





<b>SALUD</b>  SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Financieros		Rev. 0
	<b>103. Procedimiento de Cuotas de Recuperación</b>		Hoja: 1 de 7

### 103. PROCEDIMIENTO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gámez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	2 Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Financieros		Rev. 0
	103. Procedimiento de Cuotas de Recuperación		Hoja: 2 de 7

## 1.0 Propósito

1.1 Establecer los lineamientos que permitan realizar el cobro por los servicios médicos que se otorgan en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" a través de Cuotas de Recuperación.


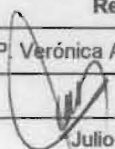
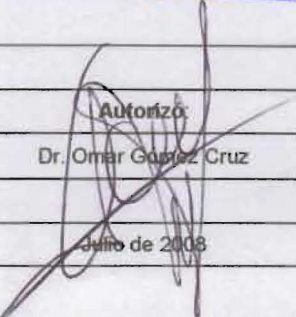
## 2.0 Alcance

2.1 Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Recursos Financieros, Subdirección de Administración, Subdirección de Recursos Financieros, y Dirección de Administración y Finanzas.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Financieros, verificar que el área de Trabajo Social asigne el nivel económico conforme al tabulador autorizado vigente y de acuerdo a un estudio socioeconómico realizado a los usuarios que reciban un servicio médico, para determinar la cuota de recuperación.
- 3.2 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Financieros verificar que el personal de cajas realice los cobros a los usuarios de acuerdo a la cuota de recuperación establecida por el área de Trabajo Social (Formato X).
- 3.3 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Financieros verificar que el personal de cajas elabore los recibos de cobro a los usuarios, de acuerdo al nivel económico asignado.
- 3.4 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Financieros verificar que los usuarios cumplan con los requisitos solicitados para el otorgamiento de los servicios médicos.
- 3.5 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Financieros verificar la concentración y almacenamiento de los documentos correspondientes al cobro de las cuotas de Recuperación.





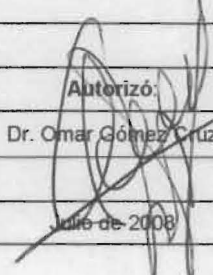
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008



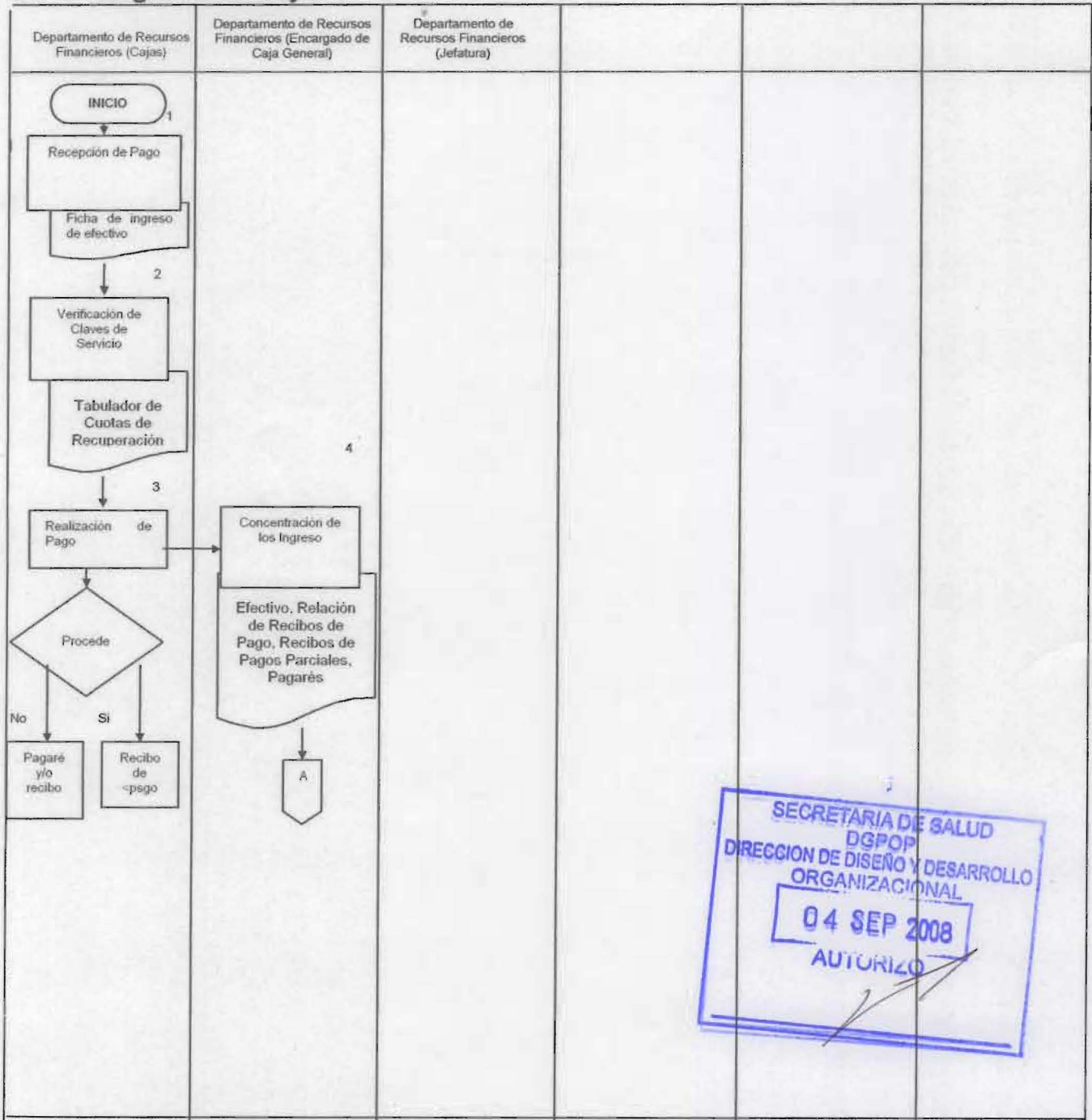
SECRETARIA DE SALUD  
 DGPOP  
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
**04 SEP 2008**  
 AUTORIZO

#### 4.0 Descripción del procedimiento.


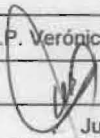
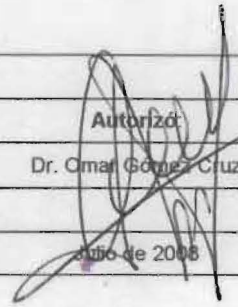
Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recepción de Pago	1.1 Recibe documento de pago del usuario previa asignación del nivel según estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de ingreso de efectivo.</li> </ul>	Departamento de Recursos Financieros (Cajas)
2.0 Verificación de claves del servicio	2.1 Verifica que las claves de servicio sean las correctas con el Tabulador Autorizado de Cuotas de Recuperación. <ul style="list-style-type: none"> <li>Tabulador Autorizado de Cuotas de Recuperación.</li> </ul>	Departamento de Recursos Financieros (Cajas)
3.0 Realización de Pago	3.1 El monto es cubierto en su totalidad en caja. <ul style="list-style-type: none"> <li>Recibo de Pago, Recibo de Pago Parcial, Carta compromiso.</li> </ul>	Departamento de Recursos Financieros (Cajas)
4.0 Concentración de los ingresos	4.1 Concentra la Totalidad de los ingresos generados y Relación de Recibos de pago y Pagarés de los diferentes turnos del área de Cajas. <ul style="list-style-type: none"> <li>Efectivo, Relación de Recibos de Pagos, Recibos de Pagos Parciales, Cartas compromiso.</li> </ul>	Departamento de Recursos Financieros (Encargado de Caja General)
5.0 Depósito del Efectivo	5.1 Realiza el depósito bancario a la cuenta concentradora y envía Ficha de Depósito, Recibos y Cartas Compromiso vía Fax al día siguiente del ingreso. <ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de Depósito Bancaria, Recibos y Cartas compromiso.</li> </ul>	Departamento de Recursos Financieros (Encargado de Caja General)
6.0 Concentrado de Ingresos Generales	6.1 Realiza el concentrado general de los ingresos generados en el día y envía quincenalmente Recibos de Pagos, copias de Recibos de Pagos Parciales y Cartas compromiso a la Dirección de Administración y Finanzas. <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de Cuotas de Recuperación.</li> </ul> <p align="center"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p>	Departamento de Recursos Financieros (Encargado de Caja General)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

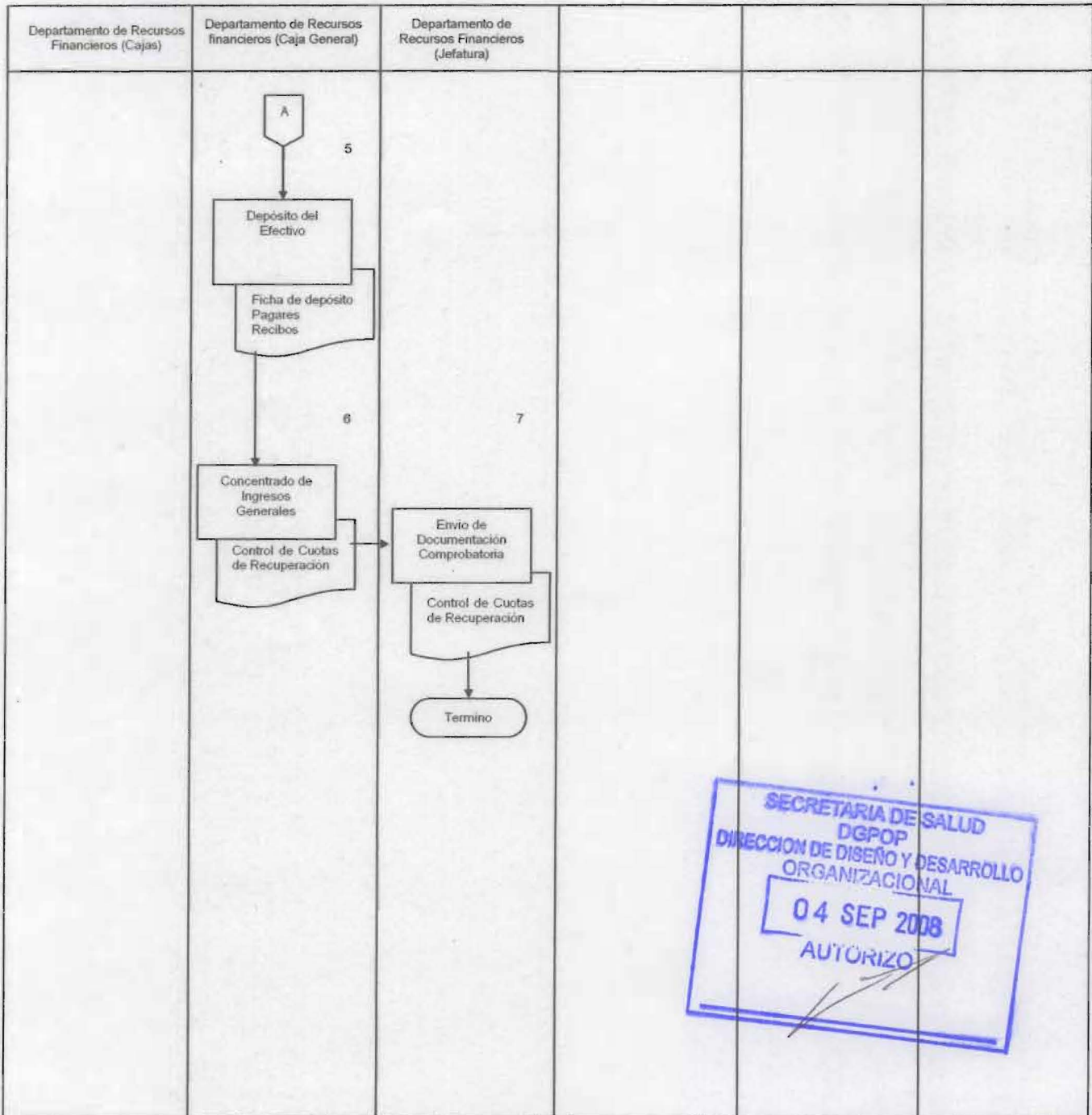
### 5.0 Diagrama de Flujo.




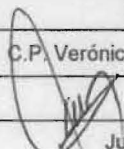
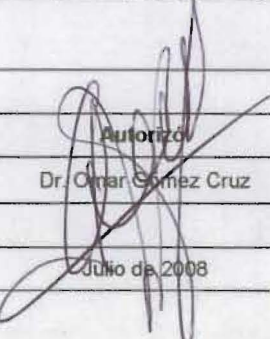
**SECRETARIA DE SALUD**  
**DGPOP**  
**DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL**  
**04 SEP 2008**  
**AUTORIZO**


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
<b>Nombre</b>	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008





**SECRETARIA DE SALUD**  
**DGPOP**  
**DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL**  
**04 SEP 2008**  
**AUTORIZO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gomez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	Código: NA
	Departamento de Recursos Financieros	Rev. 0
	103. Procedimiento de Cuotas de Recuperación	Hoja: 6 de 7



## 6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código (cuando aplique)
DECRETO por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 29 de Noviembre de 2006, Primera Sección del Tomo DCXXXVIII No. 20	No Aplica
Estatuto Orgánico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Primera Sesión Extraordinaria de la H. Junta de Gobierno a los treinta días de Enero de 2007	No Aplica
Manual de Organización Específico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, autorizado vigente	No Aplica
Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No Aplica
Tabulador Autorizado de Cuotas de Recuperación del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" 2008	No Aplica

## 7.0 Registros.

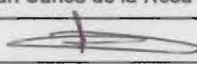
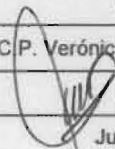
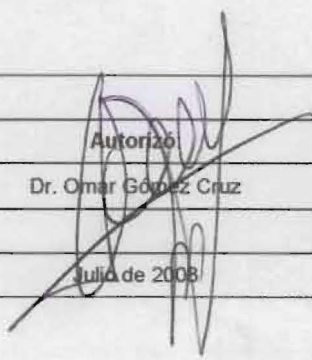
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Oficio de Envío de Cuotas de Recuperación al CRAE		Departamento de Recursos Financieros	

## 8.0 Glosario.



**8.1 Tabulador de Cuotas de Recuperación:** Documento que integra los niveles de cobro para los usuarios de los servicios hospitalarios y que es analizado y dictaminado por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, autorizado por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008


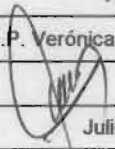


<b>SALUD</b>  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO NACIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Financieros		Rev. 0
	103. Procedimiento de Cuotas de Recuperación		Hoja: 7 de 7

## 10.0 Anexos.

- 10.1 Fichas de Depósito Bancario.
- 10.2 Recibos de Pago.
- 10.3 Ficha de Ingreso de Efectivo.
- 10.4 Control de Cuotas de recuperación.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	L.E. Juan Carlos de la Rosa Cueto	C.P. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

<b>Pagaré</b>	No. [pagare]	BUENO POR: [ ]	impto [ ]
En Tapachula, Chiapas a [ ] fecha			
Debe(mos) y pagare(mos) incondicionalmente por este Pagaré a la orden de [ ]			
[nom_a_pagarse]			
[en] [lugar]	[ ] [el] [ ] fecha_pago		
[La cantidad de:]			
[letra]			
Valor recibido a mi (nuestra) entera satisfacción. Este pagaré forma parte de una serie numerada de 1 al [ ] y todos están sujetos a la condición de que, al no pagarse cualquiera de ellos a su vencimiento, serán exigibles todos los que le sigan en número, además de los ya vencidos, des de la fecha de vencimiento de este documento hasta el día de su liquidación, causará intereses moratorios al tipo de [ ] % mensual, pagadero en esta ciudad juntamente con el principal.			
[Nombre:] [nom]		[Acepto(mos)]	
[Dirección:] [dir_cte]			
[Población:] [pd]		[Firma(s)] _____	

<b>DATOS PERSONALES Y FIRMA(S) DE (LO(S) AVALIÉS)</b>	
[NOMBRE:] [nom1]	
[DIRECCIÓN:] [direc1]	
[POBLACIÓN:] [pob1]	
[TELÉFONO:] [telef1]	
	_____ FIRMA
[NOMBRE:] [nom2]	
[POBLACIÓN:] [pob2]	
[TELÉFONO:] [telef2]	
	_____ FIRMA

SECRETARÍA DE SALUD  
 DGPOP  
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
04 SEP 2008  
 AUTORIZO



# Pagaré

No. BUENO POR  
En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_  
Lugar y fecha de expedición

Debe(mos) y pagare(mos) incondicionalmente por este Pagaré a la orden de \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona a quien ha de pagarse

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
Lugar del pago Fecha del pago

La cantidad de:

Valor recibido a mi (nuestra) entera satisfacción. Este pagaré forma parte de una serie numerada de 1 al \_\_\_\_\_ y todos están sujetos a la condición de que, al no pagarse cualquiera de ellos a su vencimiento, serán exigibles todos los que le sigan en número, además de los ya vencidos. Desde la fecha de vencimiento de este documento hasta el día de su liquidación, causará intereses moratorios al tipo de \_\_\_\_\_% mensual, pagadero en esta ciudad juntamente con el principal.

Nombre y datos del deudor

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_

Acepto(amos)

Firma(s) \_\_\_\_\_

Escribe al reverso los datos personales y firmata de (los) avalista(s)



DATOS PERSONALES Y FIRMA(S) DE (LOS) AVALISTAS	
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE	
CALLE Y NUMERO	
DIRECCION	
POBLACION	TELEFONO
APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE	
CALLE Y NUMERO	
DIRECCION	
POBLACION	TELEFONO
FIRMA	
FIRMA	



CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS  
 "HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD"  
 R.F.C. CRA061129675

**MATRIZ**  
 BLVD. SU SANTIDAD JUAN PABLO II SN,  
 COLONIA JOSE CASTILLO TIELEMANS,  
 C.P. 29070  
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (961) 617 07 00,  
 EXTENSIONES 1128 Y 1095

**SUCURSAL**  
 CARRETERA PUERTO MADERO,  
 KM. 15 200, COLONIA LOS  
 TOROS, C.P. 30830  
 TAPACHULA, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (962) 620 11 00,  
 EXTENSIONES 10012 Y 10015

RECIBO DE PAGO

FECHA:

NOMBRE:

R.F.C.:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

CANTIDAD

DESCRIPCION

PRECIO UNITARIO

IMPORTE



TOTAL:

TOTAL CON LETRA:



NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

SELLO

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES





CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS  
 "HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD"  
 R.F.C. CRA061129675

**MATRIZ**  
 BLVD. SU SANTIDAD JUAN PABLO II SN,  
 COLONIA JOSE CASTILLO TIELEMANS,  
 C.P. 29070  
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (961) 617 07 00,  
 EXTENSIONES 1128 Y 1095

**SUCURSAL**  
 CARRETERA PUERTO MADERO,  
 KM. 15 200, COLONIA LOS  
 TOROS, C.P. 30830  
 TAPACHULA, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (962) 620 11 00,  
 EXTENSIONES 10012 Y 10015

RECIBO DE PAGO

FECHA:

NOMBRE:  R.F.C.:

DIRECCIÓN:  CIUDAD:

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
----------	-------------	-----------------	---------



TOTAL:

TOTAL CON LETRA:



NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO  SELLO

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES



CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CHIAPAS  
 "HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD SALUD"  
 R.F.C. CRA061129675

**MATRIZ**  
 BLVD. SU SANTIDAD JUAN PABLO II SN,  
 COLONIA JOSE CASTILLO TIELEMANS,  
 C.P. 29070  
 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (961) 617 07 00,  
 EXTENSIONES 1128 Y 1095

**SUCURSAL**  
 CARRETERA PUERTO MADERO,  
 KM. 15 200, COLONIA LOS  
 TOROS, C.P. 30830  
 TAPACHULA, CHIAPAS.  
 TELÉFONO (962) 620 11 00,  
 EXTENSIONES 10012 Y 10015

RECIBO DE PAGO

FECHA:

NOMBRE:

R.F.C.:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

CANTIDAD

DESCRIPCION

PRECIO UNITARIO

IMPORTE



TOTAL:

TOTAL CON LETRA:



NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO

SELLO

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES