



GACETA DEL GOBIERNO



ESTADO DE MÉXICO

Periódico Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de México

REGISTRO DGC NUM. 001 1021 CARACTERISTICAS 113282801

Directora: Lic. Graciela González Hernández

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

Toluca de Lerdo, Méx., miércoles 13 de marzo de 2013
No. 50

SUMARIO:

SECRETARIA DE SALUD

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

“2013. Año del Bicentenario de los Sentimientos de la Nación”

SECCION TERCERA

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO

SECRETARIA DE SALUD



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM

OCTUBRE DE 2012

© Derechos Reservados.
Quinta edición, Octubre de 2012.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.

Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.

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

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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página:

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	III
APROBACIÓN	IV
OBJETIVO GENERAL	V
IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS	VI
RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	VII
DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	VIII
1. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM	217B31300/01
2. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM	217B31300/02
3. Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM	217B31300/03
4. Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM	217B31300/04
5. Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM	217B31300/05
6. Validación de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM	217B31300/06
7. Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo en Hospitales del ISEM	217B31300/07
8. Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM .	217B31300/08
SIMBOLOGÍA	IX
REGISTRO DE EDICIONES	XI
DISTRIBUCIÓN	XII
VALIDACIÓN	XIII

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: III

PRESENTACIÓN

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

Por ello, en el Estado de México se impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

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

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

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

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delimitan la gestión administrativa de este organismo auxiliar del Ejecutivo Estatal.

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

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: IV

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número 183, mediante el acuerdo ISE/183/010 aprobó el presente **“Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM”** el cual contiene la información referente a objetivo general, identificación e interacción de procesos, relación de procesos y procedimientos y descripción de los procedimientos.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
18 de diciembre de 2012	ISE/183/010

LIC. LEOPOLDO MORALES PALOMARES
 DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
 Y SECRETARIO TÉCNICO DEL CONSEJO INTERNO
 (RUBRICA).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: V

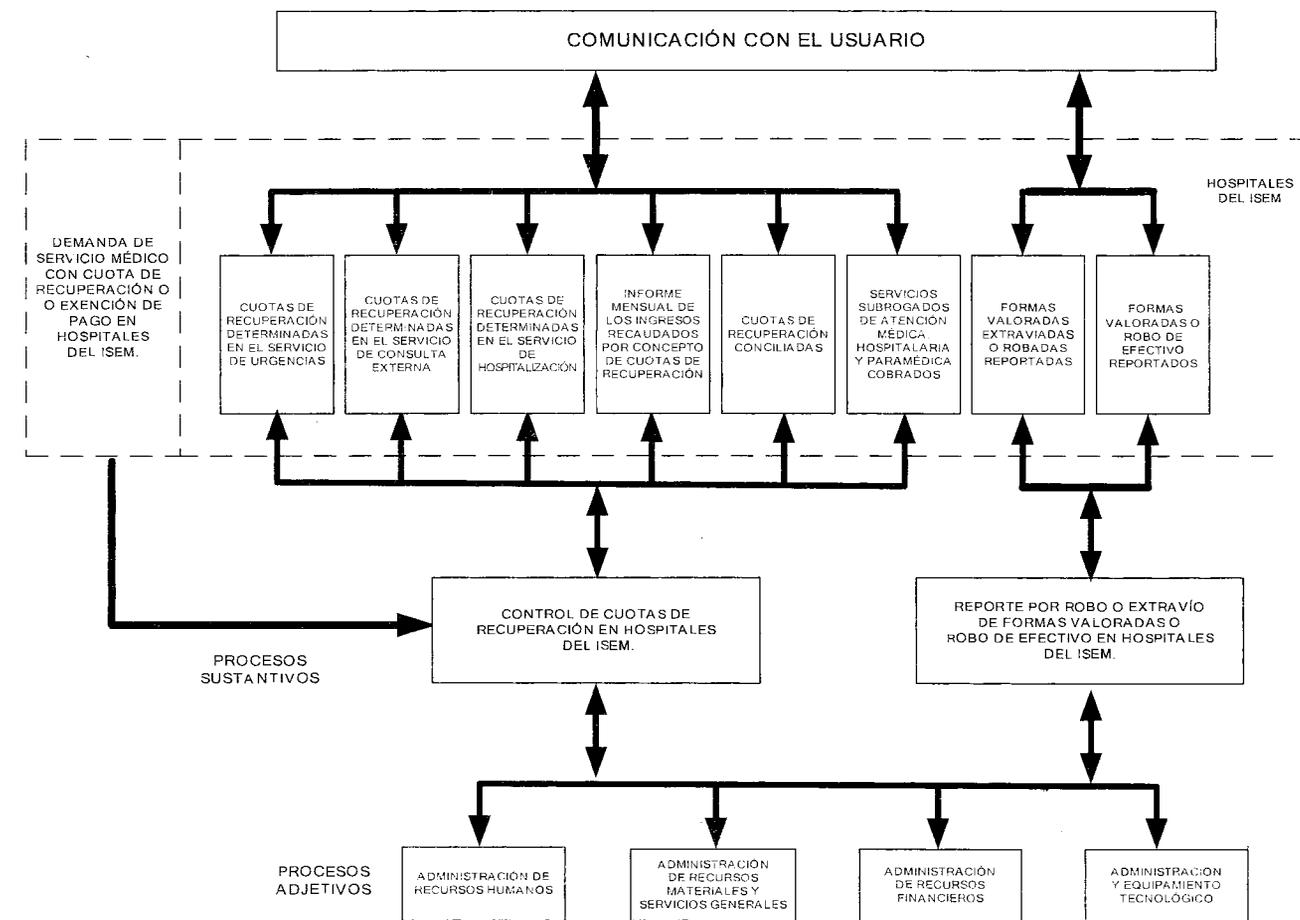
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de los procedimientos administrativos que se realizan los hospitales del Instituto para el control de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación, a efecto de facilitar el desarrollo del trabajo a través de acciones lógicas y secuenciales que permitan atender con eficacia y eficiencia a la población abierta en la entidad.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: VI

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS

Mapa de Procesos



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: VII

RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso I:

Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM: De la demanda de servicios médico-asistenciales de la población abierta, a la determinación, control, conciliación, exención y cobro de las cuotas de recuperación en los servicios que proporcionan las unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México.

Procedimientos:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.
- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.
- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.
- Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM
- Validación de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

Proceso 2:

Reporte por robo o extravío de formas valoradas y/o robo de efectivo en Hospitales del ISEM: De la detección del robo o extravío de formas valoradas o de robo de efectivo recaudado por concepto de cuotas de recuperación en hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, al reporte de los mismos para el reintegro respectivo o para los efectos procedentes.

- Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.
- Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: VIII

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/01
	Página:

PROCEDIMIENTO I: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de Urgencias de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos y personal del área de urgencias de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad el cobro de cuotas de recuperación por la prestación del servicio de urgencias.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI, Artículo 296, fracción XVI, Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029 - 17B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su Operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas de la Coordinación de Administración y Finanzas del ISEM, es la unidad administrativa responsable de determinar las cuotas de recuperación, vigilando que las unidades aplicativas acaten las disposiciones, políticas y las normas vigentes establecidas en la materia, a efecto de eficientar los mecanismos de recaudación en los hospitales del ISEM.

El Director del Hospital deberá:

- Recibir la documentación que requiera autorización, así como revisar y, en su caso, autorizar la exención del pago o indicar efectuar una reclasificación.

El Responsable del área Médica del Servicio de Urgencias deberá:

- Recibir y atender al paciente que presente y solicite una urgencia médica, registrándolo en el formato "Consulta de Urgencias", anotar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, integrar el expediente y archivarlo.

- Determinar, después de haber brindado la atención médica de urgencias, si el paciente puede ser dado de alta o requiere ser hospitalizado.
- Turnar el expediente clínico al área de hospitalización y remitir al paciente, cuando éste requiera ser hospitalizado.
- Turnar el expediente clínico al área de caja y solicitar al usuario realice el pago correspondiente a los servicios proporcionados.
- Recibir al paciente con su ficha de consulta, proporcionar atención médica y extender la receta médica con las indicaciones necesarias para su tratamiento.
- Verificar el “Recibo Único de Pago” o “Recibo de Exención” del paciente, e indicarle que lo presente en el área de vigilancia.

El Responsable del área de Recepción del Servicio de Urgencias deberá:

- Recibir al paciente, grave o ambulatorio y efectuar su registro en la “Libreta de Control de Ingresos”.
- Ingresar al paciente inmediatamente cuando presente algún caso de gravedad, requisitando el formato “Consulta de Urgencias” y entregarlo al área médica.
- Elaborar y entregar al paciente ambulatorio la “Ficha de Consulta” indicándole que acuda al área médica donde será atendido. Cuando el paciente no goce de los beneficios de un programa prioritario, indicarle que acuda a pagar a la caja el servicio solicitado.

El Responsable del área Trabajo Social deberá:

- Atender al paciente, requisitar el formato “Estudio Socioeconómico”, así como el formato “Pase de salida”, obtener la firma del usuario, recabar la firma del titular del área de Trabajo Social y turnar la documentación a la Dirección del Hospital para su autorización.
- Indicar en el formato “Pase de Salida” cuando proceda la exención o reclasificación y entregarlo al usuario, indicándole acudir al área de Caja para obtener el sello correspondiente.
- Archivar para control interno copia de los formatos “Pase de Salida” y el “Estudio Socioeconómico”.

El Responsable del área de Caja del Hospital deberá:

- Atender al usuario y con base en el expediente clínico del paciente determinar la cuota de recuperación por los servicios proporcionados.
- Recibir el importe de las cuotas de recuperación por los servicios prestados, emitir el “Recibo Único de Pago” en original y dos copias; entregar el original al usuario y archivar las copias para control interno.
- Recibir el original del “Pase de Salida”, revisar que esté debidamente validado, elaborar el “Recibo de Exención”, recabar la firma del usuario, anotar el número de folio del “Recibo de Exención” en el “Pase de Salida”, entregar el original del recibo de exención al usuario e indicarle que acuda al área médica para su atención.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Recibir el original del “Recibo Único de Pago” o “Recibo de Exención”, efectuar su registro en el “Libro de Control” anotando nombre del paciente, número de folio, importe y servicios proporcionados, devolver el recibo y permitir el egreso del usuario.

DEFINICIONES:

Cuotas de recuperación: Es la cantidad de dinero que debe pagar la población abierta por la prestación de los servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, según se establezca en el contrato de prestación de servicios de salud que para el evento suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios.

Servicio de Urgencias: Servicio médico de primer contacto que otorga una institución médica para los derechohabientes o población abierta que requieran atención repentinamente.

Hospitalización: Es el internamiento continuo de un paciente, por un tiempo superior a 24 horas, en calidad de paciente residente en un hospital.

Unidad médica: Establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

Urgencia: Alteración de la integridad física o mental de una persona causada por trauma o por enfermedad de cualquier origen que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

Paciente Grave: Es un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida.

Paciente Ambulatorio: Enfermo que está en capacidad de acudir por su propio pie a la consulta médica y que no cuenta con médico, ni unidad hospitalaria definida.

Programa Prioritario de Salud: Conjunto de acciones que ofrece el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, por lo que un programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Exención de Pago: Refiere a la persona física o moral que, legal o normalmente, tiene la calidad de causante, pero que no está obligado a enterar el crédito tributario por encontrarse en condiciones de privilegio o franquicias. A través de la exención, lo que se persigue es otorgar a determinadas personas un beneficio económico.

INSUMOS:

- Paciente.

RESULTADOS:

- Determinación y cobro de cuotas de recuperación adecuados en el servicios de urgencias.
- Recibo Único de Pago.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud del Estado de México, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir las disposiciones de operación a través de circulares.
- Los pacientes graves que ingresen al servicio de urgencias recibirán la atención médica en forma inmediata y el médico responsable efectuará el registro médico en los controles correspondientes.
- El ingreso de pacientes al servicio de urgencias será registrado en el Área de Recepción en el “Libro de Control del Servicio de Urgencias”, el cual deberá estar debidamente prefoliado.
- El Área de Urgencias verificará el uso, resguardo y control de los documentos que se generen por la prestación de los servicios.
- El Área de Urgencias abrirá expediente a los pacientes que permanezcan en el servicio por más de 24 horas o que sean canalizados para su atención al área de hospitalización, debiendo integrar los documentos comprobatorios de los estudios y servicios realizados para ser considerados en la cuenta global.
- El Administrador y/o Jefe de Recursos Financieros realizará supervisiones periódicas a las áreas médicas y administrativas de la Unidad Médica, a efecto de verificar las actividades y la documentación en la materia.
- El responsable del Área de Caja de la Unidad Médica verificará la autenticidad de los billetes que recibe, ya que en caso de recibir billetes falsos deberá realizar el reintegro correspondiente.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
 - El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
 - El cajero receptor del pago, recabará la firma del Jefe de Servicio del área médica, exponiendo porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago junto con la cancelación del mismo.
 - El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia y recabar la validación de su jefe inmediato y la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- El área de Trabajo Social deberá integrar y resguardar los estudios socioeconómicos de los pacientes y la información contenida en los mismos será de carácter confidencial y con una vigencia de seis meses a partir de la fecha de su aplicación; y se proporcionará a las instancias correspondientes como la Unidad de Contraloría Interna, Subdirección de Atención Médica y Departamento de Control y Registro de Cuotas, cuando así lo soliciten.

DESARROLLO:

Procedimiento I: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

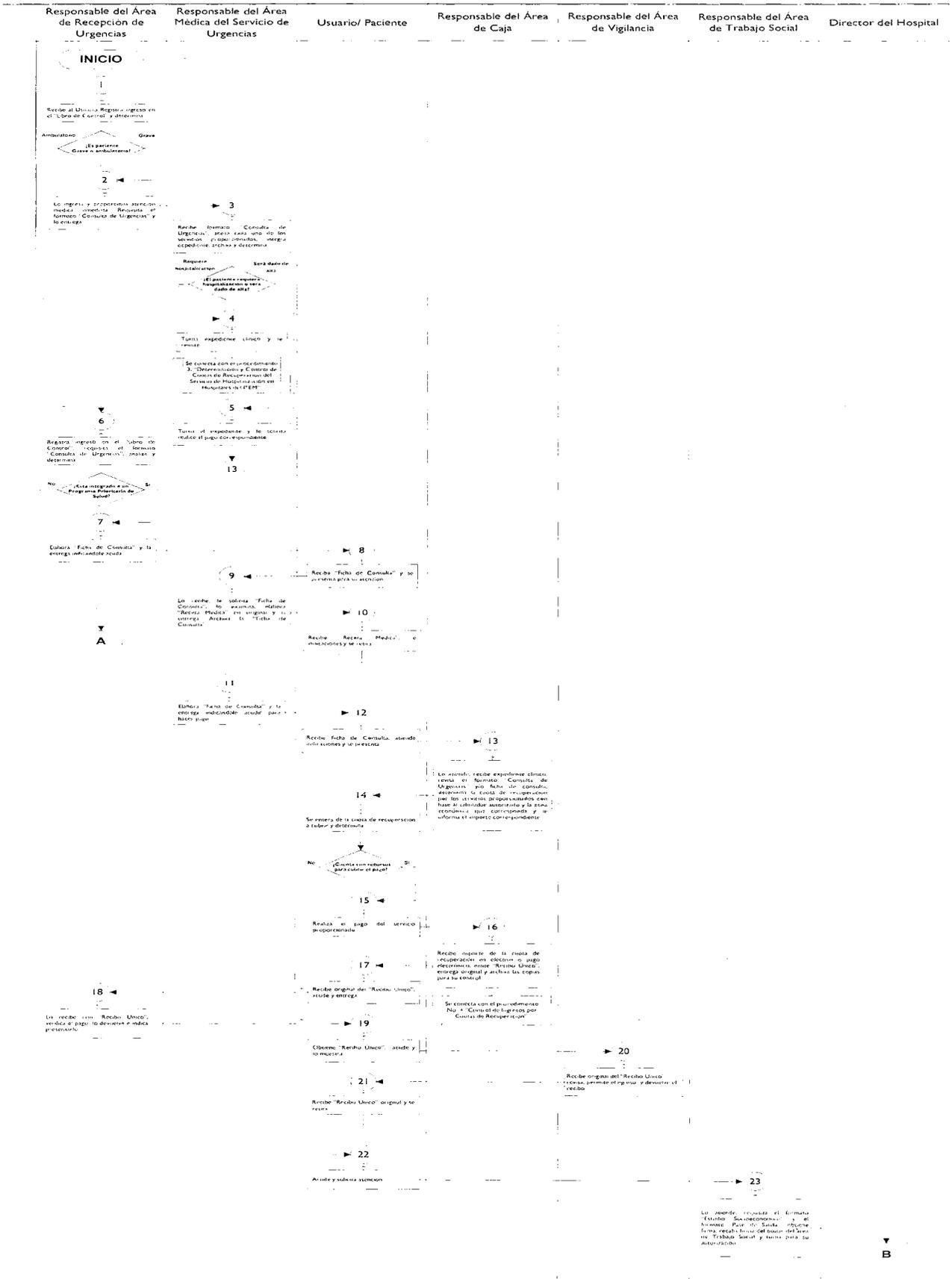
No.	Responsable	Actividad
1	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Recibe al usuario, registra el ingreso en el “Libro de Control” y determina: ¿Es paciente grave o ambulatorio?

2	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Es paciente grave. Lo ingresa al servicio de urgencias, proporciona atención médica inmediata, requisita en original el formato "Consulta de Urgencias" y la entrega al área Médica.
3	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe el formato "Consulta de Urgencias", anota cada uno de los servicios proporcionados al paciente, integra expediente, archiva y determina: ¿El paciente requiere hospitalización o será dado de alta?
4	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	El paciente requiere hospitalización. Turna el expediente clínico y remite al paciente al área de hospitalización. Se conecta con el procedimiento No. 3 "Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM".
5	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	El paciente será dado de alta. Turna el expediente al área de Caja y solicita al usuario realice el pago correspondiente. Se conecta con la operación No. 13.
6	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Es paciente ambulatorio. Requisita en original y copia el formato "Consulta de Urgencias", analiza y determina: ¿Está integrado a un Programa Prioritario de Salud?
7	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	Si está integrado a un Programa Prioritario de Salud. Elabora la "Ficha de Consulta" y la entrega al usuario indicándole que acuda al área Médica.
8	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta" y se presenta en el área Médica para su atención.
9	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe al usuario, le solicita la "Ficha de Consulta", lo examina, elabora "Receta Médica" en original y la entrega al paciente. Archiva la "Ficha de Consulta".
10	Usuario/ Paciente	Recibe la "Receta Médica" e indicaciones y se retira.
11	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Urgencias	No está integrado a un Programa Prioritario de Salud. Elabora la "Ficha de Consulta" y la entrega al usuario indicándole acuda al área de Caja.
12	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta", atiende las indicaciones y se presenta en el área de Caja.
13	Responsable del Área de Caja	Atiende al usuario, recibe expediente clínico del paciente, revisa el formato "Consulta de Urgencias" o ficha de consulta, determina la cuota de recuperación por los servicios proporcionados con base al tabulador autorizado y la zona económica que corresponda e informa al usuario el importe correspondiente.
14	Usuario/ Paciente	Se entera de la cuota de recuperación a cubrir y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el pago?
15	Usuario/ Paciente	Si cuenta con los recursos para cubrir el pago. Realiza el pago en el área de Caja del Servicio de Urgencias.
16	Responsable del Área de Caja	Recibe el importe de la cuota de recuperación en efectivo o pago electrónico, emite "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, entrega original al usuario y archiva las copias para su control. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
17	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", acude al área Médica y lo entrega.
18	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias.	Recibe al usuario y "Recibo Único de Pago", verifica el pago, lo devuelve e indica presentarlo en el área de Vigilancia.
19	Usuario/ Paciente	Obtiene el "Recibo Único de Pago", acude al Área de Vigilancia y lo muestra.
20	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo Único de Pago", revisa, permite el egreso del paciente y devuelve el recibo al usuario.
21	Usuario/ Paciente	Recibe el original del "Recibo Único de Pago" y se retira.
22	Usuario/ Paciente	No cuenta con los recursos para cubrir el pago. Acude al área de Trabajo Social y solicita atención.
23	Responsable del Área de Trabajo Social	Atiende al usuario, requisita el formato "Estudio Socioeconómico" en original y original y copia del formato "Pase de Salida", obtiene firma del usuario, recaba firma del Jefe del Área de Trabajo Social y turna la documentación a la Dirección del Hospital para su autorización.

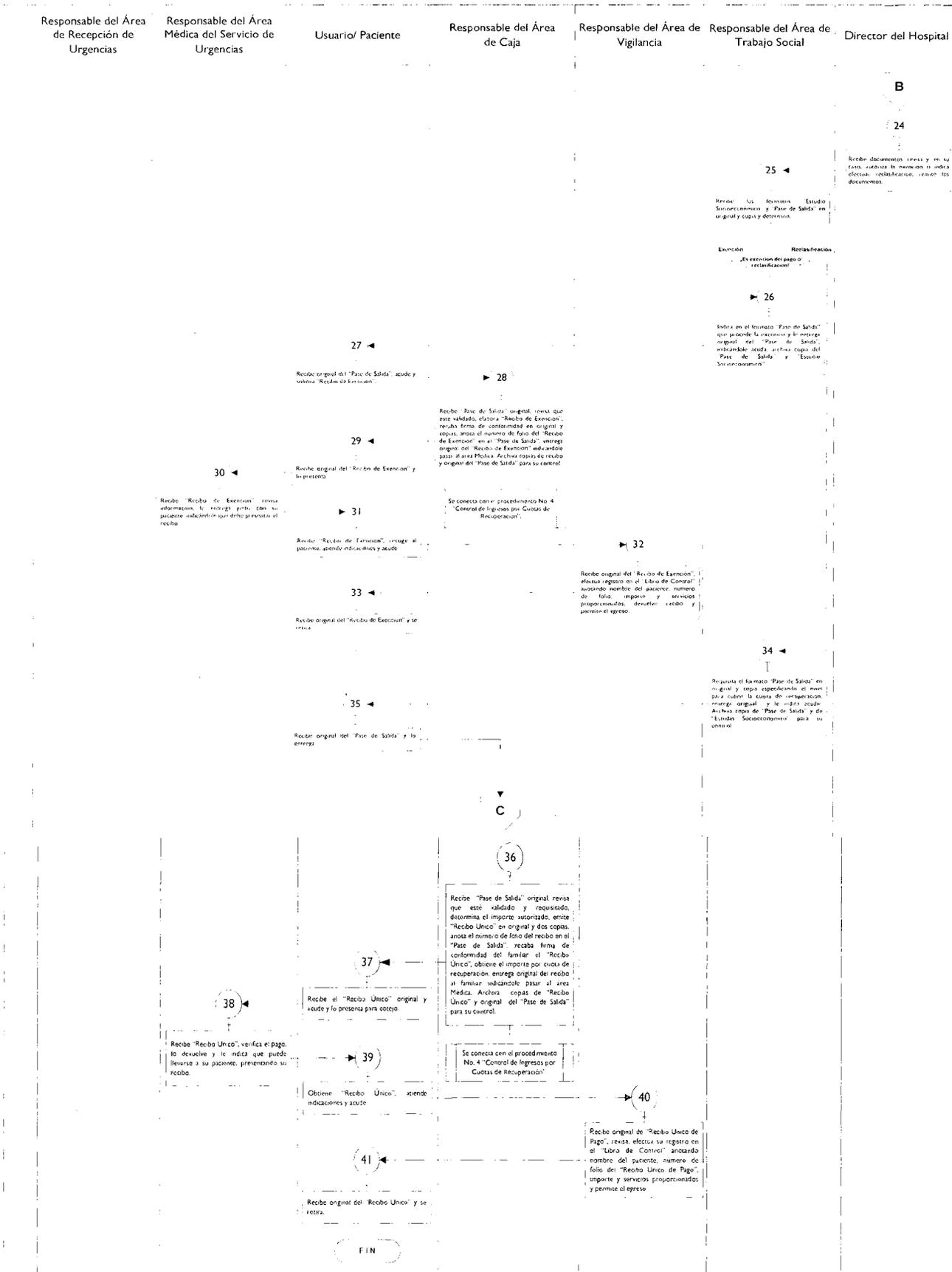
24	Director del Hospital	Recibe la documentación, revisa y, en su caso, autoriza la exención o indica efectuar la reclasificación y devuelve documentación al área de Trabajo Social.
25	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe los formatos "Estudio Socioeconómico" y "Pase de Salida" en original y copia y determina: ¿Es exención del pago o reclasificación?
26	Responsable del Área de Trabajo Social	Es exención del pago. Indica en el formato "Pase de Salida" que procede la exención y entrega el original del "Pase de Salida" al usuario, indicándole que acuda al área de Caja, archiva para su control la copia del "Pase de Salida" y el "Estudio Socioeconómico".
27	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", acude al área de Caja y solicita "Recibo de Exención".
28	Responsable del Área de Caja	Recibe original del "Pase de Salida", revisa que esté debidamente validado, elabora "Recibo de Exención" valuado a nivel I del tabulador autorizado en original y dos copias, recaba firma de conformidad del usuario en el original y en las copias del recibo, anota el número de folio del "Recibo de Exención" en el "Pase de Salida" y lo entrega al usuario indicándole pasar al área Médica. Archiva para su control las copias del recibo y el original del "Pase de Salida". Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
29	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y lo presenta al responsable del área Médica.
30	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe el "Recibo de Exención", revisa información, lo entrega al usuario/paciente indicándole que debe presentar el recibo en el área de Vigilancia.
31	Usuario/ Paciente	Recibe el "Recibo de Exención", en su caso, recoge al paciente, atiende indicaciones y acude al área de Vigilancia.
32	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo de Exención", efectúa el registro en el "Libro de Control" anotando nombre del paciente, número de folio, importe y servicios proporcionados, devuelve el recibo y permite el egreso del usuario.
33	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y se retira.
34	Responsable del Área de Trabajo Social	Es reclasificación del pago. Requisita original y copia del formato "Pase de Salida" especificando el nivel a considerar para cubrir la cuota de recuperación, entrega original al usuario indicándole acuda al área de Caja. Archiva para su control la copia del "Pase de Salida" y del "Estudio Socioeconómico".
35	Usuario/ Paciente	Recibe el original del "Pase de Salida" y entrega en el área de Caja.
36	Responsable del Área de Caja	Recibe el original del "Pase de Salida" validado y requisitado, determina el importe con base en el nivel autorizado, emite el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias, anota el número de folio del recibo en el "Pase de Salida", recaba firma de conformidad del usuario/paciente en el original y copias del "Recibo Único de Pago", obtiene importe por cuota de recuperación, entrega original del recibo al usuario/paciente y le indica pasar al área Médica. Archiva las copias del "Recibo Único de Pago" y el original del "Pase de Salida" para su control. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
37	Usuario/ Paciente	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", acude y lo presenta al área Médica para el cotejo correspondiente.
38	Responsable del Área Médica del Servicio de Urgencias	Recibe el "Recibo Único de Pago", verifica el pago, lo devuelve al usuario/paciente, le indica, en su caso, que puede llevarse a su paciente presentando su recibo en el área de Vigilancia.
39	Usuario/ Paciente	Obtiene el "Recibo Único de Pago", atiende indicaciones y acude al área de Vigilancia.
40	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", revisa, efectúa el registro en el "Libro de Control" anotando el nombre del paciente, número de folio del "Recibo Único de Pago", importe y servicios proporcionados y permite el egreso del usuario.
41	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y se retira.

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 1: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



Procedimiento I: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en el cobro por concepto de cuotas de recuperación en el Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de cobros por concepto de cuotas de recuperación realizados}}{\text{Número mensual de solicitudes de atención recibidas}} \times 100 = \text{Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de cuotas de recuperación del Servicio de Urgencias en Hospitales del ISEM.}$$

Registro de evidencias:

- La atención que se proporciona al usuario/paciente en el servicio de Urgencias del Hospital queda registrada en el Libro de Control respectivo.
- El importe o cuota de recuperación por la atención de una urgencia médica queda registrada en el formato "Recibo Único de Pago" que se entrega al usuario/paciente.
- La exención del pago queda registrada en el formato de "Estudio Socioeconómico" y en el "Recibo de Exención" que se requisitan cuando el usuario/paciente no cuenta con recursos económicos para el pago de la cuota de recuperación y se archiva en el área de Trabajo Social.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Recibo Único de Pago.
- Estudio Socioeconómico.
- Pase de Salida.
- Recibo de Exención.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

1931

Recibo Único de Pago

1/FOLIO:

2/UNIDAD APLICATIVA:	3/FECHA:
4/ RECIBIMOS DE:	5/ No. EXPEDIENTE:
6/ CON R.F.C.:	7/ CUOTA:
8/ CON DOMICILIO:	9/ TIPO DE ATENCION:

POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

10/ CLAVE DEL SERVICIO	11/ DESCRIPCION	12/ CANTIDAD	13/ IMPORTE

15/ CANTIDAD CON LETRA:	14/ TOTAL: \$
-------------------------	---------------

16/ SELLO

17/ CAJERO

18/ CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA

NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**“Recibo Único de Pago”**

217B20000-013-11

OBJETIVO: Mantener un registro del número de servicios otorgados a los usuarios en el Servicio de Urgencias de los Hospitales del Instituto, así como el costo de los mismos, con el fin de realizar su control y comprobación ante las autoridades competentes.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se entrega al usuario/paciente, la primer copia para el Departamento de Control y Registro de Cuotas, segunda copia se archivan para control interno.

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



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Estudio Socioeconómico

(1) UNIDAD MÉDICA:		(2) EXPEDIENTE:	
(3) SERVICIO:		(4) FECHA DEL ESTUDIO:	(5) No. CAMA:
(6) FECHA DE INGRESO:	(7) VIGENCIA:		(8) NIVEL DE PAGO:
(9) DIAGNÓSTICO MÉDICO:			(10) CASO LEGAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PACIENTE

(11) NOMBRE:		(12) EDAD:	(13) OCUPACIÓ
(14) DOMICILIO:			(15) TELÉFONO:
(16) LUGAR DE NACIMIENTO:	(17) FECHA DE NACIMIENTO:	(18) ESCOLARIDAD:	
(19) ESTADO CIVIL:	(20) CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL: ESPECIFIQUE: <input type="checkbox"/> NO SI <input type="checkbox"/>		
(21) RESPONSABLE DEL PACIENTE:		(22) PARENTESCO:	
(23) IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA:		(24) No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN:	
(25) DOMICILIO DEL RESPONSABLE:			(26) TEÉFONO:

(27) **I. ESTRUCTURA FAMILIAR**

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

No. DE PERSONAS	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES	CALIFICACIÓN ASPECTO "1"
DE 1 A 2 INTEGRANTES	10		
DE 3 A 4 INTEGRANTES	8		
DE 5 A 6 INTEGRANTES	7		
DE 7 A 8 INTEGRANTES	6		
DE 9 O MAS INTEGRANTES	5		
DE 1 A 2 INTEGRANTES JUNIORES 60 AÑOS	2		
INDIGENTE O ABANDONADO	1		

(28) MOTIVO DEL ESTUDIO

(29) ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE

(30) DINÁMICA FAMILIAR

(31)

II. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

INGRESOS	CALIFICACIÓN	SALARIO MÍNIMO DE LA REGIÓN (28)	\$
SIN INGRESO O MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	1	(ENTRE)	30
DE MAS DE 1 SALARIO MÍNIMO Y MENOS DE 2	4		
DE 2 SALARIOS MÍNIMOS	5		
DE 3 SALARIOS MÍNIMOS	6		
DE 4 SALARIOS MÍNIMOS	8		
DE 5 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	10	CALIFICACIÓN ASPECTO "2"	(igual) No. DE SAL.

(32)

III. TIPO DE VIVIENDA

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN

MARQUE SOLO UNA OPCIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN ASPECTO "3"	SUMA DE CALIFICACIONES(33)	
			ASPECTO	CALIFICACIÓN
SIN VIVIENDA, CHOZA	1		1	
RENTADA	2		2	
PRESTADA	3		3	
INTERES SOCIAL	4		4	
PROPIA DE TEJA Y ADOBE	5		5	
PROPIA DE CONCRETO TECHO DE LAM.	6		6	
PROPIA SIN ACABADOS	8		8	
PROPIA CON ACABADOS	10	10	TOTAL	

* De acuerdo a la sumatoria de calificaciones se asigna el nivel (CLASIFICACIÓN) de acuerdo a la escala. Asimismo se obtendrá copia de la identificación del Paciente o responsable.

(34)

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

PLAN SOCIAL: (35)

TRATAMIENTO: (36)

(37)

RESPONSIVA

PROTESTO CONDUCIRME CON VERDAD, APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LOS FALSOS DECLARANTES; ASI MISMO AUTORIZO AL PERSONAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM), REALICE LAS INVESTIGACIONES NECESARIAS PARA CONFIRMAR LOS DATOS PLASMADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO EL CUAL ME FUE PRACTICADO EN EL HOSPITAL _____ DEPENDIENTE DEL ISEM.

(38)

(39)

**ACEPTO
NOMBRE Y FIRMA**

FECHA: ___ / ___ / ___

(40) **Este recuadro es para uso exclusivo del Paciente o responsable.**

Nota: el área de trabajo social deberá apegarse al procedimiento establecido para el llenado del presente estudio; el cual queda sujeto a **revisión, por las instancias competentes del Instituto.** Si la capacidad de pago del Paciente es mayor de acuerdo al criterio del trabajador social y así lo plasma en rubro de observaciones, se podrá asignar el nivel de cuota inmediato superior.

ESCALA	PUNTAJE	NIVEL
	3 a 5	EXENTOS
	6 a 7	1
	8 a 10	2
	11 a 13	3
	14 a 24	4
	25 a 27	5
28 a 30	6	

No. DE PASE DE SALIDA _____ (41)

(42) **OBSERVACIONES**

Nota: si el paciente no cumplió con sus donadores de sangre no podrá ser reclasificado.

ELABORÓ (43) _____ NOMBRE Y FIRMA	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL (44) _____ NOMBRE Y FIRMA	AUTORIZÓ (45) _____ NOMBRE Y FIRMA
--	---	---

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: “Estudio Socioeconómico” (217B20000-029-06)		
OBJETIVO: Se utiliza en el Area de Trabajo Social para determinar el nivel de cobro de las cuotas a los pacientes de los diferentes Hospitales del Instituto que se consideren de escasos recursos económicos.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna a trabajo social, primer copia al expediente y segunda copia a la dirección de finanzas cuando se trata de una exención por escasos recursos económicos.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre del Hospital en el cual se realiza el estudio.
2	EXPEDIENTE:	Escribir el número de identificación del área de archivo clínico.
3	SERVICIO:	Anotar el área de servicio en el cual se encuentre el paciente.
4	FECHA DE ESTUDIO:	Escribir el día, mes y año en que se realiza el estudio.
5	No. CAMA:	Indicar el número de cama asignado al paciente.
6	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año que ingresa el paciente al Hospital.
7	VIGENCIA:	Indicar la fecha de término de la vigencia del estudio.
8	NIVEL DE PAGO:	Registrar el nivel que le corresponde de acuerdo a la escala de calificación autorizada.
9	DIAGNOSTICO MEDICO:	Anotar el problema de salud que motivó el ingreso del paciente.
10	CASO LEGAL:	Marcar con una “X” cuando se trate de un caso médico legal.
11	NOMBRE:	Anotar nombre (s), apellido paterno y materno del paciente.
12	EDAD:	Registrar la edad del paciente en años cumplidos.
13	Ocupación:	Anotar la actividad que desempeña el paciente.
14	DOMICILIO:	Registrar la calle, número exterior e interior, en su caso, así como la colonia o población donde radica el paciente.
15	TELÉFONO:	Anotar el número telefónico del paciente incluyendo la clave lada (solo en caso de contar con teléfono).
16	LUGAR DE NACIMIENTO:	Escribir el municipio y/o entidad federativa que corresponda.
17	FECHA DE NACIMIENTO:	Indicar el día, mes y año en que nació el paciente.
18	ESCOLARIDAD:	Anotar el grado de estudios del paciente.
19	ESTADO CIVIL:	Escribir cuál es la situación civil del paciente.
20	CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL:	Marcar con una “X” según corresponda y especificar el nombre de la institución de la cual recibe atención médica.
20	CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL:	Marcar con una “X” según corresponda y especificar el nombre de la institución de la cual recibe atención médica.
21	RESPONSABLE DEL PACIENTE	Anotar el nombre de la persona responsable del paciente.
22	PARENTESCO	Indicar el parentesco que la persona responsable tenga con el paciente.
23	IDENTIFICACIÓN QUE PRESENTA	Anotar el nombre de la institución que expide la identificación presentada por el interesado.
24	No. DE FOLIO IDENTIFICACIÓN	Escribir el número de folio de la identificación presentada por el paciente o responsable.
25	DOMICILIO DEL RESPONSABLE	Anotar la calle, número exterior e interior del lugar de residencia de la persona o familiar que acompaña al paciente.
26	TELÉFONO	Escribir el número telefónico de la persona responsable del paciente.
27	ESTRUCTURA FAMILIAR	Marcar con una “X” la calificación que corresponda de acuerdo al número de integrantes de la familia.
28	MOTIVO DEL ESTUDIO	Especificar la situación en que se encuentra el paciente para la valoración del nivel de cobro.
29	ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE	Describir el aspecto bio-psico-social y emocional del paciente.
30	DINÁMICA FAMILIAR	Especificar el tipo de familia según su estructura (nuclear, incompleta, extensa, compuesta, mixta funcional o disfuncional).
31	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Marcar con una “X” la calificación que corresponda de acuerdo al ingreso de la familia.
32	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con una “X” el tipo de vivienda de acuerdo al rubro desglosado en el cuadro.
33	SUMA DE CALIFICACIONES	Anotar en el recuadro de la derecha la suma de calificaciones.
34	DIAGNÓSTICO SOCIAL	Indicar el resultado de la situación económica, social y biológica que predomina en ese momento según la investigación realizada a través de la entrevista.
35	PLAN SOCIAL	Anotar propuesta de acciones a seguir en el tratamiento social.
36	TRATAMIENTO	Especificar las acciones realizadas en el manejo de la problemática.
37	RESPONSIVA	Anotar el nombre del Hospital donde se elabora el estudio, así como la firma del paciente o responsable al que se le practicó el estudio y donde acepta haber dicho la verdad y la fecha en que se elaboró el estudio.

38	HOSPITAL:	Indicar el nombre de la unidad médica que realiza el estudio.
39	ACEPTO NOMBRE Y FIRMA	Anotar el nombre completo y firma del paciente al que se le efectúa el estudio.
40	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se requisita el formato.
41	No. PASE DE SALIDA	Anotar el número de pase de salida, asignado por el área de Trabajo Social.
42	OBSERVACIONES	Escribir algún aspecto relevante que se observó durante la realización del estudio y que contribuya en la toma de decisiones.
43	ELABORÓ	Anotar los nombres y firmas de los responsables de la elaboración y autorización de la información contenida en el formato.
44	JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL	Escribir el nombre completo y la firma del o la responsable del área de Trabajo Social.
45	AUTORIZÓ	Anotar el nombre completo y firma del administrador o director de la unidad médica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA APLICACIÓN DE INDICADORES DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Objetivo:

Contar con un instrumento que permita la aplicación de criterios para la asignación de niveles en las cuotas de recuperación, de acuerdo con los resultados obtenidos a través del "Estudio Socioeconómico".

Responsable del llenado: Área de Trabajo Social de los Hospitales del Instituto.

Documentación solicitada al Paciente: copia de la credencial de elector, cartilla militar, IMSS, ISSSTE, o, en su caso, comprobante de ingresos si los hubiera.

- 1.- ESTRUCTURA FAMILIAR Anotar el número de puntos correspondientes del cuadro de la parte derecha, de acuerdo a la cantidad de integrantes que conforma el núcleo familiar, o que sean dependientes de la misma.
- 2.- INGRESOS FAMILIARES
(promedio mensual) Registrar el número de puntos de acuerdo al monto total de ingresos mensuales que percibe cada uno de los miembros que integra la familia en estudio de igual forma los que no cuentan con ingreso alguno.
- 3.- VIVIENDA Marcar el número de puntos en el cuadro de la derecha con base al tipo de propiedad de vivienda en la que habita el grupo familiar, así como también los que carecen de ésta.
- 4.- SUMA DE
CALIFICACIONES Realizar el concentrado de la suma total de los puntos en el cuadro de la parte derecha, de acuerdo a cada una de las variables evaluadas como son:
Estructura familiar, Ingresos familiares y Tipo de vivienda.
- 5.- ESCALA DE
CALIFICACIONES Con base a la suma total de la puntuación obtenida se le asignará el nivel de cuota que corresponda al Paciente en estudio, misma que se indicará en la parte inferior del cuadro.

Nota: El pago de servicios médicos en otras instituciones de salud plenamente justificados y relacionados con el tratamiento del paciente, previa comprobación, permitirá disminuir hasta 2 puntos la suma total de la calificación que se aplique para determinar la cuota de recuperación.

Indicadores para la Calificación de las Cuotas de Recuperación de Acuerdo a los Resultados del Estudio Socioeconómico

Estructura Familiar	
Número de Personas	Calificación
1-2 Integrantes	10
3-4 Integrantes	8
5-6 Integrantes	7
7-8 Integrantes	6
Más de 9 Integrantes	5
1-2 Integrantes mayores de 60 años	2
Indigente o Abandonado	1

Ingreso Familiar Mensual	
Ingresos Mensuales	Calificación
Sin Ingresos o Menos de 1 Salario Mínimo	1
De más de 1 y menos de 2 Salarios Mínimos	4
De 2 Salarios Mínimos	5
De 3 Salarios Mínimos	6
De 4 Salarios Mínimos	8
De 5 Salarios Mínimos	10

Tipo de Vivienda	
Vivienda	Calificación
Sin Vivienda, Chozas	1
Rentada	2
Prestada	3
Interés Social	4
Propia de teja y adobe	5
Propia de concreto con techo de lámina	6
Propia de concreto sin acabados	8
Propia de concreto con acabados	10

Escala de Calificaciones							
Puntaje	3 a 5	6 a 7	8 a 10	11 a 13	14 a 24	25 a 27	28 a 30
Nivel asignado	Exento	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

1983

Pase de Salida

1/FOLIO:

2/UNIDAD MÉDICA:		3/FECHA DE INGRESO:	4/FECHA DE EGRESO:
5/NOMBRE:		6/EDAD:	7/GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
8/CAMA:	9/ÁREA DE EGRESO:	10/ESPECIALIDAD:	
11/NIVEL:	12/RECIBO ÚNICO DE PAGO:	13/IMPORTE:	

14/ELABORÓ

15/Vo. Bo.

16/AUTORIZÓ

Nombre y Firma de la
Trabajadora Social

Nombre y Firma de la Jefatura
de Trabajo Social

Nombre, Cargo y Firma

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: “ Pase de Salida” 217B30000-086-II		
OBJETIVO: Controlar el egreso de los pacientes dados de alta por la prestación de servicios médicos en los Hospitales del Instituto.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias. El original se turna al área de Trabajo Social, la primera copia al Departamento de Recursos Financieros y la segunda copia al usuario cuando se trate de alta.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número progresivo correspondiente al formato, de acuerdo al control que se realice.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre oficial de la Unidad médica en donde se atiende al paciente.
3	FECHA DE INGRESO	Indicar el día, mes y año en que se le proporciona el servicio médico al paciente.
4	FECHA DE EGRESO	Escribir el día, mes y año en que es dado de alta el paciente por el servicio médico que le proporcionó la atención requerida.
5	NOMBRE	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando por apellido paterno, materno y nombre(s).
6	EDAD:	Indicar el número de años cumplidos del paciente.
7	GÉNERO:	Marcar con una X el recuadro que corresponda; masculino: hombre, femenino: mujer.
8	CAMA	Anotar el número de la cama en que permaneció el paciente que egrese del servicio de hospitalización.
9	ÁREA DE EGRESO	Escribir el nombre del servicio del Hospital del cual egresa el paciente.
10	ESPECIALIDAD	Indicar el servicio de especialidad que le fue proporcionado al paciente en el Hospital.
11	NIVEL	Registrar el nivel del tabulador que corresponda para determinar la cuota de recuperación.
12	RECIBO ÚNICO DE PAGO	Registrar el número de folio del “Recibo Único de Pago” emitido por el área de Caja o, en su caso, del “Recibo de Exención”.
13	IMPORTE	Indicar el monto de la cuota de recuperación que registra el “Recibo Único de Pago” del paciente.
14	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la Trabajadora Social que elaboró el “Pase de Salida”.
15	VO. BO.	Escribir el nombre y firma del titular del área de Trabajo Social.
16	AUTORIZÓ	Anotar el nombre, cargo y firma de la persona que autoriza el egreso del paciente.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

217B30000-085-11

Recibo de Exención

1/No.

2/UNIDAD MÉDICA:	3/FECHA:	4/No. EXPEDIENTE:
5/C. CAJERO DEL HOSPITAL:	6/T. ATENCION	

7/COMUNICO A USTED QUE HE AUTORIZADO LA EXENCION DE PAGO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS AL C.

8/CON DOMICILIO EN:

9/CLAVE SERVICIO	10/DESCRIPCION DEL SERVICIO	11/CANTIDAD	12/IMPORTE
13/TOTAL: \$			

14/ELABORO

15/DIRECTOR DEL HOSPITAL

16/RECIBIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

Av. Independencia Oriente 1009 C.P. 50070 Toluca, Estado de México.

R.F.C. ISE-870331-CR6

217B30000-085-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Recibo de Exención”

217B30000-085-11

OBJETIVO: Llevar el registro de los servicios proporcionados a los usuarios que, por tener escasos recursos económicos, no puedan cubrir las cuotas de recuperación que correspondan.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias, el original se entrega al usuario/paciente, la primera copia se archiva para control en el Área de Recursos Financieros y la segunda copia se envía a la Dirección de Finanzas.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el número progresivo correspondiente al recibo, de acuerdo al control que de los mismos se lleve a cabo.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica.
3	FECHA	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
4	No. EXPEDIENTE	Indicar el número de expediente del paciente.
5	C. CAJERO DEL HOSPITAL	Especificar el tipo de atención proporcionada al paciente.
6	T. ATENCIÓN	Anotar el nombre completo del cajero que emite el recibo.
7	... AL C.	Escribir el nombre completo del paciente.
8	CON DOMICILIO EN:	Anotar la calle y número exterior e interior, en su caso, del lugar de residencia del paciente.
9	CLAVE SERVICIO	Registrar el número de identificación de los servicios proporcionados al paciente, con base en el tabulador autorizado.
10	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, de acuerdo a las claves descritas en el punto número 8.

11	CANTIDAD	Anotar el número de servicios que le hayan proporcionado al paciente.
12	IMPORTE	Indicar la cantidad de cada uno de los servicios proporcionados al paciente, por la cantidad de los mismos, de acuerdo con el tabulador autorizado. (valuado a nivel uno).
13	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes descritos en el punto número 11.
14	ELABORÓ	Escribir el nombre completo y firma del cajero.
15	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo y firma del titular del Hospital autorizando la exención.
16	RECIBIÓ	Escribir el nombre completo y firma del paciente o de alguno de sus familiares.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/02
	Página:

PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto por los servicios de consulta externa proporcionados, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de Caja de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación, cobro, salvaguarda, custodia y reporte de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios de consulta externa.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de controlar el sistema de cuotas de recuperación, así como de determinar las cuotas respectivas y de tramitar la exención de pagos para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del área Médica de Consulta Externa deberá:

- Recibir al paciente, solicitar su "Ficha de Consulta", enterarse que el servicio médico requerido corresponde a un programa prioritario, otorgar el servicio de consulta externa, elaborar la "Receta Médica", entregar copia al paciente indicándole presentar la "Ficha de Consulta" en el área de Vigilancia y con la receta y las copias restantes realizar los trámites internos a que haya lugar.
- Atender al paciente, revisar el "Recibo de Único de Pago" o "Recibo de Exención", así como el comprobante de programa prioritario y efectuar el registro en la "Hoja de Referencia".
- Indicar al paciente la fecha de su próxima cita en caso de requerir mayor atención médica y comunicarle que acuda al área de Archivo para que le elaboren su expediente y al área de Recepción para el registro de la siguiente cita, así como archivar la "Hoja de Referencia".

El Responsable del área de Recepción del Servicio de Consulta Externa deberá:

- Recibir al paciente, solicitarle datos generales y efectuar el registro en el “Libro de Control” del servicio solicitado.
- Requerir al paciente la “Hoja de Referencia” cuando sea canalizado de algún centro de salud, registrar la fecha de consulta y determinar si corresponde a algún programa prioritario de salud.
- Elaborar y entregar la ficha de consulta al paciente solicitante.
- Anotar el tipo de consulta que requiere el paciente y entregársela junto con su “Hoja de Referencia” indicándole cubrir la cuota de recuperación en el área de Caja.

El Responsable del área Trabajo Social deberá:

- Realizar los estudios socioeconómicos y determinar la capacidad de pago de los pacientes.
- Requisar el formato “Pase de Salida” del paciente, recabar las firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determinar si es procedente la reclasificación o exención del pago.
- Indicar en el formato “Pase de Salida” el resultado del estudio socioeconómico y entregarlo al paciente, así como archivar el “Estudio Socioeconómico”.
- Registrar en el “Pase de Salida” el nivel por cobro y entregarlo al paciente indicándole cubrir la cuota en el área de Caja.

El Responsable del área de caja deberá:

- Recibir la “Ficha de Consulta” para determinar la cuota de recuperación de la consulta otorgada e informarle al paciente el importe a cubrir.
- Realizar el cobro correspondiente por los servicios otorgados, elaborar el “Recibo Único de Pago”, entregar el original al Paciente y archivar las copias para control interno.
- Recibir el original del “Pase de Salida”, revisar que se encuentre debidamente validado por la Jefatura de Trabajo Social, el Director o Administrador del Hospital y especificar el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota.
- Elaborar el “Recibo de Exención”, recabar la firma de conformidad del Paciente en el original y las copias, anotar el número de folio del recibo en el pase y archivarlo, entregar el original del recibo al Paciente y archivar las copias del recibo para control interno.
- Determinar el importe del pago de acuerdo al nivel indicado y al tabulador autorizado.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Recibir la “Ficha de Consulta”, registrar en su libro de control los datos del usuario, devolver la ficha y permitir el egreso del paciente.

DEFINICIONES:

Consulta Externa: Es la atención médica que se proporciona a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital, puede ser de diversa índole y consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. Comprende lo relacionado con la medicina preventiva, medicina general y medicina de especialidades.

Hoja de Referencia: Documento por el cual se autoriza el traslado de un paciente de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutoria, para que se le brinde una atención de salud o se realice un examen de apoyo al diagnóstico.

Programa Prioritario de Salud: Conjunto de acciones que ofrece el gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. Es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Receta Médica: Es el documento normalizado por medio del cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte de las farmacias.

Cuota de Recuperación: Son los dineros que se deben pagar por la prestación de los servicios de salud la población abierta en lo no cubierto con subsidios a la demanda, según lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud, que para el efecto suscriba el ente territorial con la institución prestadora de servicios.

Estudio Socioeconómico: Consiste en la aplicación de cuestionamientos que proporcionan elementos objetivos e información relevante en torno la forma de vida de alguna persona o familia. Es una entrevista a profundidad aplicando un cuestionario diseñado expresamente para conocer los aspectos relevantes de una persona o familia y para determinar el nivel de cobro de un paciente por la prestación de un servicio.

Exención de Pago: Significa que una determinada persona física o moral legal o normalmente tiene la calidad de causante, pero que no está obligado a enterar el crédito tributario por encontrarse en condiciones de privilegio o franquicias. A través de la exención del pago por los servicios de salud proporcionados se persigue otorgar a determinadas personas un beneficio económico.

Reclasificación de Pago: Es la revaloración de la situación financiera del paciente y sus familiares para el pago de un servicio.

INSUMOS:

- Paciente ingresado.
- Hoja de referencia.

RESULTADOS:

- Determinación y cobro de cuotas de recuperación adecuados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- El personal del área de Caja de los hospitales será responsable de la recepción de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación, debiendo detectar los billetes falsos y, en su caso, reintegrar el monto faltante correspondiente.
- El Responsable del área de Caja deberá requisitar el "Recibo Único de Pago" en cada uno de los conceptos que en el mismo se establecen.
- El importe de los servicios cobrados mediante "Recibo Único de Pago" deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, por lo que no será válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los "Recibos Únicos de Pago" que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación.
- Las áreas de Trabajo Social, de Cuenta Paciente y de Caja orientarán y proporcionarán la documentación soporte que se requiera a los familiares de pacientes que, por incapacidad física o mental, no puedan realizar en forma personal el pago de los servicios médicos recibidos.
- El área de Trabajo Social validará, mediante firma autógrafa, los expedientes de estudios socio-económicos que generen una exención o reclasificación en el cobro de la cuota de recuperación y presentarlo para su autorización al Director del Hospital o, en su ausencia, al Administrador, Subdirector Médico, Jefe de Recursos Financieros y en turnos especiales y en días festivos al Director del Hospital y notificará por escrito al Asistente o Jefe de Servicios de la Dirección.
- El área de Trabajo Social deberá integrar, resguardar y controlar los estudios socioeconómicos de los pacientes, la información contenida será de carácter confidencial y con una vigencia de seis meses, a partir de la fecha de su aplicación, y su consulta será exclusiva de las instancias correspondientes (Unidad de Contraloría Interna, Subdirección de Atención Médica y Departamento de Control y Registro de Cuotas).
- En el caso de que el Paciente requiera ser transferido a otra unidad médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se le cobrarán los servicios que hasta el momento se le hayan otorgado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente, al área de Servicios Generales o al área interna encargada de realizar los traslados.
- Los pacientes del servicio de consulta externa cubrirán sus cuotas de recuperación en forma previa a la atención.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
 1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
 2. El cajero receptor del pago recabará la firma del Jefe de Servicio del área médica, exponiendo porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago junto con la cancelación del mismo.
 3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, así como recabar la validación del jefe inmediato y la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas, debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.
- El área de Recepción del servicio de consulta externa efectuará el registro de los pacientes en el "Libro de Control del Servicio de Consulta Externa", el cual deberá estar debidamente prefoliado.
- El área de Recepción del servicio de consulta externa será responsable del uso, resguardo y control de los documentos que se generen por la prestación del servicio.
- El Médico tratante registrará los datos generales de los pacientes y el diagnóstico en la "Hoja Diaria", así como el número de "Recibo Único de Pago" o, en su caso, indicará cuando se trate de una exención por falta de recursos económicos del paciente, si corresponde a un programa prioritario o si es paciente del Seguro Popular.

DESARROLLO:

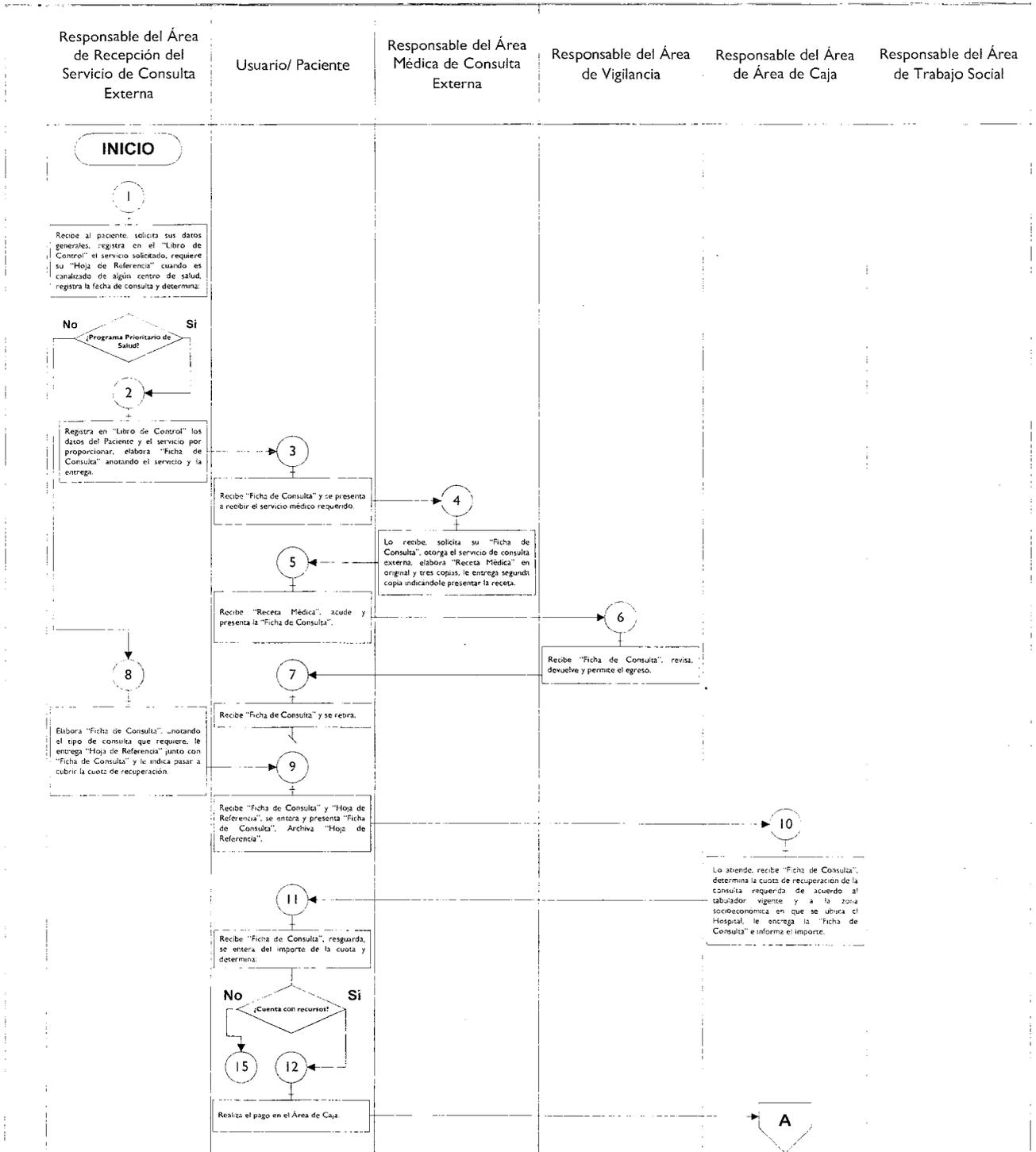
Procedimiento 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	Recibe al paciente, solicita sus datos generales, registra en el "Libro de Control" el servicio solicitado, le requiere su "Hoja de Referencia" cuando es canalizado de algún centro de salud, registra la fecha de consulta y determina: ¿Corresponde a algún Programa Prioritario de Salud?
2	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	Si corresponde a algún Programa Prioritario de Salud. Registra en el "Libro de Control" los datos del Paciente y el servicio por proporcionar, elabora la "Ficha de Consulta" anotando el servicio y la entrega al Paciente.
3	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta" y se presenta en el área Médica del Servicio de Consulta Externa para recibir el servicio médico requerido.
4	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Recibe al paciente, le solicita "Ficha de Consulta", se entera de que el servicio médico requerido corresponde a un programa prioritario, le entrega la "Ficha de Consulta", otorga el servicio de consulta externa, elabora "Receta Médica" en original y tres copias, entrega la segunda copia al paciente indicándole presentar la "Ficha de Consulta" en el área de Vigilancia y con la receta original y las copias restantes realiza trámites internos.
5	Usuario/ Paciente	Recibe la "Receta Médica" y la "Ficha de Consulta", acude al área de Vigilancia del Servicio de Consulta Externa y presenta la "Ficha de Consulta".
6	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe la "Ficha de Consulta", registra en su libro de control los datos del usuario, devuelve la ficha y permite el egreso del paciente.
7	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta" y se retira.
8	Responsable del Área de Recepción del Servicio de Consulta Externa	No corresponde a algún Programa Prioritario de Salud. Elabora la "Ficha de Consulta" anotando el tipo de consulta que requiere el paciente, entrega la "Hoja de Referencia" al paciente junto con su "Ficha de Consulta" y le indica pasar al área de Caja del Servicio de Consulta Externa para cubrir la cuota de recuperación.
9	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta" y la "Hoja de Referencia", se entera y presenta la "Ficha de Consulta" en el área de Caja. Resguarda la "Hoja de Referencia para su control".
10	Responsable del Área de Caja	Atiende al paciente, recibe la "Ficha de Consulta", determina la cuota de recuperación de la consulta requerida de acuerdo al tabulador vigente y a la zona socioeconómica en que se encuentre ubicado el hospital, entrega la "Ficha de Consulta" al paciente e informa el importe correspondiente.
11	Usuario/ Paciente	Recibe la "Ficha de Consulta", resguarda, se entera del importe de la cuota y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el importe?
12	Usuario/ Paciente	Si cuenta con recursos para cubrir el importe. Realiza el pago en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa.
13	Responsable del Área de Caja	Recibe el importe de la consulta requerida por el Paciente, requisita en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", entrega el original al Paciente y archiva las copias. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
14	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago", lo archiva, acude al área médica y espera que sea llamado. Se conecta con la operación No. 25.
15	Usuario/ Paciente	No cuenta con recursos para cubrir el importe. Acude al área de Trabajo Social del Hospital, expone su caso y retiene la "Ficha de Consulta".
16	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe al paciente, requisita original del formato "Estudio Socioeconómico", así como el original del formato "Pase de Salida", firma, recaba firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determina ¿Es exención o reclasificación?

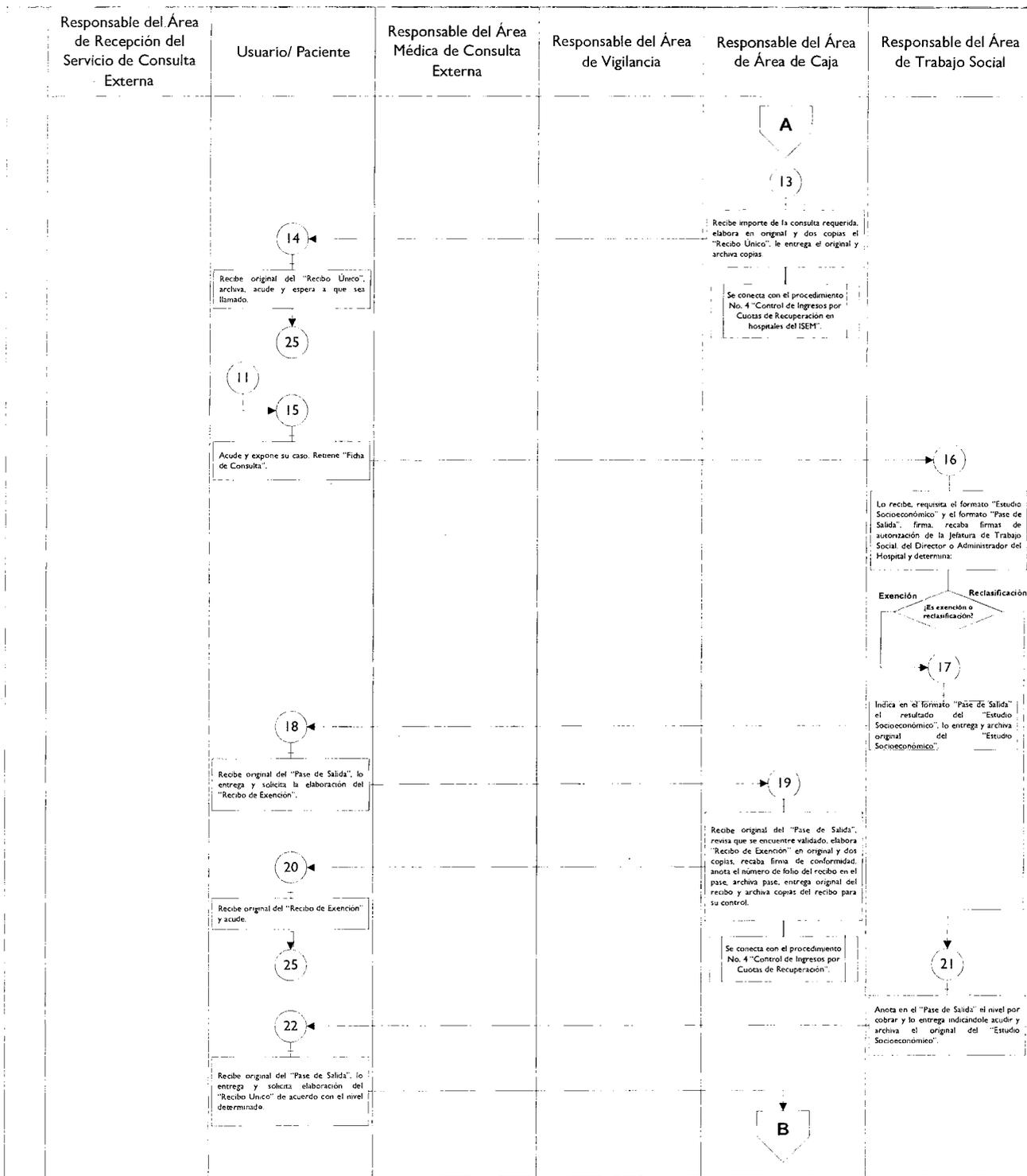
17	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Exención. Indica en el formato "Pase de Salida" el resultado del "Estudio Socioeconómico", lo entrega al paciente y archiva el original del "Estudio Socioeconómico".
18	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa y solicita al Cajero la elaboración del "Recibo de Exención".
19	Responsable del Área de Área de Caja	Recibe el original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado, elabora "Recibo de Exención", valuado a nivel I del tabulador autorizado, en original y dos copias, recaba firma de conformidad del Paciente en el original y las copias del mismo, anota el número de folio del recibo en el pase, archiva pase, entrega el original del recibo al Paciente y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
20	Usuario/ Paciente	Recibe el original del "Recibo de Exención" y acude al servicio de consulta externa. Se conecta con la operación No. 25.
21	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Reclasificación. Anota en el "Pase de Salida" el nivel por cobrar y lo entrega al paciente indicándole acudir al área de Caja del Servicio de Consulta Externa, archiva el original del "Estudio Socioeconómico".
22	Usuario/ Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja del Servicio de Consulta Externa y solicita al Cajero la elaboración del "Recibo Único de Pago" de acuerdo con el nivel determinado.
23	Responsable del Área de Caja	Recibe el "Pase de Salida" original, revisa que se encuentre debidamente validado y se especifique el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota, lo archiva, determina el importe de acuerdo con el nivel indicado y el tabulador autorizado, elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", anota el número de folio del recibo en el pase, lo archiva, obtiene el importe por el pago de los servicios proporcionados, le entrega al paciente el original del recibo y archiva las copias para control. Se conecta con el procedimiento No. 4: "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
24	Usuario/ Paciente	Recibe el original del "Recibo Único de Pago" y acude al área de Consulta Externa.
25	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Atiende al Paciente, revisa el "Recibo de Único de Pago" o el "Recibo de Exención", comprobante de programa prioritario, solicita original de la "Hoja de Referencia", proporciona el servicio de consulta externa, registra número del "Recibo Único de Pago" o "Recibo de Exención" en su "Hoja de Referencia" y determina: ¿Requiere mayor atención médica?
26	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	No requiere mayor atención médica. Elabora "Receta Médica", anexa el recibo que corresponda y entrega al paciente, le hace las indicaciones pertinentes y archiva la "Hoja de Referencia".
27	Usuario/ Paciente	Recibe la "Receta Médica" y el "Recibo de Único de Pago" o "Recibo de Exención", atiende las indicaciones del Médico y se retira.
28	Responsable del Área Médica de Consulta Externa	Si requiere mayor atención médica. Indica la fecha de la próxima cita, elabora la "Receta Médica", la entrega y comunica al paciente pasar al área de Archivo para que le elaboren expediente y al área de Recepción para el registro de la siguiente cita, presentando "Recibo Único de Pago" y archiva la "Hoja de Referencia".
29	Usuario/ Paciente	Recibe la "Receta Médica", atiende las indicaciones del Médico y se retira.

DIAGRAMACIÓN:

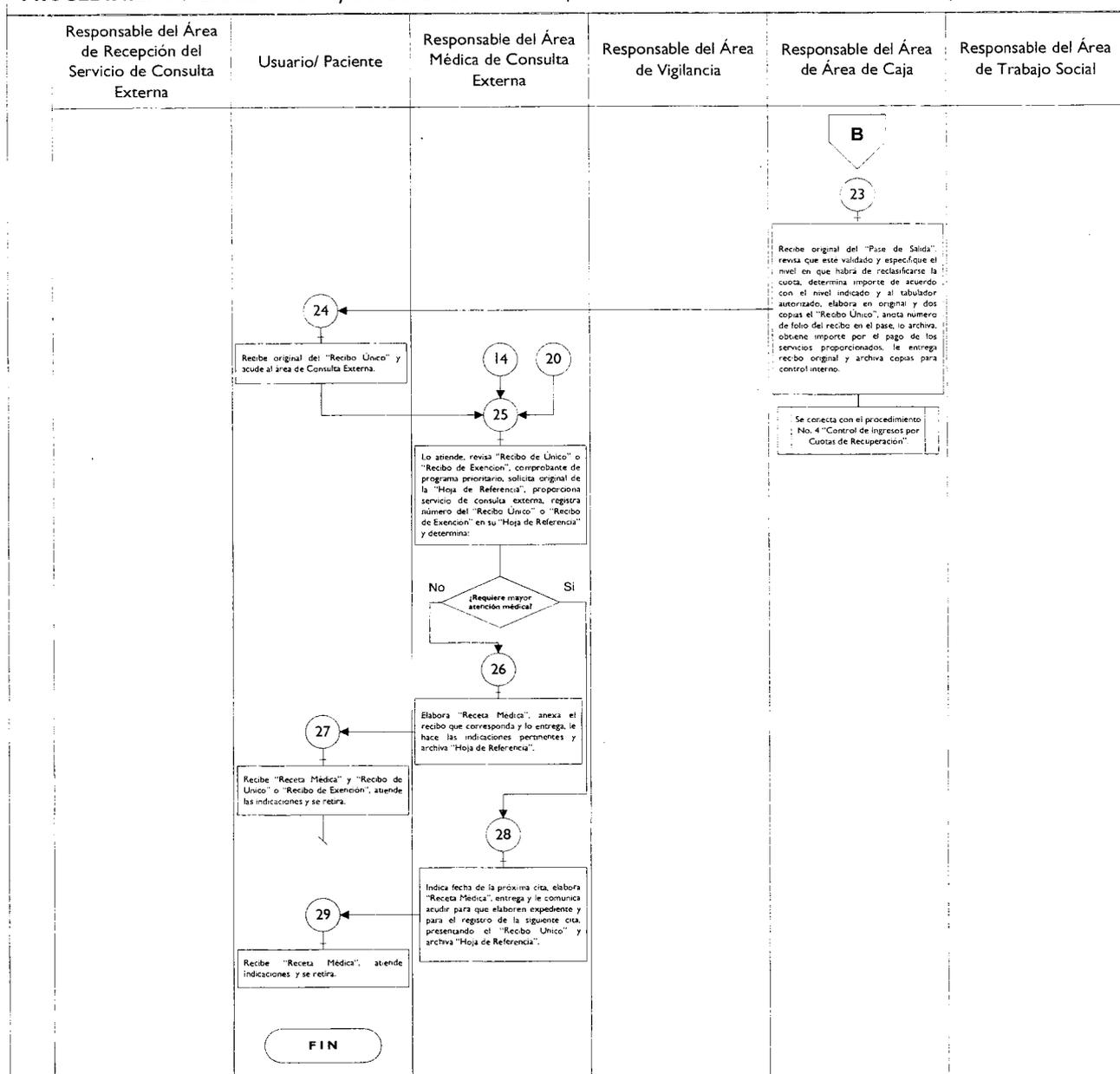
PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



PROCEDIMIENTO 2: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en el cobro por concepto de cuotas de recuperación en el Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de cobros por concepto de cuotas de recuperación realizados}}{\text{Número mensual de solicitudes de atención recibidas}} \times 100 =$$

Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- La canalización de un paciente a otra unidad médica se realiza a través del formato "Referencia y Contrarreferencia" y se archiva en el hospital que proporciona la atención.
- El nivel económico de la persona que requiere atención médica se registra en el formato de "Estudio Socioeconómico" y se archiva en el área de Trabajo Social del hospital.
- La exención del pago por los servicios prestados queda registrada en el "Recibo de Exención" y se archiva en el área de Recursos Financieros.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Recibo Único de Pago (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1, página 12).
- Estudio Socioeconómico (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1, página 14).
- Pase de Salida (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1, página 18).
- Recibo de Exención (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1, página 20).
- Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Receta Médica.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



FOLIO: (1)

(2) ADULTO PEDIÁTRICO

I

FECHA DE REFERENCIA (3) _____ No. DE CONTROL (4) _____

NOMBRE DEL PACIENTE (7) _____

DOMICILIO DEL PACIENTE (8) _____

EDAD (5)		SEXO (6)	
AÑOS	MESES	M	F

MOTIVO DE ENVÍO (9) _____ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL (10) _____ URG. (11) _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (12) _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO (13) _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE (14) _____ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA (15) _____

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (16) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (17) _____



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA



FOLIO: (18)

(19) ADULTO PEDIÁTRICO

Fecha (20) _____ No. de control (21) _____ Clasificación Socioeconómica (22) _____ URGENCIA (23) SI _____ NO _____

NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO POPULAR (24) _____ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES (25) _____

II

NOMBRE (S) (26) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE (27) _____ PARENTESCO (28) _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE (29) _____ EDAD (30) _____ SEXO (31) _____

III

UNIDAD QUE REFIERE (32) _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE (33) _____

DOMICILIO (34) _____

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA (35) _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA (36) _____

V

MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): (37) T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____

F.R. _____ FC. _____ PESO _____ TALLA _____ ESCALA DE GLASGOW _____ SILVERMAN _____

LLENADO CAPILAR (38) _____

PADECIMIENTO ACTUAL (39) _____

EVOLUCIÓN (40) _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (41) _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (42) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (43)	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE (44)
--	--

VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA (45) _____ FECHA DE ALTA (46) _____
 SE LE ATENDIÓ: (47) SI _____ NO _____ NOMBRE DE LA UNIDAD (48) _____
 PORQUE (49) _____
 OBSERVACIONES (50) _____

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE (51) _____
 ESPECIALIDAD O SERVICIO (52) _____ FECHA (53) _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:
 PADECIMIENTO ACTUAL (54) _____
 EVOLUCIÓN (55) _____
 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE (56) _____
 DIAGNÓSTICO DE INGRESO (57) _____
 DIAGNÓSTICO DE EGRESO (58) _____
 INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: (59)
 Debe Regresar (60) _____ Fecha (61) _____
 En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono (62) _____

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE (63)	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD (64)
---	--

217B20000-181-07

REVERSO

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: “Referencia y Contrarreferencia” 217B20000-181-07		
OBJETIVO: Documentar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y dos copias, el original para el paciente, la primera copia para la unidad médica que contrarrefiere y la segunda copia para la unidad médica que refiere (sólo anverso).		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
TALÓN		
1	FOLIO:	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una “X” el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.

I		
3	FECHA DE REFERENCIA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	EDAD: AÑOS.....MESES	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	SEXO: M.....F	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	NOMBRE DEL PACIENTE:	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.
8	DOMICILIO DEL PACIENTE:	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	MOTIVO DE ENVÍO:	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido.
10	DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.
11	URG.:	Escribir en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	ESPECIALIDAD O SERVICIO:	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
17	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	FOLIO:	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	ADULTO/ PEDIÁTRICO:	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	No. DE CONTROL:	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
23	URGENCIA:	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
25	CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
II		
26	NOMBRE(S):	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.
27	NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.

28	PARENTESCO:	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papá, mamá, hijo, hermano, primo, otro). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	NÚMERO DE EXPEDIENTE:	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	EDAD:	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	SEXO:	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		
32	UNIDAD QUE REFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		
33	UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envía.
38	LLENADO CAPILAR:	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de ésta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	PADECIMIENTO ACTUAL:	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	EVOLUCIÓN:	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Escribir el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:	Anotar el nombre completo y la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		
45	FECHA DE VISITA:	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
46	FECHA DE ALTA:	Escribir el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.
47	SE LE ATENDIO: SI NO	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendido o no se atendió al paciente en la unidad médica a donde se refirió.
48	NOMBRE DE LA UNIDAD:	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	¿PORQUE?:	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	OBSERVACIONES:	Asentar los señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia.
HOJA DE CONTRARREFERENCIA		
VII		
51	UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	SERVICIO:	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.
53	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.
MANEJO DEL PACIENTE		
VIII		
54	PADECIMIENTO ACTUAL:	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.

55	EVOLUCIÓN:	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.
59	INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	Anotar las sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	DEBE REGRESAR:	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	FECHA:	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE.....	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:	Asentar el nombre completo y la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que contrarrefiere.
64	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:	Anotar el nombre completo y la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



Ahora tu consulta médica también incluye tus medicamentos



Receta Médica

1/FOLIO A000 000 001

2/NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN:		3/NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		4/DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
5/ <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN		6/CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO:	7/Nº. LICENCIA SANITARIA	8/COBERTURA: <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> OP	9/FECHA DE ELABORACIÓN:
10/NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN		18/CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			19/CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
11/NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		20/INDICACIONES (DOSIS)		21/DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	22/CANTIDAD SOLICITADA
12/EDAD:		13/GÉNERO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO			23/CANTIDAD SURTIDA (LETRA)
14/NOMBRE DEL MÉDICO:		CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10)
15/R.F.C.		16/NÚM. DE CÉD. PROFES.		INDICACIONES (DOSIS)	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
17/FIRMA DEL MÉDICO		CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CÁTALOGO)			CANTIDAD SOLICITADA
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		24/FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD		25/ENTREGUÉ CAJAS	26/RECIBÍ CAJAS
					27/FECHA DE RECIBIDO

217B20000-001-06

*SP=SEGURO POPULAR PA=POBLACION ABIERTA OP=OPORTUNIDADES

NOTA IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE NO SE CUENTE CON ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS, EL PROVEEDOR TENDRÁ 60 MINUTOS PARA SURTIR LA RECETA TOTALMENTE

ESTA RECETA NO ESTÁ AUTORIZADA PARA PRESCRIPCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:		
“Receta Médica” 217B20000-001-06		
OBJETIVO: Solicitar a la botica/proveedor el medicamento requerido por los pacientes de las unidades médicas del Instituto, de conformidad con el diagnóstico emitido por el personal médico.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y tres copias. El original se turna a la botica/proveedor para gestionar el cobro de los medicamentos, la primera copia para control de la unidad médica, la segunda para el paciente y la tercera para el proveedor.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO	Anotar el número consecutivo correspondiente al formato, de conformidad con el control que de los mismos se ejerza.
2	NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN	Especificar el nombre y clave presupuestal de la jurisdicción sanitaria a la cual corresponde la unidad médica en que se elabora el formato.
3	NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre y clave presupuestal de la unidad médica en que se elabora el formato.
4	DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la localidad en la que se encuentra ubicada la unidad médica en que se genera el formato.
5	CONSULTA EXTERNA URGENCIAS HOSPITALIZACION	Marcar con una “X” el origen del formato, si corresponde a consulta externa, urgencias u hospitalización.
6	CLAVE Y NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar la clave y el nombre del servicio interno en el cual se genera el formato.
7	No. DE LICENCIA SANITARIA	Indicar el número de la licencia sanitaria de la unidad médica en la que se elabora el formato.
8	COBERTURA	Marcar con una “X” el programa al cual corresponde el paciente: SP= Seguro Popular, PA= Población Abierta y OP= Oportunidades.
9	FECHA DE ELABORACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se genera el formato.
10	NÚMERO DE EXPEDIENTE Y DE AFILIACIÓN	Indicar el número de expediente del paciente cuando corresponda a población abierta o, bien, además el de afiliación cuando corresponda al seguro popular o a oportunidades.
11	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Anotar el nombre completo del paciente, comenzando por el nombre, el apellido paterno y el apellido materno.
12	EDAD	Escribir la edad en años cumplidos del paciente.
13	GÉNERO	Anotar el género (masculino o femenino) del paciente.
14	NOMBRE DEL MÉDICO	Escribir el nombre completo del médico que elabora el formato.
15	R.F.C.	Anotar la clave del registro federal de contribuyentes del médico que genera el formato.
16	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	Indicar el número de cédula profesional del médico que genera el formato.
17	FIRMA DEL MÉDICO	Colocar la firma autógrafa del médico que genera el formato.
18	CLAVE Y NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO	Anotar el nombre genérico del medicamento, de conformidad con el cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizado por la Secretaría de Salud, así como la clave del mismo, por parte del responsable de la botica.
19	CLAVE DEL DIAGNÓSTICO	Indicar la clave CIE-10 del diagnóstico primario y secundario del paciente dictaminado por el médico.
20	INDICACIONES (DOSIS)	Anotar las indicaciones al paciente, respecto a la dosis del medicamento.
21	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	Especificar el tiempo en que el paciente habrá de consumir el medicamento.
22	CANTIDAD SOLICITADA	Anotar, por parte del médico, la cantidad en cajas que se solicita del medicamento correspondiente, de conformidad con su presentación y el tiempo de duración del tratamiento.
23	CANTIDAD SURTIDA (LETRA)	Escribir con letra la cantidad (cajas), de medicamento que le proporciona la botica al paciente.
24	FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD	Colocar la firma autógrafa del paciente al momento de recibir de conformidad el medicamento.

25	ENTREGUÉ CAJAS	Anotar con letra el número total de cajas de medicamento que entrega el responsable de la botica al paciente.
26	RECIBÍ CAJAS	Indicar con letra el número total de cajas de medicamento que le son proporcionadas al paciente por la botica.
27	FECHA DE RECIBIDO	Anotar el día, mes y año en que se surten los medicamentos al paciente.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/03
	Página:

PROCEDIMIENTO 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos que percibe el Instituto por los servicios de hospitalización proporcionados, mediante la determinación y el control de las cuotas de recuperación y su recepción en el área de cajas de los hospitales bajo su adscripción.

ALCANCE:

Aplica a todos los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación, cobro, salvaguarda, custodia y reporte de las cuotas de recuperación por la prestación de servicios de hospitalización.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de determinar el pago de las de cuotas de recuperación y, en su caso, de la exención de los mismos, así como de vigilar que las unidades aplicativas cumplan con las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia, para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del área de Hospitalización deberá:

- Recibir los expedientes clínicos, asignar cama y colocar al Paciente en la cama.
- Otorgar el servicio de hospitalización y solicitar al responsable del área de Cuenta Paciente realice visita y registre los servicios otorgados en el formato correspondiente.

El Responsable del área de Trabajo Social deberá:

- Recibir y canalizar al paciente al servicio de hospitalización, según la prioridad, cuando sea canalizado del servicio de urgencias o consulta externa.
- Recibir los expedientes del servicio de urgencias, elaborar el formato "Hoja de Hospitalización", integrarlo al expediente y turnarlo al área de hospitalización.
- Elaborar una "Responsiva", realizar el "Estudio Socioeconómico" y determinar la capacidad de pago del paciente.
- Elaborar el "Pase de Salida", recabar la firma de autorización de las autoridades competentes y entregarlo al familiar del paciente indicándole acuda al área de Cuenta Paciente a que le notifiquen sobre la cuota de recuperación.
- Validar el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de salida", para que el paciente pueda egresar de la unidad médica.
- Determinar con base al "Estudio Socioeconómico" cuando es una exención o reclasificación de pago, recabando para tal efecto las firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o del Administrador del Hospital.

- Anotar en el formato "Pase de Salida" la determinación de la EXENCIÓN, cuando la situación lo amerite, o bien registrar el nivel de cobro a que se hace acreedor el paciente cuando exista una RECLASIFICACIÓN.
- Conservar en su archivo los documentos originales de los estudios socioeconómicos realizados y las copias de los pases de salida generados.

El Responsable del Servicio de Cuenta Paciente deberá:

- Actualizar diariamente las cuentas de los pacientes hospitalizados, verificando el registro de los servicios y/o estudios realizados para su recuperación.
- Realizar el corte de la cuenta, de acuerdo con el tabulador vigente autorizado de los servicios proporcionados e informar al Responsable del área de Trabajo Social.
- Informar al familiar del paciente el monto de los servicios que le hayan sido proporcionados para su recuperación e indicarle acuda al área de Caja a realizar el pago correspondiente.
- Actualizar el formato "Cuenta Paciente" y turnarlo al área de Caja cuando exista una EXENCIÓN o RECLASIFICACIÓN de la cuota de recuperación.
- Gestionar la autorización de pagos diferidos a los pacientes que lo soliciten y verificar que sea cubierto el monto global de los servicios médicos.
- Conciliar los pagos realizados por el familiar del paciente contra el importe global de su cuenta.

El Responsable del área de Caja del Hospital deberá:

- Realizar el cobro de los servicios proporcionados por el área de Hospitalización.
- Realizar el cobro de los servicios de acuerdo a la cantidad y nivel que le indique el área de Cuenta Paciente.
- Recibir el original del formato "Cuenta Paciente", archivarlo provisionalmente y esperar a que se presente el familiar del Paciente con el "Pase de Salida", aplicar el tabulador y determinar el importe de acuerdo con nivel indicado y al tabulador autorizado.
- Elaborar el "Recibo Único de Pago", anotar en el original del "Pase de Salida" el número de folio correspondiente, entregar al familiar el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y archivar las copias del recibo para su control.
- Elaborar el "Recibo de Exención" en original y dos copias, recabar firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del mismo, anotar el número de folio del recibo en el pase, archivar pase, entregar el original del recibo al familiar del Paciente y archivar las copias del recibo.
- Elaborar y emitir los recibos correspondientes de conformidad con los lineamientos internos vigentes.
- Realizar el corte de caja al finalizar su turno, procediendo a entregarlo y revisarlo con el Cajero General o, en su ausencia, con el Jefe del área de Recursos Financieros o el Administrador.

El Responsable del área de Vigilancia deberá:

- Requerir del paciente el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de Salida" para permitir su egreso.
- Recibir el original del "Recibo de Exención", revisar y registrar en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio, el importe del mismo y el servicio del cual egresa el paciente.
- Revisar y registrar en el "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo Único de Pago", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente.

DEFINICIONES:

Servicio de Hospitalización: Son los servicios destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento y sus ambientes anexos para trabajo de enfermería; se relacionan con los servicios de apoyo, complementación, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos, de cocina y de lavandería.

INSUMOS:

- Hoja de hospitalización.
- Ficha de consulta.
- Estudio socioeconómico.

RESULTADOS:

- Atención oportuna de pacientes.
- Recibo único de pago.
- Cuenta paciente.
- Recibo de exención.
- Receta médica.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM.
- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- El personal del área de Caja de los hospitales será responsable de la recepción de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación, debiendo detectar los billetes falsos y, en su caso, reintegrar el monto correspondiente.
- El Responsable del área de Caja deberá requisitar el "Recibo Único de Pago" en cada uno de los conceptos que en el mismo se establecen.
- Las áreas médicas del Hospital efectuarán el registro y control de los servicios que proporcionan en el "Libro de Registro" el cual deberá estar prefoliado, requisitado y bajo el resguardo de las áreas correspondientes.
- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.
- La Jefatura de Servicios Médicos de los hospitales efectuará el registro de los pacientes de nuevo ingreso en el formato "Hoja de Hospitalización", la cual deberá estar prefoliada y será integrada al expediente del paciente para efectos de control.
- El responsable de elaborar la "Cuenta Paciente" verificará diariamente el registro de los servicios proporcionados por el área de hospitalización a los pacientes internados, para tener conocimiento de las prealtas y altas programadas y preparar el cierre de las cuentas correspondientes.
- El pago de los servicios de hospitalización podrá realizarse de manera diferida en efectivo o cuando el Hospital cuente con el servicio de cobros electrónicos con tarjeta de crédito o debito, previa solicitud del paciente o de un familiar directo.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
 1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
 2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
 3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- El área de Trabajo Social deberá integrar, resguardar y controlar los estudios socioeconómicos de los pacientes, la información contenida será de carácter confidencial y con una vigencia de seis meses a partir de la fecha de su aplicación, su consulta será permitida a las instancias correspondientes (Unidad de Contraloría Interna, Subdirección de Atención Médica y Departamento de Control y Registro de Cuotas).

DESARROLLO:

Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.

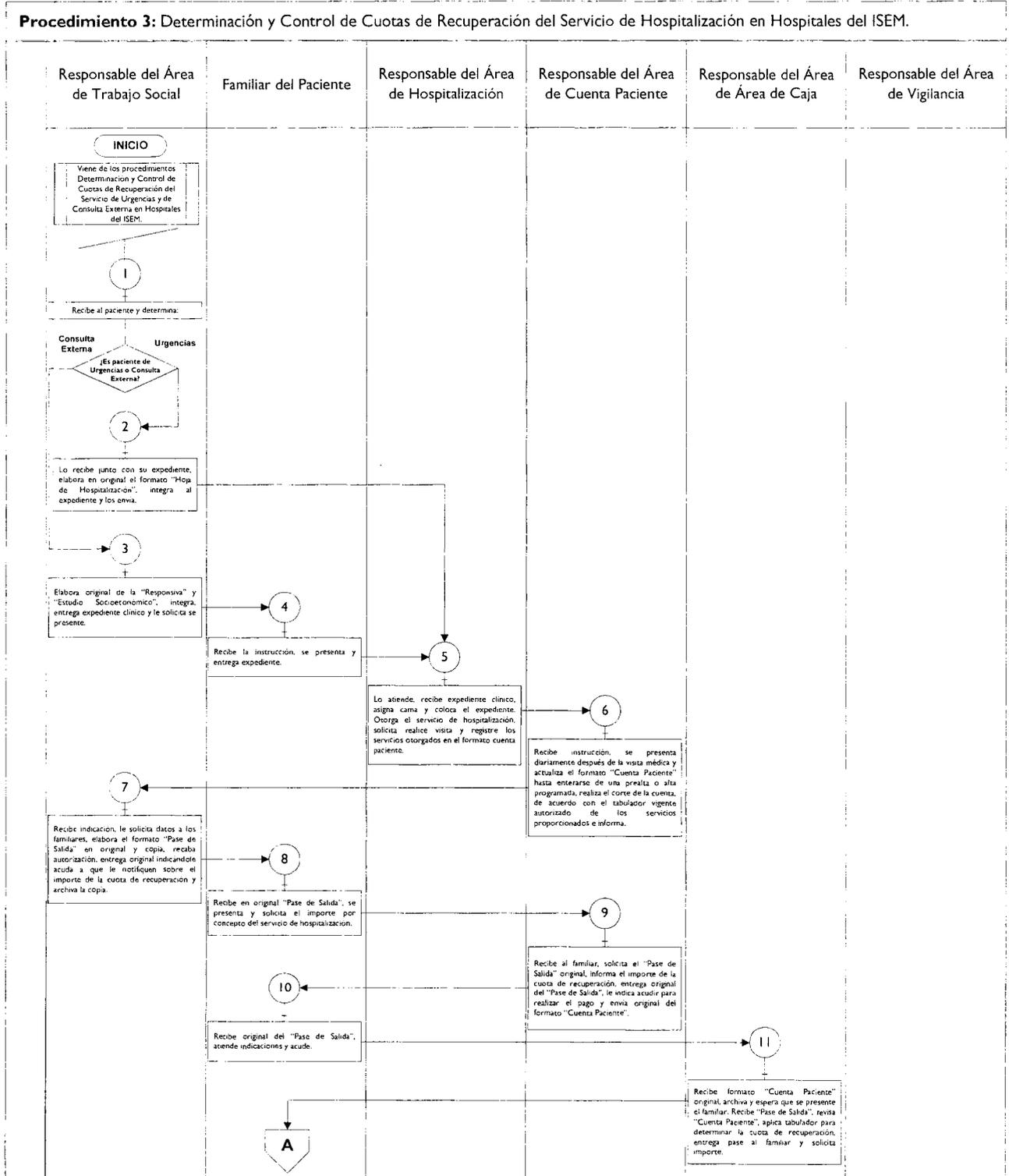
No.	Responsable	Actividad
1	Responsable del Área de Trabajo Social	Viene de los procedimientos "Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Urgencias y Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Consulta Externa en Hospitales del ISEM". Recibe al Paciente y determina ¿Es paciente remitido del área de Urgencias o Paciente Programado de Consulta Externa?
2	Responsable del Área de Trabajo Social	Es un Paciente remitido del área de Observación del Servicio de Urgencias. Lo recibe junto con su expediente, elabora en original el formato "Hoja de Hospitalización", integra al expediente y los envía al área de hospitalización. Se conecta con la operación no. 5.
3	Responsable del Área de Trabajo Social	Es un Paciente programado de Consulta Externa. Elabora original de la "Responsiva" y "Estudio Socioeconómico", integra y entrega al paciente/familiar del paciente expediente clínico y le solicita se presente en el área de Hospitalización.
4	Familiar del Paciente	Recibe la instrucción, se presenta en el área de Hospitalización y entrega el expediente.

5	Responsable del Área de Hospitalización	Atiende al Paciente, recibe el expediente clínico, asigna cama y coloca el expediente en la cama del Paciente, otorga el servicio de hospitalización y solicita al responsable de Cuenta Paciente realice visita y registre los servicios otorgados en el formato Cuenta Paciente.
6	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe instrucción, se presenta diariamente después de la visita médica y actualiza el original del formato "Cuenta Paciente" hasta enterarse de una prealta o alta programada, realiza corte de la cuenta, de acuerdo con el tabulador vigente autorizado de los servicios proporcionados e informa al Responsable del área de Trabajo Social.
7	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe indicación, solicita los datos del Paciente a los familiares, elabora el formato "Pase de Salida" en original y copia, recaba autorización, entrega original al familiar indicándole acuda al área de Cuenta Paciente a que le notifiquen sobre el importe de la cuota de recuperación y archiva la copia.
8	Familiar del Paciente	Recibe en original el "Pase de Salida", se presenta en el área de Cuenta Paciente y solicita el importe por concepto del servicio de hospitalización.
9	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe al familiar del paciente, solicita el original del "Pase de Salida", informa el importe de la cuota de recuperación del paciente, entrega el original del "Pase de Salida", le indica acudir al área de Caja para que realice el pago respectivo y envía el original del formato "Cuenta Paciente" al área de Caja.
10	Familiar del Paciente	Recibe el original del "Pase de Salida" e importe por servicios de hospitalización y acude al área de Caja.
11	Responsable del Área de Caja	Recibe original del formato "Cuenta Paciente", archiva provisionalmente y espera a que se presente el familiar del Paciente. Recibe "Pase de Salida", revisa "Cuenta Paciente", aplica tabulador para determinar la cuota de recuperación, entrega pase al familiar del paciente y solicita importe.
12	Familiar del Paciente	Recibe "Pase de Salida", archiva, se entera del importe y determina: ¿Cuenta con recursos para cubrir el importe?
13	Familiar del Paciente	Si cuenta con recursos para cubrir el importe. Pasa al área de Caja, presenta el original del "Pase de Salida" y realiza el pago por el importe correspondiente.
14	Responsable del Área de de Caja	Recibe el original del "Pase de Salida" y el importe en efectivo o pago electrónico por la cuenta del Paciente, elabora en original y dos copias del "Recibo Único de Pago", anota en el original del "Pase de Salida" el número de folio del "Recibo Único de Pago" correspondiente, entrega al familiar el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta con el procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
15	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y se presenta en el área de Trabajo Social.
16	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe del familiar del paciente el original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida", revisa, valida, entrega e indica recoger a su paciente.
17	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" debidamente validados, recoge a su paciente, se presenta en el área de Vigilancia del Servicio de Hospitalización y presenta el "Recibo Único de Pago" y el "Pase de Salida".
18	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe al familiar, le requiere original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida", registra en el libro de control el nombre del Paciente, el número de folio, importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente, devuelve el original del recibo al familiar del Paciente y permite su egreso.
19	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y del "Pase de Salida" y se retira junto con su Paciente.
20	Familiar del Paciente	No cuenta con recursos para cubrir el importe. Pasa al área de Trabajo Social y manifiesta su incapacidad para cubrir el importe correspondiente.
21	Responsable del Área de Trabajo Social	Recibe al familiar del Paciente, solicita original del "Pase de Salida", elabora original del "Estudio Socioeconómico", firma, recaba firmas de autorización de la Jefatura de Trabajo Social, del Director o Administrador del Hospital y determina: ¿Es exención o reclasificación?

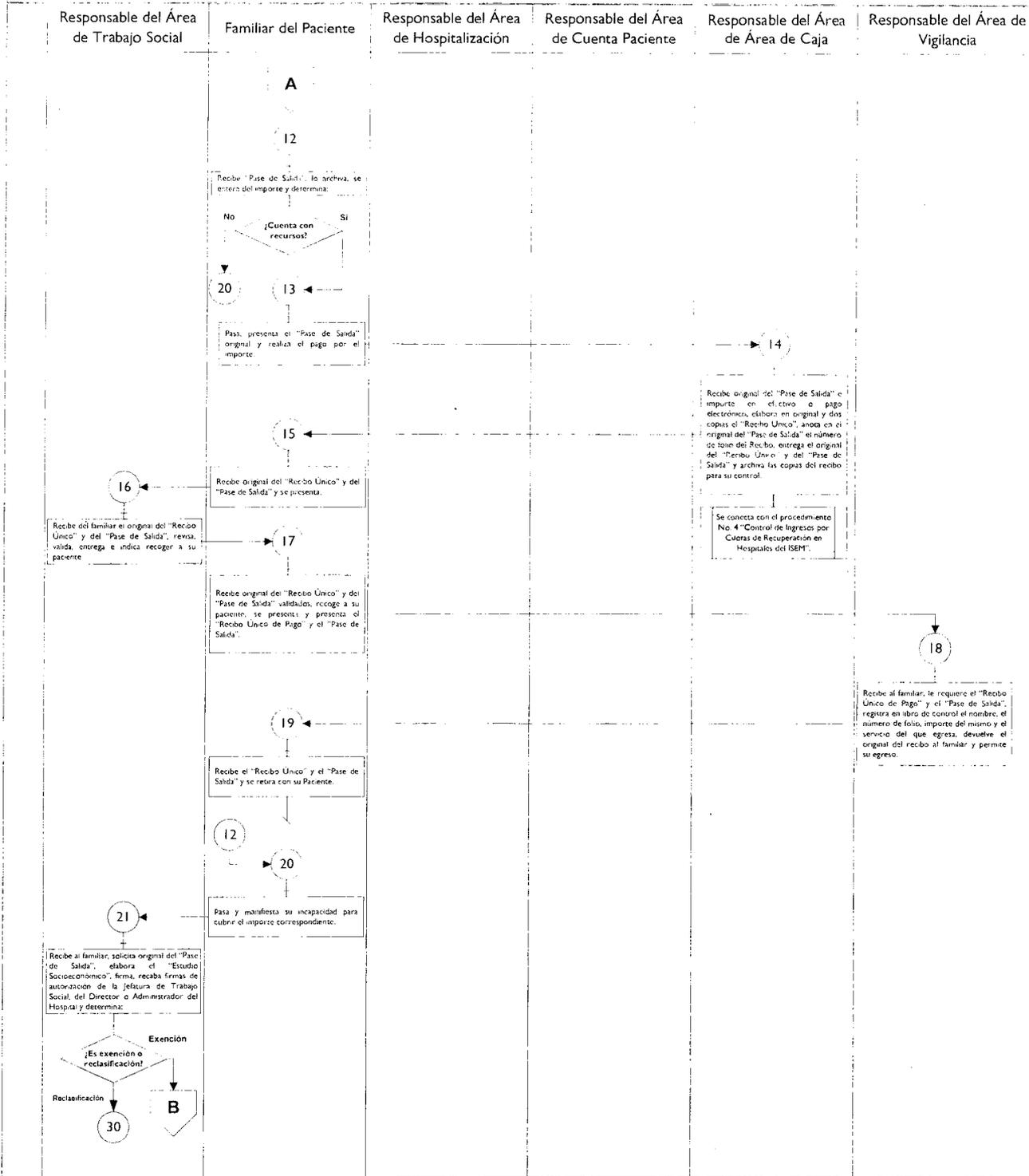
22	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Exención. Anota en el formato "Pase de Salida" la determinación de la exención, obtiene fotocopia del pase, entrega original al familiar del paciente indicándole acuda al área de Cuenta Paciente y archiva fotocopia junto con el original del "Estudio Socioeconómico".
23	Familiar del Paciente	Recibe el original del "Pase de Salida", se presenta en el área de Cuenta Paciente y solicita la actualización de su cuenta.
24	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Atiende al familiar del paciente, solicita el original del "Pase de Salida", actualiza el formato "Cuenta Paciente" y turna al área de Caja, entrega el "Pase de Salida" al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja.
25	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida", entrega en el área de Caja y solicita al cajero la elaboración del "Recibo de Exención".
26	Responsable del Área de Caja	Recibe formato "Cuenta Paciente", archiva provisionalmente y espera a que se presente el familiar del Paciente. Atiende al familiar del Paciente, le requiere el original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado, elabora "Recibo de Exención" en original y dos copias, valuado a nivel I del tabulador, recaba firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del mismo, anota el número de folio del recibo en el pase, archiva pase, entrega el original del recibo al familiar del Paciente y archiva las copias del recibo.
27	Familiar del Paciente	Se conecta al procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM". Recibe original del "Recibo de Exención", recoge a su Paciente y presenta en el área de Vigilancia el original del recibo.
28	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe original del "Recibo de Exención", revisa, registra en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo de Exención", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente y devuelve el original del recibo al familiar del Paciente.
29	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo de Exención" y se retira junto con su Paciente.
30	Responsable del Área de Trabajo Social	Es Reclasificación. Anota en el formato "Pase de Salida" el nivel por cobrar, obtiene dos copias, entrega el original al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja, turna copia del pase al área de Caja y archiva la segunda copia junto con el original del "Estudio Socioeconómico".
31	Responsable del Área de Caja	Recibe la copia del "Pase de Salida" y archiva para su control.
32	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" y se presenta en el área de Cuenta Paciente para actualizar su cuenta.
33	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Atiende al familiar del Paciente, le solicita el original del "Pase de Salida", actualiza el formato "Cuenta Paciente", entrega el "Pase de Salida" al familiar del paciente indicándole acuda al área de Caja y turna el formato al área de Caja.
34	Responsable del Área de Caja	Recibe el formato "Cuenta Paciente", lo archiva provisionalmente y espera que se presente el familiar del Paciente.
35	Familiar del Paciente	Recibe original del "Pase de Salida" y acude al área de Caja.
36	Responsable del Área de Caja	Atiende al familiar del Paciente, le requiere el original del "Pase de Salida", revisa que se encuentre debidamente validado y especifica el nivel en que habrá de reclasificarse la cuota, determina el importe de acuerdo con el nivel indicado y el tabulador autorizado. Elabora en original y dos copias el "Recibo Único de Pago", anota el número de folio del recibo en el "Pase de Salida", archiva el pase, recaba firma de conformidad del familiar del Paciente en el original y las copias del recibo. Obtiene el importe por el pago de los servicios registrados en el recibo, le entrega el original del recibo al familiar del Paciente y archiva las copias del recibo para su control. Se conecta al procedimiento No. 4 "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".
37	Familiar del Paciente	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", recoge a su Paciente y presenta en el área de Vigilancia del Servicio de Hospitalización el original del "Recibo Único de Pago".

38	Responsable del Área de Vigilancia	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", lo revisa, registra en "Libro de Control" el nombre del Paciente, el número de folio del "Recibo Único de Pago", el importe del mismo y el servicio del cual egresa el Paciente y devuelve el original del recibo al familiar del Paciente.
39	Familiar del Paciente	Recibe original del "Recibo Único de Pago" y se retira junto con el Paciente.

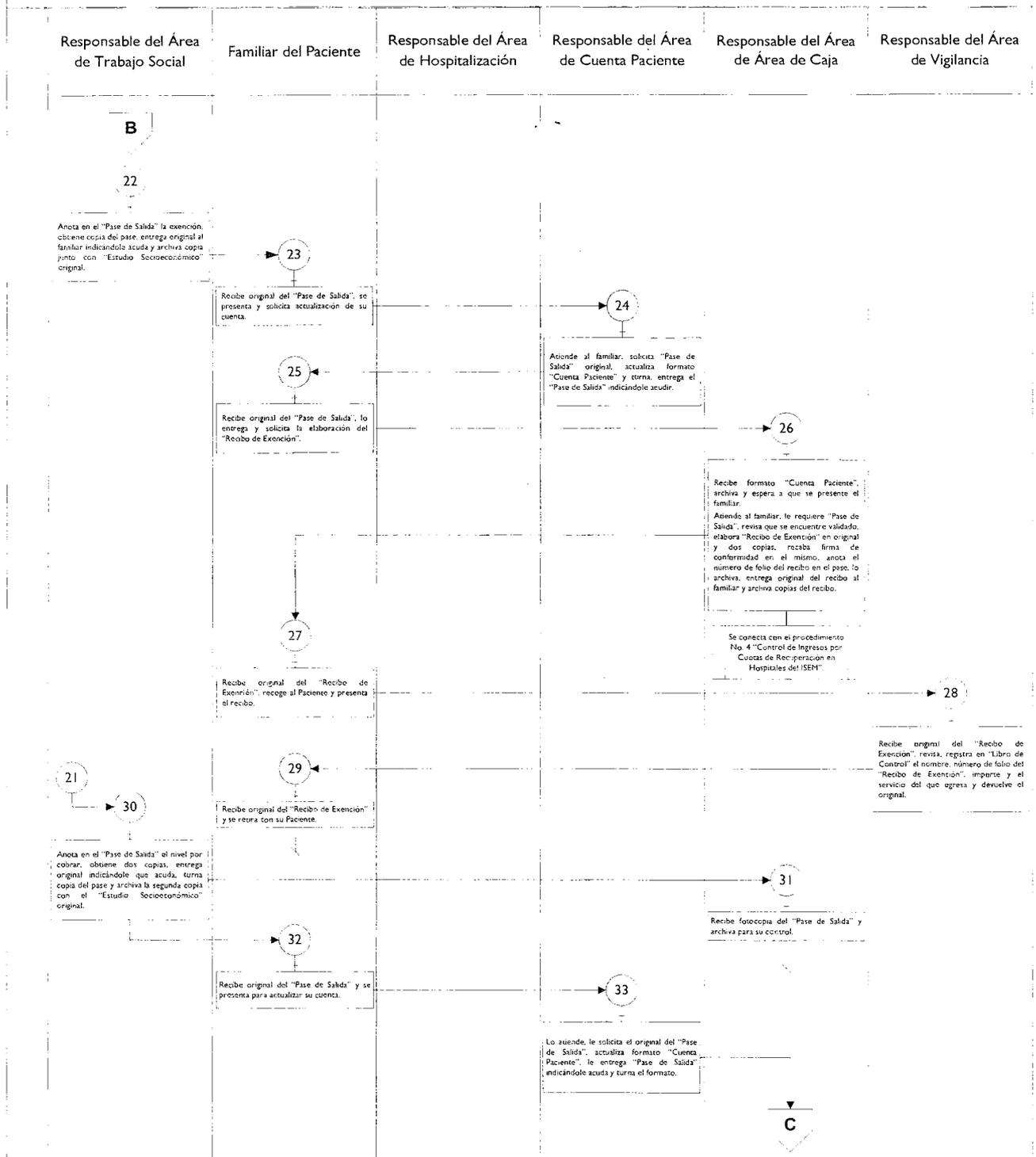
DIAGRAMACIÓN:



Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 3: Determinación y Control de Cuotas de Recuperación del Servicio de Hospitalización en Hospitales del ISEM.



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Cuenta Paciente”
217B30000-009-06

OBJETIVO: Llevar el control y agilizar de manera eficiente y oportuna los trámites del pago total que realiza el paciente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia. El original se turna al área de Cuenta Paciente y la copia al área de Caja para su control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre oficial de la Unidad Médica en donde se requisita el formato.
2	FECHA:	Indicar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	HORA:	Anotar la hora en que ingresa el paciente al servicio de Hospitalización.
4	NOMBRE DEL PACIENTE:	Escribir el apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
5	No. EXPEDIENTE:	Anotar el número de expediente asignado al paciente desde su ingreso a la unidad médica para su identificación.
6	EDAD:	Anotar el número de años cumplidos del paciente.
7	GÉNERO:	Marcar con una cruz el recuadro que corresponda: masculino=hombre, Femenino=Mujer.
8	OCUPACIÓN:	Anotar el nombre del trabajo que desempeña actualmente.
9	ESTADO CIVIL:	Especificar si está casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre, etc.
10	SERVICIO:	Anotar el nombre del servicio del área de hospitalización en que se encuentra el paciente.
11	CAMA:	Indicar el número de cama que ocupa el paciente.
12	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año en que ingresó el paciente al área de hospitalización.
13	FECHA DE EGRESO.	Escribir el día, mes y año en que egresa el paciente del área de hospitalización.
14	CLAVE	Registrar cada una de las claves correspondientes a los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo con el tabulador de cuotas vigente.
15	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Anotar brevemente cada uno de los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo al tabulador de cuotas vigente.
16	CANTIDAD	Indicar el número de servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, respecto a los descritos en el punto número 9.
17	COSTO UNITARIO	Indicar el importe unitario de cada uno de los servicios proporcionados al paciente durante su estancia en el área de hospitalización, de acuerdo al tabulador de cuotas vigente.
18	TOTAL	Anotar el producto de multiplicar la columna de cantidad por el costo unitario.
19	TOTAL	Registrar las cantidades que resulten de la sumatoria de las columnas correspondientes a cantidad, costo unitario y total.
20	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de quien requisitó el formato.
21	REVISÓ	Escribir el nombre y firma del responsable del área de Cuenta Paciente en el hospital.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/04
	Página:

PROCEDIMIENTO 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos obtenidos en los Hospitales del Instituto, mediante el control de las cuotas de recuperación que ingresan en el área de cajas.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México que tengan a su cargo y responsabilidad el control de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de coordinación para establecer las bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de controlar los ingresos que por concepto de cuotas de recuperación se recauden en los hospitales del ISEM, así como de vigilar el cumplimiento de las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia.

El Responsable del área de Caja deberá:

- Elaborar diariamente, al concluir el turno, el "Corte de Caja" y el "Informe de Ingresos" y entregarlos al Cajero General o al jefe de Recursos Financieros del Hospital junto con el importe de los ingresos recaudados, "Recibos Únicos de Pago" y "Recibos de Exención".
- Recibir la documentación y el importe correspondiente y revisar y realizar las aclaraciones pertinentes, cuando lo reportado sea incorrecto.

El Responsable del área de Caja General o área de Recursos Financieros deberá:

- Recibir la documentación y el importe correspondiente, revisar, archivar documentos y elaborar la "Ficha de Depósito", efectuar depósito en la institución bancaria, obtener copia de la "Ficha" debidamente sellada y archivarla para control interno.
- Solicitar al cajero en turno las aclaraciones pertinentes cuando la información reportada no coincida con lo recaudado.
- Acusar de recibido en las copias del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos" y archivar la documentación e importe recaudado.
- Requisar el formato "Comprobante de Transporte de Valores", así como la "Ficha de Depósito" en original y copia, introducir ésta última junto con el importe recaudado en las bolsas de plástico del servicio, amachimbrar, depositar en la caja fuerte y resguardar el comprobante.
- Entregar al servicio de traslado de valores original y copia del comprobante de traslado, al momento de que se presente a recolectar los depósitos realizados y solicitar acuse de recibo en el comprobante.
- Acudir a la Institución Bancaria que corresponda el servicio de transporte de valores, presentar comprobante del traslado, obtener la "Ficha de Depósito" sellada por la Institución Bancaria y archivar la documentación para control interno.
- Elaborar y enviar mensualmente al Departamento de Control y Registro de Cuotas los informes respectivos.

El Responsable del Departamento de Tesorería deberá:

- Consultar diariamente los saldos de las cuentas bancarias de los hospitales, a través del sistema red electrónica.
- Efectuar la transferencia de datos a la cuenta de cuotas de recuperación del ISEM, obteniendo del sistema la "Relación de Concentración de Ingresos por Cuotas de Recuperación".
- Elaborar la "Póliza de Registro" en original y copia, por la captación de ingresos, afectando cada una de las cuentas de registro contable asignadas a las unidades aplicativos y enviar originales al Departamento de Contabilidad.

- Archivar para su control la copia de la Póliza de Registro.

El Responsable del Departamento de Contabilidad deberá:

- Recibir las "Pólizas de Registro" originales, por la captación de ingresos, registrar en el sistema y archivar para control interno.

DEFINICIONES:

- **Cuota de Recuperación:** Aportación económica que se debe cubrir por la prestación de los servicios de salud, según se establezca en el tabulador de cuotas de recuperación.
- **Programa Prioritario de Salud:** Es el programa que se instrumenta para apoyar a la población en materia de salud.
- **Exención:** Es el privilegio por el cual el usuario de servicio de salud puede dejar de cubrir en parte o completo la cuota de recuperación por los servicios prestados.
- **Recaudación:** Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución, los cuales deben ingresar a las finanzas del Instituto de Salud del Estado de México.

INSUMOS:

- Informe de Ingresos.
- Recibo Único de Pago.
- Recibo de Exención.

RESULTADOS:

- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual por Nivel de Cobro Autorizado.
- Informe Mensual de Reclasificaciones.
- Informe Mensual de servicios Subrogados(anexando copia del recibo único de pago)
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
- Control de Recibos Oficiales.
- Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
- Informe Mensual del Programa Oportunidades.
- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
- Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio.
- Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud, es la única unidad administrativa con atribuciones para normar el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y facultada para emitir disposiciones de operación a través de circulares.
- El Departamento de Control y Registro de Cuotas verificará a través de supervisiones que las políticas y procedimientos para el manejo de las cuotas de recuperación y las exenciones por escasos recursos económicos se realicen conforme a los lineamientos establecidos.
- La Dirección de Finanzas del Instituto de Salud dará a conocer en forma oportuna las modificaciones a los tabuladores autorizados por las instancias competentes para su aplicación en los servicios médicos que proporcionan los hospitales del Instituto.
- La documentación soporte para realizar la conciliación de ingresos comprende copia del estado de cuenta, relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito por cuotas de recuperación y seguro popular, así como la información que el Departamento de Control y Registro de cuotas solicite, deberá estar validada con las firmas autógrafas del Administrador y del Jefe de Recursos Financieros.
- Los Administradores, titulares del área de Recursos Financieros o Cajero General de los Hospitales realizarán el depósito de los ingresos captados a través de las cuotas de recuperación al 100% en efectivo y de manera diaria, en la institución bancaria que para tal efecto, indique la Dirección de Finanzas del Instituto.

- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los titulares de los Hospitales, Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recaudados mediante cuotas de recuperación, deberán levantar el “Acta Administrativa” sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- El Jefe de Recursos Financieros del hospital realizará una conciliación de los ingresos por cuotas de recuperación con el Cajero General, previa elaboración del Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- El Jefe de Recursos Financieros del hospital realizará el corte de ingresos por cuotas de recuperación por el período comprendido del primero al último día del mes y enviarán el primer día hábil de cada mes el informe mensual de ingresos al Departamento de Control y Registro de Cuotas y al Departamento de Contabilidad.
- El Administrador y el Jefe de Recursos Financieros del hospital deberán presentar la documentación soporte que sobre la recaudación y control de las cuotas de recuperación les sea requerida por el Departamento de Control y Registro de Cuotas o la Unidad de Contraloría Interna.
- Las observaciones o correcciones al Reporte Mensual de Ingresos serán realizadas por el Administrador y/o Jefe de Recursos Financieros del hospital y presentadas para su verificación en el mes siguiente al que se reporta a los Departamentos de Control y Registro de Cuotas y de Contabilidad.
- El importe de los servicios cobrados mediante “Recibo Único de Pago” deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, ya que no es válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los “Recibos Únicos de Pago” que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación, en su unidad aplicativa.
- El personal del área de Caja de los hospitales será el responsable de la recepción de los ingresos captados por concepto de cuotas de recuperación, debiendo detectar los billetes falsos y, en su caso, reintegrar el monto faltante correspondiente.
- El Administrador o Jefe de Recursos Financieros de los Hospitales deberá presentar dentro de los primeros cinco días hábiles del mes al Departamento de Control y Registro de Cuotas, sin tachaduras o enmendaduras la siguiente información:
 - Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
 - Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
 - Informe Mensual por Nivel de Cobro Autorizado.
 - Informe Mensual de Reclasificaciones.
 - Informe Mensual de Servicios Subrogados (anexando copia del recibo único de pago).
 - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
 - Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
 - Control de Recibos Oficiales.
 - Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular.
 - Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
 - Informe Mensual del Programa Oportunidades.
 - Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
 - Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
 - Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
 - Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio.
 - Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales.

La información deberá coincidir con el importe del informe de ingresos enviado el primer día hábil.

- Los Administradores y Jefes de Recursos Financieros realizarán supervisiones periódicas, en las diferentes áreas de su unidad (Médica y Administrativa) que intervienen en el proceso de prestación de servicios, recaudación y manejo de cuotas de recuperación y dejar constancia por escrito de los hechos.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrado en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y recibos de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios correspondientes a los programas prioritarios, validando la documentación respectiva tanto en la rama médica como en la administrativa mediante firmas autógrafas.
- El Administrador de los hospitales realizará el seguimiento requerido, ante las instancias competentes del Instituto, sobre los casos de robo de efectivo o extravío de formas valoradas, respecto a cuotas de recuperación, así como informar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el estado que guardan hasta su resolución.
- Toda exención de pago deberá valuarse en el nivel I del tabulador autorizado.

- En el caso de que el Paciente requiera ser transferido a otra Unidad Médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se cobrarán los servicios que hasta el momento se le hayan proporcionado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente y, en su caso, al área de Servicios Generales o al área interna encargada de realizar los traslados.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
 1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
 2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo el porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
 3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- Los titulares de los Hospitales deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas debiendo enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.

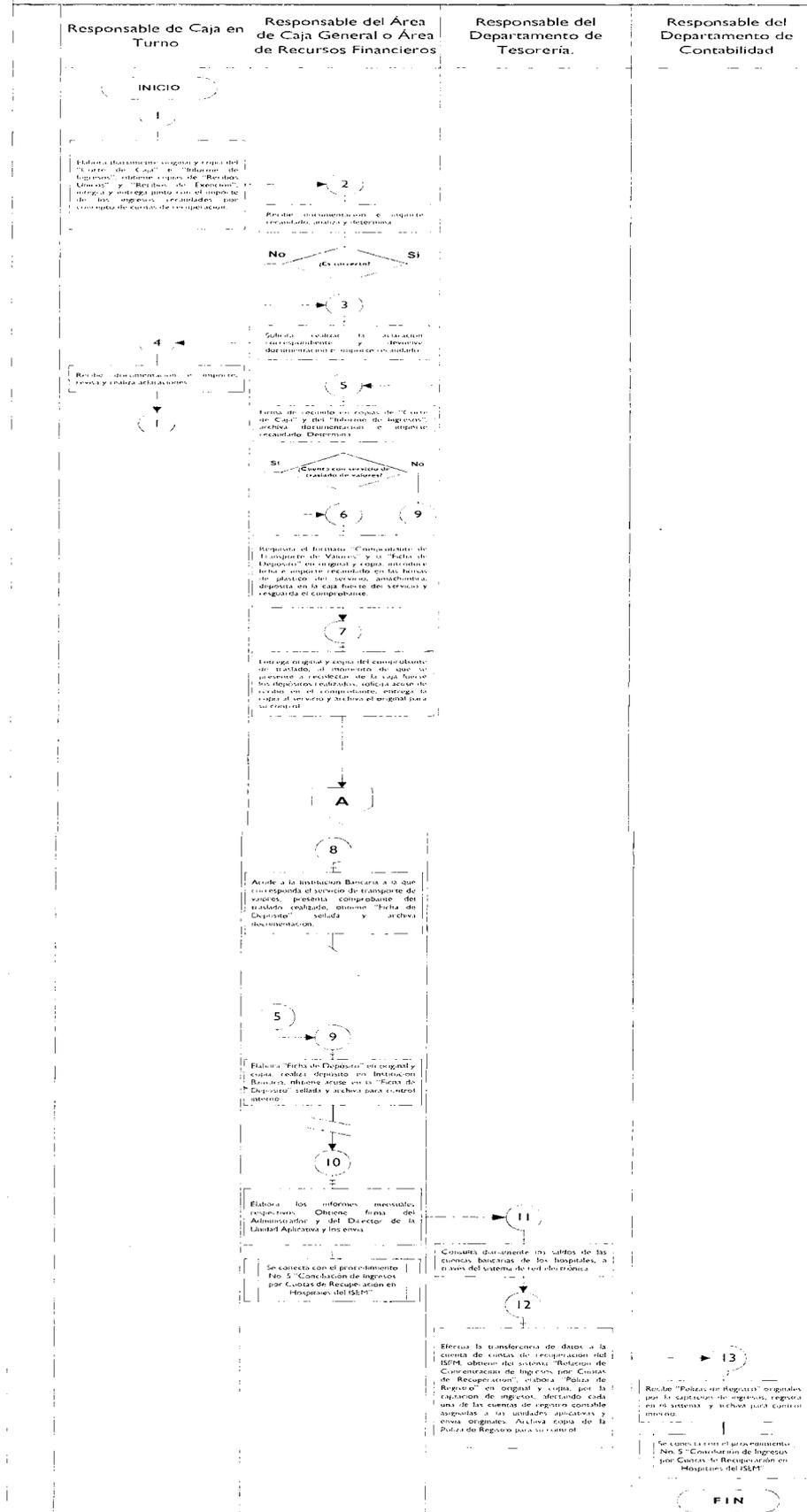
DESARROLLO:
Procedimiento 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable de Caja en Turno	Elabora diariamente, al concluir el turno, original y copia del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos", extrae los "Recibos Únicos de Pago" y "Recibos de Exención", obtiene copia e integra y entrega al Cajero General o al Jefe de Recursos Financieros del Hospital junto con el importe de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación.
2	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Recibe documentación junto con el importe recaudado, analiza y determina: ¿Es correcto?
3	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	No es correcto. Solicita al Cajero realice la aclaración correspondiente y le devuelve la documentación con el importe recaudado.
4	Responsable de Caja en Turno	Recibe la documentación e importe, revisa, realiza aclaraciones y reinicia el procedimiento.
5	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Si es correcto. Firma de recibo en las copias del "Corte de Caja" y del "Informe de Ingresos", archiva la documentación e importe recaudado y determina: ¿Cuenta con servicio de traslado de valores?
6	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Si cuenta con el servicio de traslado de valores. Requisita el formato "Comprobante de Transporte de Valores" en original y copia, así como la "Ficha de Depósito" en original y copia, introduce ésta última junto con el importe recaudado en las bolsas de plástico del servicio, amachimbra, deposita en la caja fuerte del servicio y resguarda el comprobante.
7	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Entrega al servicio de traslado de valores original y copia del comprobante de traslado, al momento de que se presente a recolectar de la caja fuerte los depósitos realizados, solicita acuse de recibo en el comprobante, entrega la copia al servicio de traslado y archiva el original para su control.

8	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Acude a la Institución Bancaria que corresponda al servicio de transporte de valores, presenta comprobante del traslado realizado, obtiene "Ficha de Depósito" debidamente sellada por la Institución Bancaria y archiva documentación.
9	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	No cuenta con el servicio de traslado de valores. Elabora "Ficha de Depósito" en original y copia, realiza depósito en la Institución Bancaria, obtiene acuse en la "Ficha de Depósito" debidamente sellada, archiva para control interno y espera que concluya el mes.
10	Responsable del Área de Caja General o Área de Recursos Financieros	Elabora mensualmente el: <ul style="list-style-type: none"> • Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación. • Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular. • Informe Mensual por Nivel de Cobro Autorizado. • Informe Mensual de Reclasificaciones. • Informe Mensual de Servicios Subrogados (anexando copia del recibo único de pago). • Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación. • Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular. • Control de Recibos Oficiales. • Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular. • Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud. • Informe Mensual del Programa Oportunidades. • Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos. • Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación. • Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular. • Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio. • Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales. <p>Obtiene firma del Administrador y del Director de la Unidad Aplicativa y envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas.</p> <p>Se conecta con el procedimiento No. 5 "Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".</p>
11	Responsable del Departamento de Tesorería	Consulta en forma diaria los saldos de las cuentas bancarias de los hospitales, a través del sistema de red electrónica.
12	Responsable del Departamento de Tesorería	Efectúa la transferencia de datos a la cuenta de cuotas de recuperación del ISEM, obtiene del sistema "Relación de Concentración de Ingresos por Cuotas de Recuperación", elabora la "Póliza de Registro" en original y copia, por la captación de ingresos, afectando cada una de las cuentas de registro contable asignadas a las unidades aplicativas y envía originales al Departamento de Contabilidad. Archiva para su control la copia de la Póliza de Registro.
13	Responsable del Departamento de Contabilidad	Recibe la "Póliza de Registro" original por la captación de ingresos, registra en el sistema y archiva para control interno. Se conecta con el procedimiento No. 5 "Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".

DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 4: Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el control de los ingresos por concepto de cuotas de recuperación en Hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de depósitos por concepto de cuotas de recuperación ingresados}}{\text{Número mensual de servicios de salud solicitados}} \times 100 = \text{Porcentaje de ingreso mensual obtenido por concepto de cuotas de recuperación en programas prioritarios de salud.}$$

Registro de evidencias:

- Los ingresos captados en los diferentes servicios médicos del hospital quedan registrados, al final de cada día, en el formato “Corte de Caja” y en el “Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación”, “Recibo Único de Pago” y “Recibo de Exención” que se archivan en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- Los traslados de valores se registran en los formatos “Comprobante de Transporte de Valores” y la “Ficha de Depósito”, formatos establecidos por instituciones externas, y se archivan en el área de Caja del hospital.
- Los servicios médicos proporcionados quedan registrados en el Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación, Reporte Mensual de Ingresos por Servicio, Control de Recibos Oficiales, Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos y el Informe Mensual de Ingresos por Nivel de Cobro Autorizado, los cuales se archivan en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Recibo Único (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no.1, página 12).
- Recibo de Exención (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no.1, página 20).
- Corte de Caja.
- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual por Nivel de Cobro Autorizado.
- Informe Mensual de Reclasificaciones.
- Informe Mensual de Servicios Subrogados.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Cuotas de Recuperación.
- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular.
- Control de Recibos Oficiales.
- Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud.
- Informe Mensual del Programa Oportunidades.
- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos.
- Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.
- Informe Mensual de Afiliación y no Afiliación al Seguro Popular.
- Informe Mensual de Servicios otorgados por el Área de Laboratorio.
- Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Corte de Caja

1/HOSPITAL: _____
2/FECHA: _____
3/TURNO: _____

4/BILLETES

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	1000.00	
	500.00	
	200.00	
	100.00	
	50.00	
	20.00	

5/SUBTOTAL: _____

6/MONEDA FRACCIONARIA

CANTIDAD	VALOR NOMINAL	IMPORTE
	50.00	
	20.00	
	10.00	
	5.00	
	2.00	
	1.00	
	0.50	

7/SUBTOTAL: _____

8/TERMINAL PUNTO DE VENTA: _____

9/SUBTOTAL TERMINAL PUNTO DE VENTA: _____

10/TOTAL EFECTIVO: _____

11/IMPORTE TOTAL DE RECIBOS: _____

12/DIFERENCIAS: _____

13/RECIBOS UNICOS DE PAGO UTILIZADOS

DEL	AL	TOTAL DE RECIBOS	IMPORTE

14/RECIBOS FALTANTES O CANCELADOS FOLIO No. _____

15/CAJERO RESPONSABLE	16/JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS Y/O CAJERO GENERAL
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-084-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Corte de Caja”

OBJETIVO: Concentrar la información para realizar el corte diario de caja de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación en los Hospitales del Instituto, a efecto de delimitar responsabilidades ante cualquier aclaración.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original el cual se archiva para control de la unidad médica, el Departamento de Control y Registro de Cuotas y la Contraloría Interna.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Anotar el nombre del Hospital del cual se elabora el arqueo de efectivo.
2	FECHA:	Indicar la fecha de inicio y término del período sobre el cual se elabora el arqueo de efectivo.
3	TURNO:	Registrar el turno en que se requisita el formato.
4	BILLETES	Registrar la cantidad de billetes, de acuerdo a su denominación, así como el importe de cada uno de ellos.
5	SUBTOTAL	Anotar el importe total de lo obtenido en billetes.
6	MONEDA FRACCIONARIA	Escribir la cantidad obtenida en monedas, de acuerdo a su denominación, así como el importe por cada una de ellas.
7	SUBTOTAL	Anotar el importe total de lo obtenido en monedas.
8	TERMINAL PUNTO DE VENTA	Registrar los cobros recibidos con tarjeta de crédito o débito.

9	SUBTOTAL PUNTO DE VENTA	Registrar la sumatoria del cajero en turno, por los cobros efectuados con tarjeta de crédito o débito.
10	TOTAL EFECTIVO	Anotar la suma de lo registrado en los conceptos e importes totales, tanto de billetes como de monedas.
11	IMPORTE TOTAL DE RECIBOS	Indicar el importe total de lo registrado en los recibos oficiales expedidos durante el período del cual se elabora el arqueo de efectivo.
12	DIFERENCIAS	Anotar las diferencias existentes entre los conceptos de lo recaudado en efectivo y el importe total de lo registrado en los recibos expedidos.
13	RECIBOS ÚNICOS EXPEDIDOS	Escribir el número de folio del recibo con que se da inicio al período, así como el número de folio del recibo con que se cierra dicho período, cabe señalar que pueden realizarse varios registros en un mismo período, debido a la utilización de diferentes dotaciones de recibos por la conclusión de una de ellas, así como el importe total registrado en dichos recibos.
14	RECIBOS FALTANTES O CANCELADOS	Indicar el número de folio de los recibos faltantes o cancelados.
15	CAJERO RESPONSABLE	Anotar el nombre y firma del responsable de la caja, que realiza el arqueo de efectivo.
16	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS Y/O CAJERO GENERAL	Escribir el nombre completo y recabar la firma del Jefe de Recursos Financieros y/o del Cajero General del Hospital.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

17/13

Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación

1/PERIODO DEL		AL	DE	DEL	2/No.
3/HOSPITAL					
4/FECHA	5/TURNO	RECIBOS UTILIZADOS		8/IMPORTE	
		6/DEL	7/AL		
		9/TOTAL			
13/DIRECTOR DEL HOSPITAL		14/ADMINISTRADOR		10/SERVICIOS MEDICOS _____	
_____ NOMBRE Y FIRMA		_____ NOMBRE Y FIRMA		11/OTROS _____	
				12/TOTAL _____	

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación”

OBJETIVO: Registrar e informar a las áreas de Oficinas Centrales, encargadas del control de las cuotas de recuperación, el importe de los recursos obtenidos en los Hospitales del Instituto, con el fin de realizar los movimientos contables correspondientes, así como los informes requeridos por los niveles jerárquicos superiores.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
2	No.	Indicar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que de ellos se realice.
3	HOSPITAL	Anotar el nombre de la unidad médica que corresponda.
4	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se levanta la información.
5	TURNOS	Registrar el turno (matutino, vespertino, nocturno, especial), en que se levanta la información.
6	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Anotar el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada uno de los servicios del Hospital.
7	RECIBOS UTILIZADOS AL	Escribir el número de folio de los recibos con que finalizaron el período del informe de cada uno de los servicios del Hospital.
8	IMPORTE	Anotar la cantidad total de los recibos expedidos por cada una de los servicios del Hospital durante el período que se informa.
9	TOTAL	Indicar la sumatoria de los importes registrados en el concepto no. 7.
10	SERVICIOS MÉDICOS	Anotar el importe obtenido por cada uno de los servicios médicos proporcionados durante el período que se informa.
11	OTROS	Escribir el importe obtenido por conceptos diferentes a los indicados, durante el período que se informa.
12	TOTAL	Anotar el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
13	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Escribir el nombre y firma del Director del Hospital que elabora el informe.
14	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Informe Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular

1/PERIODO DEL	AL	DE	DEL	2/No.
3/HOSPITAL				

4/FECHA	RECIBOS UTILIZADOS		7/IMPORTE
	5/DEL	6/AL	
8/TOTAL			

12/DIRECTOR DEL HOSPITAL NOMBRE Y FIRMA	13/ADMINISTRADOR NOMBRE Y FIRMA	9/SERVICIOS MEDICOS _____ 10/OTROS _____ 11/TOTAL _____
--	------------------------------------	---

217B30000-097-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Reporte Mensual de Ingresos por Afiliación al Seguro Popular

OBJETIVO:

Registrar los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y copia, el original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	PERÍODO	Anotar la fecha de inicio y término del período que se informa.
2	No.	Indicar el número correspondiente al informe, de acuerdo al control que se realice.
3	HOSPITAL	Anotar el nombre de la unidad médica que corresponda.
4	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se levanta la información.
5	RECIBOS UTILIZADOS DEL	Anotar el número de folio de los recibos con que iniciaron el período del informe de cada uno de los servicios del Hospital.
6	RECIBOS UTILIZADOS AL	Indicar el número de folio de los recibos con que finalizaron el período del informe de cada uno de los servicios del Hospital.
7	IMPORTE	Escribir la cantidad total de los recibos expedidos por cada uno de los servicios proporcionados del Hospital durante el período que se informa.
8	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes registrados en el concepto No. 7.
9	SERVICIOS MÉDICOS	Indicar el importe obtenido por cada uno de los servicios médicos proporcionados durante el período que se informa.
10	OTROS	Anotar el importe obtenido por conceptos diferentes a los indicados, durante el período que se informa.
11	TOTAL	Escribir el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 9 y 10.
12	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del Hospital que elabora el informe.
13	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Ingresos por Nivel de Cobro Autorizado

1/UNIDAD APLICATIVA:

2/PERIODO DE REPORTE:

3/CLAVE DEL SERVICIO	4/DESCRIPCIÓN	5/SERVICIOS OTORGADOS	6/NIVEL 1	7/NIVEL 2	8/NIVEL 3	9/NIVEL 4	10/NIVEL 5	11/NIVEL 6	12/TOTAL
13/TOTAL									

14/DIRECTOR DEL HOSPITAL

15/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

217B30000-179-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual de Ingresos por Nivel de Cobro Autorizado.

OBJETIVO:

Registrar los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

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

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Escribir el nombre de la unidad médica que corresponda.
2	PERIODO DE REPORTE:	Anotar fecha de inicio y término del período que se informa.
3	CLAVE DEL SERVICIO	Indicar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
4	DESCRIPCIÓN	Especificar cada uno de los servicios proporcionados al paciente, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
5	SERVICIOS OTORGADOS	Anotar la cantidad total de los recibos expedidos por cada uno de los servicios del Hospital durante el periodo que se informa.
6	NIVEL 1	Indicar el importe obtenido por conceptos diferentes a los indicados, debiendo valuarse en el nivel que corresponda de acuerdo al tabulador autorizado.
7	NIVEL 2	
8	NIVEL 3	
9	NIVEL 4	
10	NIVEL 5	
11	NIVEL 6	
12	TOTAL	Anotar el importe total de la sumatoria de los diferentes niveles registrados de los servicios otorgados.
13	TOTAL	Escribir el importe total obtenido de la sumatoria de los conceptos 6, 7, 8, 9, 10 y 11.
14	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del Hospital que informa.
15	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

11/17

Informe Mensual de Reclasificaciones

1/HOSPITAL:

2/PERIODO:

3/FECHA	4/NOMBRE DEL PACIENTE	5/No. EXPEDIENTE	6/SERVICIO	7/FECHA DE INGRESO	8/FECHA DE EGRESO	9/CUOTA NIVEL 5	10/NIVEL ASIGNADO (RECLASIFICACION)	11/IMPORTE	12/DIFERENCIA
						13/TOTAL			

14/DIRECTOR DEL HOSPITAL

15/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

217630000-176-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual de Reclasificaciones

OBJETIVO:

Registrar los ingresos mensuales por concepto de cuotas de recuperación, tanto a nivel central, como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

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

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Escribir el nombre de la unidad médica que corresponda.
2	PERÍODO:	Anotar fecha de inicio y término del periodo que se informa.
3	FECHA	Indicar el día, mes y año en que se levanta la información.
4	NOMBRE DEL PACIENTE	Anotar los nombre(S) y apellidos del paciente solicitante.
5	No. EXPEDIENTE	Indicar el número del expediente que le fue asignado y con el que se identifica al paciente.
6	SERVICIOS	Anotar la clave de los servicios médicos proporcionados durante el período que se informa.
7	FECHA DE INGRESO	Registrar el día, mes y año en el que el paciente ingresa al servicio médico.
8	FECHA DE EGRESO	Registrar el día, mes y año en el que el paciente egresa del servicio médico.
9	CUOTA NIVEL 5	Anotar el monto del servicio proporcionado catalogado en el nivel 5 del tabulador autorizado.
10	NIVEL ASIGNADO (RECLASIFICACIÓN)	Escribir el monto del servicio proporcionado, una vez considerada la reclasificación.
11	IMPORTE	Anotar la cantidad total de los recibos expedidos por cada una de los servicios del Hospital durante el período que se informa.
12	DIFERENCIA	Registrar la diferencia entre el cobro autorizado para el nivel 5 y la reclasificación sugerida para cada caso en particular.
13	TOTAL	Anotar la sumatoria de los importes registrados en el concepto No. 11.
14	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Escribir el nombre y firma del Director del Hospital que elabora el informe.
15	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital que elabora el informe.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Subrogados

1/UNIDAD APLICATIVA:			2/FECHA:	
3/PERIODO DEL			DEL	
AL			DE	
4/CLAVE DEL SERVICIO	5/NOMBRE DEL SERVICIO	6/No. DE SERVICIOS	7/COSTO DEL SERVICIO	8/IMPORTE TOTAL
9/TOTAL				

10/DIRECTOR O DEL HOSPITAL

11/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

217B30000-181-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Informe Mensual de Servicios Subrogados”

217B30000-181-10

OBJETIVO: Llevar el control mensual de los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto para la prestación de servicios subrogados, a efecto de realizar el cobro de los mismos en tiempo y forma, de acuerdo con lo establecido en el contrato correspondiente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia de las cuales el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del hospital en que se elabora el formato.
2	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	PERIODO DEL AL DE DEL	Registrar el día, mes y año de inicio y término del periodo que se informa.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Registrar la clave de cada uno de los servicios que le sean proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador autorizado.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Especificar los servicios proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador vigente.

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



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

1031

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio del Seguro Popular

1/FECHA:				
2/UNIDAD APLICATIVA:				
3/PERIODO DEL		AL	DE	
4/CLAVE DEL SERVICIO	5/NOMBRE DEL SERVICIO	6/No. DE SERVICIOS OTORGADOS	7/COSTO DEL SERVICIO	8/IMPORTE
9/TOTAL				
10/ADMINISTRADOR		11/DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO		
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE, FIRMA Y CARGO		

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Reporte Mensual de Ingresos por Servicio de Seguro Popular”

OBJETIVO: Controlar e informar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el importe recaudado en los servicios médicos de los Hospitales del Instituto, por concepto de cuotas de recuperación.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la Unidad Médica para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FECHA:	Anotar día, mes y año en el que se elabora el reporte.
2	UNIDAD APLICATIVA:	Escribir el nombre del Hospital, de la Jurisdicción o del Jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.
3	PERÍODO DEL AL	Anotar la fecha de inicio y término del periodo sobre el cual se elabora el reporte.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Escribir la clave de cada uno de los servicios que se reportan.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Anotar el nombre de cada uno de los servicios que se reportan.
6	No. DE SERVICIOS OTORGADOS	Escribir el número de servicios otorgados, por cada uno de los servicios reportados.
7	COSTO DEL SERVICIO	Especificar el costo unitario por cada uno de los servicios reportados.
8	IMPORTE	Anotar el importe total, por cada uno de los servicios reportados, mismo que resulte de multiplicar los conceptos 8 y 9 por cada uno de los renglones.
9	TOTAL	Escribir la sumatoria de las cantidades registradas en los conceptos 6, 7 y 8.
10	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.
11	DIRECTOR DEL HOSPITAL/ JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO	Escribir el nombre y firma del Director del Hospital, Jefe de la Jurisdicción o, en su caso, el jefe del Departamento correspondiente responsable de la información que se reporta.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

13/3/13

Control de Recibos Oficiales

1/HOSPITAL:												
2/FECHA DE CORTE: DEL						AL			DE			
3/SERVICIO	4/EXISTENCIA ANTERIOR			5/RECIBIDOS EN EL PERIODO			6/UTILIZADOS EN EL PERIODO			7/EXISTENCIAS		
	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
8/RECIBOS CANCELADOS:												
9/ ADMINISTRADOR						10/ RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA						
_____ NOMBRE Y FIRMA						_____ NOMBRE Y FIRMA						

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Control de Recibos Oficiales”

OBJETIVO: Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación y seguro popular, tanto a nivel central como en los Hospitales del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia, el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la Unidad Hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Escribir el nombre del Hospital que realiza el informe.
2	FECHA DE CORTE DEL AL DE	Anotar el día de inicio y término en el mes que se efectúa el corte de caja.
3	SERVICIO	Escribir el nombre del servicio médico que reporta.
4	EXISTENCIA ANTERIOR	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales en existencia al inicio y al final del período que se informa.
5	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales que ingresan al Almacén del Hospital, así como la cantidad total en el periodo que se informa.
6	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final de los recibos utilizados en el período que se reporta, así como la cantidad total de folios utilizados en el periodo.
7	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial y final, así como la cantidad total de existencias al momento del corte de la información, esto debe hacerse por cada serie o secuencia de recibos que se tengan en existencia.
8	RECIBOS CANCELADOS	Anotar el folio y cantidad de los recibos que hayan sido cancelados.
9	ADMINISTRADOR	Indicar el nombre completo y firma del Administrador del Hospital.
10	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del área de caja del Hospital que valida la información



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular

1/HOSPITAL:												
2/FECHA DE CORTE: DEL												
AL												
DE												
3/SERVICIO												
4/EXISTENCIA ANTERIOR			5/RECIBIDOS EN EL PERÍODO			6/UTILIZADOS EN EL PERÍODO			7/EXISTENCIAS			
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	
8/RECIBOS CANCELADOS:												
9/ ADMINISTRADOR						10/ RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA						
NOMBRE Y FIRMA						NOMBRE Y FIRMA						

217830000 003 11-a

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Control de Recibos Oficiales de Afiliación al Seguro Popular”

OBJETIVO: Registrar las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación y seguro popular, tanto a nivel central como en los Hospitales del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia, el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la Unidad Hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Escribir el nombre del Hospital que realiza el informe.
2	FECHA DE CORTE DEL AL DE	Anotar el día de inicio y término en el mes que se efectúa el corte de caja.
3	SERVICIO	Indicar el nombre del servicio médico que reporta.

4	EXISTENCIA ANTERIOR	Anotar el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales en existencia al inicio y al final del período que se informa.
5	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Escribir el número de folio inicial y final de la cantidad de recibos oficiales que ingresan al Almacén del Hospital, así como la cantidad total en el periodo que se informa.
6	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Anotar el número de folio inicial y final de los recibos utilizados en el período que se reporta, así como la cantidad total de folios utilizados en el período.
7	EXISTENCIAS	Indicar el número de folio inicial y final, así como la cantidad total de existencias al momento del corte de la información, esto debe hacerse por cada serie o secuencia de recibos que se tengan en existencia.
8	RECIBOS CANCELADOS	Anotar el folio y cantidad de los recibos que hayan sido cancelados.
9	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre completo y firma del Administrador del Hospital.
10	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre completo y firma del responsable del área de caja del Hospital que valida la información



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Programas Prioritarios de Salud

1/HOSPITAL:			
2/MES:			
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	3/No. DE SERVICIOS	4/COSTO UNITARIO	5/TOTAL
PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
DETECCIÓN DE CANCER CERVICO UTERINO			
CONSULTAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
DETECCIÓN DE CANCER DE MAMA			
CONSULTAS			
MASTOGRAFÍAS			
SERVICIOS DIVERSOS			
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR			
ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA(CONTROL PRENATAL)			
CONSULTAS			
PRUEBAS DE EMBARAZO			
PARTO NORMAL			
CESAREA			
LEGRADO			
EMBARAZO DE ALTO RIESGO			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
ULTRASONIDOS			
HOSPITALIZACIÓN			
OTROS			
LEPRA			
TUBERCULOSIS			
COLERA			
VIH-SIDA			
6/TOTAL			
7/OBSERVACIONES:			
8/ELABORÓ		9/AUTORIZÓ	
_____ NOMBRE Y FIRMA		_____ NOMBRE Y FIRMA	

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual del Programa Oportunidades

Objetivo: Registrar e informar a las instancias que corresponda, el importe de los ingresos obtenidos en las Unidades Médicas del Instituto por concepto de cuotas de recuperación a través del programa oportunidades.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Registrar el nombre de la Unidad Médica a la cual corresponde el informe.
2	MES:	Indicar el mes que se reporta.
3	NO. DE SERVICIOS	Registrar la cantidad de servicios efectuados al mes por el tipo del programa.
4	COSTO UNITARIO	Anotar el costo individual del servicio por programa.
5	TOTAL	Escribir la suma de los costos totales de los servicios por programa.
6	TOTAL:	Anotar la sumatoria total por rubro.
7	OBSERVACIONES:	Escribir la o las incidencias ocurridas por mes.
8	ELABORÓ	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el informe.
9	AUTORIZÓ	Registrar el nombre y firma de la persona que autoriza la emisión del informe.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos

1/UNIDAD APLICATIVA:				2/PERIODO:		
3/NOMBRE DEL PACIENTE	4/No. EXPEDIENTE	5/FOLIO RECIBIDO DE EXENCIÓN		6/No. OF. SOLICITUD	7/FECHA	8/IMPORTE DE LA EXENCIÓN
		DEL	AL			
9/TOTAL						
10/RECIBOS CANCELADOS:						
11/OBSERVACIONES:						
12/ELABORÓ				13/REVISÓ		
NOMBRE, CARGO Y FIRMA				NOMBRE, CARGO Y FIRMA Y FIRMA		

217B30000-090-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos”

OBJETIVO: Llevar el registro y control de las exenciones que por este concepto se autorizan en los Hospitales del Instituto, a efecto de darlas a conocer de manera oportuna al Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia, el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Escribir el nombre oficial del Hospital que elabora el informe mensual de exenciones por escasos recursos económicos.
2	PERÍODO	Anotar la fecha de inicio y término del período que se informa.
3	NOMBRE DEL PACIENTE	Escribir el nombre de cada uno de los pacientes a los cuales se les autorizó la exención.

4	No. DE EXPEDIENTE	Anotar el número de expediente clínico de los pacientes registrados en el punto anterior.
5	FOLIO RECIBIDO DE EXENCIÓN	Registrar el número de folio o folios que se hayan autorizado para su exención.
6	No. OF. SOLICITUD	Anotar el número de oficio mediante el cual se solicita la autorización de la exención.
7	FECHA	Escribir el día, mes y año en que se elaboraron los oficios de solicitud.
8	IMPORTE DE LA EXENCIÓN	Anotar el importe de cada uno de los oficios relacionados en el punto No. 5.
9	TOTAL	Indicar la sumatoria de los importes anotados en el punto No. 7.
10	RECIBOS CANCELADOS	Registrar los números de folios de los recibos cancelados y no utilizados.
11	OBSERVACIONES	Anotar la información que se considere relevante.
12	ELABORÓ	Escribir el nombre completo, cargo y firma del Jefe de Recursos Financieros del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.
13	REVISÓ	Anotar el nombre y firma del Administrador del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación

1/UNIDAD MÉDICA:			
2/PERIODO DEL		AL	DE
			DEL
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	3/No. DE SERVICIOS	4/COSTO UNITARIO	5/TOTAL
CONSULTA DE ESPECIALIDAD			
CONSULTA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD			
HOSPITALIZACIÓN			
DÍA INCUBADORA			
CIRUGÍA			
TRAUMATOLOGÍA			
DERMATOLOGÍA			
MEDICINA FÍSICA			
ESTUDIOS DE LABORATORIO			
RAYOS X			
SERVICIOS DIVERSOS			
TRATAMIENTO TERAPÉUTICO			
TAMIZ			
OTROS			
	6/TOTAL		
7/OBSERVACIONES:			
8/DIRECTOR DEL HOSPITAL		9/ADMINISTRADOR	
NOMBRE Y FIRMA		NOMBRE Y FIRMA	

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual de Seguro Médico para una Nueva Generación.

Objetivo: Registrar los ingresos por cuotas de recuperación en el programa para una nueva generación, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia, el original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período.
3	No. DE SERVICIOS	Anotar el tipo y número de servicios otorgados.
4	COSTO UNITARIO	Indicar el costo por servicio.
5	TOTAL	Indicar el total obtenido de multiplicar el número de servicios X el costo unitario.
6	TOTAL	Anotar la sumatoria total por tipo y número de servicios realizados por período.
7	OBSERVACIONES	Escribir las observaciones pertinentes en casos excepcionales.
8	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.
9	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre completo y firma del Administrador de la Unidad Médica.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular

1/UNIDAD MÉDICA:

2/FECHA:

3/PERÍODO DEL

AL

DE

DEL

4/AFILIADOS	5/NO AFILIADOS	6/TOTAL

7/CAUSAS DE NO AFILIACIÓN

DERECHOHABIENTE ISSSTE

DERECHOHABIENTE IMSS

DERECHOHABIENTE ESSEMYM

VIVE EN OTRO ESTADO

ECONOMICAMENTE PUEDE PAGAR

OTRO

8/TOTAL NO AFILIADOS

9/DIRECTOR DEL HOSPITAL

10/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual de Afiliación y No Afiliación al Seguro Popular.

OBJETIVO: Indicar el número de ingresos en el programa Seguro Popular, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia, el original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia se resguarda en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	FECHA	Indicar el día, mes y año correspondiente al periodo reportado.
3	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
4	AFILIADOS	Anotar el número de personas afiliadas.
5	NO AFILIADOS	Anotar el número de personas no afiliadas.
6	TOTAL	Indicar el total obtenido de sumar los afiliados y los no afiliados.
7	CAUSAS DE NO AFILIACIÓN	Marcar la causa por la que no fueron afiliados.
8	TOTAL NO AFILIADOS	Escribir la cantidad total de personas no afiliadas.
9	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.
10	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio

1/UNIDAD MÉDICA:						
2/PERÍODO DEL		AL	DE	DEL		
3/CLAVE DEL SERVICIO	4/NOMBRE DEL SERVICIO	5/NÚMERO DE SERVICIOS			6/TOTAL SERVICIOS	7/IMPORTE TOTAL
		CONSULTA EXTERNA	URGENCIA	HOSPITALIZACIÓN		

8/ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL

9/JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Informe Mensual de Servicios Otorgados por el Área de Laboratorio

OBJETIVO: Registrar los ingresos de cuotas de recuperación por servicio en el área de laboratorio, tanto a nivel central como en las Unidades Médicas del Instituto.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos del Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación y la copia en los archivos de la Unidad Médica.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA	Escribir el nombre de la Unidad Médica que emite la información.
2	PERÍODO DEL:	Indicar el día de inicio, día de término, mes y año correspondiente al período reportado.
3	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar la clave del servicio por el que se realizó el cobro.
4	NOMBRE DEL SERVICIO	Escribir el nombre del servicio por el que se realizó el cobro.
5	NÚMERO DE SERVICIOS	Indicar el número de servicios otorgados en el período.
6	TOTAL SERVICIOS	Anotar la suma total de servicios otorgados en el período.
7	IMPORTE TOTAL	Escribir el importe total obtenido de multiplicar el No de servicios otorgados X costo del servicio.
8	ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Administrador de la Unidad Médica.
9	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Escribir el nombre y firma del Jefe de Recursos Financieros.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales

1/HOSPITAL:

2/PERIODO:

3/SERVICIO	4/NOMBRES	5/APELLIDOS	6/CURP	7/EXPEDIENTE	8/FECHA DE NACIMIENTO	9/ SEXO	10/NÚMERO DE AFILIACIÓN	11/CÓDIGO DEL ESTADO DE AFILIACIÓN	12/CLUES	13/FECHA DE ATENCIÓN	14/CÓDIGO DE CAUSAS DE LA INTERVENCIÓN	15/AÑO DEL CAUSES

16/DIRECTOR DEL HOSPITAL

17/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

217830000-184-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Informe Mensual de Listado Nominal de Casos Interestatales”

OBJETIVO: Llevar el registro y control de los casos interestatales que por este concepto se generen en los Hospitales del Instituto, a efecto de darlas a conocer de manera oportuna al Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y una copia de las cuales el original se envía al departamento de control y registro de cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	HOSPITAL:	Escribir el nombre oficial del Hospital que elabora el informe.
2	PERÍODO	Anotar la fecha de inicio y término del periodo que se informa.
3	SERVICIO	Describir el nombre del servicio que se otorga.
4	NOMBRE	Anotar el nombre(s) de cada uno de los pacientes a los cuales se les proporciona el servicio.
5	APELLIDO	Escribir el apellido(s) de cada uno de los pacientes a los cuales se les proporciona el servicio.
6	CURP	Anotar la Clave Única de Registro de Población del paciente.
7	EXPEDIENTE	Indicar el número de expediente clínico de los pacientes registrados en el punto anterior.
8	FECHA DE NACIMIENTO	Anotar el día, mes y año en que nació el paciente.
9	SEXO	Indicar el sexo del paciente Masculino-Hombre; Femenino-Mujer.
10	No. DE OFICIO DE AFILIACIÓN	Anotar el número de afiliación que se le otorga al paciente para su identificación.
11	CÓDIGO DEL ESTADO DE AFILIACIÓN.	Registrar si la codificación está vigente.
12	CLUES	Indicar la Clave Única de Establecimientos de Salud.
13	FECHA DE ATENCIÓN	Registrar el día, mes y año en que se otorga la atención.
14	CÓDIGO DE CAUSES DE LA INTERVENCIÓN	Anotar la clave del Catálogo Universal de Servicios Estatales de Salud.
15	AÑO DEL CAUSES	Indicar el año en que se otorga el CAUSES.
16	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Registrar el nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.
17	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre completo y firma del Administrador de la Unidad Médica.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/05
	Página:

PROCEDIMIENTO 5: Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Garantizar que la recaudación que se recibe en los Hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación sea efectiva, mediante la conciliación correspondiente de los ingresos recabados.

ALCANCE:

Aplica al personal del Departamento de Control y Registro de Cuotas y a los servidores públicos adscritos a los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que intervienen en la conciliación de los ingresos recabados por concepto de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- Reglamento de Salud del Estado de México. Capítulo Cuarto, Artículo 15. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México. Capítulo Sexto, Artículo 17. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31300 Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de efectuar la conciliación de los ingresos recaudados por concepto de cuotas de recuperación en los hospitales del ISEM.

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

- Recibir mensualmente los "Informes de Ingresos" captados en los diferentes servicios de los Hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación.
- Recibir diariamente la "Hoja de Retiros", registrar de manera interna y archivar para control interno.
- Recibir del hospital copia fotostática del estado de cuenta y relación de depósitos en tránsito, revisar, archivar, realizar conciliación de acuerdo con los retiros efectuados por el Departamento de Tesorería y a los cargos del estado de cuenta del hospital y determinar su correcta integración.
- Realizar observaciones y solicitar la aclaración de las mismas al Responsable del área de Recursos Financieros del hospital.
- Elaborar la "Conciliación de Ingresos", firmar, recabar firma del Administrador y del Responsable del área de Recursos Financieros del hospital que se presenta a realizar la conciliación, entregarle original y archivar la copia, la cual utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.

El Responsable del área de Recursos Financieros del Hospital deberá:

- Acudir junto con el Administrador al Departamento de Control y Registro de Cuotas el día y hora indicados en el calendario previamente establecido, realizar la conciliación mensual de los ingresos y entregar copia fotostática del "Estado de Cuenta" y "Relación de Depósitos" en tránsito.
- Enterarse de las observaciones y proceder a realizar la aclaración correspondiente en el momento de la conciliación o bien en la conciliación del mes siguiente.
- Recibir original de la conciliación de ingresos debidamente avalada, efectuar registro contable y emitir la "Póliza de Diario y de Ingresos" de los movimientos realizados durante el mes, codificar las cuentas y subcuentas utilizadas basadas en el Catálogo de Cuentas.
- Archivar para su control la "Conciliación de Ingresos" y la "Póliza de Diario y de Ingresos".

DEFINICIONES:

Póliza de Cuentas por Cobrar: Documento para demostrar la validez de un contrato, en él aparecen las condiciones, características y cláusulas de los documentos por cobrar.

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

INSUMOS:

- Estado de Cuenta.
- Relación de Depósitos en tránsito (partidas en conciliación).

RESULTADOS:

- Conciliación de Ingresos.
- Póliza de diario y de ingresos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

- El Administrador, conjuntamente con el Jefe de Recursos Financieros del hospital, deberá realizar una conciliación mensual de los ingresos por cuotas de recuperación y seguro popular con el Departamento de Control y Registro de Cuotas, el día y hora establecidos en el calendario que, para el efecto, haya autorizado la Dirección de Finanzas.
- La documentación soporte para realizar la conciliación de ingresos que comprende copia del estado de cuenta, relación de depósitos en tránsito y copias de las fichas de depósito por cuotas de recuperación y seguro popular, así como la información que el Departamento de Control y Registro de Cuotas solicite, deberá estar validada mediante firmas autógrafas del Administrador y del Jefe de Recursos Financieros.
- Los Administradores, titulares del área de Recursos Financieros o Cajero General de los hospitales realizarán diariamente el depósito en efectivo de los ingresos captados a través de las cuotas de recuperación al 100%, en la institución bancaria que para el efecto indique la Dirección de Finanzas del Instituto.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

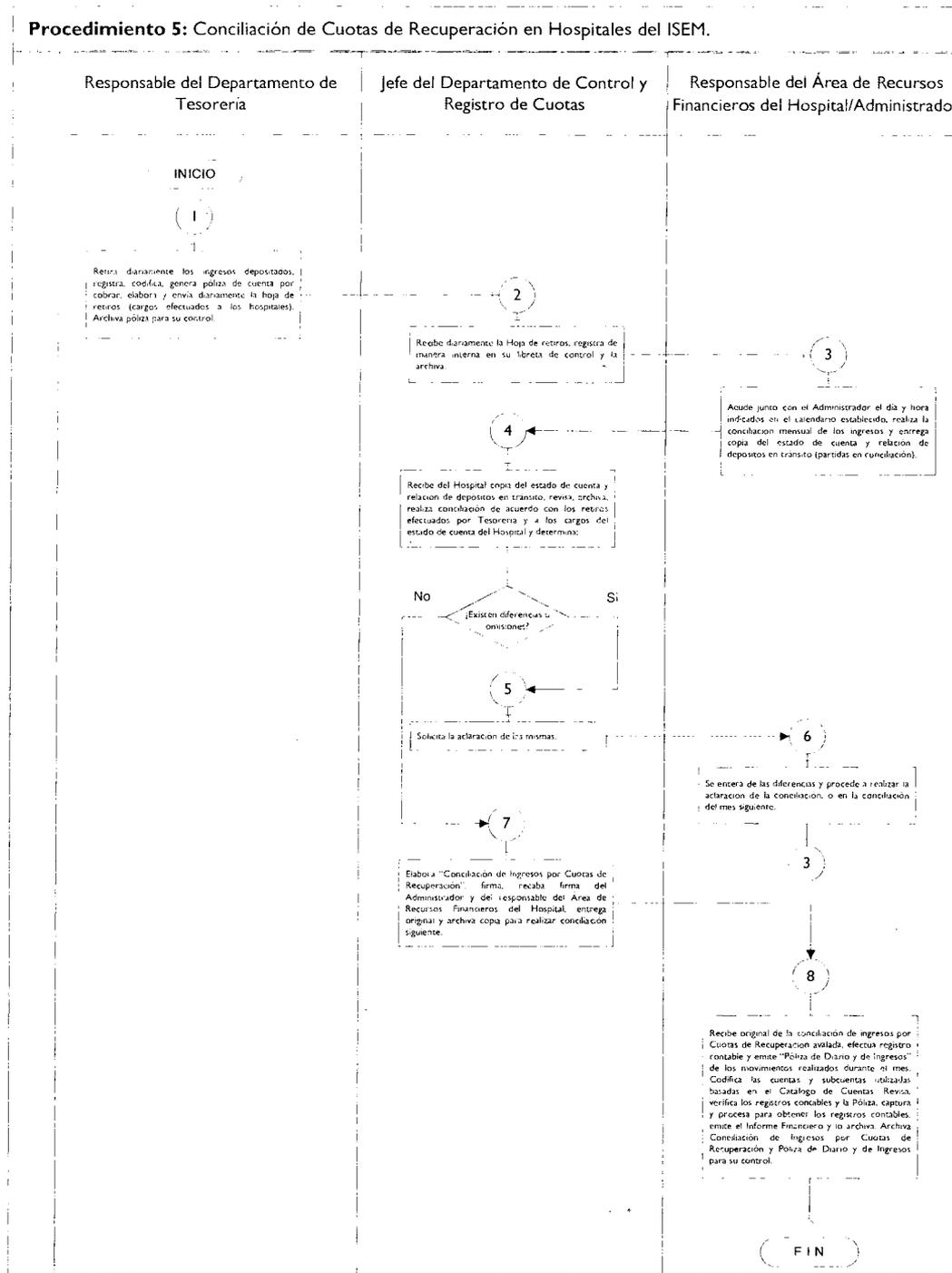
- Los titulares de los hospitales, Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recabados por cuotas de recuperación, deberán levantar “Acta Administrativa” sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- El Jefe de Recursos Financieros del hospital realizará el corte de ingresos por cuotas de recuperación por el período comprendido del primero al último día del mes y enviarán el primer día hábil de cada mes el informe mensual de ingresos al Departamento de Control y Registro de Cuotas y al Departamento de Contabilidad.
- Las observaciones o correcciones al Reporte Mensual de Ingresos serán realizadas por la unidad aplicativa responsable y presentada para su verificación en el mes siguiente al que se reporta a los Departamentos de Control y Registro de Cuotas y de Contabilidad.
- Los Administradores y Jefes de Recursos Financieros de los hospitales realizarán supervisiones periódicas en las diferentes áreas de su unidad (Médica y Administrativa) que intervienen en el proceso de prestación de servicios, recaudación y manejo de cuotas de recuperación y dejar constancia por escrito de los hechos.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrados en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y los recibos de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios correspondientes a los programas prioritarios, validando la documentación tanto de la rama médica como administrativa, mediante firmas autógrafas.
- El Jefe de Recursos Financieros de los hospitales realizará una conciliación de los ingresos por cuotas de recuperación con el Cajero General, previa elaboración del Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación.
- El importe de los servicios cobrados mediante “Recibo Único de Pago” deberá corresponder a un mismo nivel del tabulador, ya que no es válido cobrar los servicios en diferentes niveles.
- Los Administradores de los hospitales realizarán el resguardo, uso y control de los “Recibos Únicos de Pago” que se emitan para la recaudación de las cuotas de recuperación en su unidad aplicativa.
- El Administrador de los hospitales dará el seguimiento requerido ante las instancias competentes del Instituto, sobre los casos de robo de efectivo o extravío de formas valoradas, respecto a cuotas de recuperación e informar a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública el estado que guardan hasta su resolución.
- Los Administradores de los hospitales efectuarán el resguardo de los recibos de pago y de exención, haciendo su registro en los libros de control correspondientes.
- En el caso de que el paciente requiera ser transferido a otra unidad médica o sea dado de alta por no poder proporcionarle el servicio solicitado, se cobrarán los servicios que hasta el momento se le hayan proporcionado, para lo cual el área de Trabajo Social dará aviso al área de Cuenta Paciente y, en su caso, al área de Servicios Generales o el área interna encargada de realizar los traslados.
- En los casos en que no se haya proporcionado el servicio por causas imputables a los hospitales del Organismo, se procederá al reembolso de la respectiva cuota de recuperación siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:
 1. El reembolso se deberá efectuar el mismo día en que el usuario realizó la aportación de la cuota de recuperación.
 2. El cajero receptor del pago, recabará firma del Jefe de Servicio del área médica exponiendo porqué no se otorgó el servicio solicitado por el paciente, lo cual se deberá describir al reverso del recibo único de pago y proceder a su cancelación también al reverso del mismo.
 3. El cajero deberá firmar al reverso del recibo único de pago en su carácter de receptor del pago de referencia, acompañado por la validación de su jefe inmediato, así como de la autorización del Jefe de Recursos Financieros o Administrador.
- El Responsable del equipo de transportes o del área de Servicios Generales, deberá llevar un control de los traslados diariamente, en el cual se detalle el nombre del paciente, lugar de traslado y número de recibo de pago del servicio.
- Los titulares de los hospitales, deberán atender las recomendaciones que se determinen en las supervisiones que realice el Departamento de Control y Registro de Cuotas, así como enviar la evidencia escrita en el plazo que se establezca.

DESARROLLO:

Procedimiento 5: Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Responsable del Departamento de Tesorería	Retira diariamente los ingresos depositados, registra, codifica, genera póliza de la cuenta por cobrar; asimismo, elabora y envía diariamente al Departamento de Control y Registro de Cuotas la hoja de retiros (cargos efectuados a los hospitales). Archiva la póliza de la cuenta por cobrar para su control.
2	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	<p>Recibe diariamente la Hoja de retiros, registra de manera interna en su libreta de control y la archiva.</p> <p>Viene del procedimiento No. 4. "Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM".</p>
3	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	Acude junto con el Administrador al Departamento de Control y Registro de Cuotas el día y hora indicados en el calendario previamente establecido, realiza la conciliación mensual de los ingresos y entrega copia fotostática del estado de cuenta, relación y copia de voucher por pago vía electrónica y relación de depósitos en tránsito (partidas en conciliación).
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe del hospital copia fotostática del estado de cuenta, relación y copia de voucher por pago vía electrónica y relación de depósitos en tránsito, revisa, archiva, realiza conciliación de acuerdo con los retiros efectuados por el Departamento de Tesorería y a los cargos del estado de cuenta del Hospital y determina: ¿Existen diferencias u omisiones?
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	<p>Si existen diferencias u omisiones.</p> <p>Solicita verbalmente al hospital la aclaración de las mismas.</p>
6	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	Se entera de las diferencias y procede a realizar la aclaración correspondiente en el momento de la conciliación, o bien, en la conciliación del mes siguiente. Se conecta con la operación no.3.
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	<p>No existen diferencias u omisiones.</p> <p>Elabora la "Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación" en original y copia, firma, recaba firma del Administrador y del responsable del área de Recursos Financieros del hospital, le entrega el original y archiva la copia, la cual utilizará para realizar la conciliación del mes siguiente.</p>
8	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital/Administrador	<p>Recibe original de la Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación debidamente avalada, efectúa el registro contable y emite "Póliza de diario y de ingresos" de los movimientos realizados durante el mes. Codifica las cuentas y subcuentas utilizadas basadas en el Catálogo de Cuentas.</p> <p>Revisa, coteja y verifica los registros contables y póliza, captura y procesa para obtener los registros contables, emite el Informe Financiero correspondiente y lo archiva junto con la Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación y póliza de diario y de ingresos para su control.</p>

DIAGRAMACIÓN:



MEDICIÓN:

Indicador para medir la capacidad de respuesta en la conciliación de los ingresos que por concepto de cuotas de recuperación se recaudan en los hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de conciliaciones realizadas}}{\text{Número mensual de conciliaciones programadas}}$$

X 100 =

Porcentaje mensual de ingresos recaudados y conciliados por concepto de Cuotas de Recuperación en hospitales del ISEM.

Registro de evidencias:

- La conciliación de ingresos se registra y resguarda en el archivo del área de Recursos Financieros del hospital.
- La conciliación de ingresos y el original de la póliza de diario y de ingresos se encuentran registradas y resguardadas en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE LLENADO:

- Informe Mensual de Ingresos por Cuotas de Recuperación (ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 4, página 54).
- Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación

1/UNIDAD APLICATIVA:		2/MES:
3/EJERCICIO:		4/FECHA DE CONCILIACIÓN:
5/CONCEPTO		6/IMPORTE
CUENTA POR COBRAR MES ANTERIOR		
(+) INGRESOS CAPTADOS EN EL MES (-) RETIROS DE TESORERIA (CARGOS DEL EDO. DE CUENTA) (-) INGRESOS POR TERMINAL PUNTO DE VENTA (+) DEPOSITOS POR TRANSFERENCIAS DE OFICINAS CENTRALES		
CUENTA POR COBRAR		
(+) INTERESES (-) BONIFICACIONES DE COMISIONES (+/-) INTERESES Y COMISIONES ACUMULADOS		
CUENTA POR COBRAR DESPUES DE INTERES Y COMISION		
(-) SALDO SEGUN ESTADO DE CUENTA DEL BANCO (+) APERTURA DE CUENTA (-) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR EL BANCO (+) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR UNIDAD		
INGRESOS NO DEPOSITADOS		
DEPOSITOS EN TRÁNSITO POR TERMINAL PUNTO DE VENTA		
DEPOSITOS EN TRÁNSITO		
ROBOS		
SOBRANTES Y/O FALTANTES		
7/ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD	8/ RESPONSABLE DEL ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA UNIDAD	9/DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
_____	_____	_____
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: “Conciliación de Ingresos por Cuotas de Recuperación” 217B30000-091-08		
OBJETIVO: Será utilizado por el Departamento de Control y Registro de Cuotas para verificar y, en su caso, identificar posibles diferencias entre los ingresos que se informan como recaudados y los depositados.		
DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia, el original se entrega al responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital y la copia al Departamento de Control y Registro de Cuotas, la cual utiliza para realizar la conciliación correspondiente del mes siguiente.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del Hospital que realiza la conciliación.
2	MES:	Indicar el mes del cual se realiza la conciliación.
3	EJERCICIO:	Anotar el ejercicio fiscal dentro del cual se realiza la conciliación.
4	FECHA DE CONCILIACIÓN:	Escribir el día, mes y año en que se lleva a cabo la conciliación.
5	CONCEPTO	Detallar los conceptos correspondientes a la conciliación.
6	IMPORTE	Anotar la cantidad en pesos correspondiente a los conceptos determinados en el formato.
7	ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD	Escribir el nombre y firma del Administrador del Hospital, de la Jurisdicción o de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
8	JEFE DE RECURSOS FINANCIEROS	Anotar el nombre completo y firma del Jefe de Recursos Financieros del Hospital o de la Jurisdicción, según sea el caso.
9	DEPTO. DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS	Escribir el nombre y firma de la persona que realiza la conciliación, por parte del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/06
	Página:

PROCEDIMIENTO 6: Validación de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la atención médico asistencial que se proporciona a las personas de escasos recursos económicos, mediante la validación de las exenciones del pago de las cuotas de recuperación realizadas en los hospitales del ISEM.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública y de los Hospitales que tengan a su cargo y responsabilidad la autorización y validación de las exenciones de cuotas de recuperación.

REFERENCIAS:

- Ley General de Salud. Título Tercero; Capítulo III; artículos 35 y 36. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000 Dirección de Finanzas; 217B31300 Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública; 217B31302 Departamento de Control y Registro de Cuotas; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.

RESPONSABILIDADES:

La Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública es la unidad administrativa responsable de gestionar y validar de la exención de cuotas de recuperación autorizadas por los Hospitales del Instituto.

El Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública deberá:

- Recibir el oficio de notificación, relación de recibos, copia rosa y fotocopia de los “Estudios Socioeconómicos” correspondientes, revisar, registrarlos y enviarlos al Departamento de Control y Registro de Cuotas de Recuperación para su respuesta.

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

- Recibir la documentación correspondiente que justifique la exención, analizar, verificar y determinar si cumple con la normatividad vigente en la materia.

- Elaborar el oficio para solicitar al Hospital (responsable del área de recursos Financieros) el reintegro de las exenciones que no cumplen con lo establecido en la normatividad vigente.
- Elaborar para firma del Director de Finanzas el oficio de validación de las exenciones generadas en los hospitales, obtener la firma en el oficio y en la relación de recibos y enviarlos al director del Hospital correspondiente.

El Director del hospital deberá:

- Recibir el oficio de validación de registro, revisar, enterarse y enviar al área de Recursos Financieros para su archivo y control.

El Responsable del área de Recursos Financieros del hospital deberá:

- Recibir el oficio de reintegro, realizarlo y enviarlo al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas, con copia de la ficha de depósito.
- Recibir el oficio de validación original, enterarse y archivar para control interno.

El Responsable del área de Trabajo Social del hospital deberá:

- Elaborar el oficio de notificación de exención de pago en original y copia, dirigido a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública y Dirección de Finanzas del Instituto, recabar la antefirma del Administrador y la firma del Director del Hospital en el oficio, anexas la relación de recibos de exención, junto con la copia rosa de los mismos y fotocopia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, debidamente validados y enviar a la Subdirección, recabar el acuse de recibido en la copia del oficio y archivarla para su control.

DEFINICIONES:

Cuota de Recuperación: Aportación económica que debe cubrir por la prestación de los servicios de salud la población de bajos recursos en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con el tabulador de cuotas de recuperación.

Exención: Es el beneficio por el cual el usuario puede dejar de cubrir, parcial o totalmente, la cuota de recuperación por los servicios de salud recibidos en hospitales del ISEM.

INSUMOS:

- Oficio de notificación de exención de cuota de recuperación.

RESULTADO:

- Oficio de validación de registro de la exención de cuota de recuperación.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

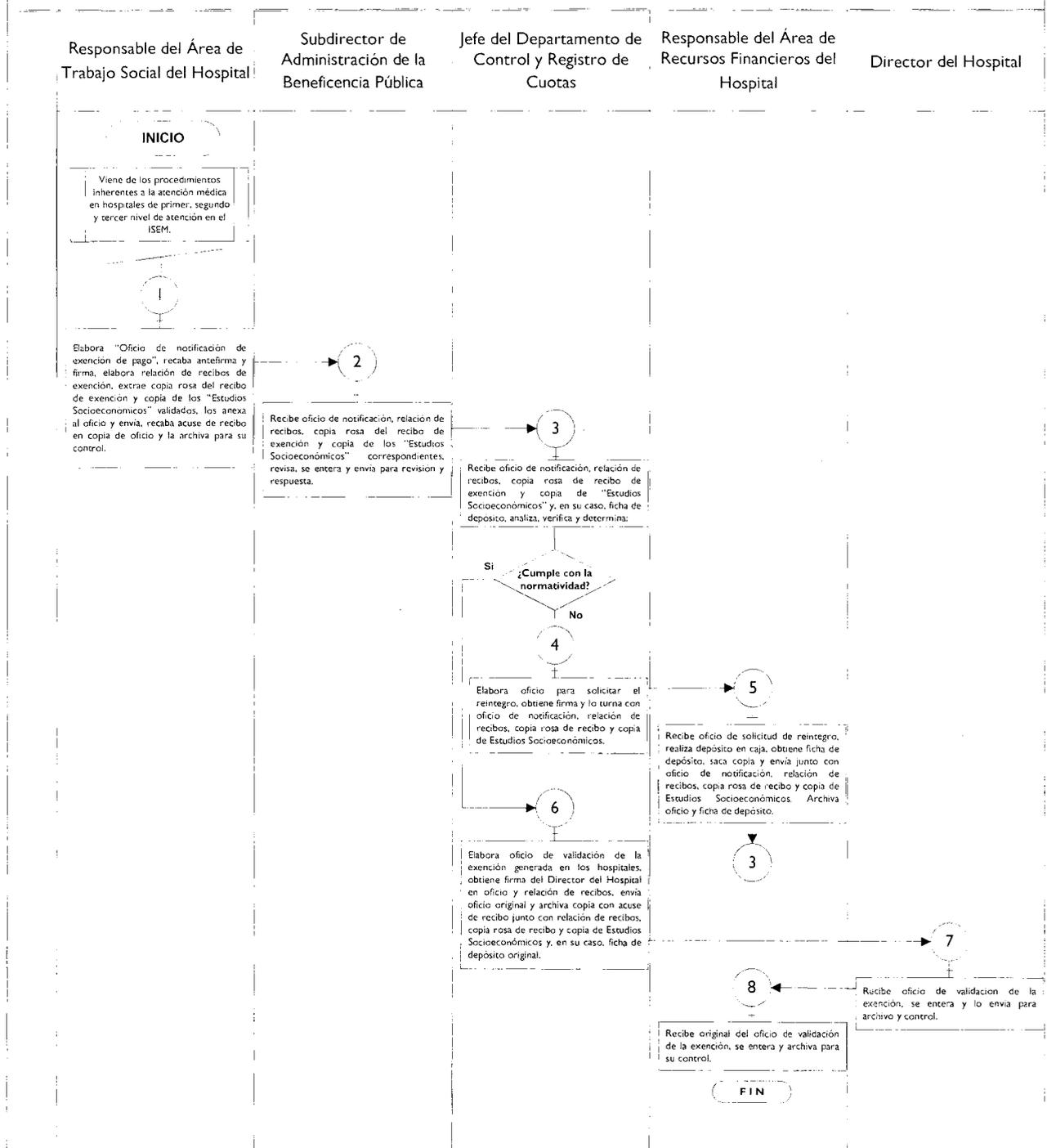
- El Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública deberá hacer del conocimiento del H. Consejo las exenciones de pago de cuotas de recuperación por escasos recursos económicos, aplicadas en las Unidades Hospitalarias.
- El Departamento de Control y Registro de Cuotas verificará, a través de supervisiones permanentes, que las cuotas de recuperación y las exenciones por escasos recursos económicos, se realicen conforme a los lineamientos establecidos.
- El Administrador, Jefes de Servicio y personal operativo de los hospitales involucrado en los procesos de prestación y contraprestación de servicios realizarán el control y registro del número de estudios o servicios proporcionados en las diferentes áreas de atención médica de los hospitales, los cuales deberán coincidir con los recibos únicos de pago y recibos de exención emitidos, así como con los reportes de los servicios respectivos a los programas prioritarios, validando la documentación correspondiente tanto en la rama médica como en la administrativa, mediante firmas autógrafas.
- Los Administradores de los hospitales efectuarán el resguardo de los recibos de pago y de exención, haciendo su registro en los libros de control correspondientes.
- El Director del Hospital será el responsable de la aplicación de las exenciones de pago dentro de la Unidad Hospitalaria.
- Las exenciones de pago por escasos recursos económicos deberán controlarse y registrarse mensualmente, así como gestionar su registro ante la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública, asimismo deberán estar validadas por la trabajadora social y el Director del Hospital respectivamente, las cuales se deberán enviar a la instancia respectiva dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al que correspondan, indicando el monto exentado; ya que en caso de no presentarse en el plazo establecido, se deberá realizar el reintegro correspondiente.
- Toda exención de pago deberá valuarse en el nivel I del tabulador autorizado.

DESARROLLO:**PROCEDIMIENTO 6:** Validación de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

No.	Responsable	Actividad
		Viene de los procedimientos inherentes a la atención médica en Hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención.
1	Responsable del Área de Trabajo Social del Hospital	Elabora el oficio de notificación de exención de pago en original y copia, dirigido a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública y al Director de Finanzas del Instituto, recaba la antefirma del Administrador y la firma del Director del Hospital, elabora la relación de recibos de exención, extrae del archivo la copia rosa del recibo de exención y copia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes validados, los anexa al oficio y envía al Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública, recaba acuse de recibido en la copia del oficio y la archiva para su control.
2	Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública	Recibe el oficio de notificación original, la relación de recibos de exención, la copia rosa y copia de los "Estudios Socioeconómicos" correspondientes, revisa, se entera y envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas para su revisión y respuesta.
3	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe el oficio de notificación original, la relación de recibos de exención, la copia rosa y copia de los "Estudios Socioeconómicos", analiza y, en su caso, ficha de depósito, verifica que cumpla con la normatividad establecida y determina: ¿Cumple con la normatividad establecida?
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	No cumple con la normatividad. Elabora oficio para solicitar al Hospital el reintegro de las exenciones que no cumplen con lo establecido en la normatividad vigente, obtiene firma del Director de Finanzas y lo turna al Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital junto con el oficio de notificación original, la relación de recibos de exención, la copia rosa y copia de los "Estudios Socioeconómicos".
5	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital	Recibe el oficio de solicitud de reintegro de las exenciones que no cumplen con lo establecido en la normatividad vigente, realiza el depósito en caja, obtiene ficha de depósito, saca copia y envía la original junto con el oficio de notificación, la relación de recibos de exención, la copia rosa y copia de los "Estudios Socioeconómicos" al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas. Archiva original del oficio de solicitud de reintegro de las exenciones y ficha de depósito. Se conecta con la operación No. 3.
6	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Si cumple con la normatividad. Elabora oficio de validación de la exención generada en los hospitales en original y copia, obtiene firma del Director de Finanzas en el oficio y en la relación de recibos, envía original del oficio y archiva acuse de recibo. Archiva la relación de recibos de exención firmada, la copia rosa y copia de los "Estudios Socioeconómicos" y, en su caso, la ficha de depósito original.
7	Director del Hospital	Recibe el oficio de validación de la exención generada en los hospitales original, se entera y lo envía al Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital para su control.
8	Responsable del Área de Recursos Financieros del Hospital	Recibe original del oficio de validación de la exención generada en los hospitales, se entera y archiva para su control.

DIAGRAMACIÓN:

PROCEDIMIENTO 6: Validación de Exenciones de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en la validación de exenciones de cuotas de recuperación:

$$\frac{\text{Número mensual de cuotas de recuperación validadas como exentas}}{\text{Número mensual de notificación de exención de cuotas de recuperación recibidas}} \times 100 = \text{Porcentaje de exenciones de cuotas de recuperación validadas.}$$

Registro de evidencias:

- La relación de oficios de notificación de exenciones y el oficio de validación se encuentran registrados y resguardados en el archivo del Área de Recursos Financieros del Hospital.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Informe Mensual de Exenciones por Escasos Recursos Económicos. (Ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 4, página 66).

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/07
	Página:

PROCEDIMIENTO 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.
OBJETIVO:

Garantizar la eficiencia de acciones a realizar en los casos de robo o extravío de formas valoradas y/o ingresos recaudados por la prestación de los servicios médicos en las unidades hospitalarias del Instituto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los hospitales y a la Unidad de Asuntos Jurídicos que tengan a su cargo y responsabilidad la determinación de las acciones a realizar en caso de robo o extravío de formas valoradas y/o de los ingresos recaudados en los hospitales del ISEM.

REFERENCIAS:

- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios. Capítulo IV, artículos 72 al 77. Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.
- Código Financiero del Estado de México y Municipios. Título XI, artículos 339 al 351. Gaceta del Gobierno, 9 de marzo de 1999, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B10200 Unidad de Asuntos Jurídicos; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.

RESPONSABILIDADES:

El Hospital, a través de la Administración, es el responsable de supervisar las actividades relacionadas con el reporte por robo o extravío de formas valoradas o efectivo, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

El Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos deberá:

- Recibir el oficio, el “Acta” levantada ante el Ministerio Público y del “Acta Circunstanciada de Hechos” originales, proceder a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público y resolver lo necesario.

El Director o Administrador del hospital deberá:

- Enterarse, elaborar el Acta Circunstanciada de Hechos en la que se constate y acredite la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archivarlos provisionalmente y determinar su procedencia.
- Levantar el “Acta Administrativa” en original y copia, manifestar bajo protesta de decir verdad que fue efectuada la búsqueda exhaustiva, recabar firma del Servidor Público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la unidad administrativa, entregar copia al servidor público indicándole que acuda con el Oficial Conciliador.
- Enviar al servidor público ante el Ministerio Público para levantar el acta correspondiente
- Recibir el “Acta Ministerial” y el “Acta Informativa”, elaborar el oficio para su envío y determinar el tipo de incidente.
- Entregar original del oficio, del “Acta” levantada ante el Ministerio Público y del “Acta Circunstanciada de Hechos” a la Unidad de Asuntos Jurídicos y distribuirlos oficios.
- Entregar el original del oficio, del “Acta Circunstanciada de Hechos” y del “Acta Informativa” de la oficialía conciliadora a la Unidad de Contraloría Interna y distribuir los oficios.

El Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas de la Unidad Aplicativa deberá:

- Informar sobre los hechos acontecidos durante el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas.

- Recibir la copia del “Acta Administrativa”, archivarla, acudir ante el Oficial Conciliador, levantar “Acta Informativa” y entregarla a su Jefe inmediato.
- Recibir la instrucción y acudir a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, iniciar denuncia penal, levantar “Acta Ministerial” y entregarla a su Jefe inmediato.

DEFINICIONES:

Unidad Aplicativa: Es la unidad médica o administrativa como célula básica de la estructura orgánica del Instituto.

Acta Ministerial: Es la certificación o testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido, tratado o pactado en oportunidad de cualquier circunstancia levantada ante el Ministerio Público.

Acta Circunstanciada de Hechos: Es el testimonio escrito en la cual se da cuenta de lo sucedido en cualquier circunstancia para que surta efectos jurídicos, la cual deberá contener la fecha, el lugar donde sucedieron los hechos, la relación sucinta de los hechos y contendrá la firma de más de dos testigos que hayan presenciado los hechos.

Averiguación Previa: Es una etapa procedimental durante el cual el órgano investigador realiza todas las diligencias necesarias para comprobar, en su caso, los elementos del tipo penal y la probable responsabilidad y optar por el ejercicio o abstención de la acción penal.

Formas Valoradas: Son los documentos preimpresos utilizados para la prestación de los servicios a que se refiere la Ley de Ingresos del Estado vigente y que por su incidencia en el proceso de recaudación de ingresos al Estado, adquieren un valor público y sirven como medios de control fiscal.

INSUMOS:

- Aviso de extravío o robo de formas valoradas.

RESULTADOS:

- Acta Circunstanciada de Hechos.
- Acta Ministerial.
- Acta Administrativa.
- Acta Informativa.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Control de Ingresos por Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.
- Conciliación de Cuotas de Recuperación en Hospitales del ISEM.

POLÍTICAS:

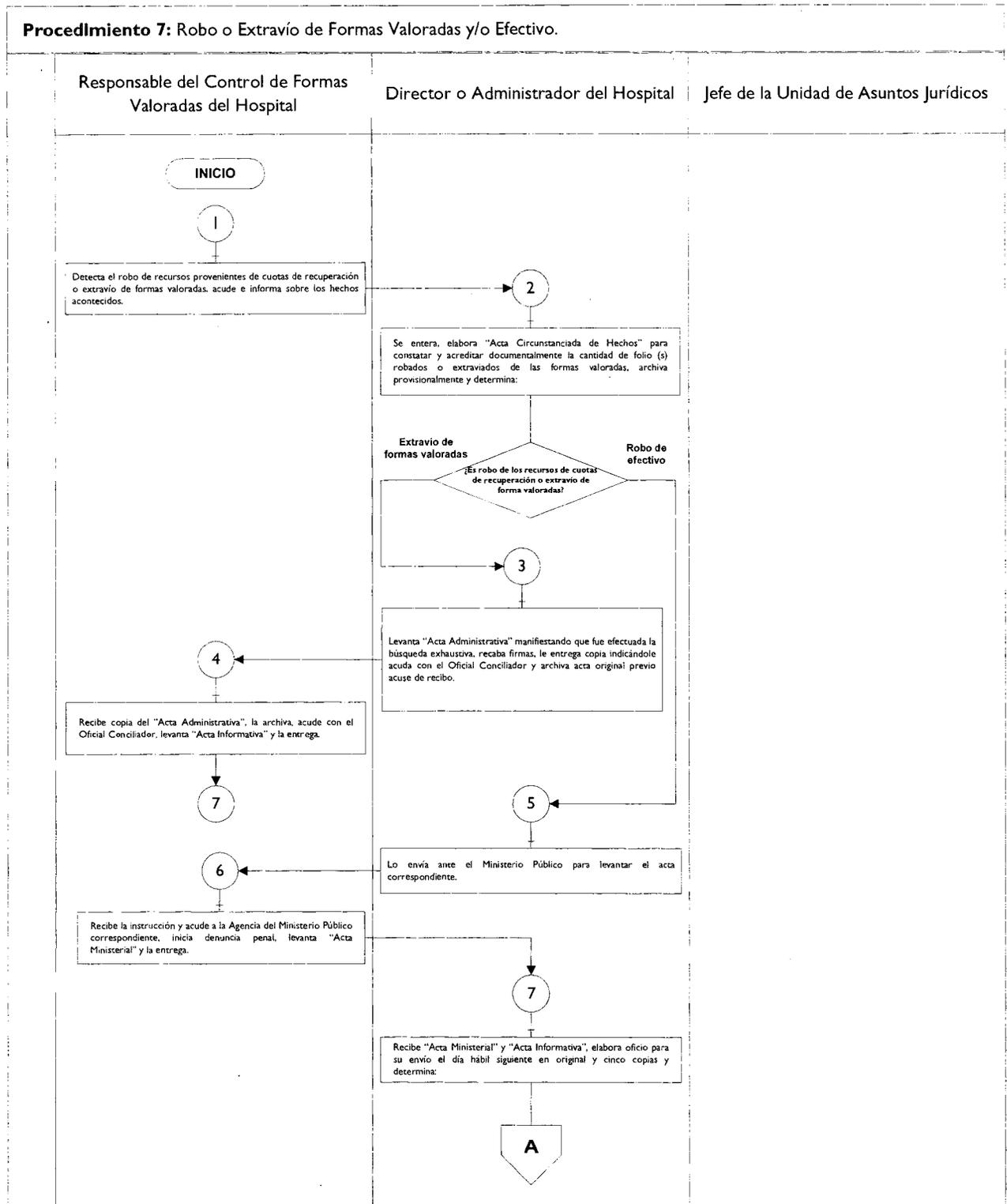
- El Administrador y Jefe de Recursos Financieros del hospital será el responsable de realizar el seguimiento ante la Unidad de Asuntos Jurídicos y/o la Contraloría Interna sobre las causas de robo de efectivo o extravío de formas valoradas y de informar periódicamente el estado que guardan hasta la resolución, a la Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública.
- Los servidores públicos que hagan uso indebido del importe recaudado por concepto de cuotas de recuperación, se harán acreedores a las sanciones que establezcan las autoridades competentes del Instituto, de conformidad con la normatividad vigente en la materia.
- Los Administradores o, en su caso, los titulares del área de Recursos Financieros que detecten discrepancias o anomalías en el manejo, depósito o control de los ingresos recabados por cuotas de recuperación, deberán levantar el “Acta Administrativa” sobre los hechos y enviarla para conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna, de la Unidad de Asuntos Jurídicos y del Departamento de Control y Registro de Cuotas del Instituto.
- Cuando existan recibos únicos de pago cancelados deberá plasmarse en los mismos:
 - El motivo de la cancelación.
 - La leyenda: “Pasa al folio ___ en caso de ser cobrado en otro folio. Asimismo, la leyenda en el recibo siguiente si corresponde al mismo cobro de: cancela y substituye anotando el número de folio cancelado.
 - Cuando de la revisión de los Recibos Únicos de Pago, derivada de la solicitud y control de recibos mediante los formatos Requisición Interna de Recibos Oficiales y Control de Recibos Oficiales, se detecte la falta de un folio dentro de la serie utilizada se deberá informar al Director o Administrador de la Unidad Aplicativa a fin de levantar un Acta Circunstanciada de Hechos y realizar el procedimiento por extravío de formas valoradas.

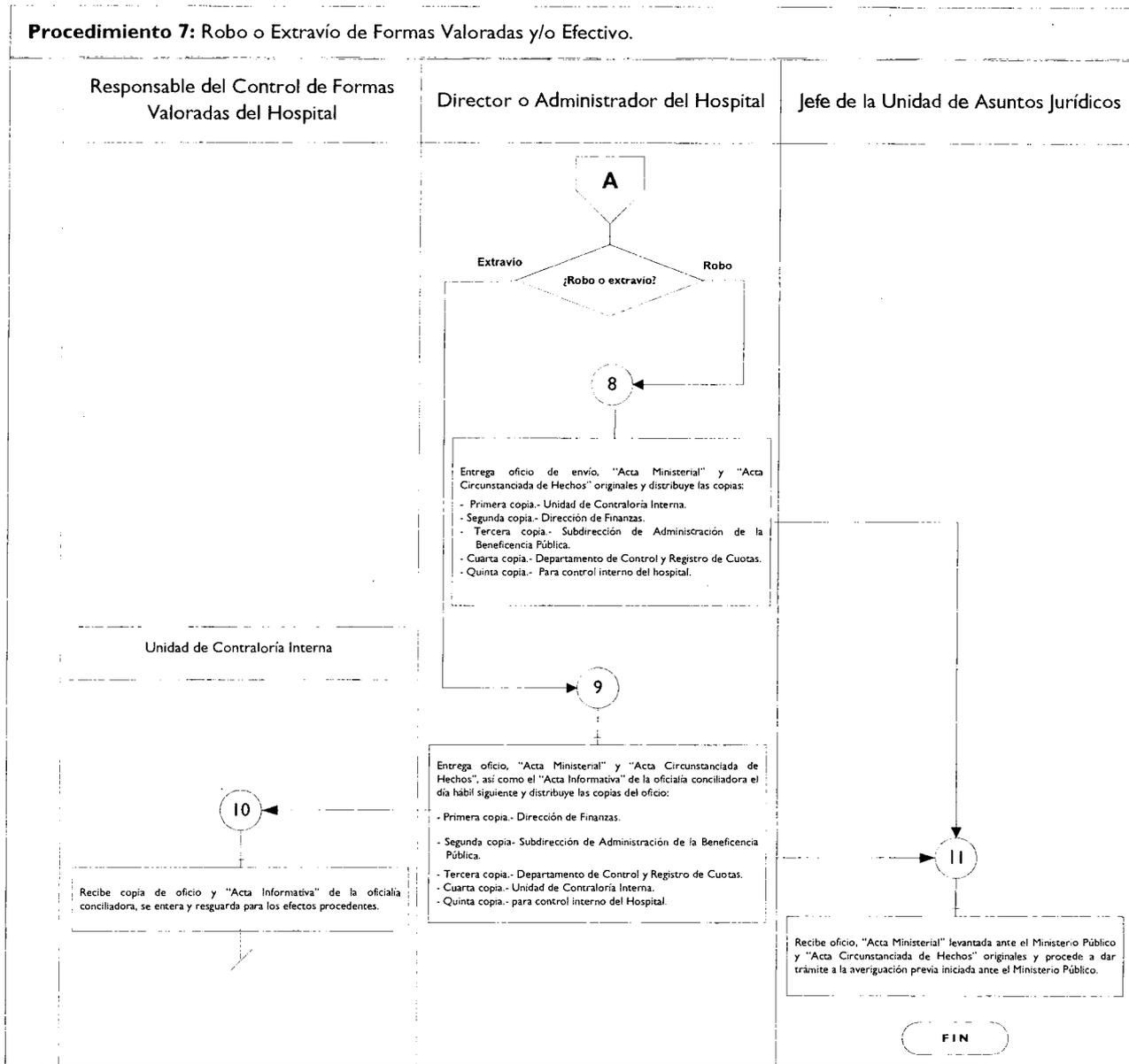
DESARROLLO:

Procedimiento 7: Robo o Extravío de Formas Valoradas y/o Efectivo.

No.	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Detecta el robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas, acude ante el Director o Administrador del hospital e informa verbalmente sobre los hechos acontecidos.
2	Director o Administrador del Hospital	Se entera, elabora original y copia de "Acta Circunstanciada de Hechos" en la que se constate y acredite documentalmente la cantidad de folio(s) robados o extraviados de las formas valoradas, archiva provisionalmente y determina: ¿Es robo de los recursos provenientes de cuotas de recuperación o extravío de formas valoradas?
3	Director o Administrador del Hospital	<p>Es extravío de formas valoradas.</p> Levanta "Acta Administrativa" en original y copia, manifiesta bajo protesta de decir verdad que fue efectuada la búsqueda exhaustiva, recaba firma del servidor público responsable del resguardo, de dos testigos de asistencia y del responsable de la unidad administrativa, entrega copia al Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas del Hospital indicándole acuda con el Oficial Conciliador y archiva acta original previo acuse de recibo.
4	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Recibe copia del "Acta Administrativa", la archiva, acude ante el Oficial Conciliador, levanta "Acta Informativa" correspondiente y las entrega al Director o Administrador del hospital. Se conecta con la operación No. 7.
5	Director o Administrador del Hospital	<p>Es robo de efectivo.</p> Envía al Responsable del Control de Recursos y Formas Valoradas del hospital ante el Ministerio Público para levantar el acta correspondiente.
6	Responsable del Control de Formas Valoradas del Hospital	Recibe la instrucción y acude a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, inicia la denuncia penal, levanta "Acta Ministerial" y la entrega al Director o Administrador del hospital.
7	Director o Administrador del Hospital	Recibe "Acta Ministerial" y "Acta Informativa", elabora oficio para su envío el día hábil siguiente en original y cinco copias y determina: ¿La documentación recibida es por robo o extravío?
8	Director o Administrador del Hospital	<p>Es por robo.</p> Entrega el oficio de envío, el "Acta Ministerial" levantada ante el Ministerio Público, anexa el "Acta Circunstanciada de Hechos", entrega a la Unidad de Asuntos Jurídicos y distribuye las copias del oficio: <ul style="list-style-type: none"> • Primera copia del oficio.- Unidad de Contraloría Interna. • Segunda copia del oficio.- Dirección de Finanzas. • Tercera copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Cuarta copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Quinta copia del oficio.- Hospital, para control interno.
9	Director o Administrador del Hospital	<p>Es por extravío.</p> Entrega el oficio de envío, "Acta Ministerial" y "Acta Circunstanciada de Hechos" a la Unidad de Asuntos Jurídicos y "Acta Informativa" de la oficialía conciliadora a la Unidad de Contraloría Interna el día hábil siguiente y distribuye las copias. <ul style="list-style-type: none"> • Primera copia del oficio.- Dirección de Finanzas. • Segunda copia del oficio.- Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública. • Tercera copia del oficio.- Departamento de Control y Registro de Cuotas. • Cuarta copia.- Unidad de Contraloría Interna. • Quinta copia del oficio.- para control interno del Hospital.
10	Unidad de Contraloría Interna	Recibe copia del oficio de envío y "Acta Informativa" de la oficialía conciliadora, se entera y los resguarda para los efectos procedentes.
11	Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe el oficio, el "Acta Ministerial" levantada ante el Ministerio Público y el "Acta Circunstanciada de Hechos" originales y procede a dar trámite a la averiguación previa iniciada ante el Ministerio Público.

DIAGRAMACIÓN:





MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el seguimiento del robo o extravío de formas valoradas en hospitales del ISEM.

$$\frac{\text{Número mensual de reportes por robo de formas valoradas atendidos}}{\text{Número mensual de reportes por robo de formas valoradas recibidos}} \times 100 = \text{Porcentaje de reportes por robo de formas valoradas atendidos mensualmente.}$$

$$\frac{\text{Número mensual de reportes por extravío de formas valoradas atendidos}}{\text{Número mensual de reportes por extravío de formas valoradas recibidos}} \times 100 = \text{Porcentaje de reportes por extravío de formas valoradas atendidos mensualmente.}$$

Registro de evidencias:

- El "Acta Ministerial" levantada ante el Ministerio Público y el "Acta Circunstanciada de Hechos por el robo o extravío de formas valoradas originales quedan resguardadas en la Unidad de Asuntos Jurídicos.

- El “Acta Informativa” queda resguardada en el archivo de la Unidad de Contraloría Interna.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

No Aplica.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300/08
	Página:

PROCEDIMIENTO 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.

OBJETIVO:

Mejorar la recaudación de los ingresos captados en los hospitales del Instituto por concepto de cuotas de recuperación, mediante el cobro de los recursos provenientes de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica a instituciones públicas o privadas, supervisando que se opere de acuerdo con la normatividad vigente.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos adscritos a los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, que realicen actividades relacionadas con el cobro de los recursos provenientes de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica de los hospitales de su adscripción.

REFERENCIAS:

- Código Administrativo del Estado de México. Libro Segundo, Título I, Capítulo IV, Artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- Reglamento de Salud del Estado de México. Título Primero, Capítulo I, Artículo 2, fracción XXXIII; Capítulo Cuarto, Artículo 15, Título Décimo Sexto, Capítulo I, Artículo 293, fracción XVI; Artículo 296, fracción XVI; Artículo 308, fracción II. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B50000 Dirección de Servicios de Salud; 217B50029-217B50053 Hospitales Generales. Gaceta del Gobierno, 20 de julio de 2011.
- Acuerdo de Coordinación para Establecer las Bases del Sistema de Cuotas de Recuperación. Gaceta del Gobierno, 20 de agosto de 1996, reformas y adiciones.
- Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación y Manual de Normas y Procedimientos para su operación, de la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública Federal (Noviembre-1995).

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de realizar el cobro de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica, así como de vigilar que las unidades aplicativas cumplan con las disposiciones, políticas y demás normas vigentes establecidas en la materia para eficientar los mecanismos de recaudación.

El Responsable del Servicio Médico deberá:

- Solicitar al paciente copia del formato “Control del Paciente de Servicio Subrogado”.
- Proporcionar el servicio médico requerido.
- Archivar la copia del formato en el expediente del paciente.

El Responsable del área de Cuenta Paciente deberá:

- Recibir el original del formato “Control del Paciente de Servicio Subrogado” y registrar diariamente los servicios que se le proporcionen al paciente.
- Valuar en el nivel 6 del tabulador autorizado vigente más el 50% correspondiente y recabar la firma de conformidad del paciente.
- Archivar el formato “Control del Paciente de Servicio Subrogado” para control interno.
- Elaborar al finalizar el mes el “Informe Mensual de Servicios Subrogados” en original y copia, enviar el original al área de Recursos Financieros y archivar la copia.

El Responsable del área de Recursos Financieros deberá:

- Recibir el último día del mes el original del “Informe Mensual de Servicios Subrogados” de las Instituciones, revisar y solicitar aclaraciones, en su caso.
- Enviar el “Informe Mensual de Servicios Subrogados” por Institución, al área de Caja para la elaboración del “Recibo Único de Pago” correspondiente.
- Recibir el original del “Recibo Único de Pago”, verificar y elaborar recibo por la cantidad que ampare el monto estipulado y enviarlos a la Institución correspondiente.
- Atender al representante de la Institución acreedora para realizar los pagos al ISEM, obtener el importe del pago solicitado, verificar que corresponda con el del “Recibo Único de Pago”, proceder a la inutilización o devolución del recibo y realizar el depósito respectivo.

El Responsable del área de Caja deberá:

- Recibir el “Informe Mensual de Servicios Subrogados” por Institución.
- Elaborar el “Recibo Único de Pago” a nombre de la Institución correspondiente y de acuerdo con cada concentrado mensual.
- Enviar el original del “Recibo Único de Pago” al área de Recursos Financieros y archivar las copias junto con el Informe Mensual de Servicios Subrogados.

El Responsable del área de Recepción deberá:

- Recibir el formato “Referencia y Contrarreferencia” y credencial de afiliación del paciente para su atención.
- Elaborar el formato “Control del Paciente de Servicio Subrogado” e indicar al paciente que la presente en el servicio médico solicitado.
- Entregar el original del formato “Control del Paciente de Servicio Subrogado” al área de Cuenta Paciente si el derechohabiente es hospitalizado.

DEFINICIONES:

Servicio Subrogado: Es el servicio contratado y brindado por una empresa externa a una institución del ISEM.

Referencia: Es la acción de remitir a un paciente de una unidad de menor complejidad (unidad referente) a otra de mayor resolución o complejidad (unidad receptora), para dar respuesta a sus necesidades de salud.

INSUMOS:

- Hoja de referencia y contrarreferencia.
- Credencial de afiliación del paciente.

RESULTADOS:

- Recursos económicos recaudados por servicios subrogados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- No aplica.

POLÍTICAS:

- El Administrador o Jefe de Recursos Financieros del Hospital deberán comunicar los servicios subrogados dentro de los primeros cinco días hábiles del mes al Departamento de Control y Registro de Cuotas dentro del informe mensual de servicios subrogados, independientemente del mes en que fueron pagados los servicios, de acuerdo con las condiciones de pago establecidas en el convenio de servicios subrogados con las dependencias o instituciones correspondientes.
- El Director o Administrador de hospital será el responsable de observar y dar seguimiento al cumplimiento de los convenios de prestación de servicios o subrogación.
- Cuando los usuarios del hospital requieran de algún apoyo en especie, el área de Trabajo Social los orientará y les proporcionará los requisitos y pasos a seguir para la obtención de dichos apoyos, canalizándolos a la Subdirección de la Beneficencia Pública del ISEM.
- El Administrador o Jefe de Recursos Financieros depositará las diferencias detectadas en las supervisiones por ingresos de cuotas de recuperación y/o por servicios subrogados de acuerdo a convenios, realizadas por el Departamento de Control y Registro de Cuotas e informará lo necesario en el mes inmediato posterior.
- La prestación de servicios médicos, a derechohabientes de otras dependencias e instituciones, habrá de formalizarse con la intervención de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto, mediante un convenio de servicios subrogados autorizado por la Dirección de Finanzas del Instituto, aplicando el nivel 6 del tabulador vigente más un incremento mínimo del 50%.

- La Coordinación de Salud será el área encargada de hacer del conocimiento el convenio a los titulares.

DESARROLLO:

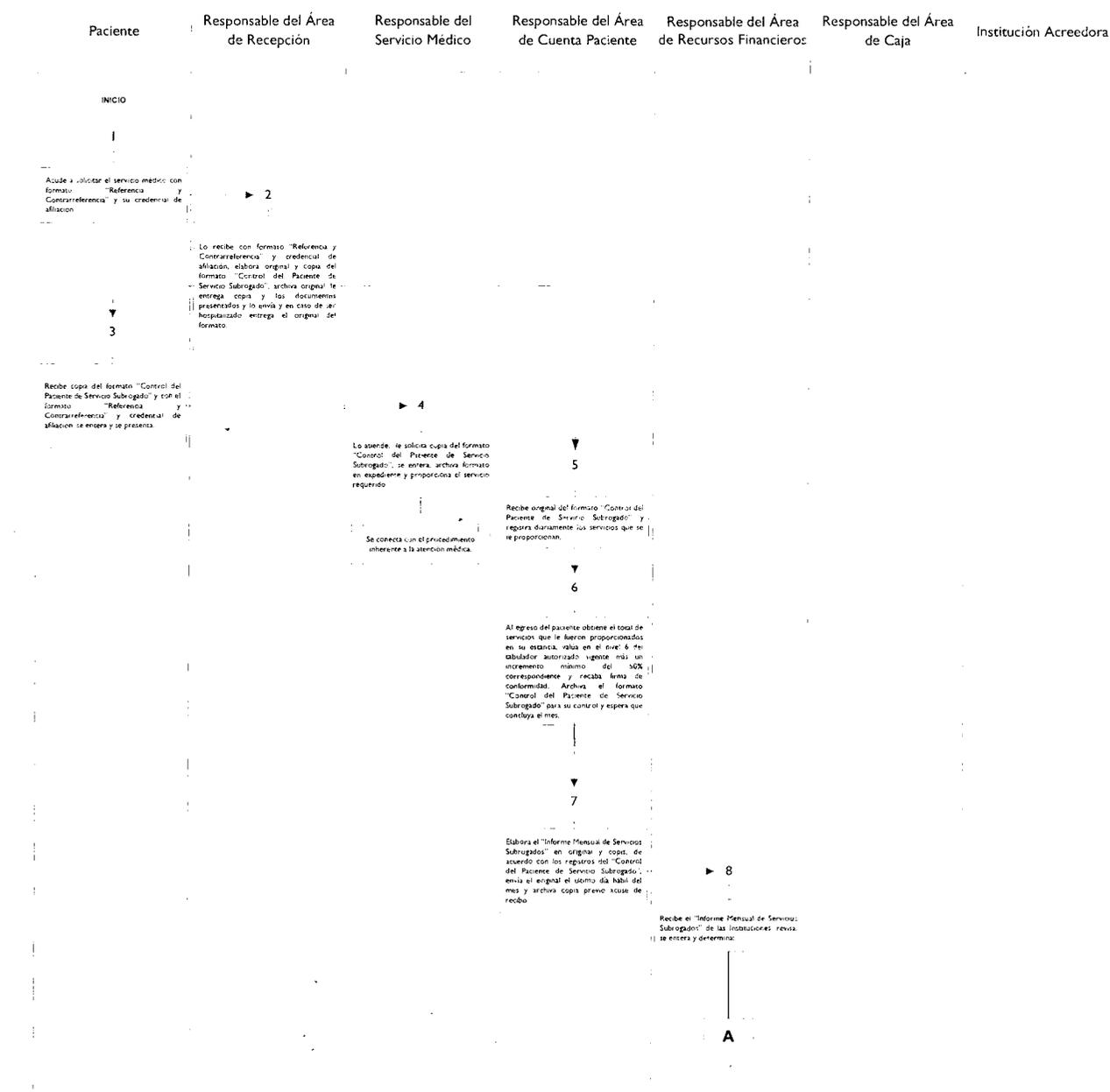
Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria Paramédica en Hospitales del ISEM.

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Paciente	Acude al hospital a solicitar el servicio médico y presenta el formato "Referencia y Contrarreferencia" correspondiente y su credencial de afiliación.
2	Responsable del Área de Recepción	Recibe al paciente, el formato "Referencia y Contrarreferencia" y credencial de afiliación, elabora original y copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado", entrega la copia al paciente junto con los documentos presentados y lo envía al área Médica del hospital, o, en su caso, entrega el original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" al área de Cuenta Paciente si el derechohabiente es hospitalizado. Se conecta a la operación No. 5.
3	Paciente	Recibe copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" junto con el formato "Referencia y Contrarreferencia" y credencial de afiliación, se entera, los resguarda y se presenta en el Servicio Médico correspondiente con la copia del formato "Control de Pacientes de Servicio Subrogado".
4	Responsable del Servicio Médico	Atiende al paciente, le solicita copia del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado", se entera y procede a proporcionar el servicio requerido. Se conecta con el procedimiento inherente a la atención médica.
5	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe original del formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" y registra diariamente los servicios que se le proporcionen al paciente hasta su egreso.
6	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Al egreso del paciente obtiene el total de servicios que le fueron proporcionados durante su estancia en el hospital, valúa en el nivel 6 del tabulador autorizado vigente más un incremento mínimo del 50% correspondiente y recaba firma de conformidad del paciente. Archiva el formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" para su control y espera que concluya el mes.
7	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Al final del mes elabora el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" en original y copia de acuerdo con los registros de los formatos originales "Control del Paciente de Servicio Subrogado", envía el original el último día hábil de cada mes al área de Recursos Financieros y archiva la copia previo acuse de recibo.
8	Responsable del Área de Recursos Financieros	Recibe el último día del mes, el original del "Informe Mensual de Servicios Subrogados" de las Instituciones, revisa, se entera y determina: ¿Hay aclaraciones?
9	Responsable del Área de Recursos Financieros	Si hay aclaraciones. Hace las observaciones correspondientes al "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por institución y lo remite al área de Cuenta Paciente para que realice aclaración.
10	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Recibe el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución con observaciones, realiza correcciones y devuelve. Se conecta con la operación No. 8.
11	Responsable del Área de Recursos Financieros	No hay aclaraciones. Envía el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución al área de Caja para la elaboración del "Recibo Único de Pago" correspondiente.
12	Responsable del Área de Caja	Recibe el "Informe Mensual de Servicios Subrogados" por Institución, se entera, elabora el "Recibo Único de Pago" en original y dos copias a nombre de la Institución correspondiente y de acuerdo con cada concentrado mensual, envía el original del "Recibo Único de Pago" al área de Recursos Financieros y archiva las copias junto con el informe.
13	Responsable del Área de Recursos Financieros	Recibe el original del "Recibo Único de Pago", verifica y elabora recibo por el monto de estipulado y los envía a la Institución correspondiente para su pago de acuerdo al tiempo establecido en el convenio.

14	Institución Acreedora	Recibe originales del "Recibo Único de Pago" y del recibo, verifica y procede a realizar el pago correspondiente vía cheque o transferencia electrónica, o bien, la persona autorizada por parte de la Institución para realizar el pago al ISEM, procede a firmar el recibo correspondiente y acude.
15	Responsable del Área de Recursos Financieros	Atiende al representante de la Institución debidamente acreditado para realizar los pagos vía cheque o transferencia electrónica al ISEM, obtiene el importe del pago, verifica que corresponda con el del "Recibo Único de Pago", procede a la inutilización o devolución del recibo y realiza el depósito correspondiente.

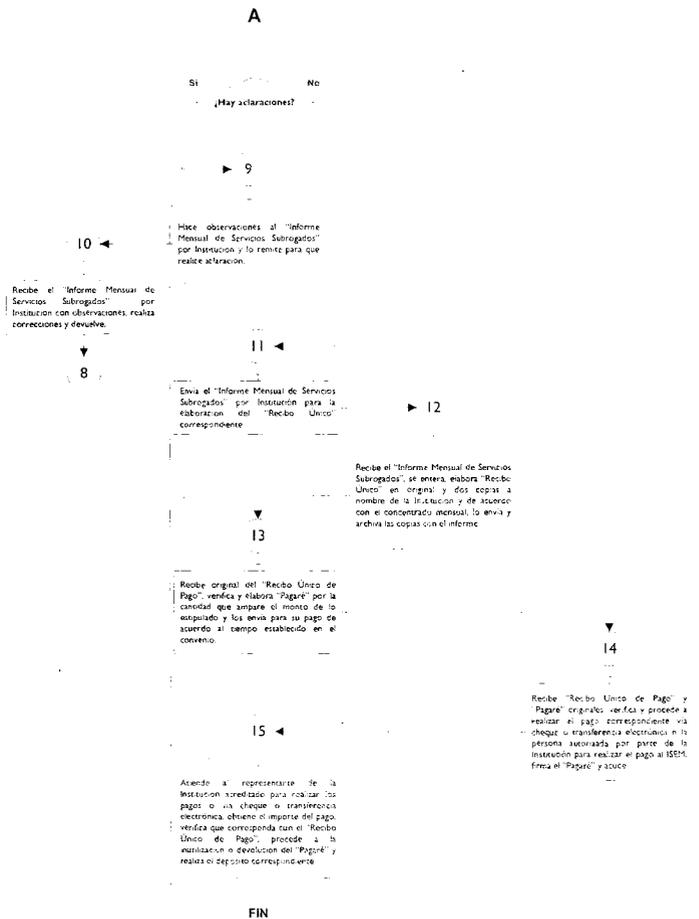
DIAGRAMACIÓN:

Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.



Procedimiento 8: Cobro de Servicios Subrogados de Atención Médica, Hospitalaria y Paramédica en Hospitales del ISEM.

Paciente	Responsable del Área de Recepción	Responsable del Servicio Médico	Responsable del Área de Cuenta Paciente	Responsable del Área de Recursos Financieros	Responsable del Área de Caja	Institución Acreedora
----------	-----------------------------------	---------------------------------	---	--	------------------------------	-----------------------



MEDICIÓN:

Indicador para medir la eficiencia en el cobro de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica.

$$\frac{\text{Aporte mensual recibido por servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica}}{\text{Número mensual de solicitudes atendidas de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica}} \times 100 = \text{Porcentaje de ingresos obtenidos por concepto de Cuotas de Recuperación de servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica.}$$

Registro de evidencias:

- El cobro de los servicios subrogados de atención médica, hospitalaria y paramédica, quedan registrados en el formato "Control del Paciente de Servicio Subrogado" que se archiva en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- La prestación de los servicios subrogados queda registrada en el formato "Informe Mensual de Servicios Subrogados", que se archiva en el Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- El monto del pago por los servicios proporcionados queda registrado en el formato "Recibo Único de Pago", que se archiva en el área de Recursos Financieros.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS:

- Referencia y Contrarreferencia. (Ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 2, página 29).
- Control del Paciente de Servicio Subrogado.
- Informe Mensual de Servicios Subrogados.
- Recibo Único de Pago (Ver apartado de Formatos e Instructivos del procedimiento no. 1, página 12).



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

27

Control del Paciente de Servicio Subrogado

1/FOLIO:

2/UNIDAD MÉDICA:

3/NOMBRE:

4/FECHA DE INGRESO:	5/FECHA DE EGRESO:
---------------------	--------------------

6/INSTITUCION:	7/No. REFERENCIA O CREDENCIAL:
----------------	--------------------------------

8/CLAVE	9/DESCRIPCION DEL SERVICIO OTORGADO	10/CANTIDAD	11/IMPORTE

12/TOTAL

13/RECIBIO	14/ELABORO
_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Control del Paciente de Servicio Subrogado”

217B30000-094-08

OBJETIVO: Registrar los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto para la prestación de servicios subrogados, a efecto de realizar el cobro de los mismos en tiempo y forma, de acuerdo con lo establecido en el contrato correspondiente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia. El original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	FOLIO:	Anotar el número progresivo correspondiente al formato, de acuerdo al control interno del hospital.
2	UNIDAD MÉDICA:	Escribir el nombre del hospital en que se elabora el formato.
3	NOMBRE:	Registrar el nombre completo del derechohabiente.
4	FECHA DE INGRESO:	Anotar el día, mes y año en que ingresa el derechohabiente al hospital para que le sea proporcionado el servicio requerido.
5	FECHA DE EGRESO:	Anotar el día, mes y año en que egresa el derechohabiente del hospital.
6	INSTITUCIÓN:	Indicar el nombre de la Institución que remite al derechohabiente al hospital para que le sea proporcionado el servicio requerido.
7	NO. DE REFERENCIA O CREDENCIAL:	Anotar el número de la “Hoja de Referencia del Derechohabiente” o bien, de la credencial de adscripción.
8	CLAVE:	Registrar la clave de cada uno de los servicios que le sean proporcionados al derechohabiente, de acuerdo con el tabulador autorizado.
9	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO OTORGADO:	Especificar los servicios proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador vigente.
10	CANTIDAD:	Indicar la cantidad de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente.
11	IMPORTE:	Anotar el importe de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente, cuantificando los servicios de acuerdo a la cantidad y al servicio brindado, de acuerdo con el tabulador autorizado vigente.
12	TOTAL:	Escribir la cantidad que resulte de la sumatoria de los importes registrados.
13	RECIBIÓ:	Anotar el nombre y firma del derechohabiente que recibe los servicios descritos en el formato.
14	ELABORÓ:	Anotar el nombre y firma de la persona que elabora el formato por parte del hospital.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Informe Mensual de Servicios Subrogados

1/UNIDAD APLICATIVA:				2/FECHA:	
3/PERIODO DEL		AL	DE	DEL	
4/CLAVE DEL SERVICIO	5/NOMBRE DEL SERVICIO	6/No. DE SERVICIOS	7/COSTO DEL SERVICIO	8/IMPORTE TOTAL	
9/TOTAL					

10/DIRECTOR DEL HOSPITAL

11/ADMINISTRADOR

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

217B30000-181-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

“Informe Mensual de Servicios Subrogados”

217B30000-181-10

OBJETIVO: Llevar el control mensual de los servicios médico-asistenciales proporcionados a los derechohabientes de las instituciones públicas o privadas que hayan celebrado algún contrato con el Instituto para la prestación de servicios subrogados, a efecto de realizar el cobro de los mismos en tiempo y forma, de acuerdo con lo establecido en el contrato correspondiente.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: El formato se genera en original y copia de las cuales el original se envía al Departamento de Control y Registro de Cuotas y la copia a la unidad hospitalaria para control interno.

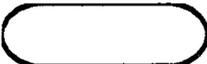
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
I	UNIDAD APLICATIVA:	Anotar el nombre del hospital en que se elabora el formato.

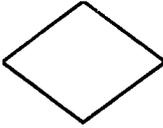
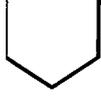
2	FECHA:	Registrar el día, mes y año en que se requisita el formato.
3	PERIODO DEL AL DE DEL	Registrar el día, mes y año de inicio y término del periodo que se informa.
4	CLAVE DEL SERVICIO	Registrar la clave de cada uno de los servicios que le sean proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador autorizado.
5	NOMBRE DEL SERVICIO	Especificar los servicios proporcionados al derechohabiente de acuerdo con el tabulador vigente.
6	No. DE SERVICIOS	Anotar el número total de servicios que se le proporcionaron al paciente.
7	COSTO DEL SERVICIO	Registrar el precio unitario del servicio proporcionado.
8	IMPORTE TOTAL	Anotar el importe total de cada uno de los servicios proporcionados al derechohabiente, cuantificando los servicios de acuerdo a la cantidad y al servicio brindado, acorde con el tabulador autorizado vigente.
9	TOTAL:	Indicar la cantidad que resulte de la sumatoria de los importes registrados.
10	DIRECTOR DEL HOSPITAL	Anotar el nombre y firma del Director del hospital.
11	ADMINISTRADOR	Escribir el nombre y firma del Administrador del hospital.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: IX

SIMBOLOGÍA

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

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	INICIO O FINAL DEL PROCESO. Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio se anotará la palabra INICIO , en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra FIN .
	OPERACIÓN. Se utiliza para representar una actividad u operación, sea manual, mecanizado o mental, el cual muestra las principales fases del procedimiento, por ejemplo: enviar, anotar, tramitar, modificar, contestar, ejecutar, etc., se anotará dentro del símbolo un número en secuencia, concatenados con las verificaciones o actividades combinadas únicamente; del mismo modo se escribirá una breve descripción al margen del símbolo de lo que sucede en ese paso.
	LÍNEA CONTINUA. La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área. Su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

	<p>LÍNEA DE COMUNICACIÓN. Se utiliza para señalar que existe flujo de información, la cual se realiza a través de teléfono, télex, fax, etc., La dirección del flujo se indica como en los casos de las líneas de guiones y continúa.</p>
	<p>DECISIÓN. Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.</p>
	<p>INTERRUPCIÓN DEL PROCESO. En ocasiones el procedimiento requiere de una interrupción para ejecutar alguna actividad o bien para dar tiempo al usuario de realizar una acción o reunir determinada documentación. Por ello, el presente símbolo se emplea cuando el proceso requiere de una espera necesaria e insoslayable, El caso usual, es cuando un documento se archiva temporalmente y después se vuelve a utilizar, indica tiempo sin actividad.</p>
	<p>FUERA DE FLUJO. Cuando por necesidad del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el proceso.</p>
	<p>CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS. Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s). Es importante anotar dentro del símbolo, el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.</p>
	<p>CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO. Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, que lejos de facilitar el entendimiento del procedimiento, lo hace más complejo, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene. Asimismo, se deberá utilizar en menor número de veces, lo cual se puede lograr distribuyendo los símbolos de tal manera que solo se empleen los necesarios a efecto de evitar confusiones en la secuencia del procedimiento; para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A", y continuando con la secuencia del mismo.</p>

<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM</p>	<p>Edición: Quinta</p>
	<p>Fecha: Octubre de 2012</p>
	<p>Código: 217B31300</p>
	<p>Página: XI</p>

REGISTRO DE EDICIONES

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Primera Edición, diciembre de 2003.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Segunda Edición, Junio de 2007.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Tercera Edición, febrero de 2008.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Cuarta Edición, 27 de octubre de 2011.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Quinta Edición, Octubre de 2012.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: XII

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, se encuentra en poder del Departamento del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno".

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

- Departamento de Desarrollo Institucional.
- Dirección de Servicios de Salud.
- Dirección de Finanzas.
- Subdirección de la Administración de la Beneficencia Pública.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN EN HOSPITALES DEL ISEM	Edición: Quinta
	Fecha: Octubre de 2012
	Código: 217B31300
	Página: XIII

VALIDACIÓN

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

Lic. César Nomar Gómez Monge
 Coordinador de Administración y Finanzas
 (Rúbrica).

Mtro. Fadul Vázquez Villarreal
 Director de Finanzas
 (Rúbrica).

Lic. Miguel Ángel Muñoz Vargas
 Subdirector de la Administración
 de la Beneficencia Pública
 (Rúbrica).

L.C. Felipe Román Álvarez
 Jefe del Departamento de Control y
 Registro de Cuotas de Recuperación
 (Rúbrica).

Dr. Jesús Luis Rubí Salazar
 Coordinador de Salud
 (Rúbrica).

Dra. Elizabeth Dávila Chávez
 Directora de Servicios de Salud
 (Rúbrica).

Lic. Claudia Terán Cordero
 Encargada del Despacho de la Unidad de Modernización
 Administrativa
 (Rúbrica).

© MP-093.

Manual de Procedimientos para el Control de Cuotas de Recuperación en Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, Quinta Edición, Octubre de 2012.

Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.

Responsables de la Información:

- Lic. Felipe Román Álvarez.-Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

Responsables de su Integración:

- Lic. Aldo Bastida Zamora.- Analista del Departamento de Desarrollo Institucional.

Toluca, México,
Octubre de 2012.