SERVICIOS DE SALUD
DE SINALOA

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS Y ATENCIÓN MÉDICA A PERSONAS QUE CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL

Culiacán, Sinaloa a 15 de septiembre de 2021

**Elaboró:**
Lic. Karla Gámez Gutiérrez
Directora Administrativa de
los Servicios de Salud de Sinaloa.

**Avaló:**
Dr. Efrén Encinas Torres
Director General de los Servicios
De Salud de Sinaloa.

## CONTENIDO


| | PAG. |
|---|---|
| 1. FUNDAMENTOS Y CONSIDERANDOS ---------- | 3 |
| 2. OBJETIVOS ---------- | 4 |
| 3. MARCO JURIDICO ---------- | 4 |
| 4. GLOSARIO DE DEFINICIONES ---------- | 5 |
| 5. NORMAS Y LINEAMIENTOS ---------- | 5 |
| 5.1 CAPTACION Y DISTRIBUCION ---------- | 5 |
| 5.2 APLICACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL ---------- | 6 |
| 5.3 TABULADOR ---------- | 10 |
| 5.4 FORMAS OFICIALES DE COBRO Y EXCEPCIÓN ---------- | 13 |
| 5.5 SUPERVISIÓN ---------- | 15 |
| 6. FLUJO DEL PROCESO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA ----- | 17 |
| 7. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN NIVEL 7 ---------- | 19 |
| 8. TRANSITORIOS ---------- | 26 |

**Dr. Efrén Encinas Torres,** en mi calidad de Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 2, fracción XI; 3, fracción IV; 7, fracción XIV; 9 Y 10 del Decreto que crea los Servicios de Salud de Sinaloa; 14 y 16 del Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sinaloa, y

## 1. FUNDAMENTOS Y CONSIDERANDOS

Los Servicios de Salud de Sinaloa, es un organismo público descentralizado de la Administración Pública con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto de fecha 23 de Octubre de 1996; que dentro de sus funciones y objeto se encuentra administrar los recursos que le sean asignados, las cuotas de recuperación, así como las aportaciones que reciba de otras personas o instituciones; y de igual manera su patrimonio está constituido por las cuotas de recuperación que recibe por los servicios que presta.

Dicho Organismo cuenta con órganos de gobierno internos, los cuales coadyuvan a la consecuencia de los fines y objetivos establecidos en la normatividad que lo rige. De ahí que exista la Junta de Gobierno como máximo exponente de autoridad dentro de los Servicios de Salud de Sinaloa y la Dirección General. El primer órgano de gobierno interno, cuenta con la facultad, para un mejor desarrollo de las funciones del mismo, de expedir los manuales de organización general, de procedimientos y servicios al público, así como los instrumentos especiales de los mismos. En el caso específico que nos ocupa, el presente manual se encuentra inserto en dichas hipótesis. Sin embargo, ese actuar no lo realiza solo pues con la Junta de Gobierno coadyuva la Dirección General, quien está representada en el Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa como representante legal del organismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 10 del Decreto que crea el organismo y el artículo 14 de su reglamento interior.

En ese orden de ideas, los acuerdos emitidos o autorizados por la Junta de Gobierno deben ser ejecutados por el Director General; de ahí que en nombre y representación del organismo y por acuerdo máximo del órgano de gobierno del mismo, se expide el manual de normas y procedimientos derivado de servicios subrogados y atención a personas que cuenten con seguridad social y que voluntariamente soliciten los servicios médicos.

Por ello es que, en el ejercicio de las facultades del organismo, el Director General actúa en nombre y representación. De ahí que con la emisión del presente manual se trate de regular uno de los objetivos del organismo, como lo es, el tema de cuotas de recuperación.

En ese tenor se emite el presente manual de normas y procedimientos derivado de servicios subrogados y atención a personas que cuenten con seguridad social y que voluntariamente soliciten los servicios médicos y está dirigido a las Jurisdicciones Sanitarias y sus respectivos Centros de Salud, Unidades Hospitalarias y demás Unidades Médicas y Administrativas que integran a los Servicios de Salud de Sinaloa, incorporadas al Sistema en la Entidad, como una herramienta técnica-administrativa que contribuya a una administración eficiente, racional y transparente de los recursos que se captan por concepto de cuotas de recuperación, permitiendo a la vez realizar un seguimiento y control adecuado de la gestión presupuestaria.

El Reglamento Interior otorga competencia a la Dirección Administrativa para estos efectos; y ésta a su vez actúa por conducto de la Subdirección de Recursos Financieros y del Departamento de

Cuotas de Recuperación, quienes se encargan de administrar los ingresos provenientes de cuotas de recuperación de las diferentes unidades médicas-administrativas del Organismo, así como la aplicación en apego a la normatividad establecida; y vigilar el funcionamiento del sistema de cuotas de recuperación.

## 2. OBJETIVOS:

**2.1** Establecer los lineamientos para el control y aplicación de los recursos por concepto de Cuotas de Recuperación.

**2.2** Impulsar y llevar a la práctica un ejercicio descentralizado de los recursos por parte de las Unidades Médicas, conforme a los criterios normativos que se emitan por la Unidad Administrativa Central, la Dirección Jurídica y de Normatividad y el Órgano de Control Interno, en el ámbito de sus respectivas competencias.

**2.3** Ayudar a los Servicios de Salud de Sinaloa, a ampliar la cobertura regional de los servicios médico-asistenciales, así como incrementar la cantidad de los mismos.

**2.4** Contribuir con recursos provenientes de cuotas de recuperación a la realización de programas y acciones de los Servicios de Salud de Sinaloa.

**2.5** Lograr el óptimo aprovechamiento de los recursos captados por concepto de cuotas de recuperación.

**2.6** Coadyuvar a que las cuotas de recuperación constituyan un auténtico soporte financiero para la administración de los Servicios de Salud, los Hospitales, Jurisdicciones Sanitarias y sus respetivas Unidades Médicas.

**2.7** Fomentar el cumplimiento de las normas y mecanismos establecidos para la captación, distribución, aplicación y control de las cuotas de recuperación.

## 3. MARCO JURIDICO

**3.1.** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
**3.2.** Ley General de Contabilidad Gubernamental.
**3.3.** Ley General de Presupuesto Y Responsabilidad Hacendaria.
**3.4.** Ley General de Salud.
**3.5.** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico.
**3.6.** Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.
**3.7.** Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2019.
**3.8.** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
**3.9.** Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.
**3.10.** Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2019.
**3.11.** Constitución Policita del Estado de Sinaloa.
**3.12.** Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Sinaloa.
**3.13.** Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Publico del Estado de Sinaloa.
**3.14.** Ley de Salud del Estado de Sinaloa.
**3.15.** Ley de Ingresos y Presupuesto de Egresos del Estado de Sinaloa.
**3.16.** Ley de Adquisiciones, arrendamientos, servicios y administración de bienes muebles para el Estado de Sinaloa.

**3.17.** Ley de Obras Públicas del Estado de Sinaloa
**3.18.** Acuerdo de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**3.19.** Decreto de Creación de los Servicios de Salud de Sinaloa, publicado en el Diario Oficial del Gobierno del Estado el 23 de Octubre de 1996.
**3.20.** Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**3.21.** Clasificador por Objeto del Gasto.

## 4. GLOSARIO DE DEFINICIONES

Para efectos del presente Manual, se entenderá por:

**4.1. Secretaria:** a la Secretaria de Salud de la Administración Pública del Estado de Sinaloa.
**4.2. S.S.S.:** a los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.3. U.A.C.:** a la Dirección Administrativa Central de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.4. Unidades Médicas:** a los Hospitales, Centros de Salud, Unidades Móviles, Unidades Aplicativas, Jurisdicciones Sanitarias, Unidades Hospitalarias y demás Unidades Médicas de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.5. Unidades Administrativas:** a las Direcciones, Subdirecciones, Jefaturas de Departamento y demás áreas de naturaleza administrativa que no presten un servicio médico asistencial dentro de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.6. Órgano de Control Interno:** al Órgano Interno de Control y Evaluación los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.7. Cuotas:** a las cuotas provenientes de servicios subrogados y atención a personas con seguridad social y que voluntariamente soliciten los servicios médicos.
**4.8. LGCG:** a la Ley General de Contabilidad Gubernamental.
**4.9. Dirección Jurídica:** a la Dirección Jurídica y de Normatividad de los Servicios de Salud de Sinaloa.
**4.10. Suficiencia Presupuestal:** al límite de los recursos financieros con los que se cuentan, para la contratación por medio de alguno de los procedimientos permitidos por la Ley aplicable en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios.
**4.11. Comisión:** a la Comisión Interna para la Operación del Cobro de los Servicios otorgados en el nivel 7 de las Unidades Médicas en las que se preste este nivel de atención.
**4.12. Cuenta concentradora**: cuenta bancaria aperturada por la U.A.C. para el depósito de las Cuotas que ingresan en las Unidades Médicas.
**4.13. Identificación oficial vigente**: CURP y credencial de elector con fotografía.

## 5. NORMAS Y LINEAMIENTOS

### 5.1. Políticas

#### 5.1.1. Internas

1. Recepción de la documentación para elaboración de cheques de 9:00 a 13:00 horas de lunes a viernes.

2. Toda factura deberá cumplir con el soporte necesario avalado por el área de revisión y glosa.

### 5.1.2. Externas

1. Realizar el depósito bancario diario de ingresos a la Cuenta concentradora de Oficina Central.
2. En caso de contar con cuentas por pagar de parte de pacientes, estos deberán de ser depositados a la cuenta concentradora un día después de que haya sido cobrado por la Unidad.
3. En caso de otros ingresos a la Unidad Médica por un concepto distinto al de Cuotas de Recuperación también deberán de ser depositados como se menciona en el numeral 1 de las políticas externas.
4. Realizar el envío de reporte de ingresos diarios al Departamento de Cuotas de Recuperación.
5. Verificar y confirmar toda la información que se envía al personal de Cuotas de Recuperación.
6. Enviar los reportes solicitados en tiempo y forma según sean requeridos por el Departamento de Cuotas de Recuperación.
7. Ingresar por el archivo todos oficios que sean dirigidos al Departamento de Cuotas de Recuperación para que se le otorgue número de oficio.
8. Todo movimiento del área de Recursos Humanos deberá de contar con asignación presupuestal del Departamento de Cuotas de Recuperación; en caso de ser del área médica deberá de contar además con el visto bueno de la Dirección de Atención Médica. En caso de que ingrese alguna persona a laborar sin previa autorización, no le será pagado en retroactivo los días laborados previos a la autorización por parte de la Subdirección de Recursos Humanos.
9. Es responsabilidad del administrador de la Unidad Médica asegurarse de la veracidad y confiabilidad de la información que se proporciona al Departamento de Cuotas de Recuperación.
10. En caso de que le haya sido autorizados pagos por el recurso de Cuotas de Recuperación; se deberá de comprobar al Departamento de Contabilidad de Oficina Central con un máximo de un mes después de la transferencia realizada para sus pagos.
11. Todo pago deberá cumplir con el soporte necesario avalado por el área revisión y glosa.

## 5.2. CAPTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN

**5.2.1.** Las Cuotas de Recuperación son las contraprestaciones derivadas de la prestación de los servicios médicos-asistenciales o de apoyo a la salud, así como cualquier otro pago realizado a la unidad por algún otro concepto, que cubren los usuarios con seguridad social y que voluntariamente solicitan dichos servicios.

**5.2.2.** Las Cuotas de Recuperación deben guardar relación con los ingresos de los usuarios; en caso de que el usuario carezca de recursos la Unidad deberá de aplicar el proceso estipulado para ello y poder disminuir el monto del cobro, siempre y cuando se demuestre la falta de capacidad de pago del usuario.

**5.2.2.1.** El tabulador de Cuotas se divide en 6 niveles para su cobro. En caso de realizar algún cobro menor al nivel 6 se deberá de contar con formato de autorización de descuento (CR04) firmado por el Administrador y Director de la Unidad Médica, anexando el soporte correspondiente.

**5.2.3.** Las Unidades Médicas deberán formalizar convenios por Servicios Subrogados ante la Dirección Jurídica y de Normatividad de los S.S.S. cuando instituciones u organismos públicos y/o privados requieran los servicios que éstas prestan. Los convenios se realizarán por la Dirección Jurídica y de Normatividad de los Servicios de Salud de Sinaloa, En el convenio se precisará la forma de pago y el tiempo de su recuperación, así como el costo por los servicios en base al nivel del tabulador de cuotas o en su caso el precio por cada servicio cuando éste sea superior al nivel 6, en el cual se haya acordado por ambas partes pagar por los servicios otorgados por la Unidad Médica.

**5.2.3.1.** Notificar al Departamento de Cuotas de Recuperación toda gestión de formalización de convenios ante la Dirección Jurídica para conocimiento de vigencia, tipo de servicios que se brindarán y costo acordado por los servicios convenidos.

**5.2.3.2.** Todos los convenios deberán ser registrados en el sistema DAR, en el apartado de "convenios" para su cobro y expedición de facturas.

**5.2.3.3.** Enviar de manera mensual al Departamento de Cuotas de Recuperación el saldo por ejercicio de instituciones u organismos público y/o privado con convenio, así como el costo por los servicios otorgados y el importe pagado/abonado durante el mes.

**5.2.4.** Las Unidades Médicas que generen ingresos por Cuotas de Recuperación o por cualquier otro concepto, deberán depositar diariamente o según le hayan sido autorizados los depósitos a la cuenta concentradora de la Unidad Administrativa Central de los Servicios de Salud de Sinaloa, el 100% de los ingresos totales que se obtengan en La Unidad Médica.

**5.2.4.1.** Invariablemente todos los ingresos de las Unidades Médicas Todas las Cuotas deberán depositarse diariamente por la Unidad Médica a más tardar en 24 horas después de realizado el corte de caja.

**5.2.4.2.** En caso de ser una Unidad que no cuente con sucursal bancaria cercana, deberá solicitar autorización al Departamento de Cuotas de Recuperación para el otorgamiento de prórroga para depósitos; comprometiéndose a hacerlo en los periodos que se autoricen mediante escrito.

**5.2.4.3.** La devolución de cuotas de recuperación al usuario quedan restringidas a efectuarse solamente en casos de Urgencia o de falta del servicio; quedando como responsables de dichos movimientos el Administrador y el Director de la Unidad.

**5.2.4.3.1.** En caso de que se requiera realizar una devolución al usuario que ya haya sido depositada en la Cuenta concentradora, se deberá de solicitar mediante escrito por parte del Director de la Unidad a la U.A.C. con todo el soporte documental especificado.

**5.2.4.3.2.** Todas las devoluciones de Cuotas de Recuperación deberán de estar soportados por el formato oficial de devolución firmado por el paciente, comprobante de pago del servicio prestado, identificación oficial vigente del mismo, cuenta con clabe interbancaria del paciente para su depósito y justificación del área médica de porque no fue otorgado el servicio o especificando la razón de la urgencia.

**5.2.5.** Todo depósito realizado a la Cuenta concentradora de Cuotas de Recuperación deberá ser referenciado con la clave asignada a la unidad Médica que hizo dicho depósito, con la finalidad de que sea identificado por la U.A.C.

**5.2.6.** Recursos Humanos.

**5.2.6.1.** Las Unidades Médicas podrán efectuar la contratación de personal por honorarios asimilables a salarios y/o suplencias variables, bajo los siguientes aspectos.

1. Cualquier tipo de acción de la plantilla médica de la unidad (contratación, suplencia, sustitución, etc.), deberá de llevar el visto bueno de Dirección de Atención Médica y Subdirección de Recursos Financieros, para que la Subdirección de Recursos Humanos la reciba.
2. Cualquier tipo de acción de la plantilla administrativa de la unidad (contratación, suplencia, sustitución, etc.), deberá de llevar el visto bueno de la Subdirección de Recursos Financieros, para que la Subdirección de Recursos Humanos la reciba.
3. Cualquier tipo de acción de la plantilla de la unidad (contracción, suplencia sustitución etc. deberá de cubrir los requisitos establecidos por la Subdirección de Recursos Humanos para contratación o pago.
4. Si se requiere un nuevo contrato, este deberá de traer anexa la baja o confirmación de la Subdirección de Recursos Humanos que fue dado de baja para poder sustituir un nuevo personal.
5. La nómina se pagará a través de la U.A.C. por medio de transferencia, conforme a la normatividad vigente que rige este Organismo.

**5.2.7**. Contabilidad

**5.2.7.1** Los gastos que se realicen deberán estar respaldados con la documentación comprobatoria respectiva, misma que deberá de contener todos los requisitos fiscales, presupuestales y legales; además de cumplir con la normatividad vigente en materia de adquisiciones o cualquier disposición establecida al respecto.

**5.2.7.2.** Toda la documentación comprobatoria de gastos, deberá contener la leyenda que identifique la Unidad Administrativa o Unidad Médica que requirió el bien, firma de la persona del área que recibió, y el destino final del mismo.

**5.2.7.3.** Las Unidades Médicas deberán elaborar un sello que identifique el Techo Presupuestal del gasto que se ejercerá mediante los recursos de Cuotas de Recuperación, cuando la Unidad Administrativa Central (U.A.C.) autorice el proyecto a ejercer.

**5.2.7.4.** Las Unidades Médicas deberán elaborar un sello que identifique la documentación comprobatoria pagada con recursos provenientes de cuotas de recuperación y contenga la siguiente leyenda:

***----- (NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA) -----***

***Este documento fue pagado con autorización de la U.A.C. con recursos captados de Cuotas de Recuperación durante el año_____***
***Mediante oficio de autorización No_____***
***No. De Cheque_____***
***Fecha de Pago_____***
***Partida Presupuestal_____***
***Total ejercido_____***

**5.2.7.5.** En ningún caso se deberán expedir cheques al portador y/o a nombre de funcionarios públicos para el pago a proveedores o prestadores de servicios.

**5.2.8.** Formatos.

Tienen como propósito fundamental servir de herramienta administrativa, para hacer más eficiente el mecanismo de planeación, captación, ejercicio y control de los recursos generados por cuotas de recuperación y otros recursos generados por la unidad. Su formulación contribuirá a las tareas de programación, evaluación y control de dichos fondos por parte de las Unidades Médicas y Unidades Administrativas de los Servicios de Salud de Sinaloa.

FORMATO **CR03** DEVOLUCION DE DINERO

El formato de devolución de dinero deberá de soportar cada transacción que se realice de cancelación de ingresos y deberá de anexarse una identificación oficial vigente del usuario, el original de la misma factura de ingresos que ampara el pago del usuario, así como estar firmado por el usuario, el encargado de cajas y un responsable que la administración designe, junto con la justificación del área médica de porque no fue otorgado el servicio o especificando la razón de la urgencia (Anexo 5).

Si la unidad no realiza el presente procedimiento, la devolución de dinero se hará válida quedando como principal responsable el Administrador de la Unidad.

FORMATO **CR04** DESCUENTOS

El formato se deberá de llenar en la Unidad Médica cada vez que se requiera realizar un ajuste de precio por falta de liquide1z del usuario (Anexo 6).

El cambio mediante el botón de ajuste en el sistema DAR deberá de estar soportado por el formato, el cual se firmará por el usuario y administrador o encargado de relaciones públicas

## 5.3 TABULADOR

**5.3.1.** Las cuotas de recuperación se establecerán en un Tabulador de Cuotas para el cobro de los servicios, el cual estará integrado por las propuestas de las unidades médicas dentro de 6 niveles para cobro y deberá estar debidamente validado por la U.A.C. en conjunto con la Dirección de Atención Médica, correspondiendo a la U.A.C. gestionar su autorización ante la Junta de Gobierno y en su caso a la Dirección Jurídica la gestión para la publicación en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa.

**5.3.2.** La U.A.C., tomando en consideración las propuestas de las Unidades Médicas a través de las Direcciones de Atención Médica y de Promoción y Prevención de la Salud (Salud Bucal), emitirá el Tabulador de Cuotas de Recuperación por Servicios Médico-Asistenciales o de apoyo a la salud y una vez publicado en el Periódico Oficial del Estado de Sinaloa será responsabilidad del Director de la Unidad su aplicación y de la U.A.C. la actualización e implementación en la unidad.

**5.3.2.1.** Las propuestas de modificación o inclusión de nuevos servicios no contemplados en el tabulador vigente, deberán estar respaldadas con los soportes técnicos y económicos que avalen dichas propuestas, correspondiendo a la U.A.C. su actualización.

**5.3.3.** Las Unidades Médicas que prestan servicios médico-asistenciales, observarán el tabulador que contiene la relación de los diferentes servicios, con los niveles de cuotas de recuperación autorizados para su aplicación.

**5.3.4.** Las unidades Hospitalarias en casos excepcionales, podrán modificar los niveles de cobro al usuario (descuentos) con el fin de recuperar en lo posible el costo de los servicios prestados, esta determinación la tomara el titular de la Dirección de la Unidad Médica y el Subdirector Administrativo de la misma en donde se determine el nivel de cobro y/o descuento aplicable al usuario, así como el formato de descuento debidamente autorizado por Administrador y Director (Anexo 2) que aplica al caso en particular.

**5.3.5.** La situación de derechohabiencia del usuario frecuentes se analizará cada tres meses o cada que el usuario lo solicite para determinar si tiene derecho a la gratuidad de los servicios médicos-asistenciales.

**5.3.6.** En caso de que el paciente con seguridad social y no cuente con recurso económico para el pago del servicio que le fue otorgado, se realiza una negociación (convenio de pago) para liquidación del servicio.

**5.3.7.** Habrá exención de pago, solamente en las siguientes situaciones:

**a)** Cuando se determine que el usuario carece de recursos económicos. Así también como lo establece el numeral 5.3.4, y cuando así lo autoricen el Director de la unidad Médica, y el Subdirector administrativo de la unidad en cuestión.

**b)** Cuando se trate de servicios prioritarios considerados como tales por el Sistema Nacional de Salud a saber: Atención Materno Infantil, Planificación Familiar, Enfermedades Trasmisibles y Prevención y Control de enfermedades Bucodentales.

**5.3.8.** Por lo que respecta a los servicios de cirugía, las unidades hospitalarias considerando la opinión del Área Médica, deberán integrar sus "paquetes" con el conjunto de elementos hospitalarios, médicos y quirúrgicos que contribuyan a la prestación del servicio.

**5.3.9.** La cuota que se cobrara por los servicios prestados, es la que especifica el Tabulador autorizado para cada servicio (paquete), conforme a la clasificación que se haya determinado; esta cuota no podrá incrementarse en caso de complicaciones.

**5.3.10.** Tratándose de los servicios de Certificados Médicos Prenupciales, cuyos elementos generales son la Consulta General y el Examen V.D.R.L., y los específicos: grupo sanguíneo y factor RH, las cuotas que se cobraran serán las que especificadas en el Tabulador, y la cuota del certificado prenupcial se cobrara por pareja.

| **CONCEPTOS QUE INTEGRAN LOS PAQUETES DE CERTIFICADOS** | |
|---|---|
| CONCEPTO | CERTIFICADO PRENUPCIAL |
| CONSULTA GENERAL | X |
| V.D.R.L. | X |
| GRUPO SANGUINEO | X |
| FACTOR RH | X |
| ** El paquete de certificado prenupcial se cobrará por pareja | |

**5.3.11.** Los Servicios de laboratorio clínico de mayor demanda se podrán ofrecer y cobrar en forma de "Paquete", los cuales deberán de ser avalados y autorizados por la Dirección

de Atención Médica y la Dirección Administrativa para posteriormente registrarlos en el Sistema DAR, los cuales se crearán para favorecer la economía de los usuarios, ya que por una sola cuota incluyen el conjunto de exámenes que se requieren para su diagnóstico.

**5.3.12.** La prestación de servicios médicos a otras Instituciones públicas o privadas, deberá formalizarse a través de un convenio, el cual realizará la Dirección Jurídica y de Normatividad a petición de la Unidad Médica que lo solicite, y con la autorización firmada por el Director de la Unidad, las cuales definirán en conjunto los acuerdos con los que se estableció la negociación con la Institución o empresa de que se trate, en las que se definirán los conceptos y tabulador negociado con la contraparte para que quede estipulado en el convenio, el cual deberá de estar firmado por el Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa.

**5.3.13.** El Director de la Unidad Médica deberá crear los mecanismos necesarios para que el cobro de los servicios prestados se realicen en el tiempo y la forma convenidos, a fin de evitar que el incumplimiento sea causa de problemas financieros y/o administrativos.

**5.3.14.** El cobro de los servicios subrogados se efectuará a través del apartado de "Convenios" en el sistema correspondiente, el cual deberá registrarse invariablemente con el nombre de la Institución u Organismo público o privado al que se le presta el servicio, con la leyenda "Subrogación de servicios" y el periodo que comprende, así como la aplicación de la lista de precios que le corresponde.

Adicionalmente se emitirá la factura por este concepto y deberá elaborarse una relación de los servicios que proporcionaron en el periodo mencionado, indicando el nombre y clave del expediente del paciente, concepto, clave del servicio y las cuotas que se aplicaron en cada uno de ellos; quedando a criterio de la Unidad Médica, el integrar mayores datos en esta relación para un mejor control.

**5.3.15.** Las cirugías plásticas de carácter estético, por ningún motivo podrán ser servicios sujetos a exención o descuento, dada su propia naturaleza.

**5.3.16** Cuando por razones de fuerza mayor no se practique algún servicio cuyo pago haya sido cubierto previamente por el usuario a las Unidades Médicas, estas deberán efectuar la devolución correspondiente, utilizando como comprobante, el original de la misma factura de ingresos que ampara el pago del usuario y la identificación oficial vigente del mismo, conforme el procedimiento estipulado en la elaboración del FORMATO CR03 DEVOLUCION DE DINERO.

Al reverso de la factura, se anotará la causa por la cual se efectúa la devolución, la fecha, su importe, la firma del usuario al que se le reintegraran los recursos; los nombres, cargos y firmas del Administrador y el Director de la Unidad Médica. En caso de no haberse

otorgado factura al usuario, se procederá a realizar la devolución con el formato anexo en esta normatividad para este proceso.

**5.3.17.** Las devoluciones efectuadas se restarán de los ingresos del periodo en el cual hayan ocurrido, haciendo las aclaraciones procedentes en el Reporte Mensual de Ingresos y Egresos.

**5.4. FORMAS OFICIALES DE COBRO Y EXENCIÓN.**

**5.4.1.** La factura Electrónica generada desde el Sistema DAR, es el documento válido como comprobante de la percepción de recursos por la prestación de servicios de salud.

**5.4.1.1.** Si el paciente requiere factura, deberá ser expedida el mismo día en que se prestó el servicio.

**5.4.1.2.** Si un usuario requiere una refacturación o corrección de datos que no modifique el importe deberá realizarse en el mes de la facturación.

**5.4.1.3.** Cualquier modificación a la Factura deberá de ser dentro de los 15 días hábiles del mes en que se elaboró ésta.

**5.4.1.4.** Los recibos manuales para cobro a las personas con seguridad social y que voluntariamente soliciten el servicio, deberán estar debidamente foliados y serán entregados por el Departamento de Cuotas de Recuperación de la U.A.C., los cuales se utilizarán en casos muy especiales donde no haya disponibilidad del Sistema DAR.

**5.4.2.** El comprobante de Exención es el único documento oficial que ampara la exención de pago otorgada a los usuarios que carecen de recursos económicos para cubrir los servicios recibidos. Dicho documento deberá de estar firmado invariablemente por el Administrador y el Director de la Unidad Médica.

**5.4.3.** El Director de la Unidad Médica y el Subdirector Administrativo serán los responsables de la correcta aplicación de los cambios de nivel, descuentos y exentos de cobro.

**5.4.4.** El Comprobante de Exención determina que el usuario no tiene capacidad de pago para cubrir el servicio.

**5.4.4.1.** Cada cambio de nivel, descuento o exención de cobro deberá de estar respaldado por el comprobante de pago.

**5.4.4.2.** Cada comprobante de pago donde se haya aplicado un descuento o exención deberá estar respaldado por el proceso correspondiente.

**5.4.5.** El Comprobante de Exención no deberá utilizarse para justificar la prestación de servicios prioritarios que están considerados como exentos en el tabulador autorizado, y que son:

a) Hidratación Oral
b) Aplicación de Flúor
c) Pruebas Vocacionales
d) Salpingoplastia
e) VDRL Cualitativo
f) Mamografía
g) Papanicolaou Citología Vaginal
h) Cultivo de Baar en Orina (T: B:)
i) Vacuna Antirrábica Humana
j) Vacuna Antirrábica Canina
k) VIHSIDA (Únicamente para pacientes asintomáticos que sean de paraje sexual positiva)
l) Antígeno Superficial de Hepatitis "B"
m) Patologías cubiertas en el Seguro Popular en sus distintas carteras de servicios.

**5.4.6.** Para efectos de un adecuado control de servicios exentos, las Unidades Médicas deberán de registrar el servicio en el sistema de caja como EXENTO, lo cual va a permitir conocer la cantidad y monto de los servicios exentados durante cada mes, valuados a las cuotas del nivel más bajo del Tabulador; las causas que lo justificaron, la clave del servicio prestado, el folio del Comprobante de Exención que los ampara y a la clave del expediente del usuario al que se le otorgó. Quedan exceptuados de dicho control los servicios prioritarios tipificados como exentos en el tabulador, ya que estos se registran por separado.

**5.4.7.** Sera responsabilidad del Director y el Subdirector Administrativo de cada Unidad Medica la debida comprobación y justificación de las exenciones de pago otorgadas a los usuarios.

**5.4.8.** En caso de que la Factura o el Comprobante de Exención sean inutilizados por las Unidades Médicas debido a errores, tachaduras o enmendaduras deberán cruzarse con la leyenda "CANCELADO" en el original y copia, conservando en la Unidad dichos documentos y notificarlo dentro del reporte Mensual de Ingresos y Egresos que se envía a la U.A.C.

**5.4.9.** En caso de faltante, robos de dinero o documentos monetarios, la Unidad Médica deberá coordinarse con la Dirección Jurídica y el Órgano Interno de Control para el levantamiento de una Acta Administrativa o Circunstanciada ante dos testigos, que

deberá ser firmada por el Director Titular y el Administrador responsable de la Unidad Médica, los dos testigos, así como por las personas involucradas, anexando a dicho documento la identificación oficial vigente con fotografía de todos los firmantes. El acta contendrá el número de folio correspondiente y deberá enviarse junto con sus anexos a la U.A.C. en un plazo no mayor a un día hábil, para su conocimiento y efectos legales conducentes.

El Órgano de Control Interno con dicha acta, iniciará el procedimiento sancionatorio disciplinario que corresponda hasta su total conclusión; y la Dirección Jurídica y de Normatividad, interpondrá las denuncias que resulten necesarias ante el Ministerio Público, para los efectos de que se ejerciten las acciones penales correspondientes y se esclarezcan los hechos constitutivos del delito, con el objeto de que se restituya el patrimonio a los S.S.S., como consecuencia de la reparación del daño causado.

**5.4.10.** La reproducción parcial o total de la Factura o del comprobante de exención, será sancionada de conformidad con la legislación vigente.

**5.5. SUPERVISIÓN**

**5.5.1.** La U.A.C. de los S.S.S., con el fin de vigilar y apoyar la operación del sistema en las Unidades, podrá solicitar a las Subdirecciones y Departamentos a su cargo, así como al Órgano de Control Interno, cuando lo consideren necesario, se realice visitas de supervisión y seguimiento, independientemente de las supervisiones que se puedan llevar a cabo por otras autoridades fiscalizadoras competentes.

**5.5.2** Las Unidades Médicas deberán proporcionar toda la información y documentación que mediante escrito requieran los supervisores comisionados por la U.A.C.

**5.5.3.** Los resultados obtenidos en las visitas de supervisión a las Unidades Médicas, así como a la operación del Sistema de Cuotas de Recuperación, serán dados a conocer mediante un informe al término de ésta, tanto a las Unidades Médicas, como al Departamento de Cuotas de Recuperación, en el cual se indicarán las observaciones, las recomendaciones y plazos de solventación.

**5.5.3.1**. Para solventar las observaciones en las visitas de referencia, las Unidades Médicas deberán notificar a la U.A.C. de los S.S.S, el grado de avance de acuerdo a los plazos establecidos en dicho informe, mismas que se verificarán en las visitas de seguimiento o mediante requerimiento escrito al término del plazo otorgado.

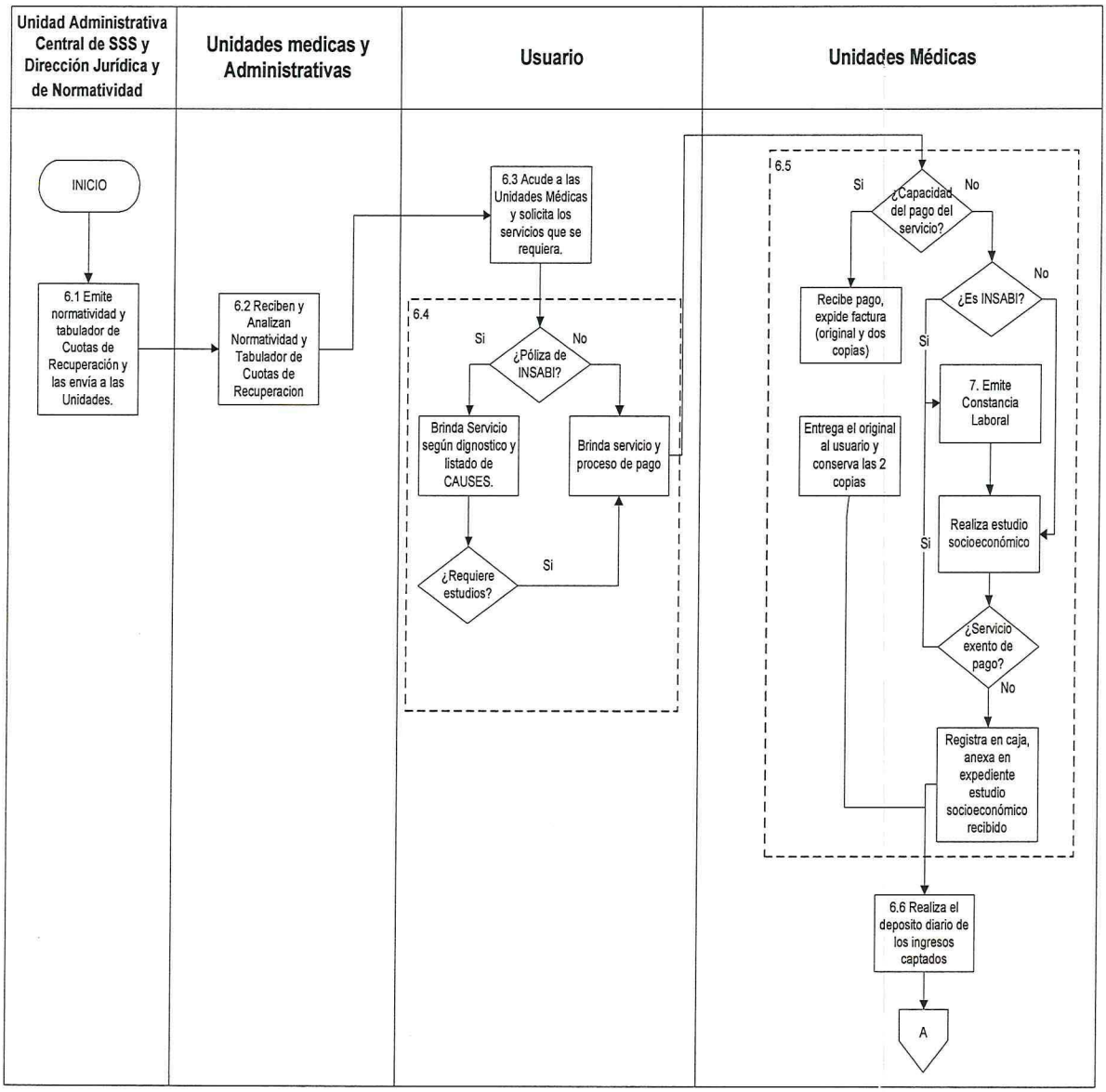
**5.5.3.2.** El incumplimiento a la anterior disposición, será informado al Titular del Órgano Interno de Control y Validación, a quien le toca, para que inicie el Procedimiento Administrativo sancionatorio correspondiente, conforme a su competencia.

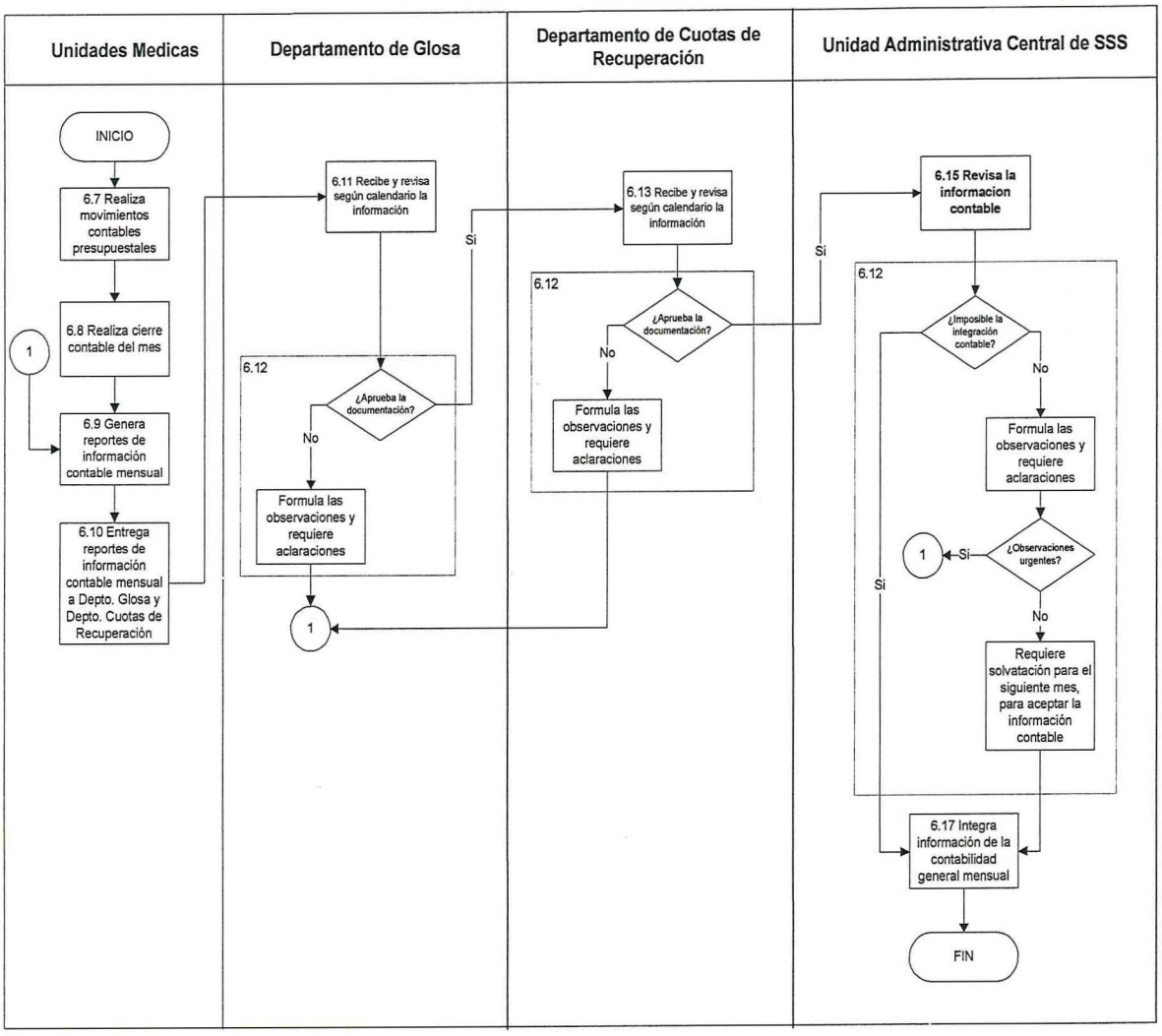
**5.5.4.** El Departamento de Cuotas de Recuperación, deberá implementar un programa de supervisión interna, con el objeto de vigilar la correcta operación del Sistema de Cuotas de Recuperación.

**5.5.5.** En caso de incumplimiento a la normatividad en la materia y/o desviaciones a ingresos y de egresos por concepto de Cuotas de Recuperación, el Departamento de Cuotas de Recuperación, informara al Órgano de Control Interno, con el fin de deslindar las responsabilidades y promover los reintegros a que hubiere lugar, conforme a las leyes vigentes y aplicables en la materia.

**5.5.6.** La reproducción no autorizada de Facturas y/o Comprobantes de Descuento o Exención, o la utilización de documentos apócrifos con el fin de lograr una exención, será sancionada de conformidad con la legislación vigente aplicable. En este caso deberá intervenir la Dirección Jurídica y de Normatividad, para los efectos legales conducentes en atención a su competencia.

## 6.- FLUJO DEL PROCESO PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA.




Unidades Medicas
Departamento de Glosa
Departamento de Cuotas de Recuperación
Unidad Administrativa Central de SSS
INICIO
6.7 Realiza movimientos contables presupuestales
6.8 Realiza cierre contable del mes
1
6.9 Genera reportes de información contable mensual
6.10 Entrega reportes de información contable mensual a Depto. Glosa y Depto. Cuotas de Recuperación
6.11 Recibe y revisa según calendario la información
6.12
¿Aprueba la documentación?
No
Formula las observaciones y requiere aclaraciones
Si
1
6.13 Recibe y revisa según calendario la información
6.12
¿Aprueba la documentación?
No
Formula las observaciones y requiere aclaraciones
Si
6.15 Revisa la informacion contable
6.12
¿Imposible la integración contable?
No
Formula las observaciones y requiere aclaraciones
¿Observaciones urgentes?
Si
1
No
Requiere solvatación para el siguiente mes, para aceptar la información contable
Si
6.17 Integra información de la contabilidad general mensual
FIN

## 7. LINEAMIENTO DE OPERACIÓN DEL NIVEL 7

### 7.1. INTRODUCCIÓN.

Los S.S.S. disponen de la tecnología adecuada para desarrollar los procedimientos que día a día surgen de la ciencia médica, contando para su operación con personal profesional altamente capacitado, propiciando que en la actualidad los servicios que se otorgan en esta institución tengan el reconocimiento de la sociedad para su indudable calidad.

En general los servicios médicos existentes en esta Institución de salud, así como los procedimientos quirúrgicos por ella desarrollados, se consideran excelentes, y muchos de ellos solo se realiza en dicha Institución en el Estado, lo que ha generado su demanda de parte de núcleos de población de alto poder adquisitivo, marcando como requisito, atención en áreas individuales, tal como ya viene operándose con éxito en otras entidades federativas.

En este contexto, la atención médica a personas con capacidad económica para cubrir el precio de los servicios en condiciones similares a las que brindan en instituciones no oficiales, es una alternativa viable para obtener recursos económicos adicionales a los fondos fiscales, que redundará en mayores ingresos para la institución en beneficio de la población objetivo de su función.

### 7.2. DENOMINACIÓN.

A este nuevo nivel de cobro se le dominará "NIVEL 7", con el objeto de diferenciarlo de los demás niveles del tabulador oficial.

### 7.3. OBJETIVO.

El objetivo principal que se persigue con el establecimiento de este nivel de cobro, es lograr un incremento en los ingresos de las Unidades Médicas de los S.S.S., mediante la operación de un servicio de atención hospitalaria especial, que al mismo tiempo incremente la cobertura integral y mejore la calidad de los servicios.

### 7.4. AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN.

Para la operación de exenciones de los servicios con base en este nivel, deberá ser autorizada por escrito invariablemente por el Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa o bien por el Servidor Público en quien éste delegue esa responsabilidad; sin perjuicio de que los Directores de las Unidades Médicas tengan que signar los documentos que por tal motivo se

expidan, de la cual se realizará un registro contable de exención, mismo que quedará registrado en Nivel 1 del tabulador oficial.

**7.5. ORGANIZACIÓN DE LA CAPACIDAD HOSPITALARIA.**

Con el propósito de optimizar su capacidad instalada, las Unidades Médicas en donde proceda, otorgaran los servicios de atención médica especializada a pacientes de nivel 7, sin detrimento de su función social fundamental que es la atención a la población abierta de escasos recursos económicos.

**7.6. COSTOS DE LOS SERVICIOS.**

El costo de los servicios hospitalarios como honorarios médicos que se proporcionen en el nivel 7, será definido por la Comisión de acuerdo con el costo de los servicios que proporcionan las clínicas e instituciones de salud privadas. Por otra parte, se establecerá un tabulador para instituciones con convenio.

**7.7. PAGO DE ANTICIPO.**

Al ingresar el paciente particular al servicio de hospitalización Nivel 7, deberá cubrirse un anticipo del 50 % del costo total estimado de los servicios. Se establecerá el monto consultando con el médico tratante, según procedimiento y tiempo de estancia estimado, en caso de cirugía considerada como paquete de servicio (lista de paquetes de servicios) se le solicitará el 100% del costo por el médico tratante.

**7.8. DESCUENTO Y CREDITO RESTRINGIDOS.**

En este nivel de cobro se aplicarán descuentos y se otorgarán créditos en el pago a pacientes subrogados, solo a los que sean autorizados por el Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa o por la persona en quien delegue mediante escrito esta responsabilidad; sin perjuicio de que los Directores de las Unidades Médicas tengan que signar los documentos que por tal motivo se expidan, de la cual se realizará un registro contable de por esta acción.

**7.9. PACIENTE PENSIONISTA.**

Por pensionista, se define no solo a la persona que recibe una pensión, sino también a la que paga una pensión para manutención, alojamiento, alimentación, así como para recibir con certeza el otorgamiento de un servicio de cualquier índole, en este caso, hospitalario, y dado que el término puede generar confusión a este tipo de pacientes en todos los casos se les clasificará como pacientes del nivel 7.

Los pacientes que se clasifiquen e ingresen voluntariamente en el área de Nivel 7 se clasificarán como tal, por lo que no requerirán de la elaboración de un estudio socioeconómico.

En caso de que un paciente de Nivel 7 exceda el presupuesto original o la cobertura que le otorga un seguro, en razón de los costos acumulados, se deberá depositar la cantidad estimada del servicio a proporcionar o podrá ser reclasificado previa elaboración del estudio socioeconómico y autorización del Director de la Unidad Médica correspondiente, sin que exista bonificación o descuento por el cobro de los servicios proporcionados en la categoría anterior.

**7.10. RECLASIFICACIÓN DE NIVEL.**

Cuando un paciente solicite ser reclasificado a nivel 7 se pagara la cuota de recuperación correspondiente a la nueva clasificación, renunciando a los derechos y/o beneficios que tenía en la clasificación anterior cuando el paciente ingresara por cualquier instancia.

**7.11. LIMITACIÓN EN NÚMERO DE PACIENTES.**

El número de pacientes de nivel 7 no deberá exceder el 20% de ocupación de la capacidad hospitalaria de la Unidad Médica, de tal manera que cuando menos el 80% restante sea destinado para pacientes de los demás niveles de atención.

**7.12. INGRESO A HOSPITALIZACIÓN.**

El paciente podrá ingresar a través de los siguientes mecanismos:

1. A petición directa del paciente y/o familiares a través de la Consulta Externa o Urgencias cuando su estado de salud así lo requiera, quedando bajo la responsabilidad del servicio que ingresa. Una vez autorizada su hospitalización, se le asignará un médico tratante que será el responsable del estudio y/o tratamiento.
2. Por referencia que haga un médico adscrito que labore en la Unidad Médica.
3. Por referencia de una compañía de seguros, empresa o institución con quien se subrogue el servicio, en cuyo caso el paciente será asignado al médico responsable del estudio y/o tratamiento.

**7.13. ATENCIÓN POR MÉDICOS ADSCRITOS.**

Solo podrán atender pacientes de este nivel, los médicos adscritos a la Unidad Médica; debido a que no existe una plantilla de médicos adscritos asignados exclusivamente para el nivel 7. Los médicos tratantes de los pacientes realizarán la atención medica según necesidades o situaciones de emergencia en cualquier momento, inclusive si se encontrara en su jornada laboral de trabajo. Los médicos tendrán acceso a estos pacientes en condiciones idénticas al de la atención a pacientes de los otros niveles del tabulador.

**7.14. SERVICIOS.**

Los servicios que se cobrarán a los pacientes de nivel 7 serán los siguientes:

**a)** Hospitalización.
**b)** Cirugías y/o procedimientos quirúrgicos.
**c)** Exámenes de laboratorio y gabinete.
**d)** Medicamentos y material de curación.
**e)** Insumos y procedimientos especiales.
**f)** Atención por el personal adscrito a las Unidades Médicas.
**g)** Atención especial de enfermería.

En esta área también se prestarán servicios a instituciones públicas o privadas, que cuenten con un convenio de servicios subrogados con la unidad hospitalaria.

Dichos servicios deberán ser cobrados con base a los precios pactados en el convenio de subrogación de servicios y éstos podrán ser clasificados de acuerdo a los niveles de cobro del 1 al 7, según corresponda; y en lo que respecta a honorarios estos podrán ser tabulados según acuerdo con la institución o precios del mercado, signando el convenio para su validez oficial el Secretario de Salud y el representante de la empresa, haciéndolo del conocimiento de la U.A.C.

**7.15. ABSTENCIÓN EN EL COBRO.**

Todo pago emitido por motivo de atención médica de Nivel 7 deberá registrarse de acuerdo a la normatividad de cuotas de recuperación. Por ninguna razón se permitirá el cobro directo por parte de personal no autorizado de la Unidad Médica o ajeno a la misma.

**7.16. COMPROBANTE DE INGRESOS.**

Una vez que el paciente sea dado de alta se extenderá el recibo único de ingresos (factura), que será el documento oficial que servirá como comprobante de la percepción de ingresos totales que se generen en este nivel de cobro.

Para efectos de anticipos, el monto deberá ingresar a caja de la Unidad Médica, para lo cual se otorgará un recibo oficial (factura).

**7.17. CONTROL ADMINISTRATIVO Y CONTABLE.**

Los ingresos y egresos que se generen en este nivel de atención deberán ser administrados y controlados en forma separada por la Unidad Médica, utilizado dentro de la contabilidad de ingresos la subcuenta "Ingresos Nivel 7" así como para las partidas del gasto que estarán exclusivamente destinadas a tal fin para ser controladas y reportadas a través de la contabilidad de cuotas de recuperación del hospital.

Los cheques que se expidan con cargo a la cuenta de nivel 7, deberán ser firmados en forma mancomunada por el Director y el Administrador de la unidad médica.

**7.18. EJERCICIO DEL GASTO.**

El ejercicio del gasto que se realice con cargo a los ingresos que se generan en este nivel cobro, se sujetará a las normas contenidas en el Clasificador por Objeto del Gasto aplicable a los ingresos por Cuotas de Recuperación.

**7.19. ESTÍMULOS ECONÓMICOS.**

Los cobros que se realicen en el servicio de nivel 7, corresponderán a las claves del tabulador oficial, mismos que se contemplan en el nivel de cobro número 7, incluyendo los honorarios validados por el Comité.

El 65% de los honorarios médicos que se capten por el concepto anteriormente mencionado, se otorgara como un estímulo al personal de la Unidad Médica que haya intervenido en la atención del paciente, el cual será controlado de acuerdo con los lineamientos que se encuentran en la normatividad de cuotas de recuperación, y el 35% restante queda a cargo de los S.S.S. como ingreso por cuotas de recuperación.

El pago estimulo se realizara con cargo a la partida 1702 (Estimulo a personal) Subcuenta 00203 Hospital General del clasificador por objeto del gasto, mediante la elaboración de una nómina cuya periodicidad será establecida por la unidad médica. Los pagos que se hagan con cargo a la citada partida deberán corresponder a los ingresos que por el concepto indicado hayan sido previamente recibidos por la unidad médica en el periodo de que se trate. La nómina deberá contener la leyenda "Personal de Nivel 7", que la distinga de las demás nómina.

Los S.S.S. solo podrán contratar personal médico especializado, cuando las necesidades de las Unidades Médicas así lo requieran, siempre que se justifique y se solicite a la U.A.C., y se tenga la autorización y aprobación del Director General y la aprobación de la Dirección de Atención Médica. Es por esto que este Organismo en el afán de otorgar los Servicios de Salud que la población demanda, se ve obligado a diversificar los esquemas de atención que tiene, y conscientes de las limitantes que el contexto actual presenta, se incluyen dos esquemas de pago para la adquisición de los servicios profesionales del personal para fortalecer el Nivel 7 de atención.

a) Pago por participación de Servicios Otorgados.

   Este esquema permitirá participar a todos aquellos profesionales que promuevan entre la población los Servicios de Nivel 7 en su unidad hospitalaria, interviniendo de manera activa (intervención directa del personal en los servicios otorgados), prestando servicios eventuales o de carácter extraordinario a los usuarios de Nivel 7, recibiendo una

retribución a cambio, mencionada en el segundo párrafo del numeral 7.19 ESTÍMULOS ECONÓMICOS.

El pago de los servicios devengados se realizará con cargo a la partida **1201 HONORARIOS** del Clasificador por Objeto del Gasto, mediante la conformidad con el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación, por parte del Prestador de Servicios, el cual deberá contener como concepto la leyenda "Atención a pacientes de nivel 7".

b) Pago por Servicios Subrogados.

Este esquema permitirá a las Unidades Médicas obtener los servicios de aquellos profesionales necesarios para la prestación de algunos servicios que sus usuarios de nivel 7 necesiten, y su plantilla de personal no contemple esa especialidad.

El pago de los servicios devengados se realizará con cargo a la partida **1201 HONORARIOS** del Clasificador por Objeto del Gasto, mediante la expedición de un comprobante con requisitos fiscales contenidos en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación, por parte del Prestador de Servicios, el cual deberá contener como concepto la leyenda "atención a pacientes nivel 7"

**7.20. NIVELES DE ORGANIZACIÓN.**

Las Unidades Médicas tienen la responsabilidad directa de la operación y la generación de información de las actividades realizadas bajo la supervisión de la U.A.C., así como la de observar la adecuada aplicación de los recursos humanos, económicos y materiales.

**7.21. COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE NIVEL 7.**

Las Unidades Médicas en las que se preste el servicio de nivel 7, contarán con una comisión interna para la operación de este nivel de cobro, el cual se encargara de supervisar y evaluar la forma en que se presten los servicios, así como vigilar el uso adecuado de los recursos. Esta Comisión se integrará como sigue:

**Presidente:** El Director de la Unidad Médica.
**Secretario Ejecutivo:** El subdirector Administrativo
**Vocales:** Subdirector Médico, Encargado de Área Médica Nivel 7, Asesor de Dirección, Jefe de Relaciones Públicas, Jefe de Calidad e Innovación, Encargada de Enfermería Nivel 7, Encargada Administrativa nivel 7, Jefe de Recursos Financieros
**Asesores Externos:** los Titulares de la Dirección Administrativa y de la Dirección Jurídica y de Normatividad de los S.S.S.

Los miembros de la Comisión podrán nombrar a sus respectivos suplentes, los cuales deberán ser designados mediante escrito oficial por dichos miembros, quienes contarán con facultades para decidir en las sesiones que asistan.

**7.21. INFORMES.**

Las Unidades Médicas deberán presentar ante el Departamento de Cuotas de Recuperación de la U.A.C., la siguiente información contable y financiera mensual, relativa exclusivamente para nivel 7:

a) Reportes mensual ingresos y egresos. SES (Anexo 6)
b) Concentrado de ingresos por servicio cobrados. (Sistema DAR)
c) Estado de resultados proyectado. (Anexo 5)
d) Balanza de comprobación. (Sistema Contabilidad).
e) Conciliación bancaria. Saldos no mayor a 6 meses. (Sistema Contabilidad)
f) Libro de Bancos. (Sistema Contabilidad)
g) Copia estado de cuenta bancario
h) Reporte de Indicadores (Flujo de caja y Estado de Resultados real).
   Entrega quincenal por correo electrónico y entrega mensual física en paquetes del mes.
i) Reporte del informe del ejercicio, Informe del presupuesto ejercido. (Sistema presupuestal).

La información anterior deberá presentarse a más tardar en la fecha que ha sido previamente establecida para la entrega de documento de cuotas de recuperación, debiendo acompañarse de los documentos originales con los que se compruebe el gasto efectuado con cargo a estos ingresos.
Los documentos comprobatorios del gasto deberán cumplir con todos los requisitos fiscales en vigor, así como consignar la clave presupuestaria que corresponde a cada operación.

Los requisitos contables de las operaciones realizadas con este recurso serán los mismos que se encuentran establecidos para el recurso de cuotas de recuperación.

La información que se genere el Nivel 7 referente a la población atendida y los servicios otorgados, deberá ser integrada en el Sistema de Información en Salud (SIS) y en cada uno de los Sistemas de Información que siguen a los S.S.S.

**7.22. PORCENTAJE DE APORTACIÓN.**

Los ingresos que se generen provenientes de Nivel 7 sin contemplar el importe correspondiente a honorarios médicos, se deberá depositar el 100% del resto de los ingresos a la cuenta concentradora de Cuotas de Recuperación de la U.A.C., ya que una parte de los ingresos por honorarios médicos no pertenecen a los Servicios de Salud de Sinaloa como se establece en el

segundo párrafo del numeral 7.19 "ESTIMULOS ECONOMICOS", de este manual de cuotas de recuperación.

Para el depósito de los ingresos por nivel 7 aplica lo señalado en el punto no. 1 de las políticas externas de este Manual.

Los ingresos correspondientes a este nivel deberán ser depositados conforme a lo establecido por concepto de cuotas de recuperación.

El comprobante del depósito deberá enviarse a la Unidad Administrativa Central junto con el Reporte Mensual de Ingresos dentro del calendario establecido.

## 8. TRANSITORIOS.

**PRIMERO.** El presente manual entrará en vigor a partir del **día siguiente en que sea publicado en el Periódico Oficial "El Estado de Sinaloa"** y es de observancia obligatoria para los Servicios Públicos, Unidades Administrativas y Unidades Médicas de los S.S.S.

**SEGUNDO.** A partir de la entrada en vigor del presente Manual, los Servidores Públicos, Unidades Médicas y Unidades Administrativas, deberán ajustar su actuar a los lineamientos establecidos en el mismo; y los actos que se hayan desarrollado con anterioridad a su vigencia se seguirán hasta su total conclusión, con la normativa previa al presente manual.

**TERCERO.** Los formatos anexos al presente manual deberán ser actualizados de acuerdo al ejercicio fiscal que corresponda, a partir de la entrada en vigor del mismo.