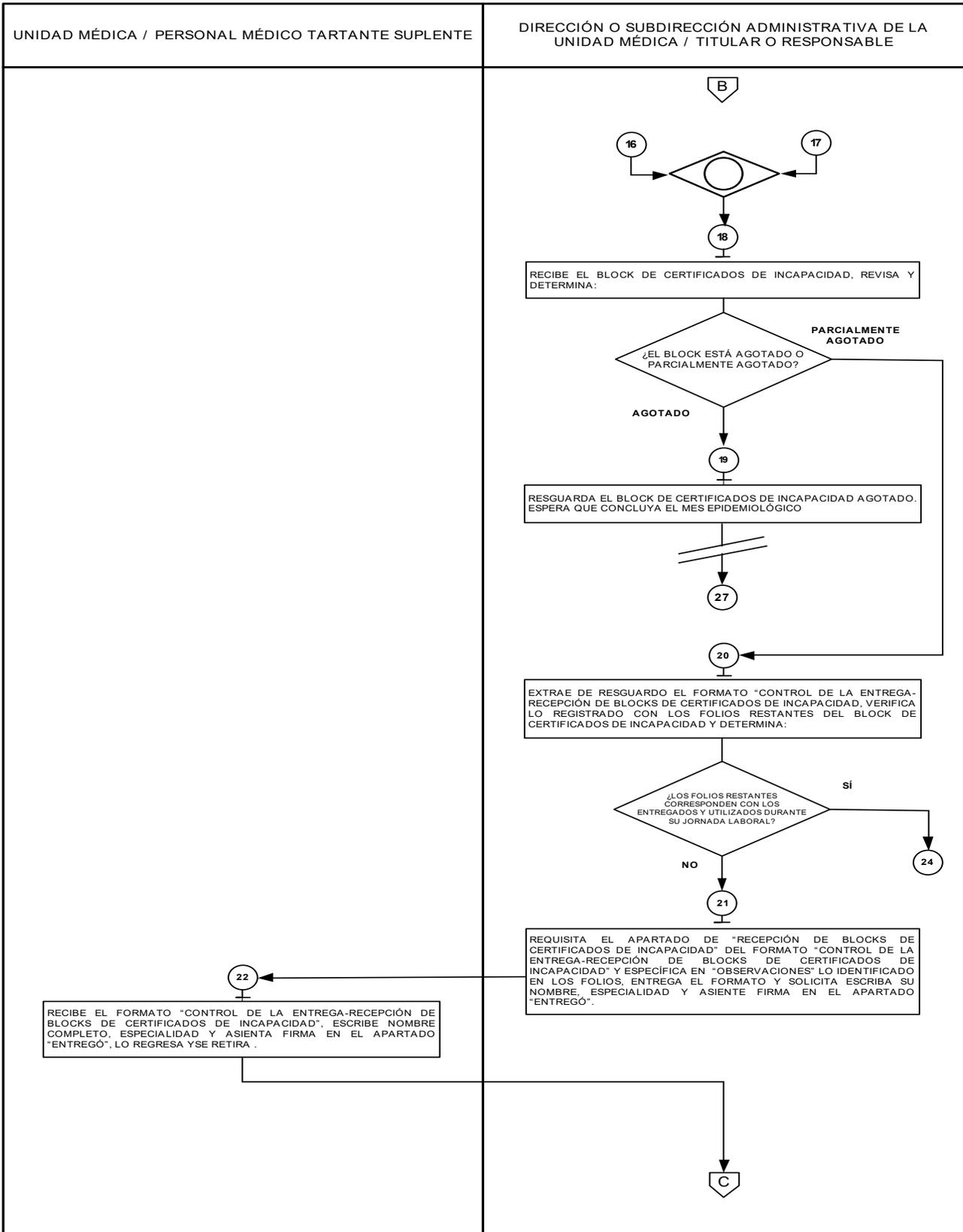
DIAGRAMACIÓN:



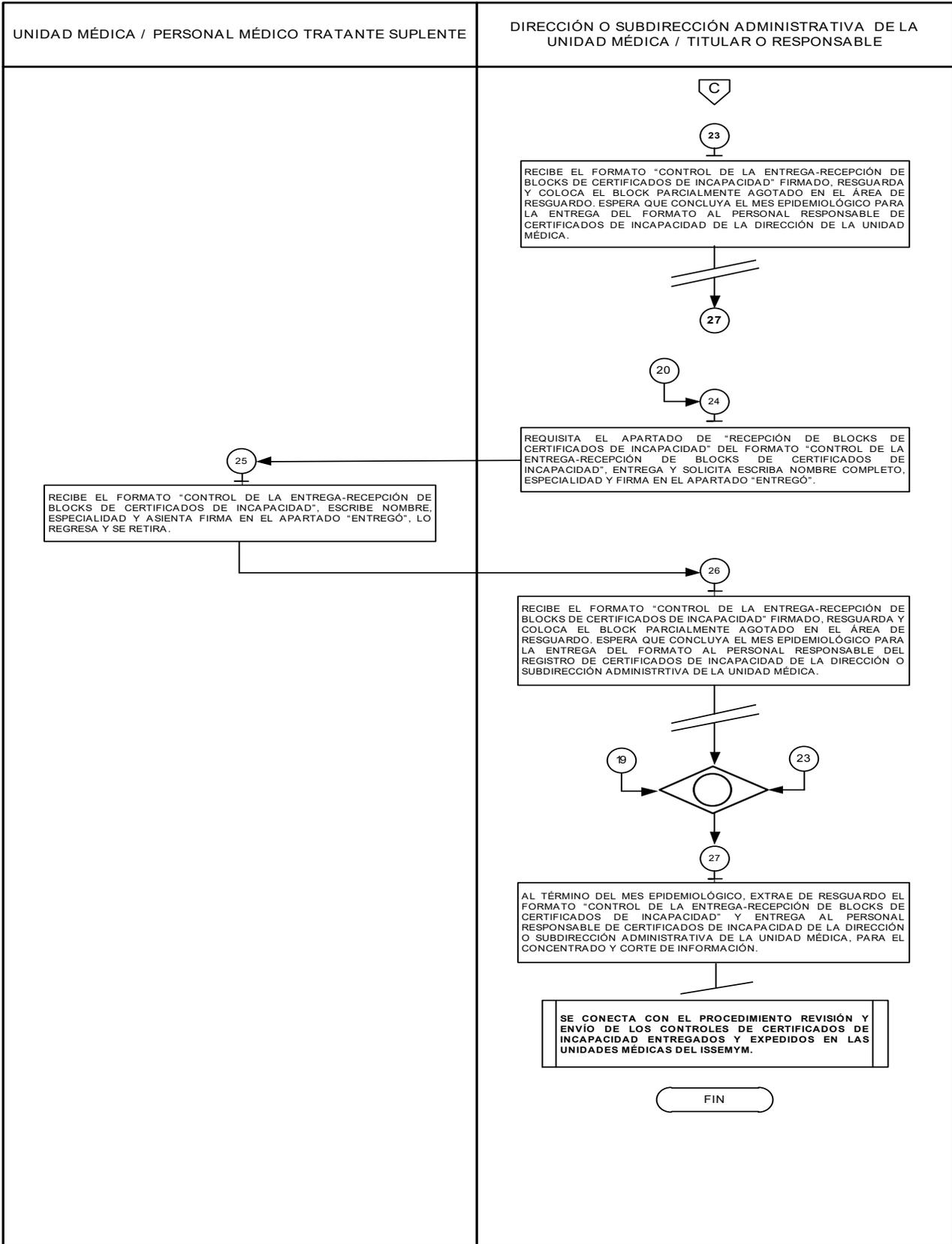
PROCEDIMIENTO: DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE SUPLENTE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.



PROCEDIMIENTO: DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE SUPLENTE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYS.



PROCEDIMIENTO: DOTACIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD AL PERSONAL MÉDICO TRATANTE SUPLENTE AUTORIZADO EN UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.



FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad
(14 000 00L/104/24)

FORMATO: CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD
(14 000 00L/104/24)

Coordinación de Servicios de Salud													
CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD													
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD													
2/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):													
1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN:													
14/ OBSERVACIONES													
13/ ENTREGO													
12/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA													
11/ RECIBIÓ													
10/ NUM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS													
9/ SERIE													
8/ NUM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN													
7/ HORA DE RECEPCIÓN													
6/ FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)													
5/ NUM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD													
14 000 00L/104/24													

Coordinación de Servicios de Salud



CONTROL DE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD

4/ DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN DONDE SE REALIZA LA ENTREGA-RECEPCIÓN:

3/ CLUJES:

13/ NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	16/ FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	37/ HORA DE ENTREGA	18/ NÚM. DE BLOCS QUE SE ENTREGAN	19/ SERIE	20/ NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCS	21/ EXISTENCIAS ACTUALES		ENTREGA DE BLOCS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD			25/ OBSERVACIONES	
						DEL	AL	22/ ENTREGÓ	23/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	24/ RECIBÍÓ		
										NOMBRE COMPLETO	CARGO, ÁREA Y/O ESPECIALIDAD	FIRMA

14 000 000/104/24

Instructivo para llenar el formato: Control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad.		
Objetivo: Llevar el control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad entre las unidades médicas, administrativas y regiones del Instituto.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica, administrativa o región donde se realiza la entrega-recepción de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/104/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Anotar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que elabora el formato. Ejemplo: Subdirección de Atención Médica, Centro Médico ISSEMYM Toluca o Región IV, según sea el caso.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica. En caso de tratarse de unidades administrativas o regiones anotar NO APLICA .
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Registrar el domicilio completo: nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y entidad federativa, de la unidad médica, administrativa o región donde se lleva a cabo la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
5	NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	Asentar el número de oficio o folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, según corresponda.
6	FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
7	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar con número la hora y minutos en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
8	NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	Indicar el número de blocks de certificados de incapacidad que se reciben.
9	SERIE	Escribir la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se reciben.
10	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Registrar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término, que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se reciben. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
11	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
12	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	Indicar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que realiza la entrega los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Subdirección de Logística y Control Patrimonial, Subdirección de Atención Médica, Región V o Hospital Regional Toluca.
13	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
14	OBSERVACIONES	Anotar cualquier situación que se considere relevante derivado de la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
ENTREGA DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
15	NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	Indicar el número de folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad.

16	FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	Escribir la fecha (día, mes y año) en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
17	HORA DE ENTREGA	Anotar con número la hora y minutos en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
18	NÚM. DE BLOCKS QUE SE ENTREGAN	Registrar el número de blocks de certificados de incapacidad que se entregan.
19	SERIE	Asentar la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se entregan.
20	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Indicar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se entregan. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
21	EXISTENCIAS ACTUALES	Anotar el número de blocks de certificados de incapacidad existentes en la unidad médica, administrativa o región (después de realizar la entrega correspondiente).
22	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	Registrar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que recibe los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Región VI, Hospital Regional Tlalnepantla, Consultorio Ocoyoacac, según corresponda.
24	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
25	OBSERVACIONES	Especificar cualquier situación que se considere relevante derivada de la entrega-recepción de los certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/05
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

REVISIÓN Y ENVÍO DE LOS CONTROLES DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD ENTREGADOS Y EXPEDIDOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Integrar debidamente la información mensual referente a los controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos en las unidades médicas del ISSEMYM, mediante la conciliación de la información contenida en dichos controles.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo I, Artículo 3, Capítulo II Artículo 6, Artículos 8 – 10, Capítulo V, Artículo 24, Capítulo VI, Artículos 27 – 29, Capítulo VII, Artículos 30 y 31. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 21 de septiembre 2017.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401410200L Subdirección de Atención Médica. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 27 de mayo de 2021.

- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Certificado de incapacidad:	Documento médico-legal que expide el médico tratante a la persona servidora pública que solicita su atención en la unidad médica de adscripción o referencia, certificando la imposibilidad física o mental, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.
Expedición de certificado de incapacidad:	Acto, exclusivamente médico, mediante el cual se requisita el formato denominado "Certificado de Incapacidad" previa integración del diagnóstico y reconocimiento de la necesidad de incapacidad de la persona servidora pública, entregando original y primera copia a esta para los fines que competan, dejando evidencia de la expedición en la "Nota de Evolución" del Expediente Clínico de la persona servidora pública.
Mes Epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Sistema Único de Verificación de la Información (SUVI):	Sistema de orden institucional mediante el cual las unidades que conforman la red de prestación de servicios de atención a la salud informan las actividades realizadas en las diferentes áreas y unidades de tratamiento que las conforman, durante el mes estadístico correspondiente de acuerdo con el calendario epidemiológico de corte y entrega de información mensual de cada año emitido por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del ISSEMYM.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (Consultorios, Clínicas de Consulta Externa A y B, Clínicas Regionales, Hospitales Regionales, Centros Médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

INSUMOS:

- "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad".
- "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos".

RESULTADOS:

- Controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la unidad médica, revisados y enviados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante de Base Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante Suplente Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

- La persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención deberá enviar en tiempo y forma el "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos" y el "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad" al personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica, en caso de incumplimiento, deberá enviar dicha información en el corte del siguiente mes epidemiológico, justificando las causas del incumplimiento.
- El análisis de la información que realice la persona enlace de Región a los formatos "Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos" y "Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad", será en estricto apego al Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del ISSEMYM, debiendo identificar las inconsistencias que observe en la información de los citados controles tales como.
 - Emisión repetitiva de Certificados de Incapacidad,

- Número de días otorgados mayores a los permitidos, y
 - Personal Médico que otorga el mayor número de Certificados de Incapacidad.
 - Que el número de certificados de incapacidad emitidos en la unidad médica no coincida con los reportados en el Sistema Único de Verificación de Información (SUVI).
- La Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación (UIPPE), es la responsable de dirigir, supervisar y controlar las actividades de recopilación, procesamiento, análisis, validación y divulgación de la información contenida en el Sistema Único de Verificación de la Información (SUVI), así como de remitir a las instancias correspondientes la información solicitada relacionada con las actividades de las Unidades Médicas del ISSEMYM.

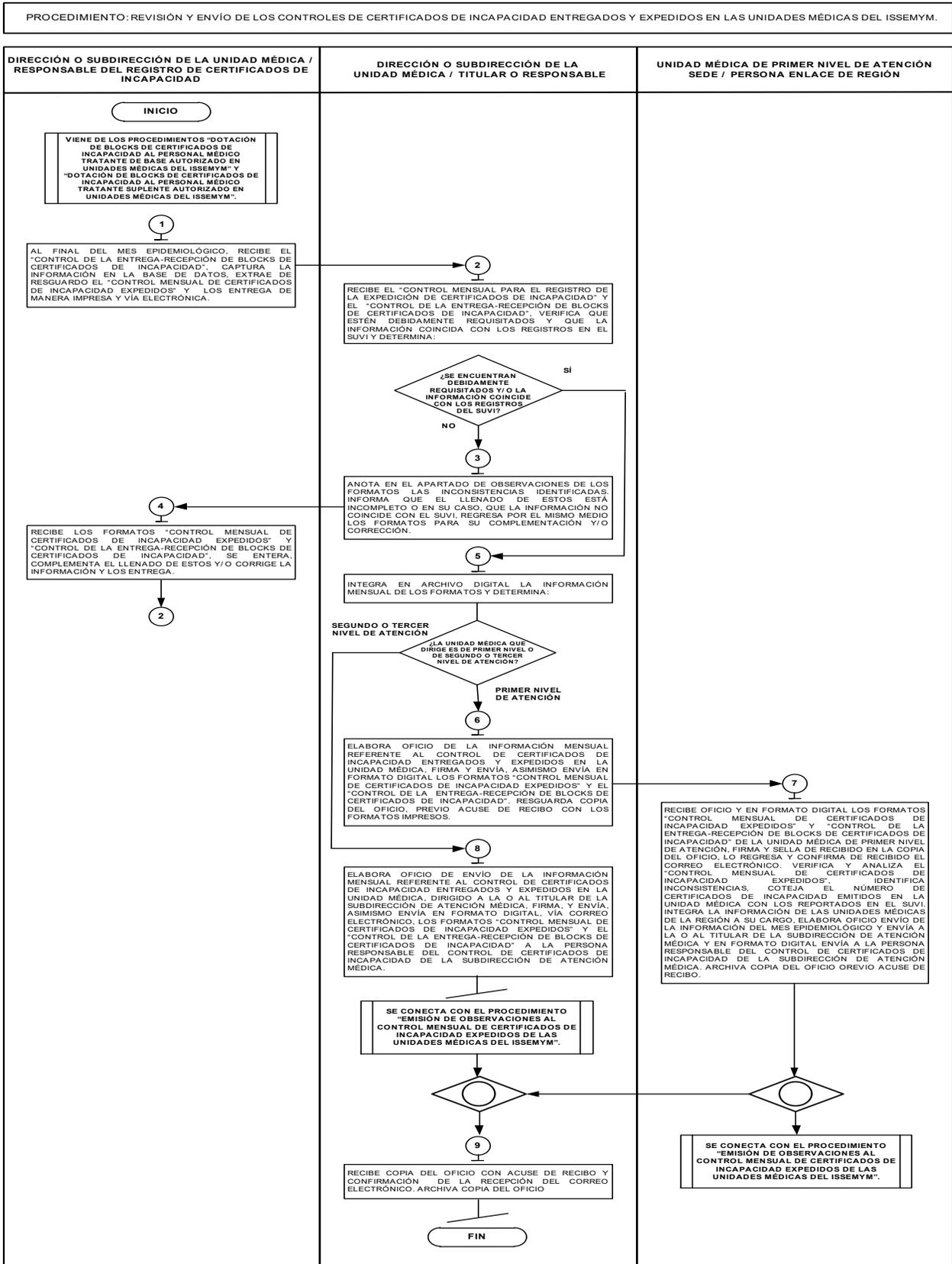
DESARROLLO:

Procedimiento: Revisión y envío de los controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Viene de los procedimientos “Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante de Base Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM” y “Dotación de Blocks de Certificados de Incapacidad al Personal Médico Tratante Suplente Autorizado en Unidades Médicas del ISSEMYM”.</p> <p>Al final del mes epidemiológico, recibe de la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica el formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, captura la información en la base de datos correspondiente, extrae de resguardo el formato “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y entrega de manera impresa y en formato digital vía electrónica junto con el “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.</p>
2.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe de manera impresa y digital vía electrónica los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, revisa que estén debidamente requisitados y que la información coincida con los registros en el Sistema Único de Verificación de la Información (SUVI) y determina:</p> <p>¿Los formatos se encuentran debidamente requisitados y/o la información coincide con los registros del SUVI?</p>
3.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Los formatos no se encuentran debidamente requisitados y/o la información no coincide con los registros del SUVI.</p> <p>Anota en el apartado “observaciones” de los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y del “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” las inconsistencias identificadas. Informa a la persona responsable del registro de certificados de incapacidad que el llenado de estos está incompleto o en su caso, que la información no coincide con el SUVI y los regresa por el mismo medio para su complementación y/o corrección.</p>
4.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Responsable del Registro de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, se entera de las inconsistencias identificadas, complementa el llenado de estos y/o corrige la información del SUVI. Entrega de manera impresa y en formato digital vía electrónica a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica.</p> <p>Se conecta con la actividad número 2.</p>

5.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Los formatos se encuentran debidamente requisitados y la información coincide con los registros del SUVI.</p> <p>Integra en archivo digital la información mensual de los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y del “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” y determina:</p> <p>¿La Unidad Médica que dirige es de Primer Nivel de Atención o de Segundo y Tercer Nivel de Atención?</p>
6.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>La Unidad Médica que dirige es de Primer Nivel de Atención.</p> <p>Elabora oficio de la información mensual referente al control de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la unidad médica de primer nivel de atención, firma, obtiene copia del oficio y lo envía a la persona enlace de Región, asimismo le envía en formato digital vía correo electrónico los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y el “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”. Resguarda en archivo de control la copia del oficio, previo acuse de recibido junto con los formatos impresos.</p>
7.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención Sede / Persona Enlace de Región	<p>Recibe oficio y vía correo electrónico los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención de la región a su cargo, firma y sella de recibido en la copia del oficio y lo regresa a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica, asimismo confirma de recibido el correo electrónico.</p> <p>Verifica en el “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” el número de días otorgados, diagnósticos y nombre de las personas servidoras públicas a las que se les expide el certificado de incapacidad; analiza la información e identifica inconsistencias. Integra la información de las unidades médicas de la región a su cargo, elabora oficio de la información mensual en el cual menciona las inconsistencias encontradas durante su revisión y envía a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica; asimismo envía en formato digital los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” a la persona responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica. Archiva copia del oficio previo acuse de recibo.</p> <p>Se conecta con el procedimiento Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.</p>
8.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>La unidad médica que dirige es de Segundo y Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Elabora oficio de la información mensual referente al control de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la unidad, firma, obtiene copia del oficio y lo envía a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica; asimismo, envía en formato digital los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” al personal responsable del control de certificados de incapacidad de la Subdirección de Atención Médica.</p> <p>Se conecta con el procedimiento Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.</p>
9.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica / Titular o responsable	<p>Recibe copia del oficio con firma y sello de recibido y confirmación del correo electrónico. Archiva copia del oficio.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>

DIAGRAMACIÓN:



Instructivo para llenar el formato: Control mensual de certificados de incapacidad expedidos.		
Objetivo: Llevar el control mensual de los certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del Instituto, para el seguimiento correspondiente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica.		
Clave: 14 000 00L/105/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se requisita el formato.
2	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) de la unidad médica, según corresponda.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo de la unidad médica: nombre completo de la calle, número exterior y/o interior, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa.
5	MES	Especificar el mes en el que se realiza el control, según corresponda.
6	PERIODO	Registrar la fecha (día, mes y año) de inicio y término del periodo en que se realiza el control.
7	NÚM. CONSECUTIVO ANUAL	Escribir el número progresivo anual que corresponda al certificado de incapacidad.
8	NÚM. CONSECUTIVO MENSUAL	Asentar el número progresivo mensual asignado al certificado de incapacidad.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a quien se expidió el certificado de incapacidad.
10	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública incluyendo el tipo de derechohabiente. Ejemplo: 9845751-1
11	SERIE Y FOLIO DEL CERTIFICADO DEL INCAPACIDAD	Especificar la serie y el número de folio del certificado de incapacidad.
12	CLASIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD	Macar con una X en el recuadro correspondiente a la clasificación de la incapacidad.
13	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD	En caso de tratarse de una incapacidad por maternidad, marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de incapacidad (prenatal, enlace o posnatal).
14	PERIODO DE LA INCAPACIDAD	Registrar la fecha (día, mes y año de inicio y término del periodo de la incapacidad.

15	FECHA DE EXPEDICIÓN	Indicar la fecha (día, mes y año) en que fue expedido del certificado de incapacidad.
16	NÚM. DE DÍAS OTORGADOS	Anotar el número de días (naturales) de incapacidad otorgados a la persona servidora pública.
17	NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA	Escribir el nombre completo de la Institución o Dependencia de Gobierno, donde labora la persona servidora pública.
18	TEMPORALIDAD DE LA INCAPACIDAD POR PADECIMIENTO ACTUAL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la temporalidad de la incapacidad (primera vez, subsecuente o recaída).
19	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico por el que se expide el certificado de incapacidad.
20	CIE	Registrar el código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) correspondiente.
21	SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Indicar el nombre completo del servicio hospitalario en el que se expide el certificado de incapacidad. Ejemplo: Ginecología y Obstetricia.
22	TURNOS EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Anotar el turno en el que se expide el certificado de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad.
24	TIPO DE CONTRATACIÓN DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de contratación de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad: base, contrato o suplente.
25	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad es autorizado o cancelado.
26	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES REQUISITADO DE FORMA	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad se requisita de forma manuscrita o electrónica.
27	¿LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA FUE ATENDIDA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si la persona servidora pública fue atendida en otra institución de salud.
28	OBSERVACIONES	Especificar la información que se considere relevante. Ejemplo: Cancelación de certificado de incapacidad, no se autoriza por la o el titular de la Dirección de la Unidad Médica.

Instructivo para llenar el formato: Control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad.		
Objetivo: Llevar el control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad entre las unidades médicas, administrativas y regiones del Instituto.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica, administrativa o región donde se realiza la entrega-recepción de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/104/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Anotar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que elabora el formato. Ejemplo: Subdirección de Atención Médica, Centro Médico ISSEMYM Toluca o Región IV, según sea el caso.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica. En caso de tratarse de unidades administrativas o regiones anotar NO APLICA .
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Registrar el domicilio completo: nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y entidad federativa, de la unidad médica, administrativa o región donde se lleva a cabo la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
5	NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	Asentar el número de oficio o folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, según corresponda.
6	FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
7	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar con número la hora y minutos en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
8	NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	Indicar el número de blocks de certificados de incapacidad que se reciben.
9	SERIE	Escribir la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se reciben.
10	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Registrar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término, que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se reciben. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
11	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
12	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	Indicar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que realiza la entrega los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Subdirección de Logística y Control Patrimonial, Subdirección de Atención Médica, Región V o Hospital Regional Toluca.
13	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
14	OBSERVACIONES	Anotar cualquier situación que se considere relevante derivado de la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
ENTREGA DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
15	NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	Indicar el número de folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad.

16	FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	Escribir la fecha (día, mes y año) en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
17	HORA DE ENTREGA	Anotar con número la hora y minutos en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
18	NÚM. DE BLOCKS QUE SE ENTREGAN	Registrar el número de blocks de certificados de incapacidad que se entregan.
19	SERIE	Asentar la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se entregan.
20	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Indicar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se entregan. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
21	EXISTENCIAS ACTUALES	Anotar el número de blocks de certificados de incapacidad existentes en la unidad médica, administrativa o región (después de realizar la entrega correspondiente).
22	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	Registrar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que recibe los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Región VI, Hospital Regional Tlalnepantla, Consultorio Ocoyoacac, según corresponda.
24	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
25	OBSERVACIONES	Especificar cualquier situación que se considere relevante derivada de la entrega-recepción de los certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/06
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

EMISIÓN DE OBSERVACIONES A LOS CONTROLES DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Identificar las inconsistencias de la información contenida en los controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos por las unidades médicas del ISSEMYM, mediante la emisión de observaciones a los mismos para el seguimiento correspondiente.

REFERENCIAS:

- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo I, Artículo 3, Capítulo II Artículo 6, Artículos 8 – 10, Capítulo V, Artículo 24, Capítulo VI, Artículos 27 – 29, Capítulo VII, Artículos 30 y 31. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 21 de septiembre 2017.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401410200L Subdirección de Atención Médica. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 27 de mayo de 2021.

- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Certificado de incapacidad:	Documento médico–legal que expide el médico tratante a la persona servidora pública que solicita su atención en la unidad médica de adscripción o referencia, certificando la imposibilidad física o mental, para laborar por causas de accidente, enfermedad o maternidad.
Expedición de certificado de incapacidad:	Acto, exclusivamente médico, mediante el cual se requisita el formato denominado “Certificado de Incapacidad” previa integración del diagnóstico y reconocimiento de la necesidad de incapacidad de la persona servidora pública, entregando original y primera copia a esta para los fines que competan, dejando evidencia de la expedición en la “Nota de Evolución” del Expediente Clínico de la persona servidora pública.
Mes Epidemiológico:	Periodo de tiempo transcurrido entre el día de corte de información y su símil del periodo siguiente de acuerdo con el Calendario Epidemiológico de Corte y Entrega de Información Mensual del año en curso dado a conocer por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del Instituto.
Personal Médico Tratante:	Médica o médico con título y cédula profesional adscrita o adscrito al Instituto, autorizada o autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión en territorio nacional; la o el cual, en el desempeño de sus funciones atiende a pacientes con acciones dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener y/o recuperar su estado de salud conforme a la normatividad oficial mexicana vigente en materia de prestación de servicios de salud.
Sistema Único de Verificación de la Información (SUVI):	Sistema de orden institucional mediante el cual las unidades que conforman la red de prestación de servicios de atención a la salud informan las actividades realizadas en las diferentes áreas y unidades de tratamiento que las conforman, durante el mes estadístico correspondiente de acuerdo con el calendario epidemiológico de corte y entrega de información mensual de cada año emitido por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación del ISSEMYM.
Unidad Médica:	Establecimiento de salud cualquiera que sea su denominación (Consultorios, Clínicas de Consulta Externa A y B, Clínicas Regionales, Hospitales Regionales, Centros Médicos, Hospital Materno Infantil y Centro Oncológico Estatal) pertenecientes al Instituto, que tenga como finalidad la atención a pacientes ambulatorios u hospitalarios, para fines de prevención, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

INSUMOS:

- Oficio de envío de la información referente al control de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención.
- “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos”.
- “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”.

RESULTADOS:

- Observaciones a los controles de certificados de incapacidad entregados y expedidos en las unidades médicas del ISSEMYM emitidas.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de la Información de los Controles de certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Emisión del Acta de Resolución de los Casos Sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada del ISSEMYM.

POLÍTICAS:

- El análisis de la información que realice el personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica a los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, será en estricto apego al Reglamento Interno para la Expedición de

Certificados de Incapacidad del ISSEMYM, debiendo identificar las inconsistencias que observe en la información de los citados controles tales como.

- Emisión repetitiva de Certificados de Incapacidad,
 - Número de días otorgados mayores a los permitidos, y
 - Personal Médico que otorga el mayor número de Certificados de Incapacidad.
- La persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección de la Unidad Médica de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención deberá enviar en tiempo y forma el “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y el “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” al personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica, en caso de incumplimiento deberá enviar dicha información en el corte del siguiente mes epidemiológico, justificando las causas del incumplimiento.
- El personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica, de ser el caso, deberá informar a la persona Enlace de Región de las Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención que incumplieron con la entrega de la información referente a los controles de certificados de incapacidad para su entrega en el corte del siguiente mes epidemiológico.

DESARROLLO:

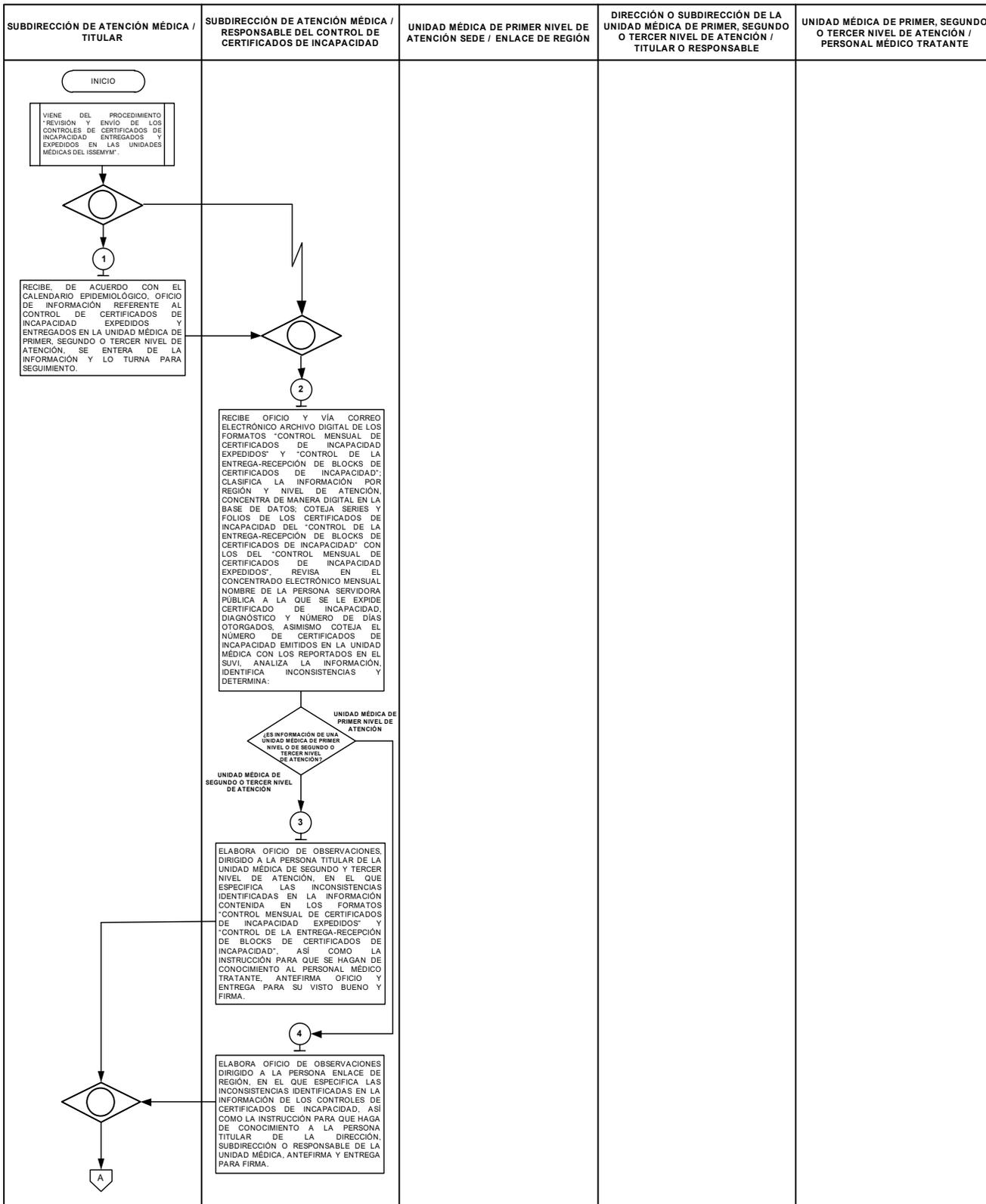
Procedimiento: Emisión de observaciones a los controles de certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del ISSEMYM.

No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Viene del procedimiento Revisión y Envío de los Controles de certificados de Incapacidad Entregados y Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.</p> <p>Recibe, de acuerdo con el calendario epidemiológico, oficio de información referente al control de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención, se entera de la información y lo turna al personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica, para seguimiento.</p>
2.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe oficio de información referente al control de certificados de incapacidad entregados y expedidos en la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención, y vía correo electrónico archivo digital de los formatos de “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”; clasifica la información por región y nivel de atención y la concentra de manera digital en la base de datos para su control; coteja las series y folios de los certificados de incapacidad del formato “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad” con los del formato “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y revisa en el concentrado electrónico mensual el nombre de la persona servidora pública a la que se le expide el certificado de incapacidad, diagnóstico y número de días otorgados, analiza la información, identifica inconsistencias y determina:</p> <p>¿Es información de una Unidad Médica de Primer Nivel de Atención o de una Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención?</p>
3.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Es información de una Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Elabora oficio de observaciones, dirigido a la persona titular de la Unidad Médica de Segundo y Tercer Nivel de Atención, en el que especifica las inconsistencias identificadas en la información contenida en los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, así como la instrucción para que se hagan de conocimiento al personal médico tratante, antefirma el oficio y lo entrega a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica para su visto bueno y firma.</p> <p>Se conecta con la actividad número 5.</p>

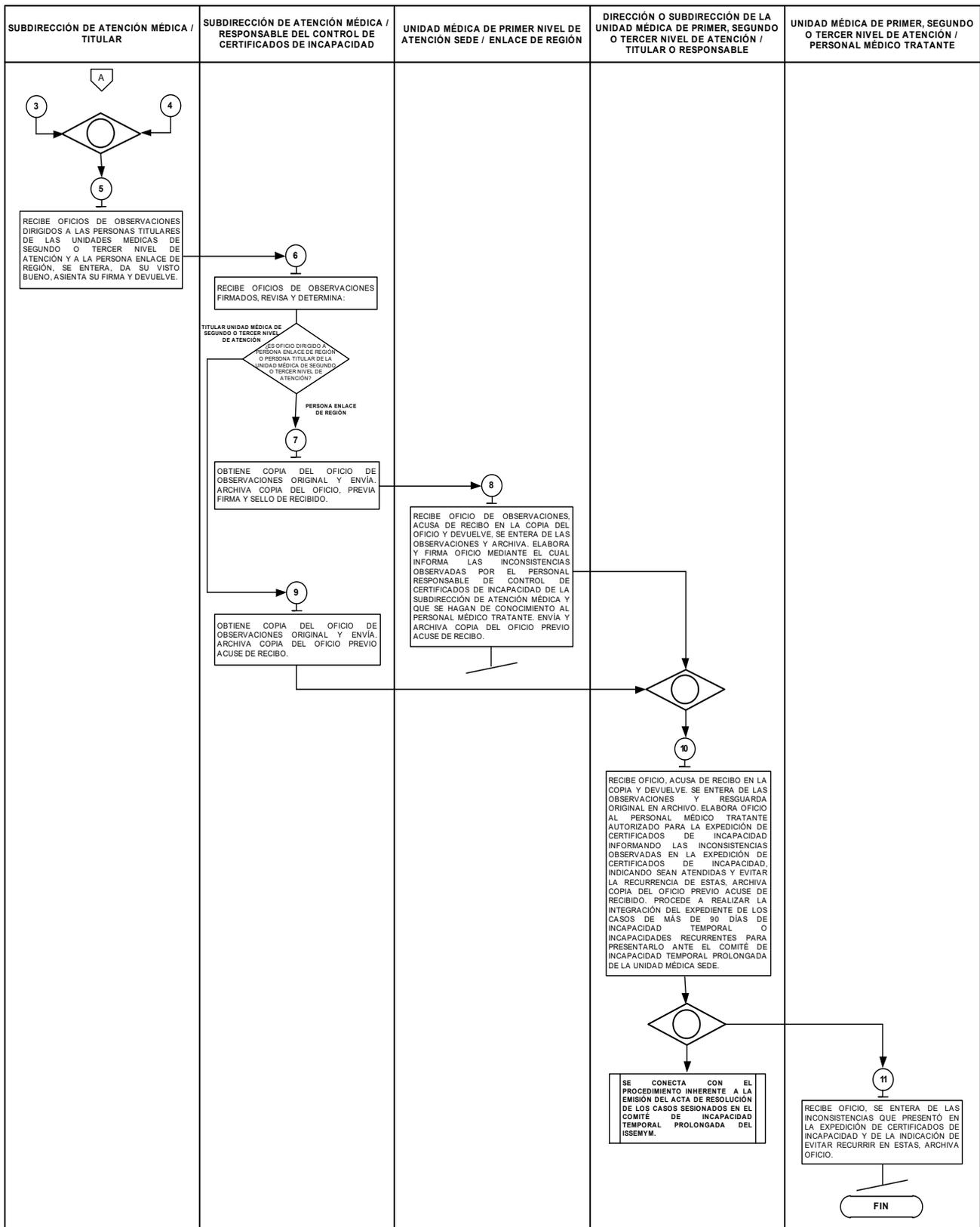
4.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Es información de una Unidad Médica de Primer Nivel de Atención.</p> <p>Elabora oficio de observaciones dirigido a la persona Enlace de Región, en el que especifica las inconsistencias identificadas en la información contenida en los formatos “Control Mensual de Certificados de Incapacidad Expedidos” y “Control de la Entrega-Recepción de Blocks de Certificados de Incapacidad”, así como la instrucción para que haga de conocimiento a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención; antefirma el oficio y entrega a la persona titular de la Subdirección de Atención Médica para firma.</p>
5.	Subdirección de Atención Médica / Titular	<p>Viene de la actividad número 3.</p> <p>Recibe oficio de observaciones dirigido a la persona titular de las Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención y a la persona Enlace de Región, se entera de la información contenida en estos, da su visto bueno, asienta su firma autógrafa y devuelve al personal responsable del Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica.</p>
6.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Recibe oficios de observaciones firmados, revisa y determina:</p> <p>¿Es un oficio dirigido a la persona Enlace de Región o a la persona titular o responsable de la Dirección o Subdirección de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención?</p>
7.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Es un oficio dirigido a la persona Enlace de Región.</p> <p>Obtiene copia del oficio de observaciones original y envía a la persona Enlace de Región. Archiva copia del oficio para su control, previa firma y sello de recibido.</p>
8.	Unidad Médica de Primer Nivel de Atención Sede / Persona Enlace de Región	<p>Recibe oficio de observaciones en original y copia, acusa de recibo en la copia del oficio y devuelve, se entera de las observaciones y archiva. Elabora y firma oficio mediante el cual informa las inconsistencias observadas por el personal responsable de Control de Certificados de Incapacidad de la Subdirección de Atención Médica y que se hagan de conocimiento al personal médico tratante. Envía a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica de Primer Nivel de Atención y archiva copia del oficio previo acuse de recibo.</p> <p>Se conecta con la actividad número 10.</p>
9.	Subdirección de Atención Médica / Responsable del Control de Certificados de Incapacidad	<p>Es un oficio dirigido a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención.</p> <p>Obtiene copia del oficio de observaciones original y envía a la persona titular de la Dirección, Subdirección o responsable de la Unidad Médica de Segundo o Tercer Nivel de Atención. Archiva copia del oficio para su control, previo acuse de recibo.</p>
10.	Dirección o Subdirección de la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Titular o responsable	<p>Recibe oficio de observaciones en original y copia, acusa de recibo en la copia del oficio y devuelve. Se entera de las observaciones y lo resguarda en archivo. Elabora oficio dirigido al personal médico tratante autorizado para la expedición de certificados de incapacidad de la Unidad Médica a su cargo, informando las inconsistencias observadas en la expedición de certificados de incapacidad, indicando sean atendidas y evitar la recurrencia de estas, archiva copia del oficio previo acuse de recibido.</p> <p>Procede a la integración del expediente de los casos de más de 90 días de incapacidad temporal o incapacidades recurrentes que rebasan el periodo de recuperación prescritos por el personal médico tratante a la persona servidora pública, para presentarlo ante el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada de la Unidad Médica Sede.</p> <p>Se conecta con el procedimiento “Emisión del Acta de Resolución de los Casos Sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada del ISSEMYM”.</p>
11.	Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Personal Médico Tratante	<p>Recibe oficio, acusa de recibido en la copia y devuelve, se entera de las inconsistencias que presentó en la expedición de certificados de incapacidad y de la indicación de evitar recurrir en estas y archiva oficio.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO: EMISIÓN DE OBSERVACIONES A LOS CONTROLES DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.



PROCEDIMIENTO: EMISIÓN DE OBSERVACIONES A LOS CONTROLES DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD EXPEDIDOS EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM.



Instructivo para llenar el formato: Control mensual de certificados de incapacidad expedidos.		
Objetivo: Llevar el control mensual de los certificados de incapacidad expedidos en las unidades médicas del Instituto, para el seguimiento correspondiente.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica.		
Clave: 14 000 00L/105/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se requisita el formato.
2	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) de la unidad médica, según corresponda.
3	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el domicilio completo de la unidad médica: nombre completo de la calle, número exterior y/o interior, colonia, localidad, municipio, código postal y entidad federativa.
5	MES	Especificar el mes en el que se realiza el control, según corresponda.
6	PERIODO	Registrar la fecha (día, mes y año) de inicio y término del periodo en que se realiza el control.
7	NÚM. CONSECUTIVO ANUAL	Escribir el número progresivo anual que corresponda al certificado de incapacidad.
8	NÚM. CONSECUTIVO MENSUAL	Asentar el número progresivo mensual asignado al certificado de incapacidad.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública a quien se expidió el certificado de incapacidad.
10	CLAVE ISSEMYM	Indicar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública incluyendo el tipo de derechohabiente. Ejemplo: 9845751-1
11	SERIE Y FOLIO DEL CERTIFICADO DEL INCAPACIDAD	Especificar la serie y el número de folio del certificado de incapacidad.
12	CLASIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD	Macar con una X en el recuadro correspondiente a la clasificación de la incapacidad.
13	INCAPACIDAD POR MATERNIDAD	En caso de tratarse de una incapacidad por maternidad, marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de incapacidad (prenatal, enlace o posnatal).

14	PERIODO DE LA INCAPACIDAD	Registrar la fecha (día, mes y año de inicio y término del periodo de la incapacidad.
15	FECHA DE EXPEDICIÓN	Indicar la fecha (día, mes y año) en que fue expedido del certificado de incapacidad.
16	NÚM. DE DÍAS OTORGADOS	Anotar el número de días (naturales) de incapacidad otorgados a la persona servidora pública.
17	NOMBRE COMPLETO DE LA DEPENDENCIA	Escribir el nombre completo de la Institución o Dependencia de Gobierno, donde labora la persona servidora pública.
18	TEMPORALIDAD DE LA INCAPACIDAD POR PADECIMIENTO ACTUAL	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la temporalidad de la incapacidad (primera vez, subsecuente o recaída).
19	DIAGNÓSTICO MÉDICO	Asentar el diagnóstico médico por el que se expide el certificado de incapacidad.
20	CIE	Registrar el código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) correspondiente.
21	SERVICIO HOSPITALARIO EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Indicar el nombre completo del servicio hospitalario en el que se expide el certificado de incapacidad. Ejemplo: Ginecología y Obstetricia.
22	TURNOS EN EL QUE SE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Anotar el turno en el que se expide el certificado de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO QUE EXPIDE LA INCAPACIDAD	Escribir apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad.
24	TIPO DE CONTRATACIÓN DE LA MÉDICA O DEL MÉDICO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de contratación de la médica o del médico que expide el certificado de incapacidad: base, contrato o suplente.
25	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad es autorizado o cancelado.
26	EL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD ES REQUISITADO DE FORMA	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si el certificado de incapacidad se requisita de forma manuscrita o electrónica.
27	¿LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA FUE ATENDIDA EN OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD?	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, si la persona servidora pública fue atendida en otra institución de salud.
28	OBSERVACIONES	Especificar la información que se considere relevante. Ejemplo: Cancelación de certificado de incapacidad, no se autoriza por la o el titular de la Dirección de la Unidad Médica.

Instructivo para llenar el formato: Control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad.		
Objetivo: Llevar el control de la entrega-recepción de blocks de certificados de incapacidad entre las unidades médicas, administrativas y regiones del Instituto.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se archiva en la unidad médica, administrativa o región donde se realiza la entrega-recepción de certificados de incapacidad.		
Clave: 14 000 00L/104/24.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Anotar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que elabora el formato. Ejemplo: Subdirección de Atención Médica, Centro Médico ISSEMYM Toluca o Región IV, según sea el caso.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Indicar la fecha (día, mes y año) de elaboración del formato.
3	CLUES	Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) correspondiente a la unidad médica. En caso de tratarse de unidades administrativas o regiones anotar NO APLICA .
4	DOMICILIO COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN	Registrar el domicilio completo: nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, municipio y entidad federativa, de la unidad médica, administrativa o región donde se lleva a cabo la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
RECEPCIÓN DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
5	NÚM. DE OFICIO O FOLIO DE SOLICITUD	Asentar el número de oficio o folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad, según corresponda.
6	FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
7	HORA DE RECEPCIÓN	Anotar con número la hora y minutos en que se reciben los blocks de certificados de incapacidad.
8	NÚM. DE BLOCKS QUE SE RECIBEN	Indicar el número de blocks de certificados de incapacidad que se reciben.
9	SERIE	Escribir la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se reciben.
10	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Registrar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término, que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se reciben. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
11	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
12	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE ENTREGA	Indicar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que realiza la entrega los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Subdirección de Logística y Control Patrimonial, Subdirección de Atención Médica, Región V o Hospital Regional Toluca.

13	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
14	OBSERVACIONES	Anotar cualquier situación que se considere relevante derivado de la entrega-recepción de los blocks de certificados de incapacidad.
ENTREGA DE BLOCKS DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD		
15	NÚM. DEL FOLIO DE SOLICITUD	Indicar el número de folio de solicitud de blocks de certificados de incapacidad.
16	FECHA DE ENTREGA (DÍA, MES Y AÑO)	Escribir la fecha (día, mes y año) en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
17	HORA DE ENTREGA	Anotar con número la hora y minutos en que se entregan los blocks de certificados de incapacidad.
18	NÚM. DE BLOCKS QUE SE ENTREGAN	Registrar el número de blocks de certificados de incapacidad que se entregan.
19	SERIE	Asentar la serie (letra que se encuentra antes del número de folio de los certificados de incapacidad) de los blocks que se entregan.
20	NÚM. DE FOLIOS QUE CONTIENEN LOS BLOCKS	Indicar en el recuadro correspondiente los números de folio de inicio y término que contiene los blocks de certificados de incapacidad que se entregan. Ejemplo: DEL 00001 AL 00100.
21	EXISTENCIAS ACTUALES	Anotar el número de blocks de certificados de incapacidad existentes en la unidad médica, administrativa o región (después de realizar la entrega correspondiente).
22	ENTREGÓ	Escribir apellido paterno, apellido materno, nombre(s) y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que entrega los blocks de certificados de incapacidad.
23	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA, ADMINISTRATIVA O REGIÓN QUE RECIBE	Registrar el nombre completo de la unidad médica, administrativa o región que recibe los blocks de certificados de incapacidad. Ejemplo: Región VI, Hospital Regional Tlalnepantla, Consultorio Ocoyoacac, según corresponda.
24	RECIBIÓ	Anotar apellido paterno, apellido materno, nombre(s), cargo, área y/o especialidad y asentar la firma autógrafa de la persona servidora pública que recibe los blocks de certificados de incapacidad.
25	OBSERVACIONES	Especificar cualquier situación que se considere relevante derivada de la entrega-recepción de los certificados de incapacidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD DEL ISSEMYM.	Edición:	Primera
	Fecha:	Noviembre de 2024
	Código:	207C0401400000L/07
	Página:	

PROCEDIMIENTO:

EMISIÓN DEL ACTA DE RESOLUCIÓN DE LOS CASOS SESIONADOS EN EL COMITÉ DE INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA DEL ISSEMYM.

OBJETIVO:

Determinar las acciones de gestión que por ley corresponda a cada asunto que agilicen el tratamiento del diagnóstico clínico de la persona servidora pública para su reincorporación laboral, mediante la emisión del Acta de resolución de los casos que superan los tiempos probables de recuperación sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada DEL ISSEMYM.

REFERENCIAS:

- Ley Federal del Trabajo, Título Noveno, Riesgos de Trabajo, Artículos 472 al 476, 488 y 489; Título Décimo, "Prescripción", Artículo 519, Fracción I y II. Diario Oficial de la Federación, 1º de abril de 1970, reformas y adiciones.
- Ley del Trabajo de los Servidores Públicos del Estado y Municipios, Capítulo III De los Trabajadores del Subsistema Educativo Federalizado, Artículo 133. Gaceta del Gobierno, 23 de octubre de 1998, reformas y adiciones.
- Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, Título Primero De las Disposiciones Generales, Capítulo Único, Artículo 11, Fracción I, numeral 4, Artículo 57, fracción X y Capítulo II De los Riesgos de Trabajo, Artículos 60 al 65. "Gaceta del Gobierno", 3 de enero de 2002, reformas y adiciones.
- Reglamento de Riesgos de Trabajo del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo III De los Riesgos de Trabajo, Artículos 7 al 24. "Gaceta del Gobierno", 27 de diciembre de 2005.
- Reglamento de Prestaciones del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Título Segundo De los Riesgos de Trabajo, Capítulo I De la Determinación de los Riesgos de Trabajo, Artículos 5 al 15. "Gaceta del Gobierno", 3 de julio de 2009.
- Reglamento de Servicios de Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Capítulo Décimo Cuarto Atención Médica de los Riesgos de Trabajo, Artículos 124 al 127. Gaceta del Gobierno", 24 de junio de 2013.
- Reglamento Interior del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo V, Artículo 17, Fracción VI. Gaceta del Gobierno, 8 de septiembre de 2009.
- Reglamento Interno para la Expedición de Certificados de Incapacidad del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Capítulo V De las Atribuciones de las Coordinaciones y Unidades, Artículos 23 al 26. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 05 de junio de 2020, última reforma POGG.
- Manual de Integración y Operación de los Comités de Incapacidad Temporal Prolongada del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 3 de septiembre de 2018.
- Manual General de Organización del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Apartado VII. Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 207C0401400000L Coordinación de Servicios de Salud. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", 27 de mayo de 2021.
- Oficio número 23400000L-0680/2024, emitido por la Oficialía Mayor en el que se envía la codificación estructural preliminar que corresponderá al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, de fecha 1 de abril de 2024.

DEFINICIONES:

Certificado de incapacidad:	Documento médico legal que expide el Médico Tratante, en el formato oficial, a la persona servidora pública en la unidad médica, para hacer constar la incapacidad física o mental para laborar.
Comité de Incapacidad Temporal Prolongada:	Conjunto de personas elegidas para desempeñar una labor determinada, especialmente si tiene autoridad o actúa en representación de un colectivo.
Enfermedad no profesional:	Accidente o enfermedad que no guarda relación con un riesgo de trabajo.
Incapacidad temporal para el trabajo:	Pérdida o disminución de las facultades o aptitudes físicas o mentales, que imposibilitan parcial o totalmente a la persona servidora pública para desempeñar su trabajo por algún tiempo limitado.
Incapacidad temporal prolongada:	Pérdida o disminución de las facultades o aptitudes físicas o mentales, que imposibilitan parcial o totalmente a la persona servidora pública para desempeñar su trabajo que se extiende en el tiempo, por un periodo superior al de recuperación establecido por el diagnóstico clínico o por el curso normal del mismo.
Invitados Especiales:	Personas servidoras públicas que por su especialización o conocimiento sobre los temas que se tratan en la sesión del Comité, considere necesario la Presidenta o el Presidente o la Secretaria o el Secretario Técnico, para aclarar aspectos técnicos administrativos o de cualquier naturaleza, relacionados con los asuntos a tratar en la sesión.

Personal Médico Tratante:	Personal Médico adscrito al ISSEMYM que atiende a la persona servidora pública en la unidad médica.
Resolución:	Opinión colegiada que se emite en el seno del Comité, secundaria al análisis integral del caso, con la finalidad de determinar las acciones de gestión que por ley corresponda a cada asunto.
Riesgos de trabajo:	Accidentes y enfermedades a que están expuestas las personas servidoras públicas en ejercicio o con motivo del trabajo.
Unidad médica:	Consultorios, clínicas de consulta externa, clínicas regionales, hospitales regionales, de especialidades y de alta especialidad en donde se otorga atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica a las personas servidoras públicas.

INSUMOS:

- Solicitud para que sean sesionados los casos de personas servidoras públicas con incapacidad temporal prolongada e incapacidad recurrente.
- Expediente del caso de la persona servidora pública debidamente integrado.

RESULTADOS:

- Acta de la resolución de los casos sesionados emitida.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM.
- Procedimiento inherente a las Acciones de gestión médico-administrativas para la solución de los casos sesionados.

POLÍTICAS:

- Las personas integrantes del Comité deberán ser corresponsables en la aplicación y cumplimiento de este procedimiento y su observancia será de carácter obligatorio; asimismo, deberán asegurar el seguimiento de las acciones de gestión para la resolución de los casos sesionados.
- Las personas titulares de las Unidades Médicas que sometan los casos a consideración del Comité deberán presentar la información en el formato correspondiente, el cual deberá contener de manera enunciativa y no limitativa lo siguiente:
 - Resumen de la información del asunto a tratar.
 - Documentales soporte, las cuales formarán parte del expediente y que servirán de base para la emisión de la resolución en los asuntos a tratar.
- El acta de cada sesión del Comité deberá contener, como requisitos mínimos lo siguiente:
 - Número de la sesión.
 - Fecha de la sesión.
 - Lugar en el que se efectuó la sesión.
 - Asistentes a la sesión.
 - Puntos del orden del día en la secuencia en que fueron tratados.
 - Acuerdos tomados en la sesión, codificándose con tres dígitos el número de sesión y tres dígitos el número de acuerdo.
 - Firma de los asistentes a la sesión.
- Las personas integrantes del Comité deberán determinar de manera colegiada acuerdos y fechas de cumplimiento para la resolución de los casos analizados en sesión.

- Las personas integrantes del Comité deberán sesionar los casos provenientes de las clínicas de consulta externa, con incapacidad temporal que hayan rebasado los días probables de recuperación y casos de incapacidades recurrentes, así como los casos de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de más de 200 días de incapacidad temporal que rebasen los días probables de recuperación, prescritos por el personal Médico Tratante.
- Las personas integrantes del Comité darán prioridad a aquellos casos que tengan mayor número de días de Incapacidad, sin importar la unidad médica de atención donde es atendida la persona servidora pública.

DESARROLLO:

Procedimiento: Emisión del Acta de Resolución de los Casos Sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada del ISSEMYM.

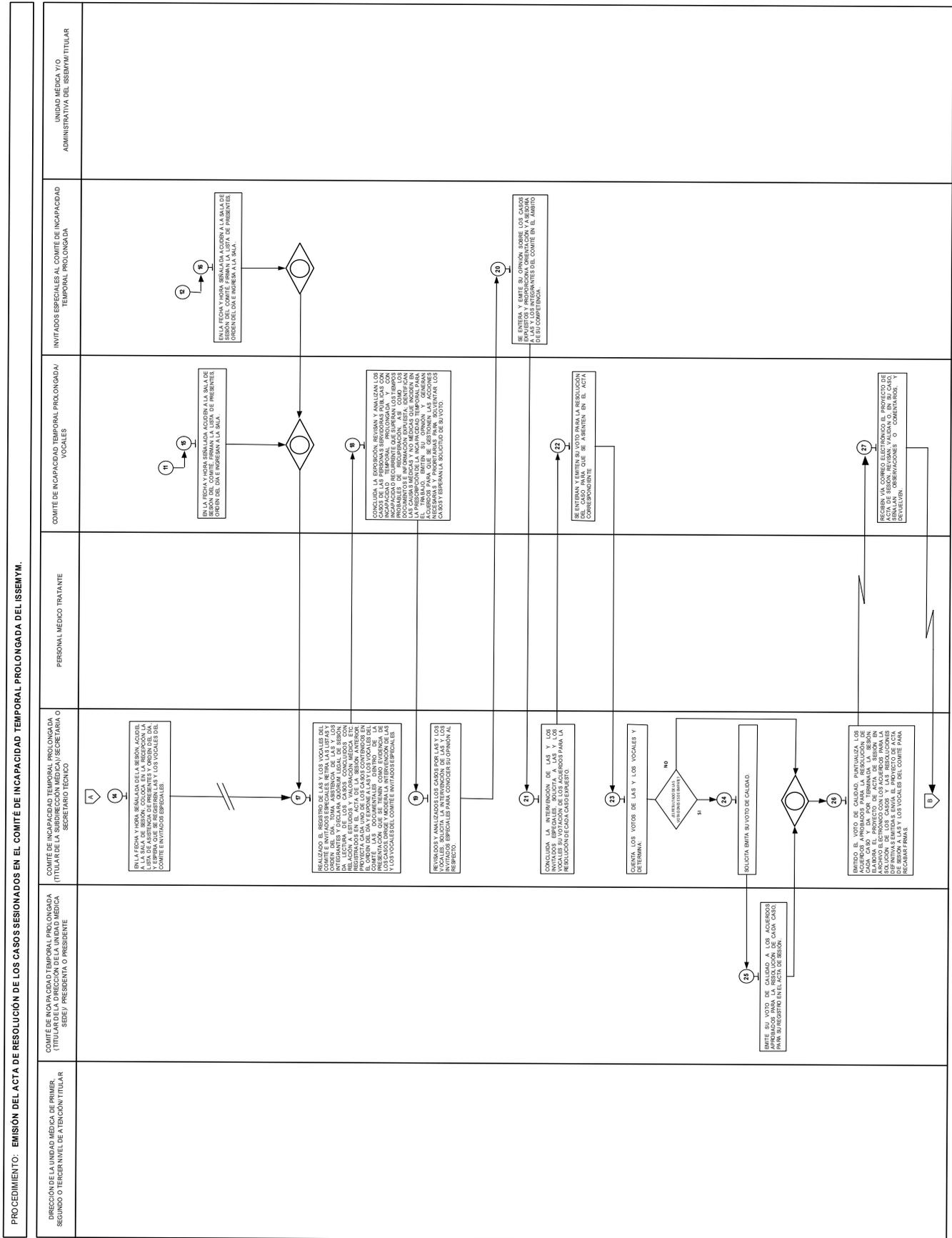
No.	UNIDAD ADMINISTRATIVA/ PUESTO	ACTIVIDAD
1.	Dirección de la Unidad Médica de Primer, Segundo o Tercer Nivel de Atención / Titular	<p>Viene del procedimiento “Emisión de Observaciones a los Controles de Certificados de Incapacidad Expedidos en las Unidades Médicas del ISSEMYM”.</p> <p>De las observaciones al “Control de Certificados de Incapacidad Expedidos en la Unidad Médica”, así como de las solicitudes de las Jefas o los Jefes de Servicio Médico de la revisión de casos, identifica los casos de más de 90 días de incapacidad temporal o incapacidades recurrentes, que rebasan el periodo de recuperación prescritos por el personal médico tratante a la persona servidora pública. Elabora resumen clínico, recaba y adjunta los estudios de laboratorio y gabinete e integra los expedientes de cada caso; asimismo, elabora oficio de solicitud para que se sesionen los casos en original y copia, adjunta los expedientes y los presenta a la Presidenta o al Presidente del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada de la unidad médica sede. Archiva copia del oficio previo acuse de recibido.</p>
2.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Dirección de la Unidad Médica Sede) / Presidenta o Presidente	<p>Recibe oficio de solicitud en original y copia con expedientes de los casos a sesionar, firma, sella de recibido en la copia y devuelve, se entera de la solicitud, turna el oficio y los expedientes a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada para que sean sesionados.</p>
3.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	<p>Recibe el oficio de solicitud y los expedientes de los casos a sesionar, revisa la información, los ordena por unidad médica y de acuerdo con los casos de más de 90 días de incapacidad temporal o incapacidades recurrentes que rebasan el periodo de recuperación prescrito por el personal médico tratante a la persona servidora pública, el número de días acumulados de incapacidad temporal por persona servidora pública, así como por el diagnóstico: enfermedad general o por riesgo de trabajo; asigna número de caso a sesionar a cada expediente y los registra en la base de datos (Registro de seguimiento de los casos presentados). Realiza en archivo electrónico la síntesis de la información de los casos contenida en los expedientes.</p> <p>Elabora oficio, mediante el cual solicita al personal médico tratante las valoraciones médicas (formato “Estudio Médico”, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete etc. y, en su caso, el formato “Alta por Riesgo de Trabajo”) y entrega a la Presidenta o al Presidente del Comité para firma.</p>

4.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Dirección de la Unidad Médica Sede) / Presidenta o Presidente	Recibe oficio de solicitud de las valoraciones médicas, firma y devuelve a la Secretaría o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada para su envío.
5.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Recibe oficio de solicitud de las valoraciones médicas firmado, genera copia y envía al personal médico tratante. Archiva copia del oficio, previo acuse de recibido.
6.	Personal Médico Tratante	Recibe oficio original, acusa de recibido en la copia y devuelve, se entera de la solicitud, requisita el formato "Estudio Médico", adjunta exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y/o el formato "Alta por Riesgo de Trabajo", según sea el caso, y envía mediante oficio a la Presidenta o al Presidente del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada. Archiva la copia del oficio previo acuse de recibido.
7.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Dirección de la Unidad Médica Sede) / Presidenta o Presidente	Recibe oficio, formato "Estudio Médico", exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y/o el formato "Alta por Riesgo de Trabajo", según sea el caso, acusa de recibido en la copia del oficio, devuelve y archiva original. Entrega documentos recibidos a la Secretaría o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada para su integración en el desarrollo de la exposición de los casos a sesionar de la carpeta de sesión.
8.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	<p>Recibe formato "Estudio Médico", exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y el formato "Alta por Riesgo de Trabajo", según sea el caso, digitaliza la documentación y la integra a la carpeta de sesión; elabora orden del día iniciando con pase de lista, integración del Quórum, lectura del acta de la sesión anterior para verificación de los casos concluidos y pendientes.</p> <p>Convoca, a través de correo electrónico, a sesión ordinaria o extraordinaria 72 horas previas a la fecha y hora determinada, adjunta un tanto de los archivos electrónicos de la carpeta de sesión y del orden del día y envía a las y los Vocales del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada de la Unidad Médica Sede para la revisión de los casos de acuerdo con su especialidad.</p>
9.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Reciben, a través de correo electrónico, convocatoria a sesión ordinaria o extraordinaria 72 horas previas a la fecha y hora designada, con el archivo electrónico de la carpeta de sesión y del orden del día, se enteran, analizan la información de la carpeta y confirman vía correo electrónico la recepción de la información y, en su caso, envían a la Secretaría o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada información complementaria para su integración al expediente.
10.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Recibe, a través de correo electrónico, la confirmación de la recepción de la información y, en su caso, información complementaria y la integra al expediente para sesión. Elabora presentación en archivo electrónico en la que destaca los aspectos más importantes de la carpeta de sesión y retiene los expedientes; de acuerdo con el contenido de la información de los casos convoca a reunión, vía telefónica, correo electrónico u oficio a invitados especiales para conocer su opinión respecto a los asuntos que se presenten en la sesión del Comité, asimismo confirma vía telefónica, correo electrónico u oficio la asistencia de las y los Vocales del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada.

11.	Invitados Especiales al Comité de Incapacidad Temporal Prolongada	Reciben llamada telefónica, correo electrónico u oficio, se enteran de la convocatoria, confirman asistencia a través de la vía recibida a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité. Esperan la fecha y hora de la sesión.
12.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Reciben llamada telefónica, correo electrónico u oficio y confirman asistencia a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité. Esperan la fecha y hora de la sesión.
13.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Recibe llamada telefónica, correo electrónico u oficio, se entera de la confirmación de la asistencia de las y los Vocales del Comité y de los invitados especiales, elabora e imprime la lista de asistencia de presentes, el orden del día y las retiene. Espera la fecha y hora de la sesión.
14.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	En la fecha y hora señalada de la sesión, acude a la sala de sesión, coloca en la recepción la lista de asistencia de presentes y orden del día, y espera que se registren las y los Vocales del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada e invitados especiales.
15.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	En la fecha y hora señalada, acuden a la sesión del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada en la Unidad Médica Sede correspondiente, firman la lista de asistencia de presentes, orden del día e ingresan a la sala de sesión y participan en la sesión hasta su conclusión.
16.	Invitados Especiales al Comité de Incapacidad Temporal Prolongada	En la fecha y hora señalada, acuden a la sesión del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada en la Unidad Médica Sede correspondiente, firman la lista de asistencia de presentes, orden del día e ingresa a la sala de sesión y participan en la sesión hasta su conclusión.
17.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Realizado el registro de las y los Vocales del Comité y de los invitados especiales, retira las listas y orden del día, toma asistencia de las personas integrantes y declara quórum legal de sesión. Da lectura de los casos concluidos con relación a estudios y valoración médica etc. registrados en el Acta de la sesión anterior. Proyecta cada uno de los casos contenidos en el orden del día y expone a las y los Vocales del Comité las documentales dentro de la presentación que se tienen como evidencia de los casos, dirige y modera la intervención de los Vocales del Comité y de los invitados especiales hasta concluir la exposición.
18.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Concluida la exposición, revisan y analizan los casos de las personas servidoras públicas con incapacidad temporal prolongada y con incapacidad recurrente que superan los tiempos probables de recuperación, así como los documentos e información expuesta; identifican las causas médicas y no médicas que inciden en la prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo, emiten su opinión y generan acuerdos para que se gestionen las acciones necesarias y prioritarias para solventar los casos y esperan la solicitud de su voto.
19.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Revisados y analizados los casos por las y los Vocales del Comité, solicita la intervención de las personas invitadas especiales para conocer su opinión respecto a los casos expuestos.

20.	Invitados Especiales al Comité de Incapacidad Temporal Prolongada	Se entera y emite su opinión sobre los casos expuestos y proporciona orientación y asesoría a los integrantes del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada en el ámbito de su competencia.
21.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Concluida la intervención de las personas invitadas especiales, solicita a las y los Vocales su votación de los acuerdos para la resolución de cada caso expuesto.
22.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Se enteran y emiten su voto para la resolución del caso para que la Secretaria o el Secretario Técnico asiente en el acta correspondiente.
23.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Cuenta los votos de las y los vocales y determina: ¿El resultado de las votaciones es de empate?
24.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	El resultado de las votaciones es de empate. Solicita a la Presidenta o al Presidente del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada emita su voto de calidad.
25.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Dirección de la Unidad Médica Sede) / Presidenta o Presidente	Se entera del empate en la votación y emite su voto de calidad a los acuerdos aprobados para la resolución de cada caso para que la Secretaria o el Secretario Técnico lo registre en el proyecto de Acta de Sesión.
26.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	El resultado de las votaciones no es de empate o se emitió el voto de calidad. Puntualiza los acuerdos aprobados para la resolución de cada caso y da por terminada la sesión. Elabora el proyecto de Acta de Sesión en archivo electrónico con los acuerdos para la solución de los casos y las resoluciones emitidas definitivas. Envía, vía correo electrónico, el proyecto de Acta de sesión a las y los Vocales del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada para validación.
27.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Reciben vía correo electrónico el proyecto de Acta de Sesión, revisan, validan o, en su caso, señalan observaciones o comentarios, y devuelven a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada.
28.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	Recibe vía correo electrónico el proyecto de Acta de Sesión validada o, en su caso con observaciones y comentarios, revisa, corrige, imprime y firma; elabora oficio de envío, obtiene firma de la Presidenta o del Presidente del Comité, anexa el acta y envía a cada Vocal del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada que asistió a sesión, para recabar su firma.

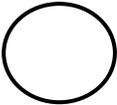
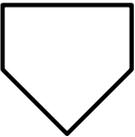
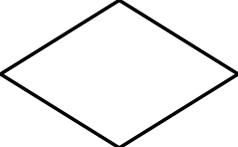
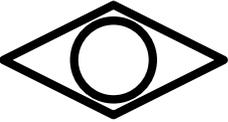
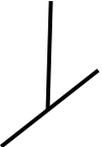
29.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada / Vocales	Reciben oficio con el Acta de Sesión, revisan y firman al margen y al calce y la devuelven a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada.
30.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	<p>Recibe el Acta de Sesión firmada al margen y al calce, genera tres copias; elabora oficios de envío, obtiene firma de la Presidenta o del Presidente del Comité, adjunta a los oficios una copia del acta y envía primer oficio a la persona titular de la Unidad Médica, segundo oficio a la Subdirección de Atención Médica y tercer oficio al Departamento de Salud en el Trabajo para su conocimiento. Archiva y resguarda en la Dirección de la Unidad Médica Sede del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada las copias de los oficios de envío previo acuse de recibido.</p> <p>Integra al archivo digital de la carpeta de sesión el Acta de Sesión con las resoluciones emitidas por las y los Vocales del Comité y resguarda archivo digital original, registra en la base de datos (Registro de seguimiento de los casos presentados) las resoluciones emitidas, separa los expedientes de los casos resueltos y los resguarda con el Acta de Sesión original en la Dirección de la Unidad Médica Sede del Comité. Elabora oficio en original y copia, mediante el cual informa la resolución emitida del caso en específico a la persona titular de la Unidad Médica y/o Administrativa del ISSEMYM (Director y Administrador de la Unidad Médica), obtiene firma de la Presidenta o del Presidente del Comité de Incapacidad Temporal Prolongadas y envía. Archiva y resguarda en la Dirección de la Unidad Médica Sede del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada la copia del oficio de envío previo acuse de recibido.</p>
31.	Unidad Médica y/o Administrativa del ISSEMYM / Titular	<p>Recibe oficio, acusa de recibido en la copia del oficio y la devuelven, se enteran de la resolución de los casos sesionados en el Comité de Incapacidad Temporal Prolongada y procede a realzar las acciones de gestión correspondientes.</p> <p>Se conecta con el procedimiento inherente a las Acciones de gestión médico-administrativas para la solución de los casos sesionados.</p>
32.	Unidad Médica y/o Administrativa del ISSEMYM / Titular	<p>Viene del procedimiento inherente a las Acciones de gestión médico-administrativas para la solución de los casos sesionados.</p> <p>Informa mediante oficio a la Presidenta o al Presidente del Comité de Incapacidad Temporal Prolongadas sobre las acciones de gestión médico-administrativas realizadas en el ámbito de su competencia respecto a la resolución de los casos sesionados. Archiva copia del oficio previo acuse de recibido.</p>
33.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Dirección de la Unidad Médica Sede) / Presidenta o Presidente	Recibe oficio, acusa de recibido en la copia del oficio y devuelve, turna oficio a la Secretaria o al Secretario Técnico del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada para conocimiento.
34.	Comité de Incapacidad Temporal Prolongada (Titular de la Subdirección Médica Sede) / Secretaria o Secretario Técnico	<p>Recibe oficio, se entera de las gestiones médico-administrativas realizadas, registra la información en la base de datos (Registro de seguimiento de los casos presentados) y resguarda para informar los asuntos concluidos en la Sesión del Comité de Incapacidad Temporal Prolongada.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>

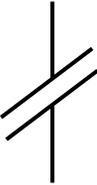


FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

N/A

SIMBOLOGÍA

Símbolo	Representa
	<p>Inicio o final del procedimiento. Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio del procedimiento se anotará la palabra INICIO y cuando se termine se escribirá la palabra FIN.</p>
	<p>Conector de Operación. Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación lejana dentro del mismo procedimiento.</p>
	<p>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.</p>
	<p>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; dentro del símbolo se anotará la letra "A" para el primer conector y se continuará con la secuencia de las letras del alfabeto.</p>
	<p>Decisión. 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.</p>
	<p>Compuerta Inclusiva. Este símbolo se utiliza cuando en una actividad se activan o sincronizan dos o más flujos de información, de documentos o de materiales. Cuando se requiera activar diferentes flujos a partir de una actividad deberá salir de éste las líneas de unión y cuando se requiera sincronizar flujos deberán llegar a este las líneas de unión (SÍMBOLO BPMN).</p>
	<p>Línea continua. Marca el flujo de la información y los documentos o materiales que se están realizando en el área. Puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier actividad.</p>
	<p>Línea de comunicación. Indica que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, modem, etc. La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continúa.</p>
	<p>Fuera de flujo. Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se utiliza el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.</p>

Símbolo	Representa
	<p>Interrupción del procedimiento. 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.</p>
	<p>Conector de Procedimiento. Este símbolo se emplea para indicar que existe relación de un procedimiento con otro, y que continúa el desarrollo de actividades.</p>

REGISTRO DE EDICIONES

Primera edición (noviembre de 2024): Elaboración del Manual de Procedimientos para el Control de Certificados de Incapacidad del ISSEMYM.

DICTAMINACIÓN

El presente documento denominado “Manual de Procedimientos para el Control de Certificados de Incapacidad del ISSEMyM” fue dictaminado en cumplimiento a los lineamientos técnicos en la materia, mediante el oficio número 23400006L-0796/2024 de fecha 22 de noviembre de 2024.

VALIDACIÓN

IGNACIO SALGADO GARCÍA
 Titular de la Dirección General del ISSEMYM
 Rúbrica.

ANTONIO JAYMES NÚÑEZ
 Titular de la Coordinación de Servicios de Salud
 Rúbrica.

LAURA ADRIANA CÁMARA CASTÁN
 Titular de la Coordinación de Innovación y Calidad
 Rúbrica.

MÓNICA PÉREZ SANTÍN
 Titular de la Dirección de Atención a la Salud
 Rúbrica.

SUCELL SÁNCHEZ SERRANO
 Titular de la Dirección de Mejoramiento de Procesos
 Rúbrica.

MARTHA PATRICIA SÁMANO ORTEGA
 Titular de la Subdirección de Atención Médica
 Rúbrica.

MARÍA GUADALUPE QUINTO CAMPUZANO
 Titular de la Subdirección de Procedimientos Operativos
 Rúbrica.

MARTHA PATRICIA ZAMORA SARABIA
 Titular del Departamento de Procedimientos Médicos
 Rúbrica.

CRÉDITOS

El Manual de Procedimientos para el Control de Certificados de Incapacidad del ISSEMYM, fue elaborado por personal de la Subdirección de Atención Médica y la asesoría del Departamento de Procedimientos Médicos, con la aprobación técnica y visto bueno de la Dirección General de Innovación y participaron en su integración las siguientes personas servidoras públicas:

Elaboración del Manual

Gobierno del Estado de México
Oficialía Mayor

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Coordinación de Servicios de Salud
Dirección de Atención a la Salud

Antonio Jaymes Núñez

Titular de la Coordinación de Servicios de Salud
Responsable de autorizar el Manual de Procedimientos

Luis Carlos López García

Responsable de la información

María Guadalupe Quinto Campuzano

Martha Patricia Zamora Sarabia

Michelle Alejandra Santibáñez Villegas

Responsables de la elaboración e integración
del Manual de Procedimientos

Revisión y Dictaminación Técnica

Oficialía Mayor

Dirección General de Innovación

Lic. Alfonso Campuzano Ramírez

Titular de la Dirección General de Innovación

Mtra. Claudia Guadalupe Lizárraga Rivera

Encargada de la Dirección de
Organización y Desarrollo Institucional

Lic. Arturo Mejía González

Titular de la Subdirección de Manuales
de Procedimientos Administrativos

Ing. Bruno A. Basilio Rodríguez

Titular del Departamento de Manuales
de Procedimientos Administrativos I