



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA CAJA.

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: **RÚBRICA**
L.C.P. MARIBEL ALEJANDRA ESCOBEDO FRANCO
ENCARGADO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

APROBÓ: **RÚBRICA**
L.A.E. LUIS ALBERTO FRANCO PEDROZA
ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN

AUTORIZÓ: **RÚBRICA**
DR. JUAN CARLOS ROLÓN DÍAZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN

CÓDIGO: DOM -P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE 2007

No./FECHA DE REVISIÓN: 001/ JUNIO 2008

FECHA DE AUTORIZACIÓN: JUNIO/2008

COPIA No.:

Sello

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

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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 Regional de Tepatitlán
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 07 Julio 2014

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

Objetivo

Recabar las Cuotas de Recuperación correspondientes a los servicios otorgados por el hospital, y exentar a aquellos que entren en programa o pertenezcan al Seguro Popular, proporcionándoles información a los usuarios sobre los costos y programas con los que cuenta la Unidad, atendíéndolos con Respeto, Honestidad y Eficacia.

Alcance

Áreas que intervienen:

- Personal que labora en cuotas de recuperación, trabajo social, admisión hospitalaria, médico de urgencias, servicios generales, secretaria de laboratorio y rayos x del Hospital Regional de Tepatlán.

Políticas

1. Revise que el Fondo de la Caja esté completo al inicio de cada turno, el cual deberá de ser de \$ 1,000.00
2. Siempre se debe verificar que el usuario aplique a algún programa de exención o subrogación.
3. Aplicar el Tabulador de Cuotas de Recuperación de acuerdo al nivel que se maneje.
4. El responsable de jornadas acumuladas deberá resguardar en la caja fuerte el dinero y documentación de los turnos vespertino y nocturno de viernes, sábado y domingo.
5. Recordar, que lo importante es prestar el servicio y no las cuotas captadas, por lo que si un paciente no alcanza a cubrir la cuota de recuperación deberá enviarse a Trabajo Social, para que se le aplique la evaluación correspondiente.
6. Comunicar de manera mensual al Administrador y Director de la Unidad, la situación financiera.

Definiciones

Tabulador: Es una herramienta administrativa que establece las cuotas y tiene formato, el cual esta diseñado de tal manera que permite lograr una mayor captación con eficiencia.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD													
ETAPA: REPOSICIÓN DE RECIBOS															
1.	Encargado de Cuotas de Recuperación.	Verifique el número de recibos existentes cada mes, si la existencia es menor de 10 blocks solicite dotación de reposición (2000 ó 3000 recibos según se considere necesario) mediante memorándum a el área de Cuotas de Recuperación en Oficinas centrales, entregue solicitud al chofer de la unidad para que los recoja en oficinas centrales.													
2.	Chofer de la Unidad	Entregue memorándum en Cuotas de Recuperación en Oficina Central, reciba los blocks, firme de recibido, recoja copia, entregue todo al encargado de Cuotas de recuperación de la Unidad.													
3.	Encargado de Cuotas de Recuperación	Recoja los block de recibos, coteje que el número de blocks coincida con los solicitados, revise cada recibo y que el número de folios sea consecutivo, que se encuentre el original y 2 copias.													
4.	Encargado de Cuotas de Recuperación	Determine si existen faltantes de recibos:													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">¿Faltantes?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Sí</td> <td>Block</td> <td>Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Recibo</td> <td>Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Copia</td> <td>Avise al administrador. Aplique actividad 5.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No</td> <td>Aplique actividad 7.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Faltantes?		Entonces	Sí	Block	Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.	Recibo	Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.	Copia	Avise al administrador. Aplique actividad 5.	No		Aplique actividad 7.
		¿Faltantes?		Entonces											
		Sí	Block	Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.											
Recibo	Avise al Administrador. Aplique siguiente actividad.														
Copia	Avise al administrador. Aplique actividad 5.														
No		Aplique actividad 7.													
5.	Administrador	Notifique vía telefónica al área de cuotas de recuperación en oficina central el faltante y reciba indicaciones para proceder. Nota: Si la indicación es la de elaborar un acta proceda a levantarla.													
6.	Encargado de Cuotas de Recuperación	Proceda al levantamiento del "Acta administrativa" ante dos testigos, en original y dos copias, el acta deberá contener el número (s) de folio (s) correspondiente,, recabe firmas de Director, Administrador y encargado de Cuotas de Recuperación, de la Unidad Hospitalaria, así como de personas involucradas, y los testigos, deberá enviarse la original a la Dirección General de Administración a nivel central, recabar firma de recibido en una de las copias la cual será para el encargado del Departamento de Cuotas del Hospital, remitiendo otra copia al archivo de la Dirección del Hospital.													

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD														
7.	Encargado de Cuotas de Recuperación	Resguarde los recibos en orden consecutivo, con las medidas necesarias de seguridad para evitar faltantes, robos o extravíos, el acceso deberá ser restringido; entregue dotación de 50 recibos al cajero y responsabilícelo de la entrega. Fin de Reposición de Recibos.														
ETAPA: ATENCIÓN A USUARIOS																
8.	Cajero	Determine el servicio al que acude el usuario:														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Servicio?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencias</td> <td>Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Consulta Externa</td> <td>Aplique actividad 21.</td> </tr> <tr> <td>Rayos X</td> <td>Aplique actividad 24.</td> </tr> <tr> <td>Laboratorio</td> <td>Aplique actividad 24.</td> </tr> <tr> <td>Afiliación o Renovación del Seguro Popular</td> <td>Aplique actividad 26.</td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td> <td>Aplique actividad 12.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Servicio?	Entonces	Urgencias	Aplique siguiente actividad.	Consulta Externa	Aplique actividad 21.	Rayos X	Aplique actividad 24.	Laboratorio	Aplique actividad 24.	Afiliación o Renovación del Seguro Popular	Aplique actividad 26.	Hospitalización	Aplique actividad 12.
		¿Servicio?	Entonces													
		Urgencias	Aplique siguiente actividad.													
		Consulta Externa	Aplique actividad 21.													
		Rayos X	Aplique actividad 24.													
		Laboratorio	Aplique actividad 24.													
Afiliación o Renovación del Seguro Popular	Aplique actividad 26.															
Hospitalización	Aplique actividad 12.															
9.	Usuario	Acude a la unidad hospitalaria y solicita servicio de urgencias o consulta externa.														
10.	Admisión Hospitalaria	Identifique si se trata de una urgencia:														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Urgencia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicite los datos al paciente y el motivo de su ingreso, indique al paciente que espere a ser llamado, hágaselo saber al médico en turno. Aplique siguiente actividad. Nota: Valore la situación física del paciente y de considerarlo necesario páselo inmediatamente a consulta de urgencias.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informe al paciente que deberá pasar a consulta externa. Aplique actividad 21.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Urgencia?	Entonces	Sí	Solicite los datos al paciente y el motivo de su ingreso, indique al paciente que espere a ser llamado, hágaselo saber al médico en turno. Aplique siguiente actividad. Nota: Valore la situación física del paciente y de considerarlo necesario páselo inmediatamente a consulta de urgencias.	No	Informe al paciente que deberá pasar a consulta externa. Aplique actividad 21.								
		¿Urgencia?	Entonces													
Sí	Solicite los datos al paciente y el motivo de su ingreso, indique al paciente que espere a ser llamado, hágaselo saber al médico en turno. Aplique siguiente actividad. Nota: Valore la situación física del paciente y de considerarlo necesario páselo inmediatamente a consulta de urgencias.															
No	Informe al paciente que deberá pasar a consulta externa. Aplique actividad 21.															

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
11.	Médico de Urgencias	Llame al paciente, revíselo, (aplique procedimiento de urgencias), al terminar indique al paciente que pase a caja a cubrir el monto de la cuota captada con su respectiva hoja de consumo.						
12.	Usuario	Acude a caja y entrega la “hoja de identificación del paciente” donde se indican los servicios otorgados al usuario durante su atención.						
13.	Cajero	Verifique si el paciente está afiliado al seguro popular:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Afiliado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicite póliza de afiliación, verifique la vigencia del seguro y que el nombre del paciente aparezca en la lista de beneficiarios, capture los servicios otorgados al beneficiario, (según lo indicado en la “hoja de identificación del paciente”) en el Sistema de control de usuarios del seguro popular y registre el costo de los mismos, para después enviar éstos en el informe mensual de servicios otorgados a los beneficiarios del seguro popular. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplique actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Afiliado?	Entonces	Sí	Solicite póliza de afiliación, verifique la vigencia del seguro y que el nombre del paciente aparezca en la lista de beneficiarios, capture los servicios otorgados al beneficiario, (según lo indicado en la “hoja de identificación del paciente”) en el Sistema de control de usuarios del seguro popular y registre el costo de los mismos, para después enviar éstos en el informe mensual de servicios otorgados a los beneficiarios del seguro popular. Aplique siguiente actividad.	No	Aplique actividad 15.
		¿Afiliado?	Entonces					
Sí	Solicite póliza de afiliación, verifique la vigencia del seguro y que el nombre del paciente aparezca en la lista de beneficiarios, capture los servicios otorgados al beneficiario, (según lo indicado en la “hoja de identificación del paciente”) en el Sistema de control de usuarios del seguro popular y registre el costo de los mismos, para después enviar éstos en el informe mensual de servicios otorgados a los beneficiarios del seguro popular. Aplique siguiente actividad.							
No	Aplique actividad 15.							
No	Aplique actividad 15.							
14.	Cajero	<p>Realice “Recibo de Control de Exento”, fírmelo y entréguelo al usuario e indique al usuario lo presente al vigilante y a la enfermera del área de urgencias para que le permitan el egreso. Aplique actividad 29.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda. 						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
15.	Cajero	Determine si se trata de un egreso por un servicio subrogado:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Subrogado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ISSSTE</td> <td> Verifique si el paciente es derechohabiente del ISSSTE, de ser así solicítele copia de carnet del paciente, copia del último talón de cheque, pase del médico del ISSSTE, anote las claves de los servicios otorgados (según lo indicado en la hoja de consumo) en el “Pase del ISSSTE”. Archive toda la documentación para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad. Nota: En caso de que el paciente no traiga la documentación completa o mínima requerida, solicítele la identificación oficial e infórmele que se la regresará cuando entregue la documentación. </td> </tr> <tr> <td>Servicios Médicos Municipales</td> <td>Solicite pase de los servicios médicos municipales, verifique la fecha, nombre del paciente y firma del médico, de ser así, anote las claves de los servicios otorgados en el “Pase de Servicios Médicos Municipales”. Archive el documento para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplique s actividad 17.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Subrogado?	Entonces	ISSSTE	Verifique si el paciente es derechohabiente del ISSSTE, de ser así solicítele copia de carnet del paciente, copia del último talón de cheque, pase del médico del ISSSTE, anote las claves de los servicios otorgados (según lo indicado en la hoja de consumo) en el “Pase del ISSSTE” . Archive toda la documentación para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad. Nota: En caso de que el paciente no traiga la documentación completa o mínima requerida, solicítele la identificación oficial e infórmele que se la regresará cuando entregue la documentación.	Servicios Médicos Municipales	Solicite pase de los servicios médicos municipales, verifique la fecha, nombre del paciente y firma del médico, de ser así, anote las claves de los servicios otorgados en el “Pase de Servicios Médicos Municipales” . Archive el documento para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad.	No	Aplique s actividad 17.
		¿Subrogado?	Entonces							
		ISSSTE	Verifique si el paciente es derechohabiente del ISSSTE, de ser así solicítele copia de carnet del paciente, copia del último talón de cheque, pase del médico del ISSSTE, anote las claves de los servicios otorgados (según lo indicado en la hoja de consumo) en el “Pase del ISSSTE” . Archive toda la documentación para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad. Nota: En caso de que el paciente no traiga la documentación completa o mínima requerida, solicítele la identificación oficial e infórmele que se la regresará cuando entregue la documentación.							
Servicios Médicos Municipales	Solicite pase de los servicios médicos municipales, verifique la fecha, nombre del paciente y firma del médico, de ser así, anote las claves de los servicios otorgados en el “Pase de Servicios Médicos Municipales” . Archive el documento para su respectiva captura del informe mensual. Aplique Siguiente Actividad.									
No	Aplique s actividad 17.									
16.	Cajero	Llene “Recibo de servicio subrogado” , entréguelo al usuario e indíquelo lo presente al vigilante y a la enfermera del área de urgencias para que le permita el egreso. Aplique actividad 29. Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda. 								
17.	Cajero	Determine la cuota de acuerdo a lo establecido en el tabulador vigente y autorizado (ver manual de cuotas de recuperación).								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
18.	Cajero	Determine si existe manifiesto de incapacidad de pago:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Incapacidad de pago?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Envíelo a Trabajo social con su "hoja de identificación del paciente". Aplique Siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td> Reciba al usuario y determine el monto de la cuota de recuperación conforme al tabulador vigente, solicite al usuario el monto de la cuota correspondiente, elabore el "Recibo Único de cuotas de recuperación" en original y dos copias, entregue el original al usuario y archive las copias, e indique al usuario que muestre el recibo al vigilante y a la enfermera del área de urgencias para que le permita el egreso. Aplique actividad 29. Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda. </td> </tr> </tbody> </table>	¿Incapacidad de pago?	Entonces	Sí	Envíelo a Trabajo social con su "hoja de identificación del paciente". Aplique Siguiente Actividad.	No	Reciba al usuario y determine el monto de la cuota de recuperación conforme al tabulador vigente, solicite al usuario el monto de la cuota correspondiente, elabore el "Recibo Único de cuotas de recuperación" en original y dos copias, entregue el original al usuario y archive las copias, e indique al usuario que muestre el recibo al vigilante y a la enfermera del área de urgencias para que le permita el egreso. Aplique actividad 29. Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda.
		¿Incapacidad de pago?	Entonces					
Sí	Envíelo a Trabajo social con su "hoja de identificación del paciente". Aplique Siguiente Actividad.							
No	Reciba al usuario y determine el monto de la cuota de recuperación conforme al tabulador vigente, solicite al usuario el monto de la cuota correspondiente, elabore el "Recibo Único de cuotas de recuperación" en original y dos copias, entregue el original al usuario y archive las copias, e indique al usuario que muestre el recibo al vigilante y a la enfermera del área de urgencias para que le permita el egreso. Aplique actividad 29. Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda. 							
Nota: Aplique lineamientos del Manual de Procesos, Lineamientos y Normas para su operación en las Unidades Médicas Hospitalarias del OPD Servicios de Salud Jalisco para el correcto proceso de captación de cuotas.								
19.	Trabajo social	Reciba al usuario, realice la evaluación socioeconómica (aplique el procedimiento de trabajo social) registre en la "hoja de identificación del paciente" el nivel de pago para que proceda la aportación correspondiente, regrésela al usuario e indique la entregue nuevamente en caja. Nota: En caso de que se exente al usuario del pago, elabore "comprobante de exención", entréguelo al usuario e indíquele acudir al servicio correspondiente.						

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
20.	Cajero	<p>Reciba al usuario y determine el monto de la cuota de recuperación de acuerdo al nivel indicado por trabajo social conforme al tabulador vigente, solicite al usuario el monto de la cuota correspondiente, elabore el “recibo único de cuotas de recuperación” en original y dos copias, entregue el original al usuario y archive las copias, e indique al usuario que muestre el recibo al vigilante para que le permita el egreso. Aplique actividad 29.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias. • Tratándose de un paciente que acude a consulta externa, rayos x o laboratorio, indique al paciente que acuda al servicio correspondiente y muestre el recibo a la persona que lo atienda.
21.	Usuario	Acude a Admisión Hospitalaria a solicitar servicio de alguna consulta de especialidad.
22.	Admisión Hospitalaria	Solicite al usuario su tarjeta de citas, verifique que se encuentre citado y entréguele la ficha correspondiente junto con su tarjeta e indique acuda a caja.
23.	Cajero	Reciba al usuario y solicítele su ficha de admisión hospitalaria. Aplique actividad 13.
24.	Usuario	Acude al servicio de Rayos X o Laboratorio.
25.	Secretaria de Laboratorio y/o Rayos X	Solicite al usuario la “Orden de estudios de Laboratorio y/o Solicitud de Radiología” , anote en esta la clave correspondiente al tipo de estudio a realizar, entréguela al usuario e indíquele acudir a caja a cubrir la cuota de recuperación, y una vez realizada la aportación regresar a que se le realice el estudio. Aplique actividad 13.
26.	Usuario	Acude al M.A.O. del Seguro Popular a solicitar su Afiliación por primera vez o renovación de su Seguro Popular.
27.	M.A.O. del Seguro Popular	Recibe al usuario, (aplique Procedimiento de Afiliación del Seguro Popular), envíelo a caja con su “póliza de afiliación” donde indica nivel a pagar, monto, vigencia, nombre del titular, beneficiarios, número de afiliación.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
28.	Cajero	<p>Recibe al usuario, determine el monto del seguro de acuerdo a lo establecido en la póliza de afiliación enviada por el MAO del Seguro Popular, realice el “Recibo de Pago de afiliación al seguro popular” en original y tres copias entregando el original al usuario, guardando las copias para la elaboración del “reporte mensual de ingresos de afiliados al seguro popular”, regrese al usuario al MAO del Seguro Popular.</p> <p>Nota: En caso de errores, tachaduras o enmendaduras, en el recibo, por lo que deba ser cancelado, coloque sello de cancelado en el folio original y las dos copias.</p>
29.	Cajero	Realice el corte de caja al final de cada turno, verificando que la cantidad de cada folio de cuotas y de afiliados al seguro popular expedidos coincidan con la cantidad de dinero recuperado, extrayendo solamente tira de la sumadora, fírmela y entréguelos al encargado de cuotas de recuperación.
30.	Encargado de Cuotas de Recuperación.	Reciba los cortes de cada turno, verifique que se encuentren completos los recibos y coincidan con el dinero entregado. Realice los depósitos al día siguiente de cada corte y verifique que la “Ficha de depósito” esté correcta, archive cada una de las fichas de depósito, para ser integradas al reporte mensual de cuotas de recuperación.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD												
31.	Encargado de Cuotas de Recuperación	Elabore el “Reporte mensual” conforme a la siguiente tabla:												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Programas?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuotas de Recuperación</td> <td>Elabore el reporte mensual de cuotas de recuperación que concentra todos los movimientos efectuados en la unidad, en original y tres copias, utilizando únicamente los formatos establecidos: “Reporte mensual de Cuotas de recuperación” en el que se indica el periodo del reporte, saldo inicial y acumulado, ingresos del mes, número del recibo inicial y final de mes, así como saldo final, las observaciones en caso de que existan. Aplique actividad 32. Nota: Reciba del administrador memorando con los recibos azules de los comprobantes de exención de trabajo social.</td> </tr> <tr> <td>Afiliación Seguro Popular</td> <td>Elabore el “Reporte mensual de ingresos de afiliados al seguro popular” en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de recibo, fecha, número de afiliación, nombre del titular, nivel, vigencia, y monto del ingreso, ordene cronológicamente los depósitos efectuados en el mes con broche “baco”, anexe la copia azul de los recibos de pago de afiliación del seguro popular, ordenados en paquete máximo de cincuenta (50) recibos con broche “baco” y carátula; fírmelo y recabe firma del administrador. Aplique actividad 33.</td> </tr> <tr> <td>ISSSTE</td> <td>Elabore el “Informe mensual de servicios subrogados al ISSSTE” en original y tres copias, indicando el periodo del reporte, nombre del paciente, R.F.C., fecha de atención, tipo y clave del servicio, costo unitario, total. Aplique actividad 34.</td> </tr> <tr> <td>Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular.</td> <td>Elabore el “Reporte mensual de Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular”, de acuerdo al Sistema de control de Usuarios del Seguro Popular de la Institución, en original y tres copias, totalizando los costos de los servicios otorgados en el mes. Aplique actividad 35.</td> </tr> <tr> <td>H. Ayuntamiento</td> <td>Elabore el “Reporte mensual de servicios subrogados del H. Ayuntamiento”, en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de folio del pase del H. Ayuntamiento, nombre del empleado, nombre del paciente, dependencia que lo deriva, tipo y clave de servicio otorgado por la unidad, importe, total. Aplique actividad 36.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Programas?	Entonces	Cuotas de Recuperación	Elabore el reporte mensual de cuotas de recuperación que concentra todos los movimientos efectuados en la unidad, en original y tres copias, utilizando únicamente los formatos establecidos: “Reporte mensual de Cuotas de recuperación” en el que se indica el periodo del reporte, saldo inicial y acumulado, ingresos del mes, número del recibo inicial y final de mes, así como saldo final, las observaciones en caso de que existan. Aplique actividad 32. Nota: Reciba del administrador memorando con los recibos azules de los comprobantes de exención de trabajo social.	Afiliación Seguro Popular	Elabore el “Reporte mensual de ingresos de afiliados al seguro popular” en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de recibo, fecha, número de afiliación, nombre del titular, nivel, vigencia, y monto del ingreso, ordene cronológicamente los depósitos efectuados en el mes con broche “baco”, anexe la copia azul de los recibos de pago de afiliación del seguro popular, ordenados en paquete máximo de cincuenta (50) recibos con broche “baco” y carátula; fírmelo y recabe firma del administrador. Aplique actividad 33.	ISSSTE	Elabore el “Informe mensual de servicios subrogados al ISSSTE” en original y tres copias, indicando el periodo del reporte, nombre del paciente, R.F.C., fecha de atención, tipo y clave del servicio, costo unitario, total. Aplique actividad 34.	Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular.	Elabore el “Reporte mensual de Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular” , de acuerdo al Sistema de control de Usuarios del Seguro Popular de la Institución, en original y tres copias, totalizando los costos de los servicios otorgados en el mes. Aplique actividad 35.	H. Ayuntamiento	Elabore el “Reporte mensual de servicios subrogados del H. Ayuntamiento” , en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de folio del pase del H. Ayuntamiento, nombre del empleado, nombre del paciente, dependencia que lo deriva, tipo y clave de servicio otorgado por la unidad, importe, total. Aplique actividad 36.
		¿Programas?	Entonces											
		Cuotas de Recuperación	Elabore el reporte mensual de cuotas de recuperación que concentra todos los movimientos efectuados en la unidad, en original y tres copias, utilizando únicamente los formatos establecidos: “Reporte mensual de Cuotas de recuperación” en el que se indica el periodo del reporte, saldo inicial y acumulado, ingresos del mes, número del recibo inicial y final de mes, así como saldo final, las observaciones en caso de que existan. Aplique actividad 32. Nota: Reciba del administrador memorando con los recibos azules de los comprobantes de exención de trabajo social.											
		Afiliación Seguro Popular	Elabore el “Reporte mensual de ingresos de afiliados al seguro popular” en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de recibo, fecha, número de afiliación, nombre del titular, nivel, vigencia, y monto del ingreso, ordene cronológicamente los depósitos efectuados en el mes con broche “baco”, anexe la copia azul de los recibos de pago de afiliación del seguro popular, ordenados en paquete máximo de cincuenta (50) recibos con broche “baco” y carátula; fírmelo y recabe firma del administrador. Aplique actividad 33.											
		ISSSTE	Elabore el “Informe mensual de servicios subrogados al ISSSTE” en original y tres copias, indicando el periodo del reporte, nombre del paciente, R.F.C., fecha de atención, tipo y clave del servicio, costo unitario, total. Aplique actividad 34.											
Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular.	Elabore el “Reporte mensual de Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular” , de acuerdo al Sistema de control de Usuarios del Seguro Popular de la Institución, en original y tres copias, totalizando los costos de los servicios otorgados en el mes. Aplique actividad 35.													
H. Ayuntamiento	Elabore el “Reporte mensual de servicios subrogados del H. Ayuntamiento” , en original y dos copias, indicando el periodo del reporte, número de folio del pase del H. Ayuntamiento, nombre del empleado, nombre del paciente, dependencia que lo deriva, tipo y clave de servicio otorgado por la unidad, importe, total. Aplique actividad 36.													

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
32.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Elabore el Reporte Mensual de comprobantes de exención y recibos cancelados de cuotas de recuperación” (los folios de los comprobantes de exención se obtienen de los comprobantes azules enviados por el administrador y los folios de los recibos cancelados, verificando los recibos cancelados en el mes) fírmelos, recabe firma del administrador, además anexe al informe los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia azul de los recibos únicos de cuotas de recuperación ordenados en paquetes con un máximo de doscientos (200) recibos con broche “baco” y carátula, acomodados en orden progresivo. • Copia azul de los recibos de exención, expedidos por Trabajo Social ordenados en paquetes con broche “baco” y carátula, acomodados en orden progresivo. • Fichas de deposito ordenadas en broche “baco” y deberán ser las fichas originales del banco. <p>Elabore “oficio” el cual deberá llevar sello y firma de la dirección, y entréguelo junto con los originales de los reportes y los documentos anexos a la Oficina de Cuotas de Recuperación del Departamento de Control Presupuestal de la Dirección de Recursos Financieros en el nivel central, dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente al del reporte; una de las copias envíela a la Dirección de Descentralización y Proyectos Estratégicos, una segunda copia entréguela a la Dirección de la Unidad, y en la tercer copia recabe firma y sello de recibido de cada área a la que entrega y archívela.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>
33.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Envíe original del “reporte mensual de ingresos de afiliados al seguro popular” junto con los recibos azules, por medio de oficio el cual deberá llevar sello y firma de la dirección, a la Oficina de Cuotas de Recuperación del Departamento de Control Presupuestal de la Dirección de Recursos Financieros en el nivel central, dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente al del reporte, una copia entrégala a la dirección de la unidad y en la segunda copia que corresponderá al departamento de Cuotas de la Institución recabe sello y firma de recibido y archívela.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
34.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Envíe, mediante oficio el cual deberá llevar sello y firma de la dirección de la Unidad, original del "Informe mensual de servicios subrogados al ISSSTE" a la Oficina de Cuotas de Recuperación del Departamento de Control Presupuestal de la Dirección de Recursos Financieros en el nivel central, dentro de los primeros cinco día hábiles al término del periodo, una de las copias envíela a Descentralización y Proyectos Estratégicos, una segunda copia entrégala a la Dirección de la Unidad. y en la tercer copia que corresponde al departamento de cuotas de la Institución recabe sello y firma de recibido y archívela.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>
35.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Envíe el original del reporte mensual de servicios otorgados a beneficiarios del seguro popular mediante oficio firmado y sellado por dirección de la Unidad, al Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, una copia entréguela al archivo de la Dirección de la Unidad, una segunda copia al Gestor Médico y en la tercer copia que corresponderá al departamento de cuotas, recabe firma y sellos de recibido y archívela.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>
36.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Envíe original del reporte mensual de servicios subrogados del H. Ayuntamiento, mediante oficio el cual deberá llevar sello y firma de la dirección, a la oficina de la Oficialía Mayor en el H. Ayuntamiento, dentro de los primeros 5 días hábiles del mes siguiente al del reportado, una copia entréguela a la oficina del archivo de la Dirección de la Institución y en la segunda copia que corresponde al departamento de cuotas de la Institución recabe firma y sello de recibido y archívela.</p>
37.	H Ayuntamiento	<p>Notifique vía telefónica al Encargado de cuotas de recuperación que acuda a recoger el cheque.</p>
38.	Encargado de Cuotas de Recuperación	<p>Elabore un "recibo de cuotas de recuperación" a nombre del Municipio, fecha, mes del que se está requiriendo el pago, cantidad con número y letra, entregue el recibo original en la Oficina de la Tesorería Municipal, a cambio reciba el cheque por la misma cantidad del recibo entregado, deposítelo a la cuenta de Cuotas, notifique del pago por medio de un oficio firmado y sellado por la Dirección de la Unidad, dirigido a la Dirección de Recursos Financieros, anexar el reporte mensual de los servicios médicos subrogados del H. Ayuntamiento del mes a radicar, la ficha de depósito y el recibo azul, envíe copia del oficio, el reporte de servicios subrogados, la ficha de depósito y recibo expedido a la Dirección Descentralización y Proyectos Estratégicos.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



CÓDIGO: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: LAE. Claudia Judith González Ochoa

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Tec. Alejandro Corona Flores
- Areli Jazmín Gómez Hernández
- Guillermina Hernández Pérez
- Martha Delia Hernández Raymundo

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Tabulador de cuotas de Recuperación
DOM-M52	Manual de Procesos, Lineamientos y Normas para su operación en las Unidades Medicas Hospitalarias del OPD Servicios de Salud Jalisco.
	Políticas de Gratuidad de los Servicios de Salud.
DOM-M53	Manual de Organización de Hospitales Regionales.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Acta administrativa
	Anexo 02 Hoja de Identificación del Paciente
	Anexo 03 Recibo de Control de Exento
	Anexo 04 Pase del ISSSTE
	Anexo 05 Pase de Servicios Médicos Municipales
	Anexo 06 Recibo de Servicio Subrogado
	Anexo 07 Recibo Único de Cuotas de Recuperación
	Anexo 08 Comprobante de Exención
	Anexo 09 Orden de estudios de Laboratorio Clínico
	Anexo 10 Solicitud de Radiología

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



CÓDIGO: DOM-P209-HR9_001
FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 11	Póliza de Afiliación
Anexo 12	Recibo de Pago de Afiliación del Seguro Popular
Anexo 13	Reporte Mensual de Ingreso de Afiliados al Seguro Popular
Anexo 14	Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación
Anexo 15	Informe Mensual de Servicios Subrogados al ISSSTE
Anexo 16	Reporte mensual de Servicios Otorgados a Beneficiarios del Seguro Popular
Anexo 17	Informe Mensual de Servicios Subrogados del H. Ayuntamiento
Anexo 18	Reporte Mensual de comprobantes de exención y Recibos Cancelados de Cuotas de Recuperación

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
15

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 02 Hoja de identificación del Paciente

**SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN
HOJA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD: _____ **EXPEDIENTE:** _____

HOSPITAL: _____ **No. CAMA:** _____ **URGENCIAS:** _____

DIAGNOSTICO: _____

CONSUMO	
SERVICIO	OTROS SERVICIOS
HOSPITAL DIA CAMA	
CUBRACIONES	
OS. DE 2 A 12 HORAS	
VENTAJAS COMPRESIVOS	
VENOCLISIS	

EXAMENES DE LABORATORIO	
ESTUDIO	ESTUDIO
BIOMETRIA HEMATICA	OS
HEMATOCRITOS	REACCIONES FERILES
HEMOGLOBINA	REG. DE PLAQUETAS
EGO	REC. RETICULOCITOS
ESPERMABIOSCOPIA	LDL COLESTEROL
EST. BAC. DE EXPEC.	LIPASA SERICA
EX. COPIROLOGICO	LIPIDOS TOTALES
EXAUD. FARINGEO	LITO
FACT. REUMATOIDE	MAGNESIO
FOSFATASA	P.C.R.
FOSFATASA ALCALINA	PCO2
FOSFORO	PERFIL LIPIDICOS II
GASOMETRIA	PH
GLUCOSA	PO2
GPO. SANGUINEO	POTASIO
GRAV. EN SANGRE	PROTEINAS TOTALES
GRANDEZ EN ORINA	P.F.H.
OTROS	

RADIOLOGIA	
ESTUDIO	ESTUDIO
RX. ABDOMEN	RX. PIERNA
RX. ANTEBRAZO	RX. RODILLA
RX. CLAVICULA	RX. RODILLAS COMPARATIVAS
RX. CLAV. COMPARATIVA	RX. SENOS PARANASALES
RX. CODO	RX. TORILLO
RX. COLUMNA CERVICAL	RX. TIBELLOS COMPARATIVOS
RX. COLUMNA LUMBAR	RX. TOXAY
RX. CRANEO	SERIE ESOFAGO GASTRODODERMAL
RX. CUERPO PARTES BLANDAS	RX. PERILOGRAMA
RX. FEMUR	RX. PIE
OTROS	

PARA USO EXCLUSIVO DE CAJERO

FECHA DE EGRESO: _____

FOLIO RECIBO DE PAGO: _____

FIRMA DE SUPERVISORA DE ENFERMERAS

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



GOBIERNO
DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

CÓDIGO: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 03 Recibo de Control de Exento

	SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN DEPARTAMENTO DE CUOTAS DE RECUPERACION CONTROL DE EXENTO
	FOLIO 018777
FECHA: _____	
NOMBRE: _____	
CLAVES: _____	
PROGRAMA: _____	
 SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN SUB-DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	AUTORIZA

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
17

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 04 Pase del ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

ISSSTE

Nº

SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLOGICO

NOMBRE: García Gutierrez Rita

UBICACION y/o CUARTO: Q2B

EDAD: 58 OCUPACION: hogar SEXO: F

CEDULA: 11FD 280412 EXP. NUM. _____ CLAVE DEL MEDICO: 197849

ESTUDIO SOLICITADO: Rx AP y lateral

DIAGNOSTICO O IMPRESION CLINICA: esc

Fecha: 19-05-08

PRESENTESE CON ESTA SOLICITUD AL DEPARTAMENTO DE RAYOS X.

DELEGACION ISSSTE
SUBDELEGACION MEDICA
UNIDAD DE MEDICINA
TEPATITLAN JALISCO

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
18

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



CÓDIGO: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 05 Pase de Servicios Médicos Municipales

1001 -1
60030
60034
1001



TEPATITLÁN DE MORELOS
GOBIERNO MUNICIPAL ●●●● 2007-2009

Citas
14 Mayo
9:30am

SERVICIOS MÉDICOS municipales

PASE DE INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD No. 1283

Día 9 Mes mayo Año 08.-

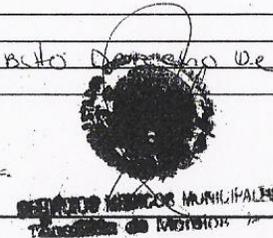
NOMBRE DEL EMPLEADO Ruben Gonzalez Alvarez DEPENDENCIA Seq. Pública

NOMBRE DEL PACIENTE Anita Murguía Cortes- EDAD 29.

Interconsulta al Servicio o Doctor - HRT- Cirujía-

DX: Pr. quiste colorado u.s. adenomaquistico toraco derecho de
truides..

Dr. Patricia Gutierrez Lopez
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 19

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 06 Recibo de Servicio Subrogado

	HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLAN
	CUOTAS DE RECUPERACION
SERVICIO SUBROGADO: _____	No. DE FOLIO: _____
NOMBRE: _____	
CLAVES: _____	
FECHA: _____	AUTORIZA: _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001
 FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 07 Recibo Único de Cuotas de Recuperación



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
 RECIBO UNICO DE CUOTAS DE RECUPERACION
 DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO
 GUADALAJARA, JAL.

FOLIO
1149452

R.F.C. SSJ-970331-PM5

		DIA	MES	AÑO
UNIDAD				
NOMBRE DEL USUARIO				
DOMICILIO				
TIPO DE CUOTA	CONSULTA			
NIVEL	CLAVE			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE			
	CLAVE			
	CLAVE			

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

FOLIO 12044820
 SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
 SUBSECRETARIA DE INGRESOS
 CUENTAS DE IDENTIFICACION FISCAL
 881970831PM5
 SECRETARIA DE SALUD
 JALISCO
 13/09/07
 5483041224
USUARIO

RF

INSTITUCIONES DE OCOTE, S.A. DE C.V. - R.F.C. INOC-970222-AAA
 TEL. 3646-0280 FAX. 3646-0288 METALURGIA No. 2044
 FRACC INDUSTRIAL EL ALAMO ELAGUAFRUE, JALISCO C.P. 44499
 FECHA DE AUTORIZACION PAGADURA DE INTERNET DEL SAT 06/MARZO/2007

MEDICAMENTO

TOTAL

IMPORTE CON LETRA

SE IMPRIMO JULIO 2006 VENCE JUNIO 2008 FOLIOS DEL 750,001 AL 1,250,000

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 08 Comprobante de Exención



**SECRETARIA DE SALUD
JALISCO**

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO JALISCO

U.A. _____

FECHA:

--	--	--	--	--	--

COMPROBANTE DE EXENCION N° 078318

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
SELLO

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



GOBIERNO
DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 09 Orden de Estudios de Laboratorio Clínico

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN LABORATORIO CLÍNICO			EXPEDIENTE: _____
Fecha de solicitud	Fecha próxima consulta	Servicio solicitante	Nombre del paciente:
Número de cama	Fecha cita para exámenes	<input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa	Edad:
Diagnóstico presuntivo			Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
			Nombre y firma del médico
EXÁMENES SOLICITADOS			
OBSERVACIONES:			
PASAR A LABORATORIO CLÍNICO POR SU CITA			NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE LABORATORIO

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
23

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



CÓDIGO: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 10 Solicitud de Radiología

 GOBIERNO DE JALISCO SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE TEPATITLÁN SOLICITUD DE RADIOLOGÍA	MÉDICO SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EDAD: _____
EXPEDIENTE: _____	FECHA DE SOLICITUD: _____
DIAGNÓSTICO: _____	
EXÁMENES SOLICITADOS: _____	

CITA PARA ECOSONOGRAMA: _____	FECHA: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
24

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CAJA



Código: DOM-P209-HR9_001

FECHA DE EMISIÓN: NOVIEMBRE /2007

NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JUNIO 2008

ANEXO 12 Recibo de Pago de Afiliación del Seguro Popular



SERVICIOS DE SALUD JALISCO

RECIBO DE PAGO DE AFILIACION
DEL SEGURO POPULAR

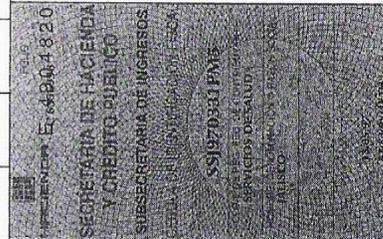
DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO
44100, GUADALAJARA, JAL.



Seguro Popular
Salud Jalisco

R.F.C. SSJ 970331 PM5

UNIDAD			FOLIO		
NOMBRE			83683 D		
DOMICILIO					
MUNICIPIO			FOLIO		
VIGENCIA: TRIMESTRAL <input type="radio"/> SEMESTRAL <input type="radio"/> ANUAL <input type="radio"/>					
NIVEL		NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE			
EXPEDIDA EN:			TOTAL A PAGAR \$		
DIA	MES	AÑO	IMPORTE TOTAL CON LETRA:		



LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES. IMPRESO POR: J. JESUS CHAVEZ LOZA R.F.C. CALJ.61015-020 C.U.R.P. CALJ61015HCH2308 BLEN No. 289 TEL. Y FAX: 3613-6285 GUADALAJARA, JAL. AUT. D.O.F. DEL 28/OCT/1992 Y PAG. DE INTERNET 06/MARZO/2002 NUMERO Y FECHA DE APROBACION DEL SISTEMA DE CONTROL DE IMPRESORES AUTORIZADOS. 1126762 22/03/2007 15:36:24 FECHA DE IMPRESION: 22/MARZO/2007 VENICE: 22/MARZO/2009 80,001 AL 110,000 SERIE "D" LUGAR DE EXPEDICION: GUADALAJARA, JAL. "EFECTOS FISCALES AL PAGO"

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
26

SELLO

