

PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA

A U T O R I Z A C I Ó N

ELABORÓ: **RÚBRICA**

L.C.P. CONSUELO MÁRQUEZ LUNA
ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO DE COLOTLÁN

AUTORIZÓ: **RÚBRICA**

DR. MAURO ANTONIO GÓMEZ MAGALLÓN
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO DE COLOTLÁN

HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO DE COLOTLÁN

CÓDIGO: DOM-P121-H1_001

FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 03 DE NOVIEMBRE DEL 2011

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

Sello

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Hospital Comunitario de Colotlán
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 03 noviembre 2011



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

Objetivo

Mantener un mejor control de recurso económico a través de un procedimiento adecuado en relación desarrollo de las actividades realizadas.

Límites del procedimiento: Inicia cuando se determina si se pagará factura, formato único de comisión o se hará la distribución de vales de gasolina, concluye cuando se realiza reporte electrónico de los gastos generados.

Alcance

Áreas que intervienen: Dirección del hospital, Administración del hospital, Caja pagadora de hospital, Almacén del hospital, Caja pagadora de la Región Sanitaria I, Todas las áreas del Hospital de Primer Contacto de Colotlán que requieran realizar compra de material y personal que requiera salir de comisión.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Siempre tendrá que haber la cantidad de \$7,583.00 en caja pagadora ya sea en efectivo o su equivalente en documentos de comprobación
3. Los reembolsos se deben realizar cada semana.
4. Es responsabilidad del personal de caja pagadora el correcto manejo de fondos siendo ellos los únicos autorizados para administrarlo.
5. Las facturas deberán recibirse debidamente requisitadas.
6. Sólo se tiene de plazo cinco días para recibir los formatos únicos de comisión para su comprobación y pago, si en ese momento no se cuenta con efectivo, en cuanto se reintegre el reembolso por parte de Caja Pagadora de la Región Sanitaria No.1 se efectuará su pago inmediato

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Hospital de Primer Contacto de Colotlán



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

Definiciones:

- Caja pagadora** Oficina en la cual se encuentra un encargado, el cual tiene en su poder cierta cantidad de dinero para realizar el pago de facturas, pliegos de comisión y vales de gasolina.
- Factura** Documento que se recibe al realizar la compra de productos, en la cual se detalla artículo por artículo por cantidad comprada, precio unitario y precio total
- Formato único de comisión (pliego)** Documento que se realiza para enviar al personal a una comisión específica.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Hospital de Primer Contacto de Colotlán



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD	
1.	Personal de caja pagadora del hospital	Determinar acción a realizar	
		Acción	Entonces
		Pago de factura	Aplica siguiente actividad
		Pago de formato único de comisión	Aplica actividad 18
		Distribución de vales de gasolina	Aplica actividad 26
2.	Personal del hospital que requiera compra de material	Acude a caja pagadora con la relación de material que se requiere, así como los costos del mismo, entrega a personal de caja pagadora y solicita se elabore vale de material (Anexo 2) .	
3.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe relación de material, analiza lo que se está solicitando y verifica si hay existencia de dichos materiales en el almacén, determina si se hace el vale por todo el material requerido.	
		¿Se hace vale por todo el material?	Entonces
		Si	Informa a la persona que llevó el requerimiento de material, que se realizará la compra y después éste estará en existencia en almacén. Aplica siguiente actividad
		No	Se tacha en la relación de materiales que solicitan y en la relación de inventario el material que se verificó que hay en existencia en el almacén y se le notifica a la persona que ese material no se comprará, y que vaya y lo solicite en almacén, y que en caja pagadora se le realizará vale de material (anexo 2) por el material que no está en existencia y se requiere comprar. Aplica siguiente actividad.
4.	Personal de caja pagadora del Hospital	Verifica el material que se requiere comprar y elabora vale de material (Anexo 2) con fecha, descripción del material, área en dónde se emplea el material, nombre del proveedor, firma de quién solicita el material, firma de autorización de caja pagadora, registra en libreta de proveedores folio del vale, fecha, nombre del proveedor y nombre de la persona a la que se le entrega el vale de material (Anexo 2) . Nota: Cuando en un listado de requerimiento de material existan varios proveedores se realiza un vale por proveedor.	

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
5.	Personal de caja pagadora del Hospital	Llama a la persona de almacén o chofer encargados de realizar la compra, que pase a caja pagadora para entregarle el vale de material (Anexo 2) y acuda a realizar la compra.						
6.	Personal del área de almacén o chofer	Acude a caja pagadora, recibe vale de material (Anexo 2) autorizado, firma vale de material y libreta de proveedores, acude a realizar la compra y una vez hecha la compra entrega vale de material al proveedor para que lo presente cuando se requiera hacer la comprobación para emitir la factura y lleva el material al área de almacén para su resguardo y notifica a caja pagadora del material comprado. Nota: Cuando no se encuentra algún material se borra del vale de material y se considera anotarlo al siguiente vale para comprarlo y notifica a caja pagadora que no se compró.						
7.	Personal de caja pagadora del Hospital	Verifica que sea día 25 de cada mes (si cae en día inhábil se hará el día hábil inmediato siguiente) para acudir con el (los) proveedor(es) correspondiente(s) para realizar la revisión de vales expedidos, pide al proveedor el vale de material que se le dejó cuando se hizo la compra y verificar que coincida lo solicitado con lo que se tiene registrado en la libreta de proveedores, solicita al proveedor emita factura para tramitar el pago.						
8.	Personal de caja pagadora del Hospital	<p>Determina si se puede pagar la factura en ese momento.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 20%;">¿Se paga la factura en ese momento?</th> <th style="width: 80%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Realiza pago por el total de la factura al proveedor. Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Realiza contra recibo (anexo 3) con los datos de fecha, nombre del proveedor, monto, fecha de pago, No. de factura y firma del responsable, entrega contra recibo (anexo 3) al proveedor y recibe factura correspondiente a ese contra recibo y archiva factura temporalmente en la carpeta destinada a facturas no pagadas y espera a tener liquidez para poder pagar la factura al proveedor. Aplica actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se paga la factura en ese momento?	Entonces	Si	Realiza pago por el total de la factura al proveedor. Aplica la siguiente actividad.	No	Realiza contra recibo (anexo 3) con los datos de fecha, nombre del proveedor, monto, fecha de pago, No. de factura y firma del responsable, entrega contra recibo (anexo 3) al proveedor y recibe factura correspondiente a ese contra recibo y archiva factura temporalmente en la carpeta destinada a facturas no pagadas y espera a tener liquidez para poder pagar la factura al proveedor. Aplica actividad 15.
¿Se paga la factura en ese momento?	Entonces							
Si	Realiza pago por el total de la factura al proveedor. Aplica la siguiente actividad.							
No	Realiza contra recibo (anexo 3) con los datos de fecha, nombre del proveedor, monto, fecha de pago, No. de factura y firma del responsable, entrega contra recibo (anexo 3) al proveedor y recibe factura correspondiente a ese contra recibo y archiva factura temporalmente en la carpeta destinada a facturas no pagadas y espera a tener liquidez para poder pagar la factura al proveedor. Aplica actividad 15.							
9.	Personal de caja pagadora del Hospital	Pega la factura en una hoja de papel y a máquina anota la leyenda en donde se especifican las áreas dónde se utilizará ese material, anexa vale de material (Anexo 2) correspondiente a la factura y archiva en la carpeta asignada para facturas pagadas. Nota: Tanto las facturas pagadas como pendientes de pagar se acumulan semanalmente para realizar el reporte y acudir a la Región Sanitaria No.1.						

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
10.	Personal de caja pagadora del Hospital	Realiza en formato electrónico la relación de facturas y pliegos de comisión (anexo 4) , anotando No. consecutivo de relación y periodo de fecha, para relacionar las facturas se registran los siguientes datos: fecha, nombre del proveedor, No. de factura e importe, para relacionar los pliegos de comisión se registran los siguientes datos: fecha de la comisión, nombre del comisionado, No. de la comisión e importe y al final la sumatoria total tanto de facturas como de pliegos de comisión, firma del Administrador y del Director del Hospital e imprime y recaba firma del Administrador y Director del Hospital.						
11.	Personal de caja pagadora del Hospital	Acude a la Región Sanitaria No.1 al área de Recursos Financieros con la encargada de caja pagadora, para entregarle tanto la relación como las facturas y pliegos de comisión correspondientes a la semana.						
12.	Encargada de la caja pagadora de la Región Sanitaria No.1	Recibe relación de facturas y facturas correspondientes y pliegos de comisión, revisa cada una de ellas para ver si se encuentran correctos los datos						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Están correctos los datos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Regresan las facturas que están incorrectas y en la relación de facturas y pliegos de comisión (anexo 4) describe el por qué se regreso la factura, tacha la cantidad que corresponde y descuenta del total del monto en la relación las facturas incorrectas y anota el total ya con el descuento. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Están correctos los datos?	Entonces	Si	Aplica siguiente actividad.	No	Regresan las facturas que están incorrectas y en la relación de facturas y pliegos de comisión (anexo 4) describe el por qué se regreso la factura, tacha la cantidad que corresponde y descuenta del total del monto en la relación las facturas incorrectas y anota el total ya con el descuento. Aplica siguiente actividad.
		¿Están correctos los datos?	Entonces					
Si	Aplica siguiente actividad.							
No	Regresan las facturas que están incorrectas y en la relación de facturas y pliegos de comisión (anexo 4) describe el por qué se regreso la factura, tacha la cantidad que corresponde y descuenta del total del monto en la relación las facturas incorrectas y anota el total ya con el descuento. Aplica siguiente actividad.							
13.	Encargada de la caja pagadora de la Región Sanitaria No.1	Elabora cheque póliza (Anexo 5) por total de facturas correctas y reembolso de formatos únicos de comisión. Entrega a encargado de caja pagadora del Hospital de Colotlán						
14.	Personal de caja pagadora del Hospital	Firma cheque póliza (Anexo 5) , anota fecha de recibido y No. de credencial de IFE y recibe cheque. Acude al banco correspondiente para realizar el cambio de cheque por efectivo.						
15.	Personal de caja pagadora del Hospital	Realiza revisión en la carpeta destinada para las facturas pendientes de pago, verifica cuáles son las que se pueden liquidar y notifica al proveedor que ya puede pasar a cobrar la factura pendiente.						

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
16.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe al proveedor y solicita contra recibo (anexo 3) verifica la factura correspondiente a ese contra recibo y que coincida los datos de la factura con la del contra recibo. Solicita al proveedor que ponga nombre, fecha y firma en la libreta de control de pagos, y realiza el pago correspondiente, e informa al proveedor que sería todo el trámite. Archiva factura pagada a carpeta destinada a facturas pagadas y destruye el contra recibo correspondiente a esa factura.
17.	Personal de caja pagadora del Hospital	Realiza reporte electrónico de gastos originados en el mes separándolos por programas y partidas, según servicios correspondientes, anotando los datos de programa, partida, concepto, mes correspondiente, total mensual y total general, guarda electrónicamente para servicio interno. Nota: Al final de cada año se realiza la impresión de la información generada. Fin del procedimiento.
18.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe oficio o documento en dónde se informa del personal que requiere ser comisionado e inmediatamente lo entrega al área de administración, para que se realice formato único de comisión, especificando lugar de comisión, fecha y motivo, en formato electrónico de Formato único de comisión (anexo 6) llena los datos de nombre del comisionado, código, puesto, fecha de la comisión, fecha de elaboración, motivo de la comisión, No. de pliego, y los espacios de firma de autorización, realiza impresión correspondiente y envía Formato único de comisión (anexo 6) para firma de autorización del Director del Hospital, registra en la libreta de pliego de comisión los datos de No. de pliego, nombre del comisionado, puesto, lugar de comisión y tiempo de comisión.
19.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe Formato único de comisión (anexo 6) ya autorizado por el Director del Hospital, llama a la persona comisionada para notificarle que puede pasar a recoger su Formato único de comisión (anexo 6) ya autorizado.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
20.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe al personal que será comisionado y determina si requiere anticipo de pago.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Anticipo de pago?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Verifica tabulador de pago, y realiza vale provisional de caja (anexo 7) con el 50% de anticipo que corresponde, y anota la cantidad con número y letra, descripción y No. de formato único de comisión, nombre de la persona comisionada, fecha y solicita al interesado que firme dicho vale. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega al interesado Formato único de comisión (anexo 6) debidamente llenado en original y una copia e informa al interesado que acuda a su comisión y que a su regreso se reporte a caja pagadora puesto que sólo tiene cinco días hábiles para comprobar la comisión. Aplica actividad 22. Nota: Cuando el comisionado manifiesta que realizará la comisión en vehículo particular se le debe dar a firmar el formato de deslinde de responsabilidades (anexo 8) que ya esta previamente elaborado en el cual manifiesta que deslinda a la Secretaría de Salud de cualquier responsabilidad en caso de que hubiera algún percance, una vez que lo firma se archiva junto con vale provisional de caja (anexo 7)</td> </tr> </tbody> </table>	¿Anticipo de pago?	Entonces	Si	Verifica tabulador de pago, y realiza vale provisional de caja (anexo 7) con el 50% de anticipo que corresponde, y anota la cantidad con número y letra, descripción y No. de formato único de comisión, nombre de la persona comisionada, fecha y solicita al interesado que firme dicho vale. Aplica siguiente actividad.	No	Entrega al interesado Formato único de comisión (anexo 6) debidamente llenado en original y una copia e informa al interesado que acuda a su comisión y que a su regreso se reporte a caja pagadora puesto que sólo tiene cinco días hábiles para comprobar la comisión. Aplica actividad 22. Nota: Cuando el comisionado manifiesta que realizará la comisión en vehículo particular se le debe dar a firmar el formato de deslinde de responsabilidades (anexo 8) que ya esta previamente elaborado en el cual manifiesta que deslinda a la Secretaría de Salud de cualquier responsabilidad en caso de que hubiera algún percance, una vez que lo firma se archiva junto con vale provisional de caja (anexo 7)
		¿Anticipo de pago?	Entonces					
Si	Verifica tabulador de pago, y realiza vale provisional de caja (anexo 7) con el 50% de anticipo que corresponde, y anota la cantidad con número y letra, descripción y No. de formato único de comisión, nombre de la persona comisionada, fecha y solicita al interesado que firme dicho vale. Aplica siguiente actividad.							
No	Entrega al interesado Formato único de comisión (anexo 6) debidamente llenado en original y una copia e informa al interesado que acuda a su comisión y que a su regreso se reporte a caja pagadora puesto que sólo tiene cinco días hábiles para comprobar la comisión. Aplica actividad 22. Nota: Cuando el comisionado manifiesta que realizará la comisión en vehículo particular se le debe dar a firmar el formato de deslinde de responsabilidades (anexo 8) que ya esta previamente elaborado en el cual manifiesta que deslinda a la Secretaría de Salud de cualquier responsabilidad en caso de que hubiera algún percance, una vez que lo firma se archiva junto con vale provisional de caja (anexo 7)							
21.	Personal de caja pagadora del Hospital	Entrega al interesado Formato único de comisión (anexo 6) debidamente llenado en original y una copia, dinero que corresponde a vale provisional de caja e informa al interesado que acuda a su comisión y que a su regreso se reporte a caja pagadora puesto que sólo tiene cinco días hábiles para comprobar la comisión, archiva temporalmente el vale provisional de caja (anexo 7) . Nota: Cuando el comisionado manifiesta que realizará la comisión en vehículo particular se le debe dar a firmar el formato de deslinde de responsabilidades (anexo 8) que ya esta previamente elaborado en el cual manifiesta que deslinda a la Secretaría de Salud de cualquier responsabilidad en caso de que hubiera algún percance, una vez que lo firma se archiva junto con vale provisional de caja (anexo 7)						
22.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe a personal que regresa de una comisión y entrega formato de informe de comisión (anexo 9) y le indica los datos a llenar, motivo de la comisión, nombre del comisionado, días de comisión, lugar de la comisión, una descripción breve de lo que se realizó, fecha de llegada, fecha de salida, fecha de elaboración del informe, especificando si se fue en vehículo particular, oficial o autobús. Indica que una vez elaborado el informe de comisión debe de entregarlo junto con el Formato único de comisión (anexo 6) debidamente certificado, boletos de autobús si los hubiera o comprobantes de casetas.						

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
23.	Personal de caja pagadora del Hospital	Recibe del comisionado Formato único de comisión (anexo 6) junto con formato de informe de comisión (anexo 9) debidamente llenado, boletos de autobús y comprobantes de casetas si los hubiera, éstos pegados en una hoja tamaño carta y firmados por el interesado.						
24.	Personal de caja pagadora del Hospital	Realiza el cálculo del monto a pagar tomando en cuenta los días de la comisión el precio de boletos de autobús o casetas restando la cantidad de vale provisional de caja (en caso de que hubiera anticipo) y determina si los documentos son correctos.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Documentos correctos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Pide al comisionado que firme en la libreta de pliegos comisión de conformidad lo que se le está pagando, así mismo que firme en el Formato único de comisión (anexo 6) en el apartado de pago, realiza pago correspondiente por la comisión e indica que es todo el trámite. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa al comisionado que la certificación del Formato único de comisión no coincide con el informe y proporciona otro formato de informe de comisión (anexo 9) para que lo realice correctamente Aplica actividad 23 Nota: Cuando el boleto de autobús o comprobantes de casetas se encuentren alterados se notifica que dicho gasto no será pagado.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Documentos correctos?	Entonces	Si	Pide al comisionado que firme en la libreta de pliegos comisión de conformidad lo que se le está pagando, así mismo que firme en el Formato único de comisión (anexo 6) en el apartado de pago, realiza pago correspondiente por la comisión e indica que es todo el trámite. Aplica siguiente actividad.	No	Informa al comisionado que la certificación del Formato único de comisión no coincide con el informe y proporciona otro formato de informe de comisión (anexo 9) para que lo realice correctamente Aplica actividad 23 Nota: Cuando el boleto de autobús o comprobantes de casetas se encuentren alterados se notifica que dicho gasto no será pagado.
		¿Documentos correctos?	Entonces					
Si	Pide al comisionado que firme en la libreta de pliegos comisión de conformidad lo que se le está pagando, así mismo que firme en el Formato único de comisión (anexo 6) en el apartado de pago, realiza pago correspondiente por la comisión e indica que es todo el trámite. Aplica siguiente actividad.							
No	Informa al comisionado que la certificación del Formato único de comisión no coincide con el informe y proporciona otro formato de informe de comisión (anexo 9) para que lo realice correctamente Aplica actividad 23 Nota: Cuando el boleto de autobús o comprobantes de casetas se encuentren alterados se notifica que dicho gasto no será pagado.							
25.	Personal de caja pagadora del Hospital	Archiva una copia de Formato único de comisión (anexo 6) para que se quede como resguardo por si en la Región Sanitaria 1, se realiza observación por alguna anomalía. Aplica actividad 10						
26.	Personal de caja pagadora del Hospital	Acude a gasolinera local a recoger vales de gasolina (anexo 10) realiza la clasificación y distribución de vales de gasolina según clase de vehículo (ambulancia o vehículos oficiales), y procede a poner en el reverso sello de kilometraje en cada uno (ver anexo 10), indica a los choferes correspondientes que pasen por sus vales de gasolina y que firmen de recibo en la libreta de vales de gasolina, pide que entreguen los contra vales de gasolina (Anexo 11) y realiza junto con él la revisión de folios otorgados y registrados en la caja pagadora según el registro en la libreta. Nota: El tiempo de ir a la gasolinera por nuevos vales es cada que se agotan en el Hospital.						

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
27.	Personal de caja pagadora del Hospital	Determina si los vales de gasolina (anexo 10) y contra vales de gasolina (Anexo 11) coinciden.						
		<table border="1"> <tr> <th>¿Coinciden los folios?</th> <th>Entonces</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Repón el vale que no coincide con uno nuevo de número consecutivo para no perder la secuencia que ya esta establecida en la caja pagadora, rompe el vale que no corresponde a dicha numeración. Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> </table>	¿Coinciden los folios?	Entonces	Si	Aplica siguiente actividad	No	Repón el vale que no coincide con uno nuevo de número consecutivo para no perder la secuencia que ya esta establecida en la caja pagadora, rompe el vale que no corresponde a dicha numeración. Aplica la siguiente actividad.
		¿Coinciden los folios?	Entonces					
Si	Aplica siguiente actividad							
No	Repón el vale que no coincide con uno nuevo de número consecutivo para no perder la secuencia que ya esta establecida en la caja pagadora, rompe el vale que no corresponde a dicha numeración. Aplica la siguiente actividad.							
28.	Personal de caja pagadora del Hospital	Clasifica los contra vales de gasolina (Anexo 11) por No. económico de vehículo, registra en un archivo electrónico el No. vale y recorridos, costo de la gasolina y fecha, realiza impresión mensual y acude a la gasolinera local para hacer la verificación del consumo, realiza junto con personal de gasolinera la revisión de vales expedidos tanto de sus registros como los del Hospital de Primer Contacto Colotlán, solicita que se emita factura por el total de los folios. Aplica actividad 8.						

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS		
Asesorado por:	LAFS Claudia Guadalupe Rea Hernández	.
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
.	.	.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Condiciones Generales de Trabajo
	Reglamento de pasajes y viáticos
	Reglamento de la Ley de Adquisiciones y enajenaciones del Gobierno del Estado de Jalisco

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo
Anexo 02	Vale de material
Anexo 03	Contra recibo
Anexo 04	Relación de facturas y pliegos de comisión
Anexo 05	Cheque póliza
Anexo 06	Formato único de comisión
Anexo 07	Vale provisional de caja
Anexo 08	Formato de deslinde de responsabilidades
Anexo 09	Formato de informe de comisión
Anexo 10	Vale de gasolina
Anexo 11	Contra vale de gasolina

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

Hospital de Primer Contacto de Colotlán



ANEXOS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

Hospital de Primer Contacto de Colotlán

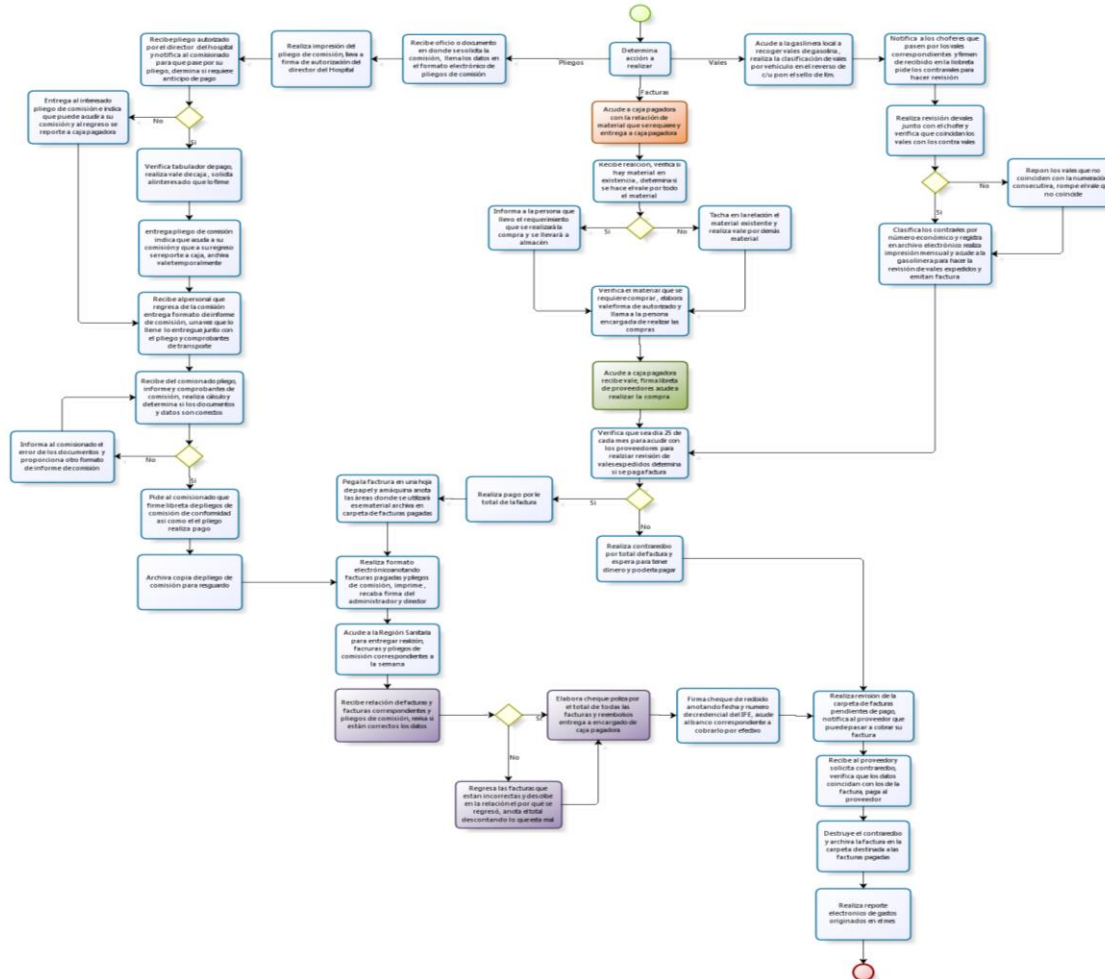


PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 02: VALE DE MATERIAL

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

REGIÓN SANITARIA I NORTE COLOTLÁN
HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO COLOTLÁN

0000240

VALE A: _____ FECHA _____

POR: EL SIGUIENTE MATERIAL

ARTICULO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	OBSERVACIÓN

_____ SOLICITA _____ SERVICIO _____ AUTORIZA _____ RECIBE

OBSERVACIÓN: _____



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 03: CONTRA RECIBO

CONTRA
RECIBO

FECHA

NUMERO

RECIBIMOS DE:

LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A REVISION:

NUMERO	FECHA	IMPORTE	OBSERVACIONES

TOTAL \$

DIAS	L	M	M	J	V	S	HORARIO	FECHA DE PAGO
REVISION							DE A HRS	SELLO
PAGO							DE A HRS	
FIRMA								

CANARIO → PROVEEDOR
BLANCA → ANEXAR A FACTURA

2064
 TRINTAFORM®

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 05: CHEQUE PÓLIZA

CHEQUE POLIZA NO NEGOCIABLE

16 DE MAYO DE 2011 16,049.99 ✓

CONSUELO MARQUEZ LUNA

(DIESESIS MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS 99/100 M.N.)

COPIA DEL CHEQUE

CONCEPTO DEL PAGO:

PAGO DE RELACION No. 13 GASTOS DE HOSPITAL COLOTLAN.

VALIDO POR TRES MESES

FIRMA CHEQUE RECIBIDO

[Handwritten Signature]
17-5-2011

CUENTA	SUB-CUENTA	NOMBRE	PARCIAL	DEBE	HABER
083501068-6					
SUMAS IGUALES					

HECHO POR:

LIC. CHELY

REVISADO:

LCP. LO PEZ

AUTORIZADO:

DR. RAMOS

AUXILIARES:

DIARIO:

POLIZA No.

21264

DISTRIBUCIÓN: CHEQUE - BENEFICIARIO • COPIA COLOR - ARCHIVO CON COMPROBANTES
 COPIA BLANCA - ARCHIVO NUMERICO DE CHEQUE PARA CONCILIACIONES BANCARIAS


SELLO




DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 06: FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
FORMATO ÚNICO DE COMISIÓN



GENERALIDADES

C. _____
 ASESORADO: _____
 FUNDACIÓN: _____
 PUESTO: _____
 CLAVE CATEGÓRICA: _____
 RESERVA: _____
 COMISIÓN AL ESTADÍSTICAS DE: _____
 PERÍODO DURANTE _____ DIAS DEL _____ AL _____ DE _____
 NACIONAL INTERNACIONAL
 MODO DE LA COMISIÓN: _____
 MEDIO DE TRANSPORTE: TERRESTRE AUTOBUS VEHICULO OFICIAL AEREO
 NACIONAL INTERNACIONAL HORA SALIDA: _____ HORAS DE TRASLADO: _____ HR. ARRIBO A GOL: _____

FOLIO		
FECHA:		
CM	MS	DIAS

VIÁTICOS

LUGARES Y PERIODOS DE LA COMISIÓN	TAREA	CANT. DIAS	DÍAS	IMPORTE

DOCUMENTOS DE REFERENCIA							EVALUACIÓN:
AÑO		RAMO					
PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	
							DOCUMENTO DE RESPALDO: <input type="checkbox"/> ACTAS DE CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN <input type="checkbox"/> PROGRAMAS DE TRABAJO <input type="checkbox"/> INFORME DE LA COMISIÓN <input type="checkbox"/> OTROS: _____
IMPORTE			FRONTO		FRONTO		

PASAJES

VIAJE REALIZADO: _____ DE _____
 ESTACIONACIONES: _____

DOCUMENTOS DE REFERENCIA							EVALUACIÓN:
AÑO		RAMO					
PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	PRIM.	
							DOCUMENTO DE RESPALDO: <input type="checkbox"/> ACTAS DE CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> DIPLOMAS O CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN <input type="checkbox"/> PROGRAMAS DE TRABAJO <input type="checkbox"/> INFORME DE LA COMISIÓN <input type="checkbox"/> OTROS: _____
IMPORTE			FRONTO		FRONTO		

DECLARO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARÁN EN CASO CONTRARIO

RESPONSABLE DE LA COMISIÓN	EL BENEFICIARIO	

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 07: VALE PROVISIONAL DE CAJA

Vale Provisional de Caja

IMPORTE (EN LETRAS)

CONCEPTO

FECHA AUTORIZADO POR RECIBIDO POR

pcform VD2051

7 501281 971315

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 08: FORMATO DE DESLINDE DE RESPONSABILIDADES



colotlán, Jal., a ____ de _____ del 2010.

DR. JAVIER HARO OCAMPO.
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PRIMER
CONTACTO COLOTLÁN.
P R E S E N T E .

Por medio de la presente me dirijo a Usted, para solicitarle se me autorice realizar en la comisión asignada con número de pliego de comisión _____. Utilizando como medio de transporte mi vehículo particular, en el entendido que no se me pagará ningún gasto que genere el mismo. Asumiendo la responsabilidad que resulte en mi propio vehículo.

Sin otro particular por el momento y en espera de una respuesta favorable, me despido de Usted.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE DEL COMISIONADO

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
20

Hospital de Primer Contacto de Colotlán







PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 09: FORMATO DE INFORME DE COMISIÓN

 GOBIERNO DE JALISCO	SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO COLOTLÁN INFORME DE COMISIÓN	
 GOBIERNO DE JALISCO SECRETARÍA DE SALUD	 Salud	PLIEGO No. _____
"Por Tu Salud, Trabajamos Contigo"		
NOMBRE DEL COMISIONADO: _____	_____	_____
MOTIVO DE LA COMISION: _____	_____	_____
FECHA(S) DE LA COMISION: _____	_____	_____
LUGAR(ES) DE LA COMISION: _____	_____	_____
COMENTARIOS Y COMPROMISOS:	NOTA: DEBE HACERSE UNA DESCRIPCIÓN DE LOS PUNTOS Y COMPROMISOS MÁS IMPORTANTES QUE DEBRN SER COMENTADOS Y SEGUIDOS, Y NO ENTREGAR EL INFORME EN BLANCO.	
1.- _____	_____	
2.- _____	_____	
3.- _____	_____	
4.- _____	_____	
MEDIO DE TRANSPORTE (OFICIAL CON No. ECONÓMICO): _____	_____	
FECHA Y HORA DE SALIDA DEL LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: _____	_____	
FECHA Y HORA DE LLEGADA AL LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: _____	_____	
FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME: _____	_____	
ATENTAMENTE EL COMISIONADO		

FIRMA		
Vo. Bo. JEFE INMEDIATO	AUTORIZACIÓN DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO COLOTLÁN	

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
21

Hospital de Primer Contacto de Colotlán



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA




CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 10: VALE DE GASOLINA

FRENTE

SERVICIOS MANA, S.A. DE C.V.





Estación de Servicio No. 2444
 Carretera Zacatecas Tlaltenango Km. 99
 Colotlán, Jalisco Colonia Centro
 C.P. 46200 Tel. (014) 9999 20 401
 R.F.C.-SMA-000622-3N7

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

No. 235539

Nombre _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____
 R.F.C. _____

Litros	Descripción	Importe
	PREMIUM	
	MAGNA	
	DIESEL	
	OTROS	
		
Importe con letra _____		



SECRETARÍA DE ECONOMÍA
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL
 No. de identificación: SMA/0006223N7
 Nombre: SERVICIOS MANA SA DE CV
 P.V.U. E6398729
 JAL-13/07/00-E
 vlyYQgCaxU

TOTAL \$

FIRMA _____

OFFSET & IMPRESA José Larios Rodríguez, Malvinas No. 1845-B Jard. de la Cruz, Guadalajara, Jal. 013336454536

REVERSO

MARCA: _____ No.Ec. _____
 MODELO: _____ PLACAS _____
 No. DE SERIE: _____
 ADSCRIPCIÓN: _____
 KILOMETRAJE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CAJA PAGADORA



CÓDIGO: DOM-P121-H1_001
FECHA DE EMISIÓN: 03 JUNIO 2011
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 24 OCTUBRE 2011

ANEXO 11: CONTRA VALE DE GASOLINA

**HOSPITAL DE PRIMER CONTACTO
COLOTLAN**

Fecha _____ No. Folio _____

DATOS DEL VEHICULO

Marcá _____ No. Ec. _____

Modelo _____ Placas _____

No. Serie _____

DATOS DEL RECORRIDO

Recorrido De _____ A _____

Kilometraje _____

Lts. Gasolina _____ Importe: \$ _____

Nombre Y Firma Del Responsable

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
23

Hospital de Primer Contacto de Colotlán

