GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Compromiso
Gobierno que cumple

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA

JULIO DE 2011

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR SERVICIOS
EN MATERIA DE REGULACIÓN SANITARIA

© Derechos Reservados
Segunda edición, julio 2011.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.
C.P. 50070.

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

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

“El cimiento de la Seguridad Integral será la organización innovadora de la administración pública. Los tiempos exigen renovar a las instituciones, para hacerlas más eficientes, coordinando adecuadamente sus actividades para resolver los problemas reales de la población”

Enrique Peña Nieto

ÍNDICE

Págs.

Presentación III

Aprobación IV

Objetivo General V

Identificación e Interacción de Procesos (Mapa de Procesos de Alto Nivel) VI

Relación de Procesos y Procedimientos VII

Descripción de los Procedimientos VIII

1. Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes. ....217B40000/01-1 de 12
2. Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados. ……217B40000/02-1 de 16
3. Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados. ……217B40000/03-1 de 15
4. Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias. ...……...217B40000/04-1 de 14
5. Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas. ……..217B40000/05-1 de 12
6. Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver. ……..217B40000/06-1 de 16
7. Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles). ……..217B40000/07-1 de 16
8. Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. ……..217B40000/08-1 de 11
9. Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. ……..217B40000/09-1 de 13

Simbología IX

Registro de Ediciones XI

Distribución XII

Validación XIII

PRESENTACIÓN

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

Por ello, el licenciado Enrique Peña Nieto, Gobernador Constitucional del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales

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

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

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

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión de la Coordinación de Regulación Sanitaria. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean la gestión administrativa de este Instituto.

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

APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 174, aprobó el presente **"Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria."**, el cual contiene la información referente a consideraciones generales, mapa de procesos y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en la materia de Regulación Sanitaria.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
17 DE SEPTIEMBRE DE 2011	**ISE / 174 / 013**

_____

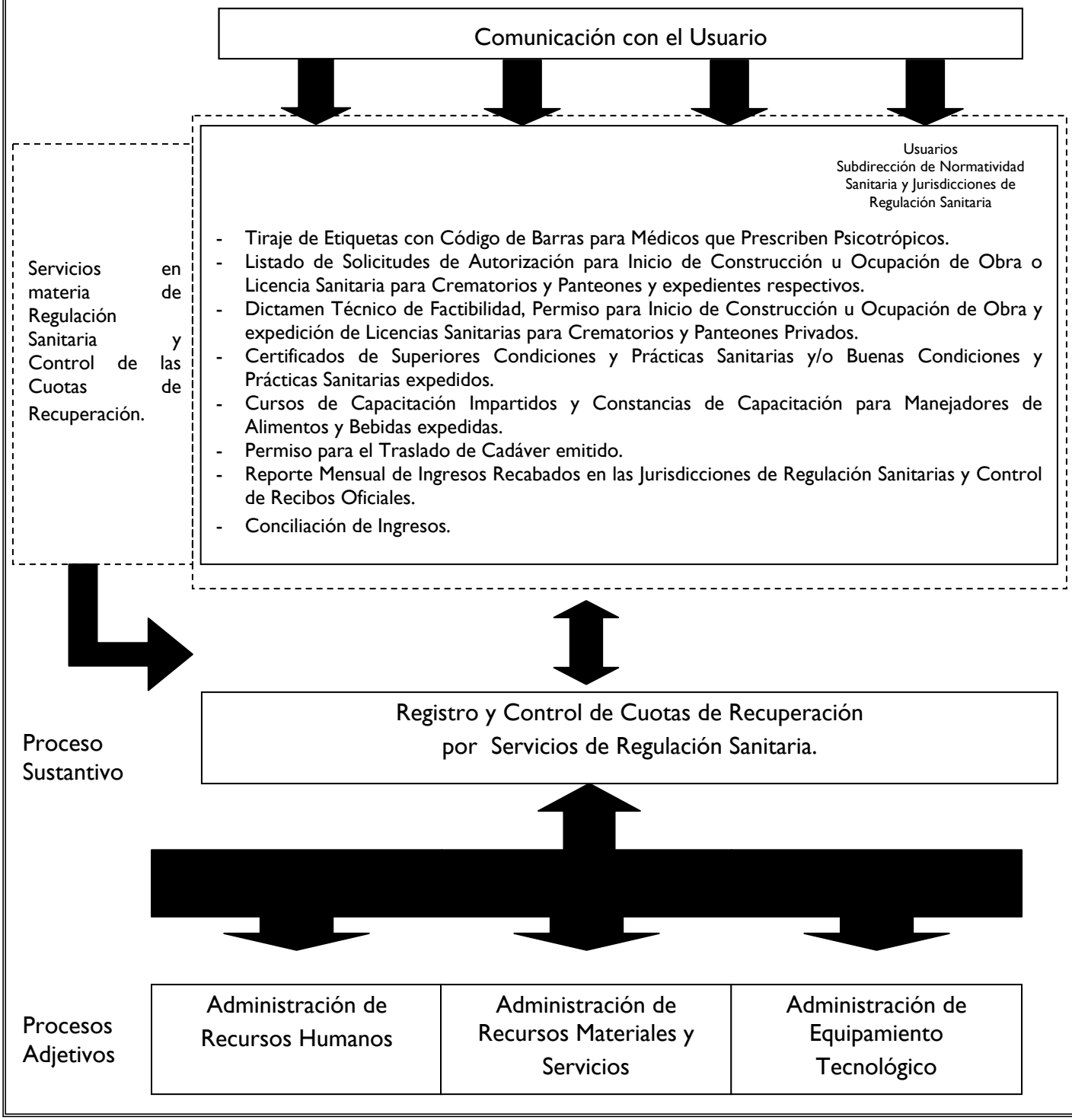
Lic. Antonio Salomón Naime Atala
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM
(RÚBRICA)

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y eficiencia de los trámites y servicios que brinda la Dirección de Regulación Sanitaria y Jurisdicciones de Regulación Sanitaria del Instituto de Salud del Estado de México, mediante la formalización y estandarización de sus métodos de trabajo y el establecimiento de políticas que regulen la ejecución de los procedimientos y las situaciones de excepción que puedan presentarse durante su desarrollo, así como para orientar a los servidores públicos responsables de su ejecución.

IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE PROCESOS.

(Mapa de Procesos de Alto Nivel)



RELACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso:

Registro y Control de Cuotas de Recuperación por Servicios de Regulación Sanitaria:
De la solicitud de servicios en materia de regulación sanitaria a la emisión de documentos de control sanitario y conciliación de ingresos recabados.

Procedimientos:

- Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.
- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.
- Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.
- Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).
- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.
- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.

OBJETIVO:

Mantener el control de los recetarios especiales para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes, mediante la emisión de etiquetas con código de barras, propiciando el buen uso y manejo de los recetarios y evitar riesgos para la salud.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de la Coordinación de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.

REFERENCIAS:

- **Ley General de Salud.** artículos 26, fracciones I, II, III y IV; 242, fracciones I, II y III; 375, fracción IV; 46 bis; 117 bis, fracciones I, II, III y IV; 159 bis, fracción I, II, II y IV; 45 bis; 46 bis; 114 bis, fracción I, II y III; 234; 235, fracción I, II III, IV y V; 237; 238; 239; 240; 241, fracción I, II; 242; 243. Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.
- **Reglamento de Insumos para la Salud.** Capítulo Tercero, artículos 51, 52, 53 y 54. Diario Oficial de la Federación, 4 de febrero de 1998.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Artículo 13, fracción VII. Gaceta de Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Acuerdo del Consejo Interno del Instituto de Salud por el que se autoriza el Tabulador de Cuotas de Recuperación en materia de Regulación Sanitaria.** Gaceta del Gobierno, 18 de octubre de 2005.
- **Manual de Normas y Procedimientos para el Control Sanitario.** Gaceta de Gobierno, enero de 2007.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México**. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B41000 Dirección de Regulación Sanitaria, 217B41100 Subdirección de Normatividad Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria, es la unidad administrativa responsable de la supervisión de actividades relacionadas a la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes, de acuerdo a la normatividad vigente.

El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud deberá:

- Recibir Formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", cotejar con listado de médicos autorizados y expediente y determinar su procedencia.
- Informar al usuario del incumplimiento de requisitos, solicitar su cumplimiento o, en su caso, rechazar la solicitud y cancelar el formato.
- Aceptar el formato, registrar e indicar al usuario solicite la guía de pago con el Subdirector de Normatividad Sanitaria.
- Atender al usuario, verificar recibo único de pago y formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y entregar tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.

El Subdirector de Normatividad Sanitaria deberá:

- Recibir original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y esperar al usuario.
- Atender al usuario y solicitarle nombre, dirección del hospital, municipio donde se ubica el hospital e ingresar los datos en sistema, emitir guía de pago y entregar al usuario.
- Recibir ficha de depósito sellada, solicitar nombre, dirección y registro federal de causantes, elaborar recibo único de pago en original y dos copias y entregar original y segunda copia al usuario e integra primera copia al expediente.
- Integrar las copias generadas durante el mes en archivo.
- Esperar fecha programada de calendario para realizar la conciliación mensual ante el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

DEFINICIONES:

AVISO DE RESPONSIVA MÉDICA: Documento emitido por el responsable sanitario del establecimiento, clínica o consultorio que se le requiere al personal solicitante en el cual consta que éste será el responsable del buen uso y manejo de los recetarios.
CÓDIGO DE BARRAS: Es una disposición en paralelo de barras y espacios que contiene información codificada en barras y espacios del símbolo.
COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
ESTUPEFACIENTES: Es una sustancia medicinal que, por definición, provoca sueño o estupor y, en la mayoría de los casos, inhibe la transmisión de señales nerviosas asociadas al dolor.
RECETARIOS ESPECIALES: Son formulados en términos del artículo 240 LGS. La prescripción de estupefacientes se hará en recetarios especiales, que contendrán, para su control un código de barras asignado por la Secretaría de Salud o por a las autoridades sanitarias estatales.
RUP: Recibo Único de Pago
SICOPRES: Sistema de Control para Prescripción de Estupefacientes.
PSICOTRÓPICO: Es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

INSUMOS:

- Formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra".
- Requisitos consistentes en:
  - Copia de la cédula profesional certificada ante notario público,
  - Copias simples del título profesional, de credencial de elector, de CURP y de RCF,
  - Aviso de responsiva médica y,
  - Pago de cuota de recuperación.

RESULTADO:

- Tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes entregadas al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El acceso al sistema para emitir las guías de pago será restringido al Subdirector de Normatividad Sanitaria.
- El Subdirector de Normatividad Sanitaria deberá recibir y controlar la documentación original que soporte los depósitos financieros realizados.
- La guía de pago se establece con una vigencia mínima de quince días a partir de su emisión.
- En caso de que el médico haya depositado con la tarifa anterior a la actualización, deberá hacer el pago de la diferencia correspondiente a fin de complementar la cuota.
- Una vez realizado el pago, el médico deberá presentar el comprobante del depósito en original al Área de Cuotas de Recuperación a fin de canjearlo por el recibo único de pago emitido por el ISEM.
- El usuario deberá contar con autorización emitida por el ISEM y presentar el primer recetario especial impreso antes de poder solicitar la emisión de etiquetas con código de barras.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Reúne requisitos, requisita en original y copia el formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" y solicita la emisión de tiraje con código de barras para médicos que prescriben estupefacientes al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud y entrega documentación.
2	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe documentación requerida, original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera, verifica requisitos, coteja con listado de médicos autorizados y determina: **¿Cumple con los requisitos?**
3	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**No cumple con los requisitos**. Rechaza solicitud, cancela formato e Informa al usuario y solicita cumpla con los requisitos y le devuelve documentos.
4	Usuario	Recibe documentos, se entera, reúne requisitos faltantes y entrega. **Se conecta con la operación No. 2.**
5	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**Si cumple con requisitos.** Acepta el formato, registra, devuelve requisitos y turna formato original y copia al Subdirector de Normatividad Sanitaria e indica al usuario se presente con el Subdirector de Normatividad Sanitaria para que le entreguen la guía de pago.
6	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Recibe original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera, registra y espera al usuario. Retiene formato.
7	Usuario	Recibe requisitos e indicación, se presenta con el Subdirector de Normatividad Sanitaria y solicita guía de pago. Retiene requisitos.
8	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Atiende al usuario, verifica solicitud y formato, solicita nombre, dirección del hospital y municipio donde se ubica el hospital, ingresa los datos en sistema, emite guía de pago y entrega al usuario. Turna formato Emisión de Etiquetas con Código de Barras en original y copia al Departamento de Servicios e Insumos para la Salud. **Se conecta con la operación No. 12.**

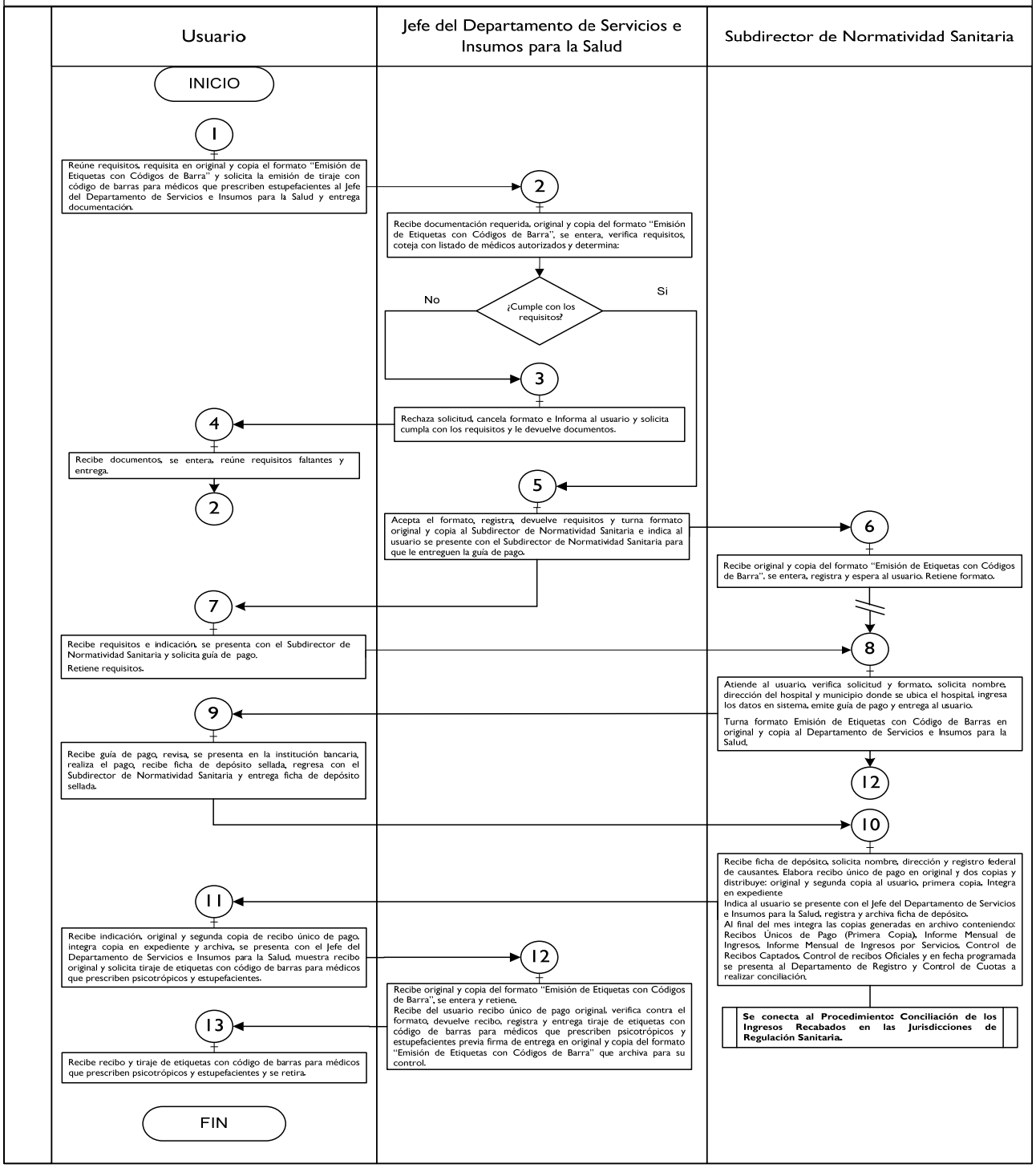
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
9	Usuario	Recibe guía de pago, revisa, se presenta en la institución bancaria, realiza el pago, recibe ficha de depósito sellada, regresa con el Subdirector de Normatividad Sanitaria y entrega ficha de depósito sellada.
10	Subdirector de Normatividad Sanitaria	Recibe ficha de depósito sellada, solicita nombre, dirección y registro federal de causantes. Elabora recibo único de pago en original y dos copias y distribuye: Original y segunda copia al usuario. Primera copia, Integra en expediente Indica al usuario se presente con el Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud, registra y archiva ficha de depósito. Al final del mes integra las copias generadas en archivo conteniendo: Recibos Únicos de Pago (Primera Copia), Informe Mensual de Ingresos, Informe Mensual de Ingresos por Servicios, Control de Recibos Captados, Control de recibos Oficiales y en fecha programada se presenta al Departamento de Registro y Control de Cuotas a realizar conciliación. **Se conecta al Procedimiento: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**
11	Usuario	Recibe indicación, original y segunda copia de recibo único de pago, integra copia en expediente y archiva, se presenta con el Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud, muestra recibo original y solicita tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.
12	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra", se entera y retiene. Recibe del usuario recibo único de pago original, verifica contra el formato, devuelve recibo, registra y entrega tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes previa firma de entrega en original y copia del formato "Emisión de Etiquetas con Códigos de Barra" que archiva para su control.
13	Usuario	Recibe recibo y tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes y se retira.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 01: Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes:

$$\frac{\text{No. mensual de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes emitidas}}{\text{No. mensual de solicitudes de emisión de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes}} \times 100 = \text{\% de eficiencia en la emisión del tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes.}$$

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los formatos de solicitud y el registro del tiraje de etiquetas con código de barras para médicos que prescriben psicotrópicos y estupefacientes autorizadas se encuentran en los archivos del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.
- Emisión de Etiquetas con Código de Barras.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1)/No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

_____ _____ _____

(14) SELLO **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO** **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

EMISIÓN DE ETIQUETAS CON CÓDIGO DE BARRAS

(1) UNIDAD APLICATIVA: **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS E INSUMOS PARA LA SALUD**	(2) FECHA:

(3) PERMISO ☐	(4) AVISO DE PERDIDA O ROBO ☐	(5) ACTUALIZACIÓN DE RECETARIOS ☐	(6) NUEVO ☐	(7) SUBSECUENTE ☐

(8) NOMBRE:	(9) EDAD:	(10) GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	(11) R.F.C.

(12) DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)	(13) C.P.

(14) TELÉFONO(INCLUYENDO CLAVE LADA):	(15) TELÉFONO CELULAR:	(16) CORREO ELECTRÓNICO:

(17) GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:	(18) No. CÉDULA PROFESIONAL:	(19) EXPEDIDA POR:

(20) ESPECIALIDAD:	(21) INSTITUCIÓN:

(22) No. DE ETIQUETAS ENTREGADAS: DEL FOLIO No._____ AL _____ CANTIDAD: _____	(23) No. R.U.P.

(24) SOLICITANTE	(25) ENTREGA
_____ NOMBRE, CARGO Y FIRMA	_____ NOMBRE, CARGO Y FIRMA

217B40000-017-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

EMISIÓN DE ETIQUETAS CON CÓDIGO DE BARRAS (217B40000-017-10)

OBJETIVO:

Llevar el control tanto de las solicitudes, como de la emisión y entrega de etiquetas con códigos de barra para los médicos que prescriben estupefacientes.

DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO:

El formato se genera en original y una copia. El original se integra al expediente y la copia se turna al Departamento de Registro y Control de Cuotas de Recuperación.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**UNIDAD APLICATIVA:**	Anotar el nombre del Departamento.
2	**FECHA:**	Anotar día, mes y año en que se realiza la solicitud.
3	**PERMISO**	Marcar con una "X" cuando se trate de un permiso del Médico por ausencia de funciones.
4	**AVISO DE PÉRDIDA O ROBO**	Marcar con una "X" cuando se trate de pérdida o robo de etiquetas.
5	**ACTUALIZACIÓN DE RECETARIOS**	Marcar con una "X" cuando el médico avise de cambios o actualizaciones en los recetarios.
6	**NUEVO**	Marcar con una "X" cuando se trate de un trámite nuevo.
7	**SUBSECUENTE**	Marcar con una "X" cuando se trate de un trámite subsecuente.
8	**NOMBRE:**	Anotar nombre(s), apellido paterno y materno del solicitante.
9	**EDAD:**	Registrar la edad del solicitante en años cumplidos.
10	**GÉNERO:**	Marcar con una "X" según corresponda.
11	**R.F.C.**	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes.
12	**DOMICILIO:**	Registrar calle, número, exterior e interior, colonia, localidad, municipio y estado del solicitante.
13	**C.P.**	Anotar el Código Postal.
14	**TELÉFONO:**	Anotar el número de teléfono del usuario incluyendo lada.
15	**TELÉFONO CELULAR:**	Anotar el número de teléfono celular del usuario.
16	**CORREO ELECTRÓNICO**	Anotar la cuenta de correo electrónico del usuario.
17	**GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS:**	Anotar al grado máximo de estudios del usuario.
18	**No. DE CÉDULA PROFESIONAL:**	Anotar al número de la cédula profesional del usuario.
19	**EXPEDIDA POR:**	Anotar la institución que otorgó el título profesional.
10	**ESPECIALIDAD:**	Registrar la Especialidad del usuario sólo en caso de tenerla.
21	**INSTITUCIÓN:**	Anotar la Institución que otorga la Especialidad.
22	**No. DE ETIQUETAS ENTREGADAS:**	Anotar el folio de las etiquetas entregadas del folio inicial al folio último y cantidad total.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
23	**No. R.U.P.**	Anotar el Número de Recibo Único de Pago.
24	**SOLICITANTE:**	Anotar Nombre, Cargo y Firma del Solicitante.
25	**ENTREGA:**	Anotar Nombre, Cargo y Firma de quien entrega.

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

OBJETIVO:

Garantizar la correcta integración de los expedientes para dictaminación, mediante el control en el seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra, que han de destinarse a alguna actividad comercial o de servicios o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado, que ingresan en las Subdirecciones de Regulación Sanitaria.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la recepción y seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra, para edificios o construcciones (excepto los de servicios de atención médica) o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado.

REFERENCIAS:

- **Código Administrativo del Estado de México**. Título Cuarto, Capítulo Primero, artículos 2.30, 2.46. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cinco, artículos 103, 104, 105 y 110. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.** Capítulo Diez, artículo 22, fracción I. Gaceta del Gobierno, 28 de enero de 2005.
- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, Artículo 18. Fracción XVI. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B41000 Dirección de Regulación Sanitaria, 217B40010-217B40027 Jurisdicción de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria, es la unidad administrativa responsable de la recepción y seguimiento de las solicitudes de autorización para el inicio de construcción u ocupación de obra para edificios o construcciones o licencias sanitarias para crematorios y panteones del sector privado de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir y revisar el listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios del sector privado.
- Enviar listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes al jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional de la Subdirección de Normatividad Sanitaria, para la emisión de dictámenes y permisos.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Informar al usuario de la documentación necesaria para la autorización sanitaria de inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios del sector privado.
- Entregar al usuario formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos y orientación para su llenado.
- Elaborar y entregar al usuario Guía de Pago de Cuota de Recuperación y registrar en sistema el trámite solicitado.
- Recibir y revisar la documentación necesaria para la integración de expediente.
- Integrar expediente, asignar número de entrada, registrar y entregar al usuario.
- Elaborar listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y entrega al Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para revisión y seguimiento.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una autoridad administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
LICENCIA: Es un contrato mediante el cual una persona recibe de otra el derecho de uso de varios de sus bienes, normalmente de carácter no tangible o intelectual, pudiendo darse a cambio del pago de un monto determinado por el uso de los mismos.
DICTAMEN: Es un Informe emitido por perito o profesional de una determinada materia sobre asunto sometido a su consideración.
CUOTA DE RECUPERACIÓN: Es el dinero que se pagará en la prestación de servicios a la población en lo no cubierto con subsidios, según como se establezca en el contrato de prestación de servicios que para el evento suscriba con la institución prestadora de servicios.

INSUMOS:

- Documentación: ficha de depósito, solicitud de dictamen, planos de obra, formatos de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra original y copia, Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos original y copia y, en su caso, carta poder.

RESULTADO:

- Listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes respectivos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Programación y Emisión de Órdenes de Visita a Establecimientos para los Verificadores Sanitarios.
- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria

POLÍTICAS:

- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional proporcionará la información y orientación necesaria a los usuarios a fin de que requisiten los formatos necesarios, pagos por concepto de cuotas de recuperación y documentos necesarios para la Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional informará a los usuarios que el pago por el servicio solicitado no implica la obligatoriedad en cuanto a la resolución favorable del trámite solicitado.
- Los pagos realizados por los usuarios, se harán exclusivamente ante la Institución Bancaria designada por el Departamento de Tesorería del ISEM.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Solicita en la Ventanilla Jurisdiccional de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria correspondiente, información respecto a la autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o de Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios del sector privado.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Informa al usuario de los documentos que deberá presentar y le entrega en original y copia el formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Solicitud de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos y la orientación para su llenado, asimismo, elabora y entrega al usuario Guía de Pago de Cuota de Recuperación y registra en sistema el trámite solicitado (relación de solicitudes).
3	Usuario	Recibe Información sobre la documentación requerida, formato de Solicitud de Autorización Sanitaria y Guía de Pago de Cuota de Recuperación. Requisita formato de Solicitud de Autorización Sanitaria, realiza el pago en institución bancaria presentando Guía de Pago y obtiene ficha de depósito con sello bancario, elabora solicitud de dictamen técnico, si no es el propietario, obtiene carta poder. Integra documentación requerida: ficha de depósito sellada, solicitud de dictamen técnico, planos de obra, formato de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra original y copia y, en su caso, carta poder, anexa los documentos a su solicitud y los presenta en la Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe documentación, elabora Recibo Único de Pago por la cantidad que ampara la ficha de depósito por servicio solicitado, en original y dos copias, entrega el original al usuario, anexa la primera copia a la ficha de depósito recibida y archiva provisionalmente al igual que la segunda copia. **Se conecta con el Procedimiento 09: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.

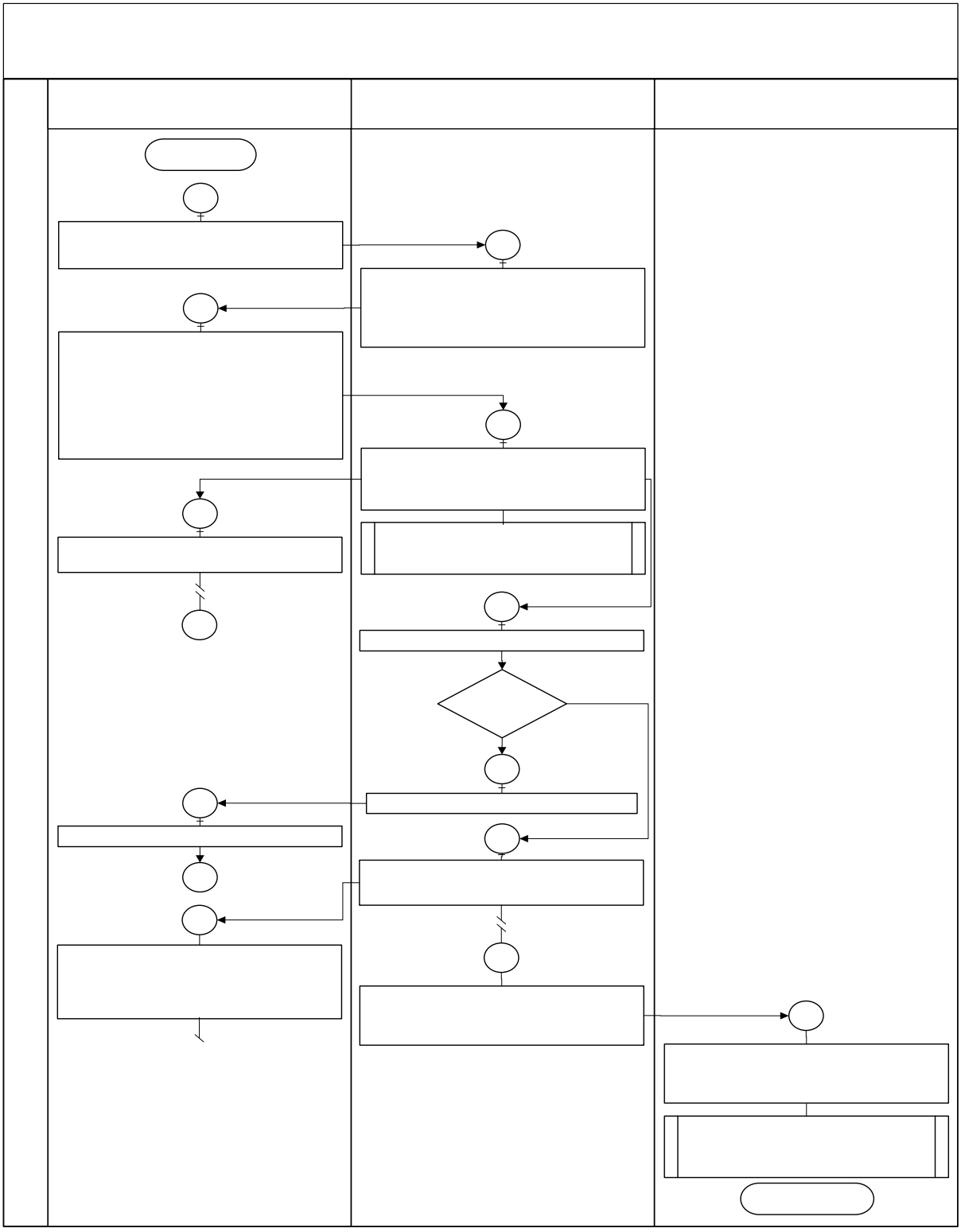
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
5	Usuario	Recibe Recibo Único de Pago original por la cantidad que ampara la ficha de depósito por servicio solicitado, resguarda y espera que revisen los documentos. **Se conecta con la operación No. 10.**
6	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Revisa los documentos, los integra y determina: **¿Se encuentra debidamente requisitado el formato de Solicitud de Autorización Sanitaria?**
7	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**No se encuentra debidamente requisitado el formato.** Devuelve formato al usuario para su corrección.
8	Usuario	Recibe formato de Solicitud de Autorización Sanitaria, realiza las correcciones y entrega. **Se conecta con la operación 4.**
9	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**Si se encuentra debidamente requisitado el formato.** Coloca sello oficial, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la Solicitud de Autorización, entrega las copias al usuario, integra expediente, asigna número de entrada, lo registra y lo entrega al usuario, archiva provisionalmente y espera que concluya el día.
10	Usuario	Recibe copias de los formatos de Solicitud de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra y Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos, copia del acuse del oficio de la solicitud de autorización, número de entrada de expediente con el que podrá solicitar información de su trámite, se retira, archiva copia de acuse de recibido del oficio y copias de los formatos.
11	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Al finalizar el día extrae los expedientes del archivo, elabora un listado de solicitudes de dictámenes técnicos de factibilidad para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y entrega al Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para su revisión, junto con los expedientes respectivos.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
12	Responsable de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y expedientes, revisa y envía al Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional de la Subdirección de Normatividad Sanitaria. Programa y emite orden de visita para verificador sanitario. **Se conecta con los procedimientos "Programación y Emisión de Órdenes de Visita a Establecimientos para los Verificadores Sanitarios", "Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra" y "Dictamen para la Expedición de Licencia Sanitaria para Crematorios y Panteones Privados".**

Diagramación:



INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México
Coordinación de Regulación Sanitaria

ISEM

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES EMPRESARIALES

SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE INICIO DE CONSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE OBRA

Para uso exclusivo de la Jurisdicción:	
No. ___1___ , en _____2_____, Méx.	Número de entrada 3 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Antes de llenar el formato en su totalidad, léalo completa y cuidadosamente.	DIA	MES	AÑO
1.- FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD. 4	|_|_|	|_|_|	|_|_|_|_|

2.- DATOS DEL PROPIETARIO DE LA CONSTRUCCION	5 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Registro Federal de Contribuyentes

6 Apellido paterno	6 Apellido materno	6 Nombre(s)
Sólo en el caso de que el propietario sea una persona física		
Sólo en el caso de que el propietario sea una persona moral		
7 Domicilio (Calle, número, y colonia)		
7 Localidad	7 Municipio	7 |_|_|_|_|_| Código Postal
7 Entidad Federativa	7 Teléfono	7 Fax

3.- DATOS DE LA OBRA		
8 Domicilio (Calle, número, y colonia)		
8 Localidad	8 Municipio	8 |_|_|_|_|_| Código Postal
8 Entidad Federativa	8 Teléfono	8 Fax
Entre qué calle y qué calle se encuentra la obra		

INICIO DE CONSTRUCCION			OCUPACIÓN DE OBRA		
(x)	DESTINO	SUPERFICIE M^2	(x)	DESTINO	SUPERFICIE M^2
	Fraccionamiento			Fraccionamiento	
9	Conjunto habitacional	10	9	Conjunto habitacional	11
	Edificio de departamentos			Edificio de departamentos	
	Club deportivo			Club deportivo	
	Edificio industrial			Edificio industrial	
	Edificio comercial			Edificio comercial	
	Bodega o almacén			Bodega o almacén	
	Otro uso			Otro uso	
	En el caso de edificio industrial, comercial de servicios u otro uso especifique	12		En el caso de edificio industrial, comercial de servicios u otro uso especifique	13
				No. de autorización de construcción:	
				Expedida con fecha:	14

(x)	CONCEPTO	SUPERFICIE M^2			15
	Obra Nueva		Perito		
16	Ampliación	17	Domicilio	18	
	Modificación		Ced. prof.	18	
	Reconstrucción		Ced. Perito	18	
	Regularización		Teléfono	18	
	Demolición			18	

19 Nombre y firma del solicitante	20 Nombre y firma del perito

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE INICIO DE CONSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE OBRA.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control de las Solicitudes de Autorización Sanitaria de Inicio de Construcción y Ocupación de Obra recibidas por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
2	en	Escribir el nombre del municipio al que corresponde la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
3	Número de Entrada	Anotar el número consecutivo o folio de la orden de visita de verificación asignada a la solicitud.
4	Fecha de presentación…	Registrar el día, mes y año en que se emite la orden de visita de verificación asignada a la solicitud.
5	Registro Federal de Contribuyentes	Anotar el RFC y homoclave del propietario de la construcción.
6	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	Escribir el nombre completo del propietario de la construcción.
7	Domicilio…	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, localidad, municipio, código postal, entidad federativa, teléfono y fax del propietario.
8	Domicilio…	Anotar el nombre de la calle, número, colonia, localidad, municipio, código postal, entidad federativa, teléfono y fax, y entre que calles se encuentra la obra.
9	(X)	Marcar con una "X" el tipo de construcción que se trata.
10	Superficie m²	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
11	Superficie m²	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
12	En el caso de edificio industrial…	Describir el uso para el que fue construido el edificio.
13	En el caso de edificio industrial…	Describir el uso para el que fue construido el edificio.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
14	No. de autorización de la construcción	Registrar el número de autorización correspondiente a la construcción.
15	Expedido en fecha:	Registrar el día, mes y año en que se emite la autorización.
16	(X)	Marcar con una "X" el tipo de concepto.
17	Superficie m²	Registrar la cantidad de metros cuadrados de la que consta la superficie del terreno.
18	Perito	Registrar el nombre completo, domicilio, cédula profesional, cédula de perito, y teléfono del perito.
19	Nombre y firma	Asentar el nombre completo y firma de la persona solicitante de la autorización sanitaria.
20	Nombre y firma	Asentar el nombre completo y firma del perito que realiza el registro.

Gobierno del Estado de México
Instituto de Salud del Estado de México
Dirección de Regulación Sanitaria

ISEM

REGISTRO ESTATAL DE TRAMITES EMPRESARIALES

SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA POR APERTURA O ACTUALIZACION DE DATOS

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No. _(1)_ , en _____(1)_____, Méx.	**Número de entrada** |__|__|__|__|(2)|__|__|__|__|
	Firma de Recepción (3)

I M P O R T A N T E

De conformidad con la Ley General de Salud y del Código Administrativo del Estado de México, sólo requieren de autorización sanitaria para su funcionamiento los establecimientos dedicados a cualquiera de las actividades enumeradas en el reverso de este formato, asimismo, sólo requiere de revalidación el permiso para el comercio de alimentos y bebidas en la vía pública.

Antes de llenar el formato en su totalidad, léalo completa y cuidadosamente.	**DIA**	**MES**	**AÑO**
1.- FECHA DE PRESENTACION DE LA SOLICITUD.(4)	|__|__|	|__|__|	|__|__|

2.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO (5) |__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__||__|__|__|

Registro Federal de Contribuyentes

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA FISICA:
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____

SOLO EN CASO DE QUE EL PROPIETARIO SEA UNA PERSONA MORAL:
DENOMINACION_____
DOMICILIO (Calle, No. y Colonia)_____
Localidad, Mpio. Código Postal _____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax_____

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO (6) |__|__|__|__|__|__|__| **Número de control**

|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__||__|__|__| **Registro Federal de Contribuyentes**

	DIA	**MES**	**AÑO**
	|__|__|	|__|__|	|__|__|

Denominación o razón social del establecimiento | INICIO DE OPERACIONES

Domicilio (Calle, No. Colonia) _____
Localidad, Mpio. Código Postal_____
Entidad Federativa, Teléfono, Fax._____
Entre qué calles se encuentra el establecimiento_____

4.- DESCRIPCION DEL GIRO O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICARA EL ESTABLECIMIENTO (7)
(Elegir del reverso y escribirlo en los renglones siguientes)

5.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA (8)

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____
FIRMA_____

217B40000-TE-001

EN CASO DE ACTUALIZACION DE DATOS, REQUISITAR EL REVERSO DEL FORMATO

6.-DATOS QUE SE ACTUALIZAN (9)

Marque con una X en el paréntesis correspondiente si se harán cambios respecto del propietario o del establecimiento y señale en qué consisten.

( ) NOMBRE O RAZON SOCIAL
( ) DOMICILIO, TELEFONO, FAX
( ) GIRO O ACTIVIDAD
( ) PERSONAS AUTORIZADAS
( ) RESPONSABLE LEGAL
( ) R.F.C.

DICE	DEBE DECIR

7.- SIN CAMBIOS (10)

En caso de que no se realicen cambios, señale el tipo de trámite a realizar.

( ) REVALIDACION SOLO PARA COMERCIO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN VIA PUBLICA.
( ) REPOSICION POR PERDIDA, DESTRUCCION O MAL ESTADO.
( ) BAJA O CANCELACION.

8.- DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE ACTUALIZACION (11)

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)_____
CARACTER CON QUE LA PRESENTA_____
FIRMA_____

ELIJA DE LA SIGUIENTE RELACION EL GIRO QUE CORRESPONDE AL QUE QUIERE SOLICITAR Y ESCRIBALO EN EL PUNTO 4 DEL ANVERSO DE ESTE FORMATO.

Alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, comercio de

Panteones con servicio de horno crematorio

Panteones sin servicio de horno crematorio

Servicio de horno crematorio

REQUISITOS: En caso de alimentos y bebidas no alcohólicas en vía pública, deberá presentar original y copia de la Licencia Municipal vigente, solicitud de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) y constancia de capacitación en el manejo higiénico de los alimentos.

Si la actividad que pretende desarrollar no se encuentra en el listado anterior, no requiere de autorización sanitaria para su funcionamiento, por lo tanto sólo deberá presentar aviso de inicio de operaciones.

NOTA IMPORTANTE: <u>Este documento no es autorización sanitaria</u>; la tramitación y expedición son gratuitos.

Reverso del formato

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA POR APERTURA O ACTUALIZACIÓN DE DATOS.

Objetivo: Registrar y llevar a cabo un control de las Solicitudes de Autorización Sanitaria por Apertura o Actualización de Datos recibidas por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y la copia como acuse del usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**JURISDICCIÓN DE REGULACION SANITARIA NO._____EN_____**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
2	**NÚMERO DE ENTRADA**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote el número que se le asigna al documento, al momento abrir el expediente.
3	**FIRMA DE RECEPCIÓN**	Espacio reservado para que el personal de la Ventanilla anote su firma.
4	**FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD**	Anotar el día, mes y año en que se requisita el formato de solicitud.
5	**DATOS DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO**	Anotar los datos personales del solicitante (Registro Federal de Contribuyentes, nombre completo, domicilio particular y teléfono) o, en su caso, los datos de identificación si se trata de persona moral.
6	**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**	Especificar los datos de identificación del establecimiento que se solicitan.
7	**DESCRIPCION DEL GIRO O ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICARA EL ESTABLECIMIENTO**	Anotar el servicio o actividad que se desea proporcionar en el establecimiento. (Ver reverso del formato).
8	**DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA**	Anotar el nombre completo de la persona que realiza el trámite, en caso de ser representante legal, deberá presentar Carta Poder.
9	**DATOS QUE SE ACTUALIZAN**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda y especificar en que consiste el cambio.
10	**SIN CAMBIOS**	Marcar con una "X" el tipo de trámite que se solicita.
11	**DATOS DE QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN**	Anotar los datos personales de quien realiza el trámite y el papel que desempeña, en caso de ser representante legal, deberá presentar Carta Poder.

PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencia Sanitaria para Crematorios y Panteones Privados.

OBJETIVO:

Garantizar el cumplimiento de la normatividad en materia de regulación sanitaria de las construcciones e instalaciones a las que se les otorgue permiso y licencia sanitaria, mediante la emisión de dictámenes técnicos de factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra y expedición de Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional responsables de la emisión de dictamen técnico de factibilidad y permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de licencias sanitarias para crematorios y panteones privados.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cinco, artículos 103, 104, 105 y 110. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México**. Título Cuarto, Capítulo Primero, artículos 2.30, 2.46. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.** Capítulo Diez, artículo 22, fracción I. Gaceta del Gobierno, 28 de enero de 2005.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, Artículos 18. Fracción XVI. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa**,** 217B41102 Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable de la coordinación y supervisión de actividades relacionadas con la emisión de dictamen técnico de factibilidad y permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de licencias sanitarias para crematorios y panteones privados de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir expedientes, revisarlos, corroborar que cumplan con la normatividad sanitaria y firmar los oficios de dictamen favorable y Permisos de Inicio de Construcción, de Ocupación de Obra o la Licencia Sanitaria correspondiente.

- Firmar los oficios de dictamen de negación cuando el expediente justifica la no procedencia de la solicitud ya que no se cumple con los requisitos sanitarios.

El Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional deberá:

- Recibir Actas de verificación, los expedientes y relación de las Solicitudes de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra o Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados, revisar la documentación integrada de cada expediente y determinar el tipo de solicitudes.
- Revisar planos y documentación del expediente y determinar la procedencia de las solicitudes de autorización para inicio de construcción.
- Elaborar formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas.
- Elaborar oficio informando al usuario las correcciones a realizar en el plazo estipulado.
- Elaborar formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad, así como Permiso de Inicio de Construcción mediante el cual se autoriza el inicio de construcción, integrar al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional, para su firma.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad, así como Permiso de Ocupación de Obra, mediante el cual se autoriza la ocupación de la obra, integrar al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y permiso.
- Elaborar oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia y Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios en formato normado y foliado, los integra al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y Licencia Sanitaria.

DEFINICIONES:

DICTAMEN TÉCNICO: Es una valoración técnico-jurídica elaborada y emitida con base en la información, documentación o elementos que existan en el expediente y a los resultados que de la verificación sanitaria resulten.

INSUMOS:

- Listado de Solicitudes de Autorización para Inicio de Construcción, Ocupación de Obra o Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados con los expedientes respectivos.

RESULTADO:

- Dictamen Técnico de Factibilidad, Permiso para inicio de construcción u ocupación de obra y expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
- Procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva.
- Calificación de Actas de Verificación y Emisión de Citatorios.

POLÍTICAS:

- No aplica.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto en Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene de los procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva y procedimiento Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
1	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	Recibe Actas de Verificación, las integra en expedientes y archiva; el listado de solicitudes de autorización para inicio de construcción u ocupación de obra y licencias para crematorios y panteones privados y expedientes de cada solicitud, retiene listado, revisa y determina: **¿Qué tipo de Solicitud es?**
2	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra**. Revisa cada expediente, los planos y demás documentación y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**
3	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la Información o no da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas, otorgando al usuario un plazo para corrección no mayor a 30 días a partir de su recepción. Elabora oficio en original y copia como acuse de recibo, mediante el cual informa al usuario las correcciones a realizar en el plazo estipulado, integra el acuerdo y oficio al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional para su firma. **Se conecta a la operación No. 11.**
4	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la Información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable. Instruye la elaboración de oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia, así como Permiso de Inicio de Construcción en original y copia, mediante el cual se autoriza el inicio de construcción, los integra al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional, para su firma. **Se conecta a la operación No. 11.**

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto en Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
5	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es una Solicitud de Autorización para Ocupación de Obra**. Extrae del archivo expediente, revisa Acta de Verificación generada y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**
6	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la Información o no da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas y plazo para corrección. Elabora oficio en original y copia informando al usuario que deberá realizar las correcciones señaladas. Integra el oficio al expediente y lo envía al Jefe Jurisdiccional para su firma y notificación. **Se conecta a la operación No. 11.**
7	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la Información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación, para dictamen favorable. Elabora oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad en original y copia, así como Permiso de Ocupación de Obra en original y copia, mediante el cual se autoriza la ocupación de la obra, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio y permiso. **Se conecta a la operación No. 11.**
8	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Es una Solicitud de Licencia Sanitaria para Crematorios o Panteones Privados.** Extrae del archivo expediente, revisa el Acta de Verificación generada en la visita sanitaria realizada por los verificadores de la Jurisdicción Sanitaria y determina: **¿Es correcta la información y cumple con la normatividad Sanitaria?**

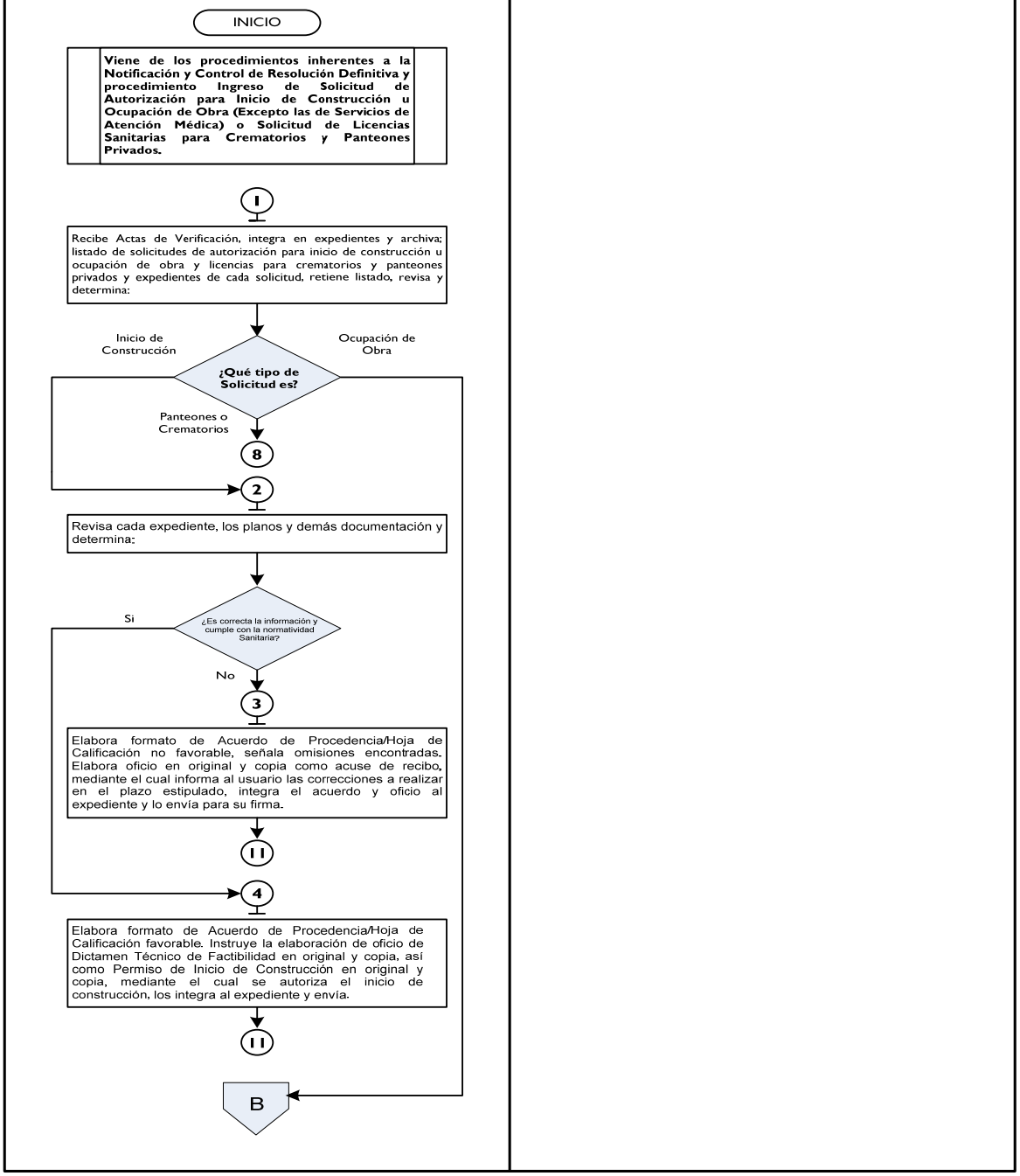
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 03: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto en Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.

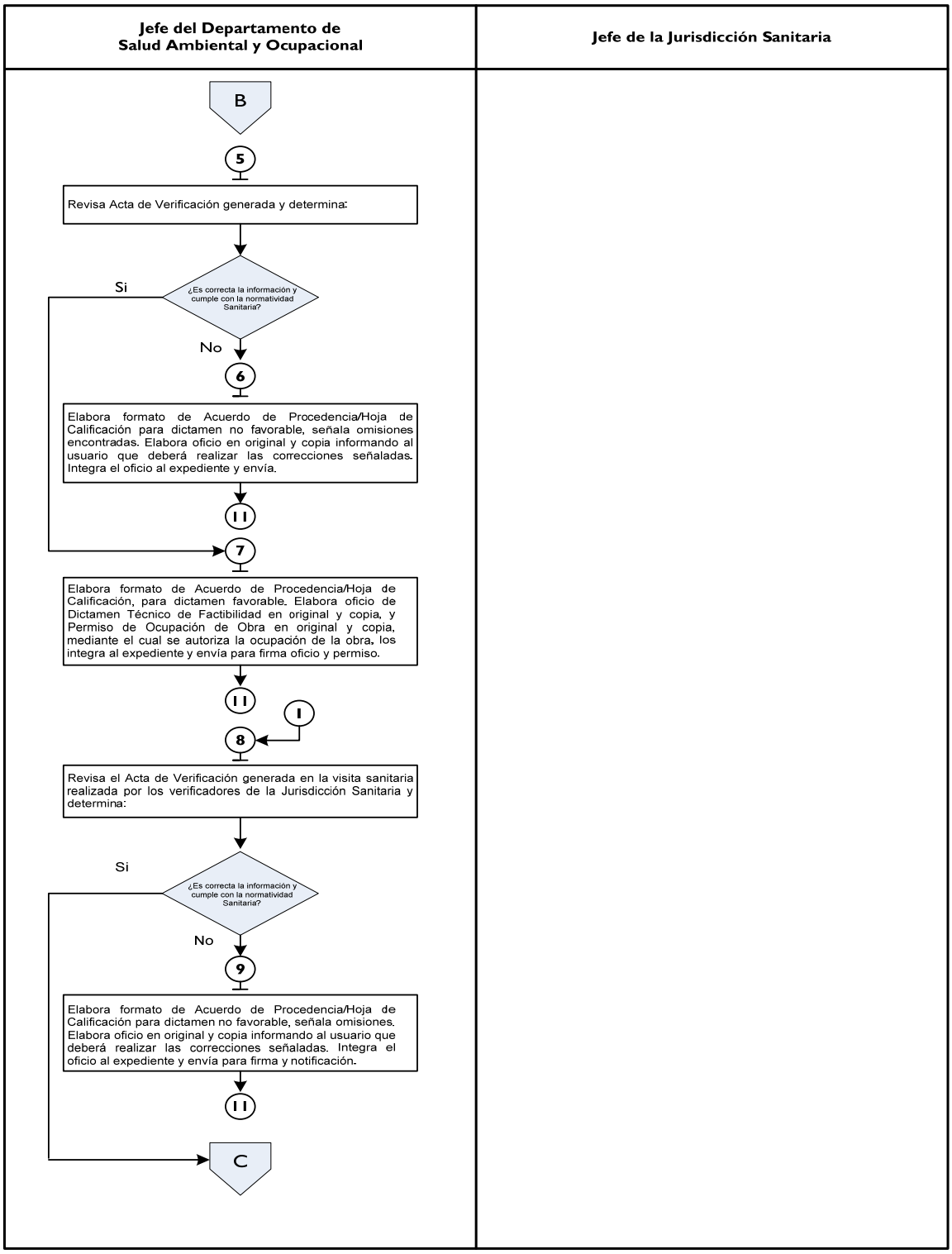
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
9	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**No es correcta la información y no cumple con la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen no favorable, señalando omisiones encontradas y plazo para la corrección de deficiencias. Elabora oficio en original y copia informando al usuario que deberá realizar las correcciones señaladas. Integra el oficio al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para su firma y notificación. **Se conecta a la operación No. 11.**
10	Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional	**Si es correcta la información y da cumplimiento a la normatividad sanitaria.** Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable. Elabora oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad original y copia y Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios en formato normado y foliado, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma de oficio y Licencia Sanitaria.
11	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes, revisa, y firma los oficios de dictamen favorable y Permisos de Inicio de Construcción, de Ocupación de Obra o la Licencia Sanitaria correspondiente. Si el expediente justifica la no procedencia de la solicitud ya que no se cumple con los requisitos sanitarios, firma los oficios de dictamen de negación. Archiva expediente, programa la notificación y entrega de los oficios, dictámenes procedentes e improcedentes, permisos y licencias. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva.**

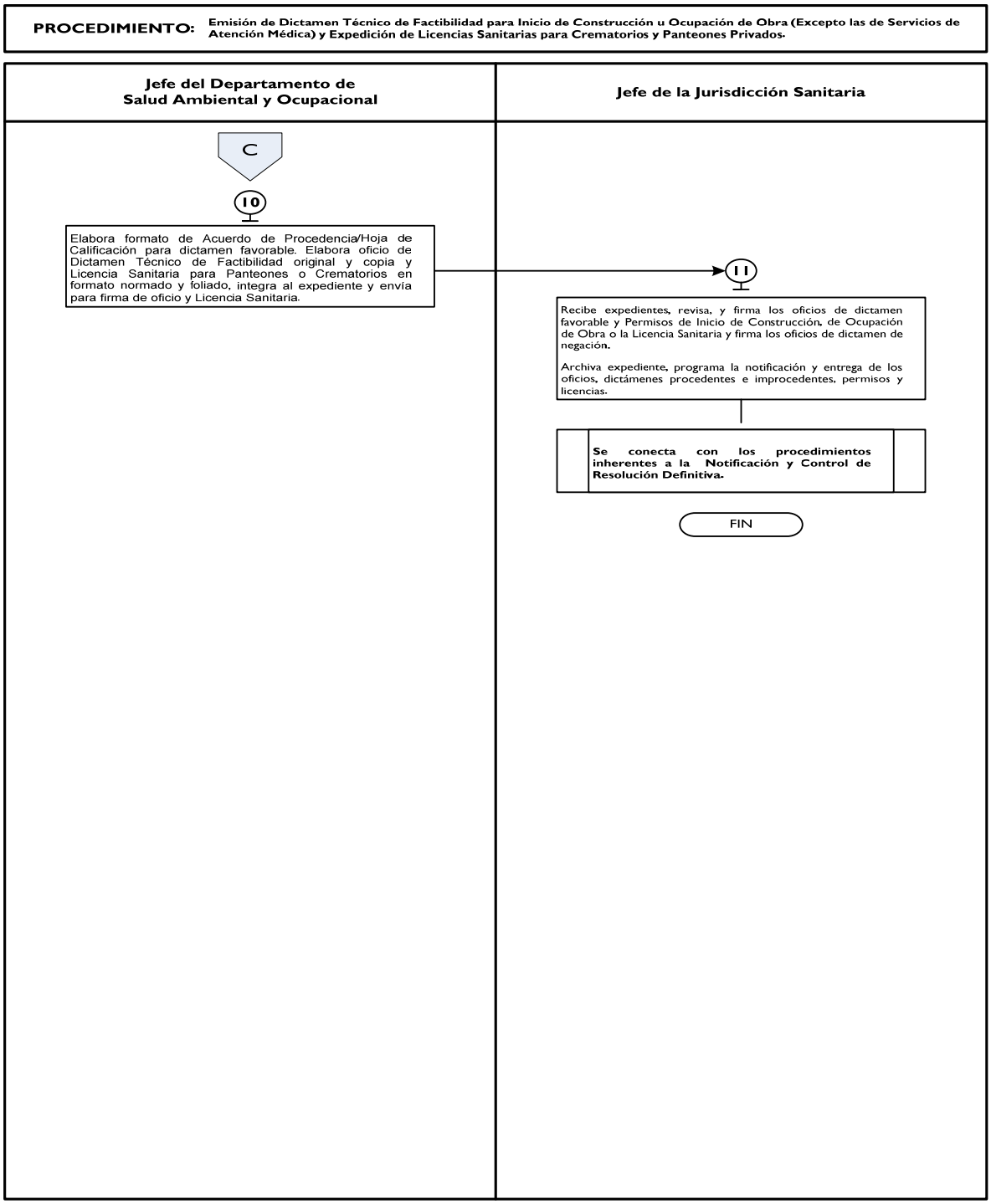
Diagramación:

PROCEDIMIENTO: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.



PROCEDIMIENTO: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.




PROCEDIMIENTO: Emisión de Dictamen Técnico de Factibilidad para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) y Expedición de Licencias Sanitarias para Crematorios y Panteones Privados.
Jefe del Departamento de Salud Ambiental y Ocupacional
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria
C
10
Elabora formato de Acuerdo de Procedencia/Hoja de Calificación para dictamen favorable. Elabora oficio de Dictamen Técnico de Factibilidad original y copia y Licencia Sanitaria para Panteones o Crematorios en formato normado y foliado, integra al expediente y envía para firma de oficio y Licencia Sanitaria.
11
Recibe expedientes, revisa, y firma los oficios de dictamen favorable y Permisos de Inicio de Construcción, de Ocupación de Obra o la Licencia Sanitaria y firma los oficios de dictamen de negación.
Archiva expediente, programa la notificación y entrega de los oficios, dictámenes procedentes e improcedentes, permisos y licencias.
Se conecta con los procedimientos inherentes a la Notificación y Control de Resolución Definitiva.
FIN

MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la valoración técnico-jurídica de los expedientes, para la emisión de dictámenes técnicos de factibilidad, permisos y licencias sanitarias:

$$\frac{\text{Número mensual de dictámenes favorables, permisos y licencias sanitarias a las solicitudes de autorización de inicio de construcción u ocupación de obra o licencia sanitaria para crematorios y panteones privados, emitidos.}}{\text{Número mensual de expedientes de solicitudes de autorización de inicio de construcción u ocupación de obra o licencia sanitaria para crematorios y panteones privados recibidos.}} \times 100 = \text{\% de emisión de dictámenes técnicos de factibilidad, permisos y licencias sanitarias.}$$

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Las solicitudes de dictámenes técnicos de factibilidad para inicio de construcción, ocupación de obra o de licencia sanitaria para panteones o crematorios y los dictámenes técnicos aprobados se encuentran en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Acuerdo de Procedencia / Hoja de Calificación.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

ACUERDO DE PROCEDENCIA/HOJA DE CALIFICACION	**No. (1)**

JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No. ____(2)_____ , de _____(3)_____, México.

Vistas las constancias que integran el expediente número _____(4)_____ , abierto con motivo del Acta de Verificación número _____(5)_____ , instrumentada el _(6)___ de _____(6)_____ del año _____(6)_____.

R E S U L T A N D O

1. Que mediante Orden de Visita de Verificación número _____(7)_____ ,de fecha _____(8)_____ de _____(8)_____ del año _____(8)_____ , debidamente fundada y motivada, El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria N°. _(9)__ , en pleno uso de las facultades delegadas, ordenó la práctica de la Visita de Verificación al establecimiento con giro de _____(10)_____ _____ , ubicado en el No. ___(11)_____ de la calle de _____(11)_____ , Colonia _____ , de la localidad de _____(11)_____, en el Municipio de _____(11)_____ C.P. _____(11)_____ , propiedad del C. _____(12)_____ .
2. Que con fecha _____(13)_____ de _____(13)_____ del año _____(13)_____ , en cumplimiento de la Orden de Visita de Verificación a que se refiere el resultando anterior, el C. Verificador Sanitario _____(14)_____ se constituyó en el establecimiento señalado, entendiendo la diligencia con el C. _____(15)_____ , en su carácter de _____(16)_____ , a quien le hizo saber sus derechos y obligaciones en relación con el acto de la visita y habiendo designado _____(17)_____ a los testigos de asistencia, levantando el Acta de Verificación debidamente circunstanciada que abrió el expediente en comento, y que el Verificador Sanitario entregó a éste el original de la Orden de Visita y copia legible de la misma Acta, se emite el siguiente:

A C U E R D O

PRIMERO.- Con fundamento en los Artículos 4° Párrafo Tercero, 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3°, 4° Fracción IV, 13 Apartado B, 393 de la Ley General de Salud; 1.2; 1.4; 2.3; 2.4; 2.5; 2.18; 2.30; 2.48; 2.49; 2.51 del Código Administrativo del Estado de México; 132 Fracción III, 114 y 140 del Código de Procedimientos Administrativos del Estado de México; Cláusulas Primera, Cuarta, Sexta, Séptima y Décima del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización del Ejercicio de las Funciones de Control y Regulación Sanitarios en la Entidad, publicado en la Gaceta del Gobierno del 18 de marzo de 1987, Acuerdo Específico de Coordinación para el ejercicio de las facultades en materia de control y fomento sanitarios, que celebran la Secretaría de Salud, con la participación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Estado de México. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre del 2004, Así como los relativos y aplicables del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México. Publicado en Gaceta del Gobierno del 1° de marzo de 2005, esta Oficina es competente para conocer del presente procedimiento administrativo.

SEGUNDO.- Se determina procedente el Acta de Verificación analizada, toda vez que se cumplió con los requisitos esenciales del procedimiento.

TERCERO.- Califíquese la referida Acta de Verificación con base en las disposiciones legales aplicables, a efecto de determinar si procede iniciar procedimiento administrativo.

El presente Acuerdo se dicta en la Ciudad de _____(18)_____, México, a _____(19)_____ de _____(19)_____del año_____(19)_____.

HOJA DE CALIFICACION

Como resultado de la visita de verificación, se consignan las siguientes irregularidades: _____(20)_____

1_____

2_____

3_____

4_____

5_____

6_____

7_____

8_____

9_____

10_____

Mismas que, en forma concreta, se encuadran en los siguientes preceptos violados: _____(21)_____

1_____

2_____

3_____

4_____

5_____

6_____

7_____

8_____

9_____

10_____

Conductas que se encuentran sancionadas por los Artículos: (22)

1_____

2_____

3_____

4_____

5_____

6_____

7_____

8_____

9_____

10_____

Con sanciones administrativas consistentes en:

(23)_____

_____

_____

Con base en lo expuesto y fundado, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 432 de la Ley General de Salud, 114 y 129 del Código de Procedimientos Administrativos esta autoridad: (24)

ACUERDA

☐ No iniciar procedimiento jurídico administrativo y archivar el expediente como asunto concluido. (24)	☐ Dar inicio al procedimiento Jurídico Administrativo citando al propietario o representante legal a efecto de preservar su garantía de audiencia.(24)

ASI LO ACORDO Y FIRMA

EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No.__(25)__

NOMBRE Y FIRMA (26)

_____

c.c.p. Expediente.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

ACUERDO DE PROCEDENCIA / HOJA DE CALIFICACIÓN.

Objetivo:

Realizar una correcta calificación de los establecimientos visitados por los Verificadores Sanitarios.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se entrega al representante legal o propietario del establecimiento y la copia se encuentra resguardada en los archivos del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria correspondiente.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No.	Anotar el número consecutivo correspondiente al acuerdo, de conformidad con el control de los mismos.
2	Jurisdicción de Regulación Sanitaria No.	Anotar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
3	de	Registrar el nombre completo de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que elabora el acuerdo.
4	Expediente número	Anotar el número de expediente del asunto correspondiente.
5	Acta de verificación número	Anotar el número de acta de verificación generada de la visita.
6	Instrumentada el	Registrar la fecha (día, mes y año) en que se llevó a cabo la visita.
7	Orden de visita número	Anotar el número de la Orden de Visita.
8	De fecha	Registrar la fecha en que se emitió la Orden de Visita.
9	Regulación Sanitaria No.	Indicar el número de la Jurisdicción Sanitaria correspondiente.
10	Con giro de	Anotar el giro al que pertenece el establecimiento.
11	Ubicado en el No.	Anotar el domicilio donde se ubica el establecimiento.
12	Del C.	Registrar el nombre completo del propietario.
13	Que con fecha	Anotar la fecha en que se realiza la visita de verificación.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
14	El C. Verificador Sanitario	Anotar el nombre completo del verificador sanitario.
15	El C.	Escribir el nombre completo de quien atiende la visita.
16	En su carácter de	Describir el puesto o cargo de quien atiende la visita.
17	Habiendo designado	Registrar el nombre de las personas que fungen como testigos en la visita.
18	En la Ciudad de	Anotar el nombre de la ciudad en que se lleva a cabo el acuerdo.
19	a	Registrar la fecha en que se realiza el acuerdo, día, mes y año.
20	Las siguientes irregularidades:	Describir cada una de las irregularidades detectadas durante la visita de verificación.
21	Preceptos violados	Describir cada uno de los preceptos legales que fueron violados con las acciones detectadas durante la visita.
22	Por los artículos:	Mencionar los artículos infringidos por las conductas y actividades detectadas durante la visita.
23	Consistentes en	Describir las sanciones a las que se hizo acreedor el dueño del establecimiento.
24	Esta autoridad	Marcar con una "X" la acción a tomar por acuerdo.
25	Regulación Sanitaria No.	Registrar el número de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
26	Nombre y Firma	Sentar el nombre completo y firma del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

OBJETIVO:

Promover y garantizar las mejores condiciones sanitarias de los establecimientos fijos que realizan la comercialización de alimentos y bebidas, mediante la expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la expedición de certificados de superiores condiciones y prácticas sanitarias y/o buenas condiciones y prácticas sanitarias a establecimientos que realizan la comercialización de alimentos y bebidas.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Segundo, Capítulo Primero, artículos 72 y 74. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículos 19 y 20. Capítulo Séptimo, Artículo 21. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Coordinación de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades realizadas en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria para la expedición de certificados de superiores condiciones y prácticas sanitarias o buenas condiciones y prácticas sanitarias, de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Coordinador de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar los expedientes y firmar los certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias.
- Devolver expedientes que contienen los certificados firmados a la Jurisdicción correspondiente.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar y verificar que existan los documentos que soportan la emisión de certificados para establecimientos o las condiciones para la firma del oficio de notificación.

- Firmar oficios de envío de certificados u oficios de notificación a usuarios, anexar a los expedientes respectivos y turnar al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
- Registrar los expedientes y certificados firmados en sistema y programar su entrega.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Analizar el tipo de establecimiento que solicita certificación y determinar a que oficina se envía para su atención.
- Registrar en sistema y enviar al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios o al Jefe de la Oficina de Servicios e Insumos para la Salud de la Dirección de Regulación Sanitaria.
- Registrar los oficios de envío de certificados, oficios de notificación a los usuarios y expedientes con sus respectivos certificados en sistema y turnarlos al Coordinador de Regulación Sanitaria para firma de certificados.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria deberá:

- Programar la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruir al personal operativo de campo, asentar en reporte de fomento el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se hayan detectado.
- Revisar los resultados de la visita de fomento sanitario y determinar la existencia de deficiencias en los resultados en la visita de fomento sanitario.
- Elaborar Certificado de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias e integrarlo al expediente que extrae de su archivo.
- Preparar oficio para el envío de certificados a firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexar a expedientes de establecimientos y enviar para validación al Jefe Jurisdiccional.
- Elaborar oficio dirigido al usuario informando de la visita de constatación y corrección para la obtención del certificado solicitado, integrarlo al expediente del establecimiento y turnar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.

El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud deberá:

- Programar la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruir al personal operativo de campo, asentar en reporte de fomento el plazo que se concede al particular para que subsane las posibles deficiencias que se hayan detectado.
- Revisar los resultados de la visita de fomento sanitario y determinar la existencia de deficiencias en los resultados.
- Elaborar Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias e integrarlo al expediente del establecimiento.

- Preparar oficio para el envío de los Certificados a firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexar a los expedientes de los establecimientos y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.
- Elaborar oficio dirigido al usuario en el cual se informa de la visita de constatación y corrección para la obtención del certificado solicitado, integrar al expediente del establecimiento y turnar al Jefe Jurisdiccional para firma del oficio.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Elaborar y proporcionar al usuario guía de pago de cuota de recuperación.
- Requisitar recibo único de pago y entregar el original al usuario, anexar la ficha de depósito a la primera y segunda copias del recibo e integrar a su expediente.
- Enviar expediente al Responsable de la Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria

El Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario deberá:

- Presentarse en el establecimiento y proporcionar la capacitación.
- Calificar reactivos de evaluación presentados.
- Integrar el expediente del establecimiento y enviar al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios o al Jefe de la Oficina de Servicios e Insumos para la Salud.

DEFINICIONES:

LAS SUPERIORES CONDICIONES Y PRÁCTICAS SANITARIAS: Son aquellas que aplican a establecimientos fijos en donde se realiza la comercialización de alimentos y bebidas y cuya plantilla de personal contratado es igual o mayor a diez personas.

LAS BUENAS CONDICIONES Y PRÁCTICAS SANITARIAS: Son aquellas que aplican a establecimientos fijos en donde se realiza la comercialización de alimentos y bebidas cuya plantilla de personal contratado es menor a diez personas y mayor a tres; así como en giros materia de salubridad local (hospedaje, peluquerías, salones de belleza y similares; centros de reunión públicos y de espectáculos) y las instituciones educativas de cualquier nivel, incluyendo a las guarderías.

INSUMOS:

- Solicitud de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

RESULTADO:

- Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias para programación de entrega al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimiento inherente a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.

POLÍTICAS

- El usuario deberá realizar el pago mediante guía de pago de cuota de recuperación y presentar ficha de depósito con sello bancario e iniciar el análisis de condiciones en su establecimiento, de acuerdo con la guía de autorrevisión, proporcionada por el responsable de Ventanilla Jurisdiccional.
- Para el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, el Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria solicitará al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios, programar la capacitación al personal del establecimiento y visita de fomento sanitario.
- Para el otorgamiento de Certificados de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, el Responsable del Área de de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria solicitará al Jefe de Oficina de Servicios e Insumos para la Salud, programar la capacitación a personal del establecimiento y visita de fomento sanitario para giros relacionados con instituciones educativas incluyendo guarderías.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Solicita mediante escrito el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias y entrega original y copia en la Ventanilla Jurisdiccional.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe original y copia del escrito de solicitud de otorgamiento de Certificación de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias, acusa de recibo en la copia y devuelve, revisa, archiva provisionalmente el original, elabora y proporciona al usuario la guía de pago de cuota de recuperación en original.
3	Usuario	Recibe acuse de recibo y guía de pago de cuota de recuperación en original, archiva acuse, presenta guía de pago en el banco, realiza el pago, obtiene ficha de depósito sellada y la entrega al responsable de Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe ficha de depósito sellada, requisita recibo único de pago en original y dos copias, entrega el original al usuario junto con la guía de autorrevisión, anexa la ficha de depósito con la primera y segunda copia del recibo, extrae del archivo la solicitud, integra expediente y retiene. Al término del día envía expediente al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
5	Usuario	Recibe original del recibo único de pago y guía de autorrevisión, realiza autorrevisión en su establecimiento conforme a la guía y, en su caso, realiza los ajustes necesarios, previo a la capacitación y visita de fomento sanitario, resguarda el recibo y archiva guía de autorrevisión.
6	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.	Recibe expediente, analiza el tipo de establecimiento que solicita certificación y determina: **¿El establecimiento tiene plantilla de personal mayor o menor a diez personas?**

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
7	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**Es establecimiento con plantilla de personal mayor a diez personas.** Registra en sistema y turna expediente al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.
8	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	Recibe expediente, programa la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruye al personal operativo de campo realizar la visita y asentar en el reporte de fomento, el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se detecten durante la visita. Entrega expediente al verificador sanitario.
9	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe expediente e instrucción, realiza visita de fomento sanitario al establecimiento y proporciona la capacitación. Al concluir la capacitación, califica los reactivos del reporte de fomento, lo integra al expediente del establecimiento y lo envía al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.
10	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	Recibe el expediente, revisa los resultados de la visita de fomento sanitario y determina: **¿Existen deficiencias en los resultados en la visita de fomento sanitario?**
11	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**No existen deficiencias.** Elabora "Certificado de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias" lo integra al expediente que extrae de su archivo. Prepara oficio para el envío de los certificados, obtiene firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexa oficio original a expedientes de establecimientos y envía para validación al Jefe Jurisdiccional, archiva copia de acuse previa firma de recibido. **Se conecta con la operación número 20.**
12	Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**Si existen deficiencias.** Elabora oficio en original y copia dirigido al usuario en el que se le informa de la próxima visita que se realizará para constatar la corrección y, en su caso, emitir el certificado solicitado, integra oficio al expediente del establecimiento y lo turna al Jefe Jurisdiccional para firma. **Se conecta con la operación número 20.**

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
13	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	**Es establecimiento con plantilla de personal menor a diez personas.** Registra en sistema y envía expediente al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.
14	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe expediente, programa la capacitación y visitas de fomento sanitario e instruye al personal operativo de campo realizar la visita y asentar en el reporte de fomento el plazo que se concede al usuario para que subsane las posibles deficiencias que se detecten durante la visita. Entrega expediente al verificador sanitario.
15	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe expediente e instrucción, realiza visita de fomento sanitario al establecimiento y proporciona la capacitación. Al concluir la capacitación, califica los reactivos del reporte de fomento, lo integra al expediente del establecimiento y lo envía al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.
16	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	Recibe el expediente, revisa los resultados de la visita de fomento sanitario y determina: **¿Existen deficiencias en los resultados de la visita de fomento sanitario?**
17	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**No existen deficiencias.** Elabora "Certificado de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias" y lo integra al expediente del establecimiento que extrae de su archivo. Prepara oficio para el envío de los certificados, obtiene firma del Coordinador de Regulación Sanitaria, anexa oficio original a expedientes de establecimientos y envía para validación al Jefe Jurisdiccional, archiva copia de acuse previa firma de recibido. **Se conecta con la operación número 20.**
18	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud	**Si existen deficiencias.** Elabora oficio en original y copia dirigido al usuario en el que se le informa de la próxima visita que se realizará para constatar la corrección y, en su caso, emitir el certificado solicitado, integra oficio al expediente del establecimiento y lo turna al Jefe Jurisdiccional para firma.

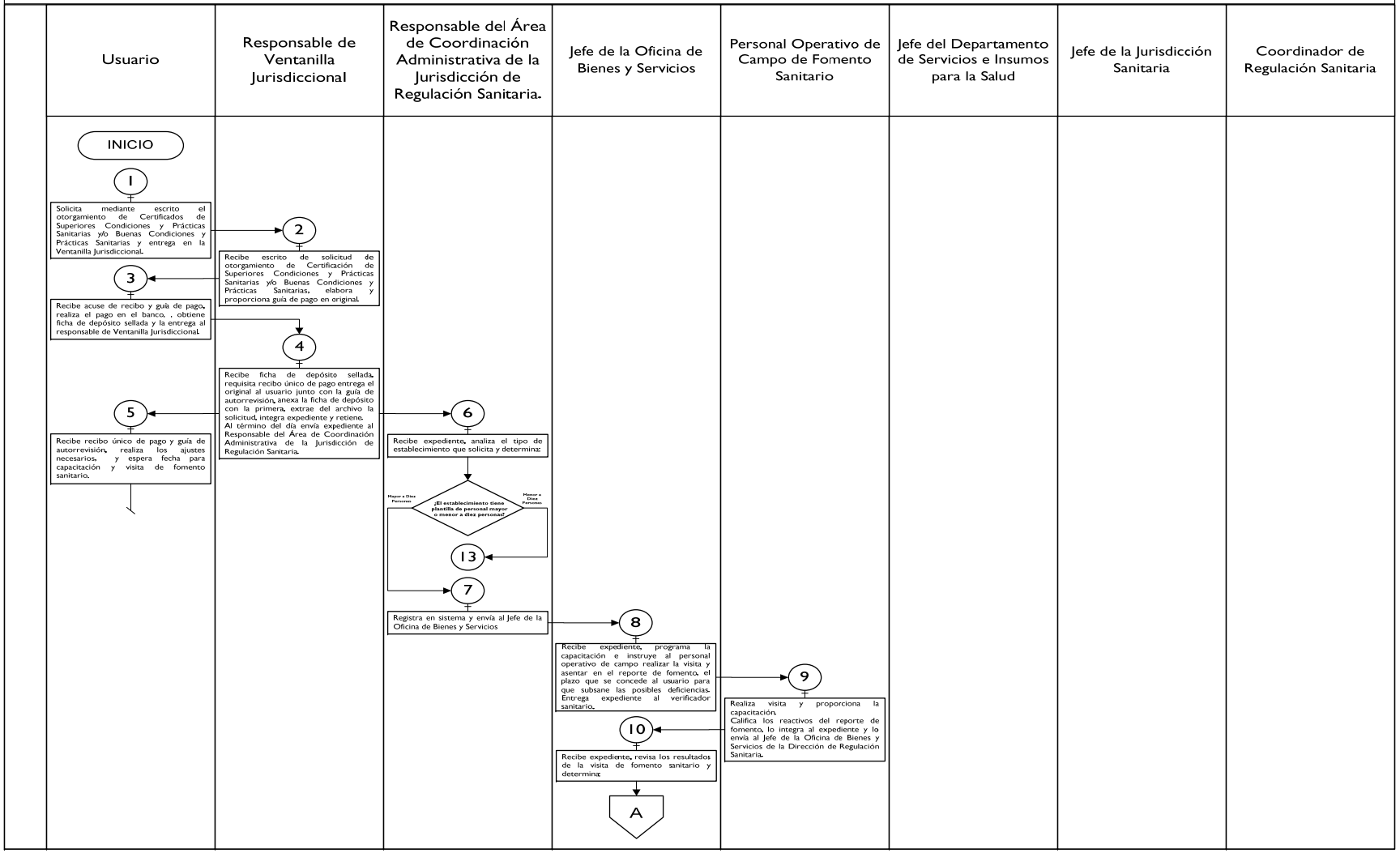
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.

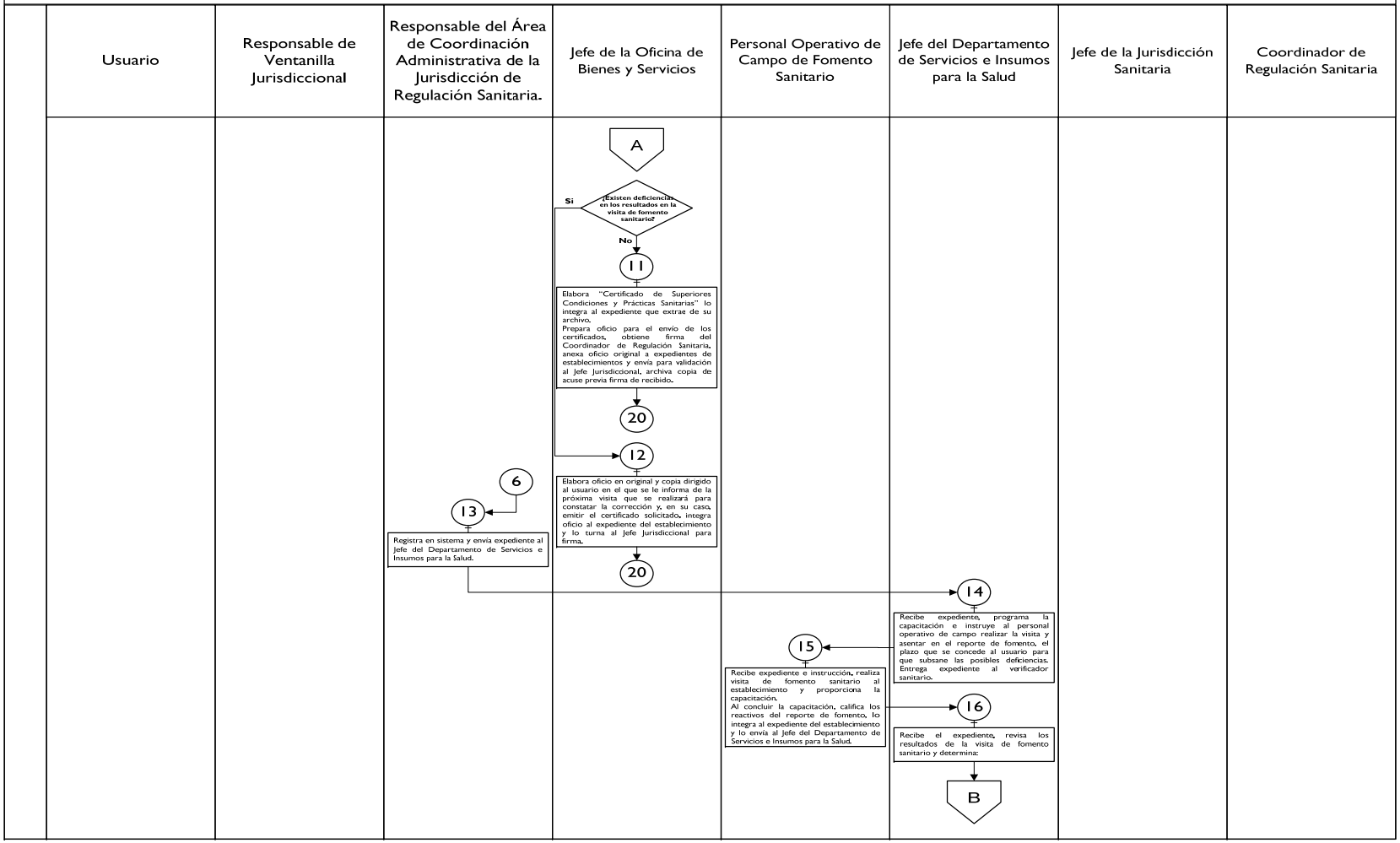
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
19	Usuario	Recibe oficio de notificación, se entera de la próxima visita de fomento sanitario y archiva.
20	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente de oficios de notificación a particulares o de envío de certificados y expedientes, revisa y verifica que contengan la documentación que soporta la emisión de Certificados para establecimientos o las condiciones para la firma del oficio de notificación. Firma oficios de envío de Certificados u oficios de notificación a particulares, los anexa a los expedientes respectivos y los turna al Responsable del Área de Coordinación Administrativa para su envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria. Programa la segunda visita de fomento sanitario e informa al personal operativo de campo. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
21	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe oficios de envío de Certificados, oficios de notificación a particulares y expedientes con sus respectivos Certificados, registra en sistema, turna oficios y expedientes al Coordinador de Regulación Sanitaria para firma de Certificados, y envía oficios de notificación a usuarios. Archiva copia de oficios previo acuse de recibo.
22	Coordinador de Regulación Sanitaria	Recibe oficio y expedientes, revisa expedientes, firma los Certificados y devuelve expedientes con Certificados firmados a la Jurisdicción correspondiente.
23	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes que contienen Certificados firmados, registra en sistema y programa su entrega a los usuarios. **Se conecta con los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**

Diagramación:

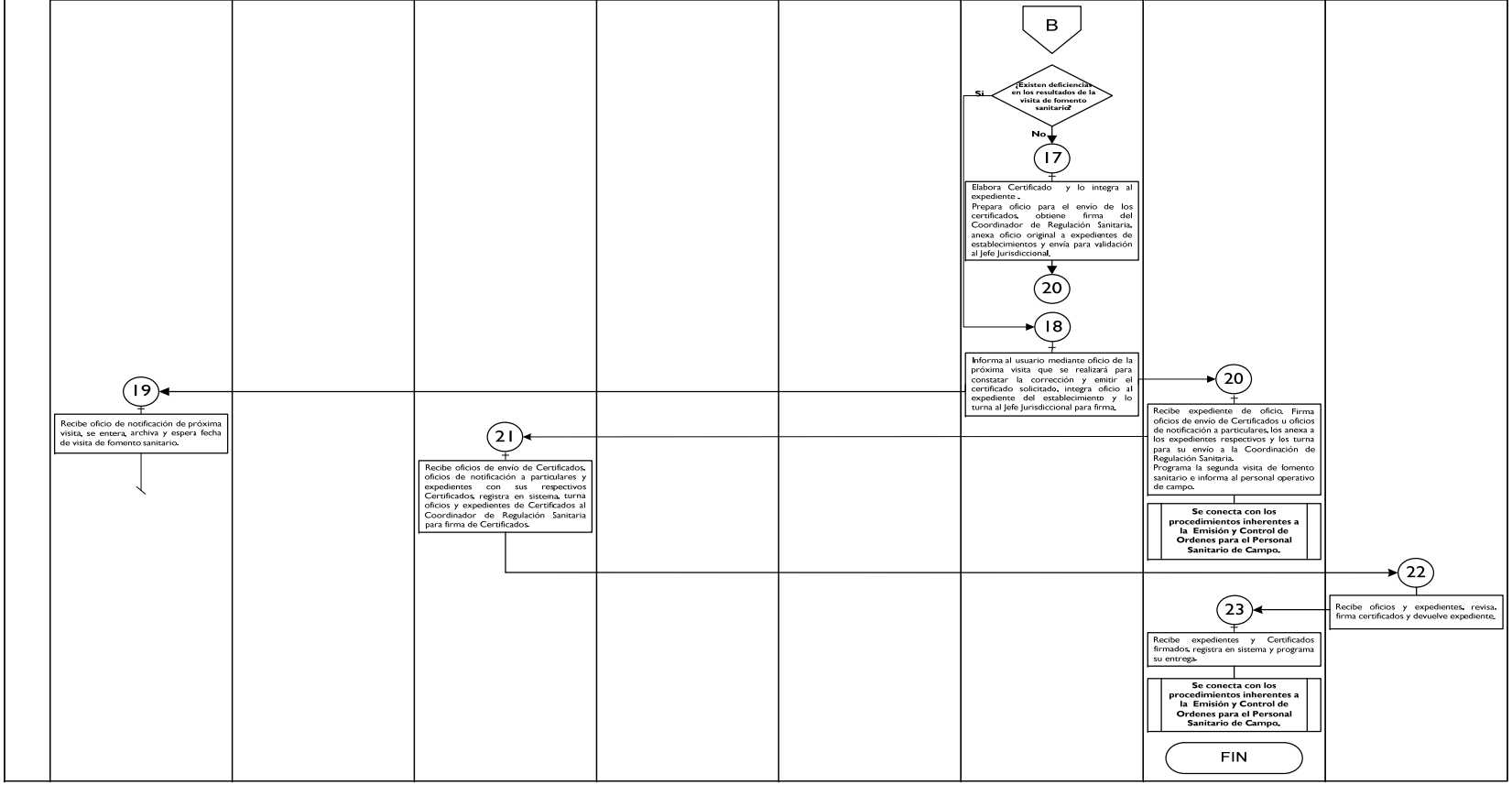
PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.



PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.



PROCEDIMIENTO 04: Expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y/o Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia de las acciones de fomento sanitario para la expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias a establecimientos fijos que realizan el proceso de alimentos y bebidas.

$$\frac{\text{No. mensual de visitas sanitarias realizadas para el otorgamiento de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias.}}{\text{No. mensual de solicitudes de expedición de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias recibidas.}} \times 100 =$$

% de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias expedidos.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los expedientes para la emisión de Certificados de Superiores Condiciones y Prácticas Sanitarias y los Certificados de Buenas Condiciones y Prácticas Sanitarias se encuentran en los archivos de las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1)/No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

_____ **(14) SELLO**

_____ **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO**

_____ **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

OBJETIVO:

Promover el mejoramiento en materia sanitaria de los establecimientos que realizan el proceso de alimentos y bebidas, mediante la capacitación a manejadores de alimentos y bebidas y expedición de constancias de capacitación de los cursos que se impartan.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y personal que tengan a su cargo y responsabilidad la capacitación y expedición de constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Título Segundo, Capítulo Primero, artículos 72 y 74. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Seis, artículos 19 y 20. Capítulo Siete, Artículo 21. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Dirección de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que realizan las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria para la impartición de cursos de capacitación y expedición de constancias de capacitación a manejadores de alimentos y bebidas de acuerdo a la normatividad y programas establecidos.

El Coordinador de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar el expediente integrado con oficio y relación de personas que aprobaron el curso de capacitación y elaborar las constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas y remitirlas al Jefe Jurisdiccional solicitante para firma y entregar las constancias a los interesados.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Verificar en los expedientes los documentos que soportan la emisión de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas o de oficio de negación y enviar al Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario.

- Firmar las constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas y programar su entrega.

El Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario deberá:

- Revisar los expedientes y turnarlos al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios para la programación y realización del curso de capacitación.
- Revisar los expedientes y determinar el seguimiento de los oficios de negación o de expedición de constancias.
- Remitir el expediente a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la emisión de constancias.
- Registrar en sistema las constancias emitidas, reintegrar los documentos de los expedientes y programar la entrega de constancias y oficios de negación con personal operativo de campo.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria deberá:

- Programar los cursos de capacitación.
- Revisar los resultados del curso de capacitación, integrarlos en el expediente y determinar su seguimiento.
- Elaborar el oficio informando al solicitante la imposibilidad de otorgar la constancia.
- Elaborar el oficio, anexar reactivos, relación de personas que aprobaron el curso, integrarlos al expediente y turnarlos al Jefe Jurisdiccional para firma y envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la elaboración de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Revisar la solicitud del usuario, elaborar la guía de pago de cuota de recuperación y entregar al usuario, asimismo informar que deberá presentar ficha de depósito sellada en la Ventanilla y presentarse en la fecha, hora y lugar indicados al curso de capacitación.
- Elaborar el recibo único de pago conforme a la ficha de depósito sellada y entregar el original al usuario e integrar expediente.
- Registrar la solicitud en sistema y turnar el expediente al Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario para la programación del curso de capacitación.

El Personal Operativo de Campo deberá:

- Realizar la capacitación en el establecimiento conforme a la programación e instrucción.
- Calificar los reactivos de evaluación presentados.
- Integrar el expediente del establecimiento y enviarlo al Jefe de la Oficina de Bienes y Servicios.

DEFINICIONES:

CONSTANCIA: Es un documento en el que se hace constar algún hecho, en ocasiones de modo auténtico o fehaciente.
CAPACITADOR: Es la persona que imparte enseñanza teórica o práctica para el manejo de alimentos y bebidas**.**
MANEJADOR: Es toda persona que tiene contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, venta, suministro y servicio.

INSUMOS:

- Solicitud de capacitación y otorgamiento de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.
- Programa de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

RESULTADO:

- Curso de capacitación impartido.
- Constancia de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas expedida.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos inherentes a la Programación, Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.

POLÍTICAS:

- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

DESCRIPCIÓN		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Se entera del Programa de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas y elabora escrito solicitando capacitación y otorgamiento de constancia de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas, entrega original en la Ventanilla Jurisdiccional correspondiente y archiva copia del acuse previa firma de recibido.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe y revisa escrito de solicitud del usuario, acusa de recibo en la copia y devuelve. Archiva la solicitud provisionalmente. Elabora guía de pago de cuota de recuperación la entrega al usuario y le informa que deberá entregar ficha de depósito sellada.
3	Usuario	Recibe guía de pago de cuota de recuperación en original, realiza pago en el banco presentando la guía de pago, obtiene ficha de depósito con sello bancario, se presenta en la Ventanilla Jurisdiccional y la entrega.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe ficha de depósito sellada, elabora recibo único de pago en original y dos copias, entrega el original al usuario e integra expediente con el recibo único de pago (primera y segunda copia), ficha de depósito sellada y escrito de solicitud que extrae de archivo. Registra solicitud en sistema y turna el expediente al Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario para la programación de capacitación.
5	Usuario	Recibe recibo único de pago original se retira y espera que se le informe de la fecha y hora de la capacitación. **Se conecta con la operación 9.**
6	Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario	Recibe expediente, revisa y turna al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria y le instruye realizar la programación del curso de capacitación.
7	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.	Recibe expediente e instrucción, archiva y programa cursos de capacitación. Informa al Responsable de Ventanilla comunique al usuario la fecha y hora de la capacitación e instruye al personal operativo de campo de fomento sanitario realizar el curso de capacitación conforme al programa.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

DESCRIPCIÓN		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
8	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Se entera e informa al usuario la fecha y hora de la capacitación.
9	Usuario	Se entera y espera al personal operativo de campo en la fecha y hora indicada para la capacitación. **Se conecta con la operación 11.**
10	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Recibe instrucción, prepara material, se presenta en el establecimiento y proporciona la capacitación.
11	Usuario	Recibe la capacitación y espera resultado. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
12	Personal Operativo de Campo de Fomento Sanitario	Al concluir el curso, califica reactivos de evaluación presentado. Integra el expediente del establecimiento y lo envía al Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria.
13	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	Recibe el expediente y revisa los resultados del curso de capacitación y determina: **¿Son aprobatorios los resultados?**
14	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**No son aprobatorios los resultados.** Elabora oficio en original y copia, informando al usuario la imposibilidad de otorgar la Constancia, o realizar nuevamente el pago y tomar el curso y aprobarlo, integra oficio al expediente junto con los reactivos calificados y lo turna al Jefe Jurisdiccional, para firma del oficio.

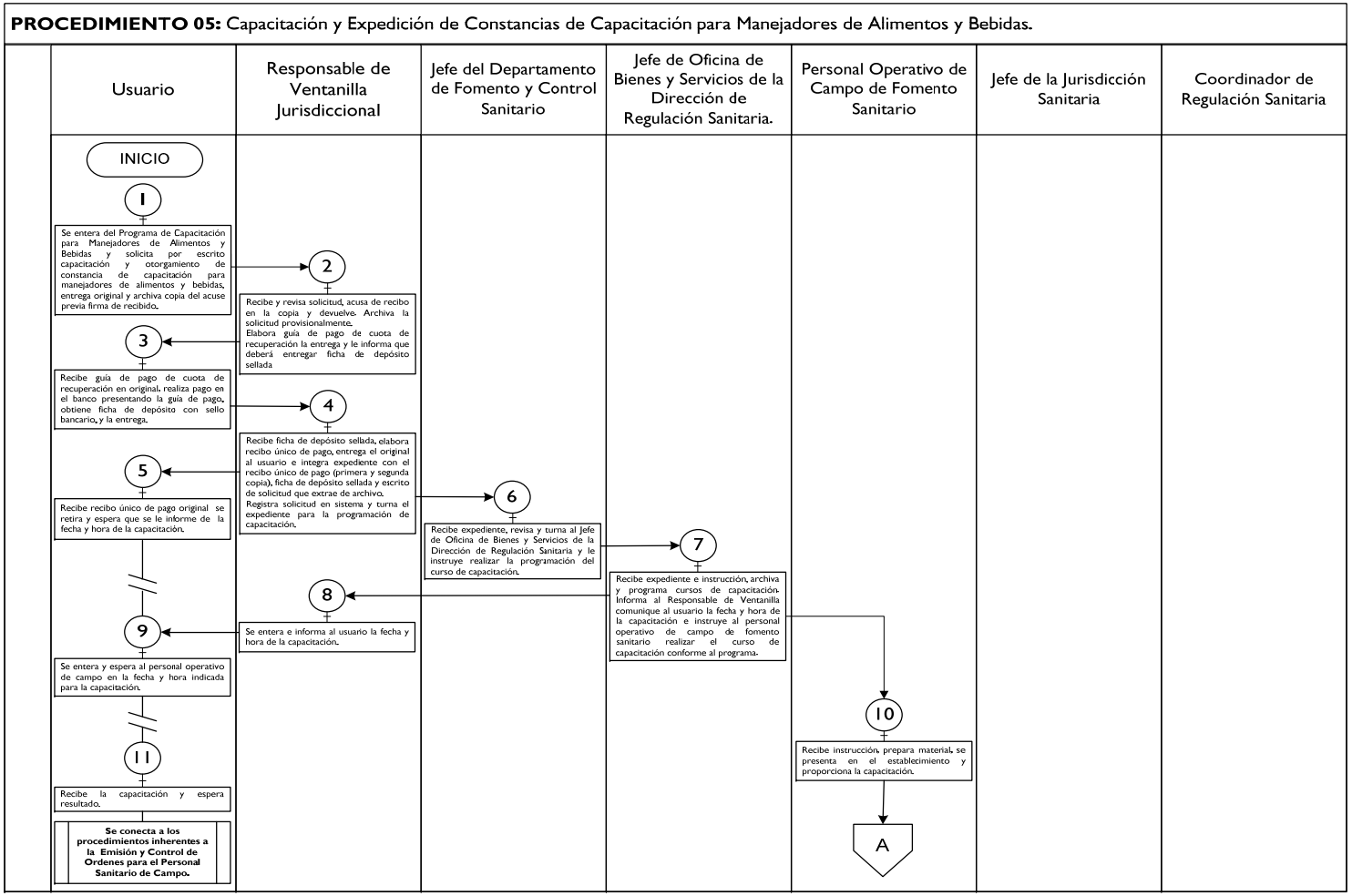
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

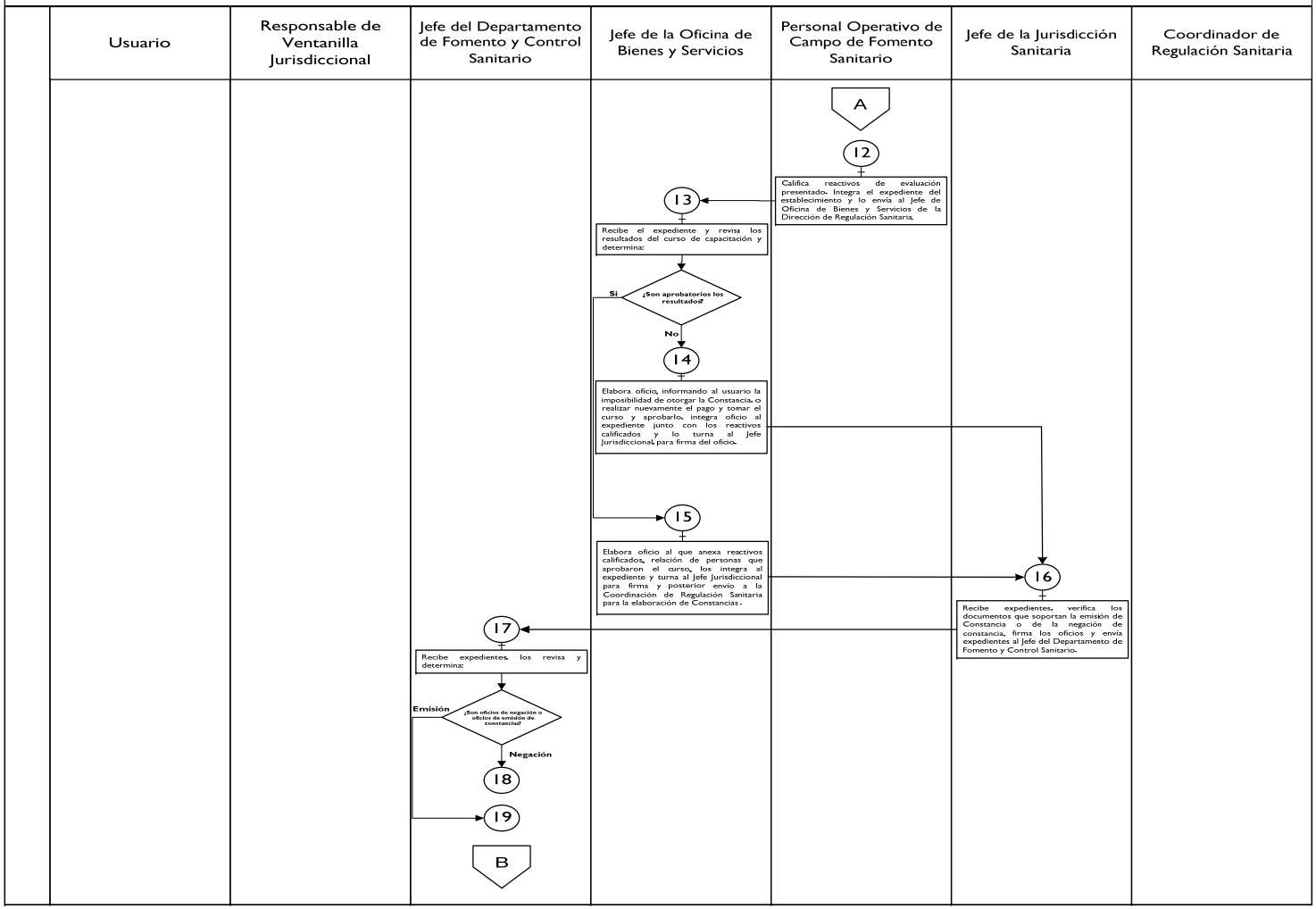
DESCRIPCIÓN		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
15	Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria	**Si son aprobatorios los resultados**. Elabora oficio en original y copia al que anexa reactivos calificados, relación de personas que aprobaron el curso, los integra al expediente y turna al Jefe Jurisdiccional para firma y envío a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la elaboración de "Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas".
16	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expedientes, verifica los documentos que soportan la emisión de Constancia de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas (ficha de depósito y resultado aprobatorio de evaluación, oficio y relación de personas aprobadas) o de la negación de constancia (reactivos calificados y oficio de negación), firma los oficios y envía expedientes al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
17	Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario	Recibe expedientes, los revisa y determina: **¿Contiene oficios de negación u oficios para la emisión de constancias?**
18	Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario	**Oficios de negación de constancias.** Los registra en sistema, reintegra oficios a los expedientes y programa la entrega de documentos con personal operativo de campo. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**
19	Jefe del Departamento de Fomento y Control Sanitario	**Oficios para la emisión de constancias.** Remite expediente a la Coordinación de Regulación Sanitaria para la emisión de constancias.
20	Coordinador de Regulación Sanitaria	Recibe expediente, revisa, elabora Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas y las remite junto con el expediente al Jefe Jurisdiccional solicitante, para su firma y entrega a los interesados.

DESCRIPCIÓN		
No.	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
21	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe las Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas, firma y programa su entrega al usuario. Archiva expediente. **Se conecta a los procedimientos inherentes a la Emisión y Control de Ordenes para el Personal Sanitario de Campo.**

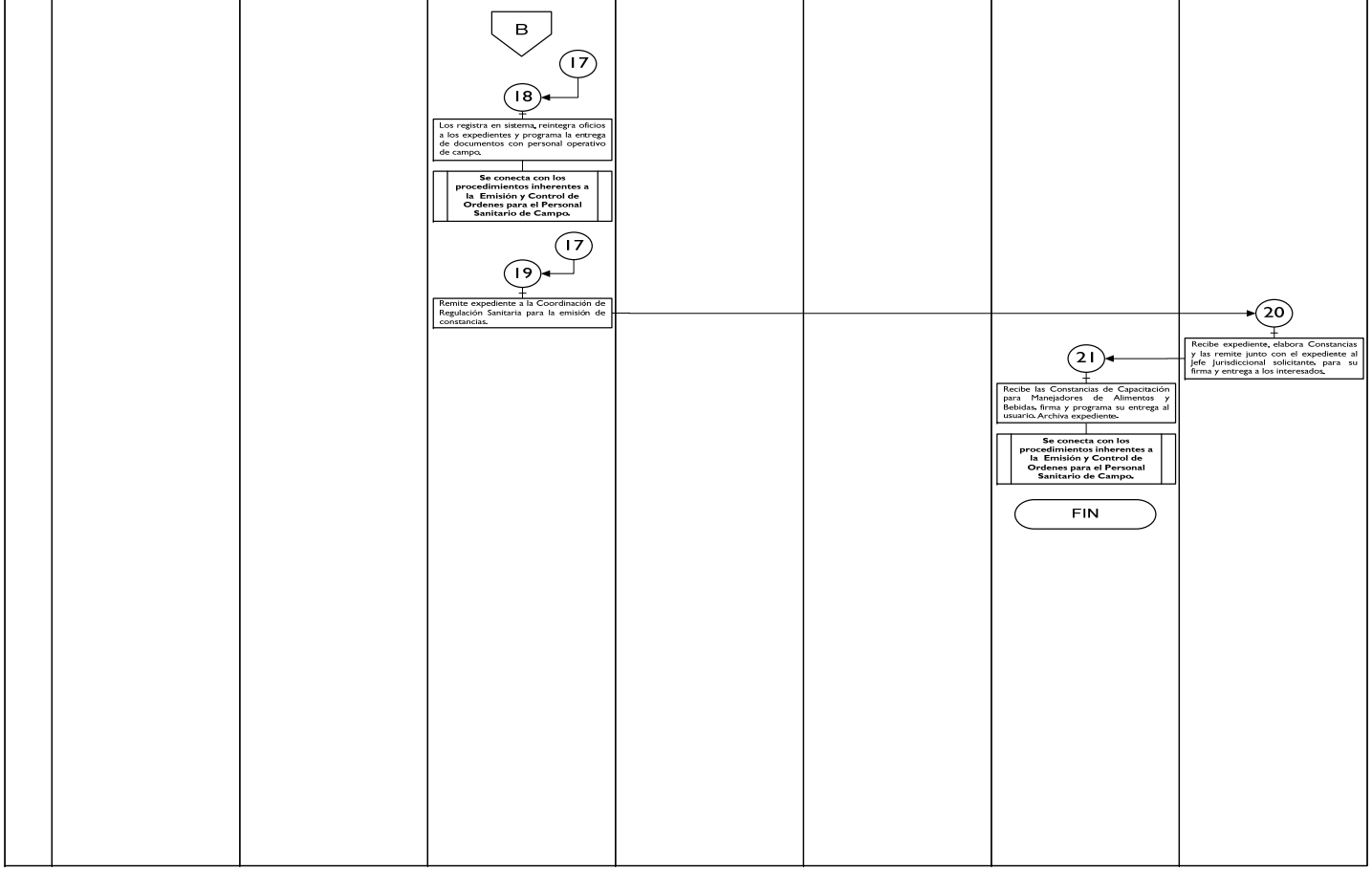
Diagramación:



PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.



PROCEDIMIENTO 05: Capacitación y Expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la programación y obtención de resultados de capacitación y expedición de constancias:

$$\frac{\text{No. mensual de cursos de capacitación brindada para Manejadores de Alimentos y Bebidas y resultados obtenidos aprobatorios.}}{\text{No. mensual de solicitudes de capacitación y constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas.}} \times 100 = \%$$

% de expedición de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- La atención a las solicitudes de capacitación y constancias de capacitación para manejadores de alimentos y bebidas se encuentran en los expedientes para la emisión de Constancias de Capacitación para Manejadores de Alimentos y Bebidas, archivados y resguardados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Recibo Único de Pago.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1)/No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

_____ **(14) SELLO**

_____ **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO**

_____ **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Jurisdicción Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

OBJETIVO:

Garantizar las condiciones sanitarias necesarias para el traslado de cadáver, mediante la expedición del Permiso para tal efecto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad la Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuatro, artículos 171, 173 y 174. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Título Cuarto, Capítulo Segundo, artículo 2.46, fracción III. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005**.**

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que se realicen para la expedición de permiso sanitario para el traslado de cadáver de acuerdo a la normatividad establecida en la materia.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Firmar el Permiso para el Traslado de Cadáver u oficio de negación, integrar al expediente y turnar a la Ventanilla Jurisdiccional para su entrega al usuario.

El Jefe de Oficina de Bienes y Servicios de la Dirección de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar el contenido de la documentación del expediente y determinar la congruencia de la información.
- Elaborar oficio de negación, integrarlo al expediente y enviar al Jefe Jurisdiccional para firma.
- Elaborar permiso para el traslado de cadáver, con número consecutivo de folio correspondiente, antefirmar, integrar al expediente y remitir al Jefe Jurisdiccional para firma.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Elaborar recibo único de pago y archivar.
- Revisar expediente y determinar su correcta integración.
- Devolver expediente al usuario para que corrija o complemente la documentación requerida, integrar en el expediente el recibo único de pago original.
- Colocar sello oficial de recibo, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la Solicitud y entregar la copia al usuario.
- Integrar expediente y remitir al Jefe de Oficina de Servicios e Insumos para la Salud Jurisdiccional para su revisión.
- Asignar y registrar en sistema el número de folio de expediente y el dictamen correspondiente.
- Entregar al usuario el original del Permiso para el Traslado de Cadáver u oficio de negación.
- Extraer de los expedientes generados las fichas de depósito, primera y segunda copia del recibo único de pago y entregarlos al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una autoridad administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
TRASLADO: Es el desplazamiento de personas, activos e infraestructura pública de un lugar a otro.
CADÁVER: Es el cuerpo sin vida de una persona.
CERTIFICADO: Es un documento administrativo empleado para constatar un determinado hecho.

INSUMOS:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.

RESULTADO:

- Permiso para el Traslado de Cadáver emitido y entregado al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional, informará al usuario que para el traslado de cadáver dentro del Estado de México con un recorrido de más de 100 kilómetros también requerirá de permiso para el traslado y hacer el pago de cuota de recuperación.
- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional proporcionará al usuario el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia e Instructivo de llenado y guía de pago de cuota de recuperación e informará de los documentos requeridos para la expedición del permiso.
- El responsable de Ventanilla Jurisdiccional solicitará al usuario realice su pago y presente la ficha de depósito con expediente completo en la Ventanilla para la expedición del permiso.
- El Área de Informática de la Coordinación de Regulación Sanitaria será responsable del diseño, mantenimiento, actualización, soporte técnico y actualización del sistema para la Emisión de las Guías de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario	Acude a la Ventanilla de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda al municipio donde se encuentre depositado el cadáver que se desea trasladar, presenta Certificado de Defunción y solicita información.
2	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Se entera de la solicitud, revisa y devuelve el Certificado de Defunción y proporciona el formato Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia e Instructivo de llenado y Guía de Pago de Cuota de Recuperación y solicita al usuario realice su pago y se presente en la Ventanilla para expedición del permiso con los siguientes documentos: • Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia debidamente requisitaza. • Certificado de Defunción" (original y copia). • Ficha de Depósito con sello bancario. • Identificación con fotografía (copia). • Carta Poder.
3	Usuario	Recibe el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia, Instructivo de llenado, Guía de Pago de Cuota de Recuperación y Certificado de Defunción. Realiza pago ante institución bancaria, presentando la Guía de Pago y obtiene Ficha de Depósito con sello bancario. Requisita conforme a Instructivo la Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia. Prepara copia de identificación con fotografía y del Certificado de Defunción, Carta Poder, integra expediente y presenta en la Ventanilla Jurisdiccional.
4	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe expediente, se entera, elabora Recibo Único de Pago en original y dos copias, anexa primera y segunda copias a la Ficha de Depósito y las archiva. Revisa los documentos y determina: **¿Está integrado correctamente el expediente?**
5	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**No está integrado correctamente el expediente.** Devuelve el expediente al Usuario para que corrija o complemente, incluyendo el Recibo Único de Pago.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
6	Usuario	Recibe expediente y recibo único de pago original, corrige o complementa documentación y entrega nuevamente presentando el recibo único de pago. **Se conecta con la operación 4.**
7	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	**Si está integrado correctamente el expediente o ya se corrigió.** Coloca sello oficial de recibo, nombre y firma de quien recibe en original y copia de la solicitud y entrega la copia al usuario. Integra al expediente la solicitud original y remite al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud Jurisdiccional para revisión.
8	Usuario	Recibe copia de acuse de la Solicitud de Permiso para Traslado de Cadáver y espera respuesta. **Se conecta con la operación No. 14.**
9	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe expediente, revisa fechas, causas de defunción, destino final del cadáver y determina: **¿Es congruente la información?**
10	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**No es congruente la información.** Elabora dictamen, oficio de negación en original y copia, los integra al expediente y envía al Jefe Jurisdiccional para firma. **Se conecta con la operación número 12**
11	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**Si es congruente la información.** Elabora Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, considerando el número consecutivo de folio que le corresponda, lo antefirma, integra al expediente y remite al Jefe Jurisdiccional para firma.
12	Jefe de la Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente, revisa y firma el Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia o, en su caso, oficio de negación en original y copia, integra al expediente y turna a la Ventanilla Jurisdiccional para su entrega al usuario.

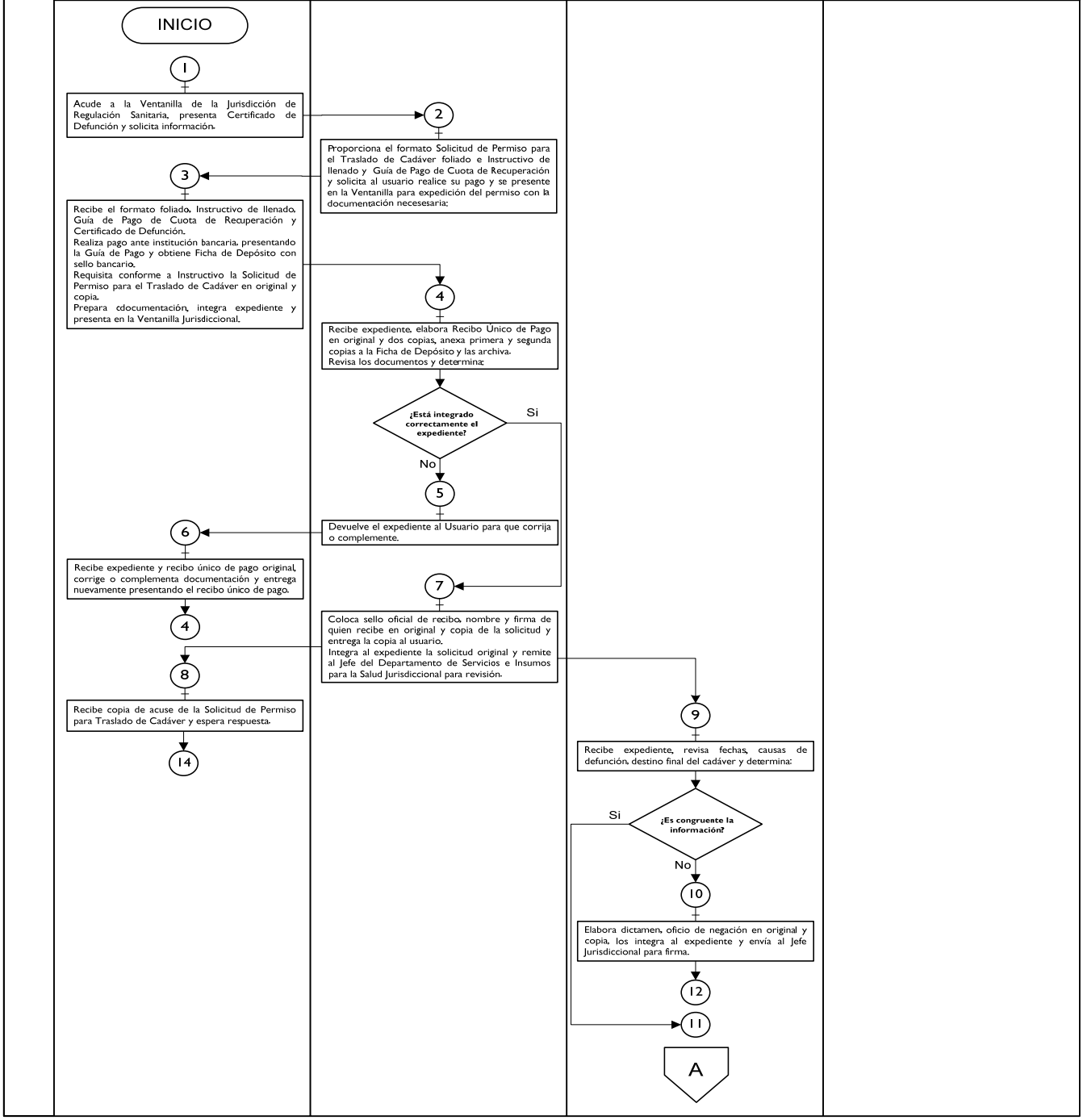
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

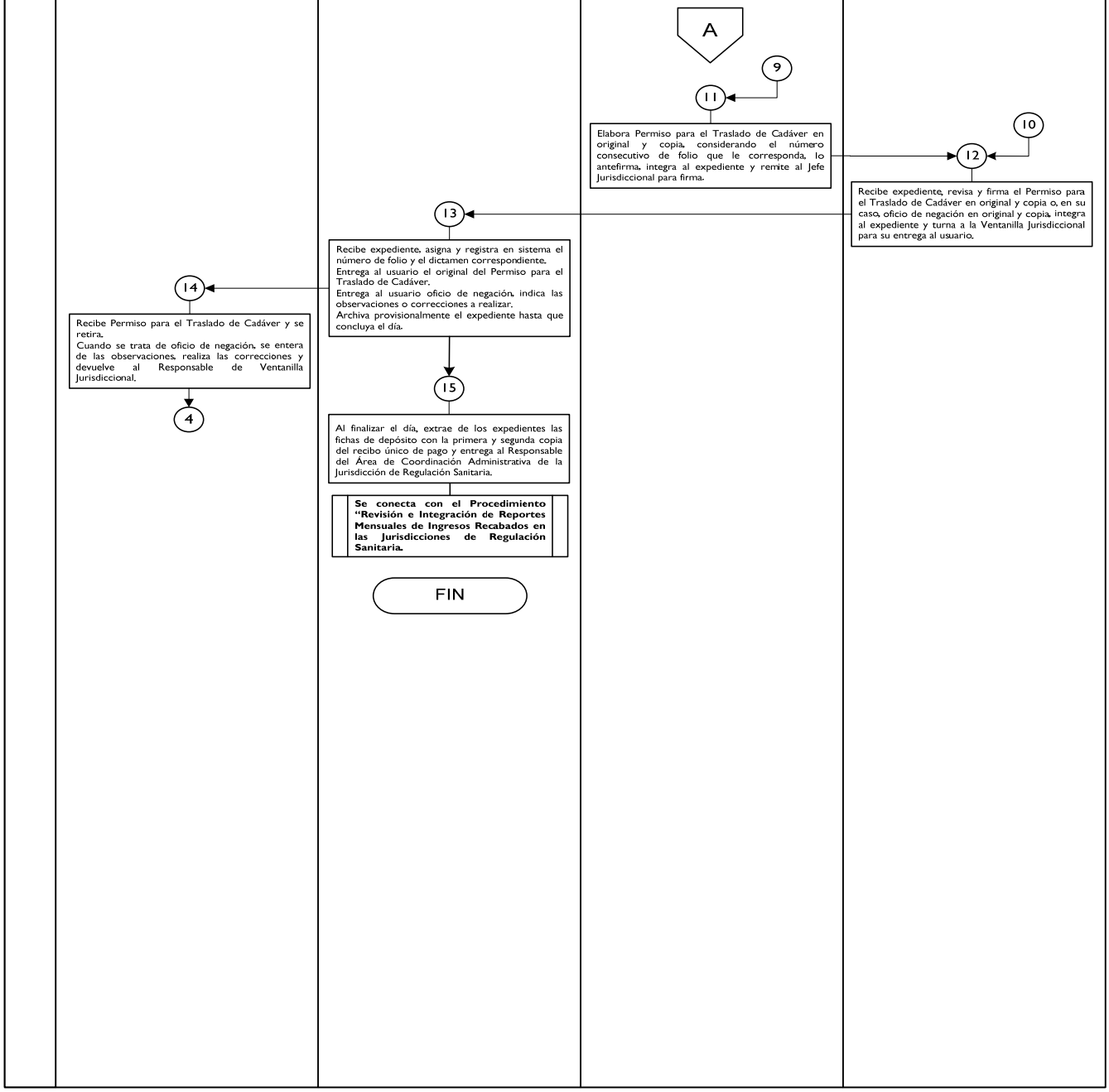
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
13	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Recibe expediente, asigna y registra en sistema el número de folio y el dictamen correspondiente. Entrega al usuario el original del Permiso para el Traslado de Cadáver. Entrega al usuario oficio de negación, indica las observaciones o correcciones a realizar. Archiva provisionalmente el expediente hasta que concluya el día.
14	Usuario	Recibe Permiso para el Traslado de Cadáver y se retira. Cuando se trata de oficio de negación, se entera de las observaciones, realiza las correcciones y devuelve al Responsable de Ventanilla Jurisdiccional. **Se conecta con la operación 4.**
15	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Al finalizar el día, extrae de los expedientes generados las fichas de depósito con la primera y segunda copia del recibo único de pago y entrega al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. **Se conecta con el Procedimiento "Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.



PROCEDIMIENTO 06: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la revisión de expedientes y expedición de permisos para traslado de cadáver.

$$\frac{\text{No. mensual de permisos para el traslado de cadáver.}}{\text{No. mensual de solicitud de permiso para el traslado de cadáver recibidas.}} \times 100 = \%\text{ de expedición de Permisos para el Traslado de Cadáver.}$$

Registro de Evidencias:

La atención de las solicitudes queda registrada en sistema y en los expedientes para la emisión de Permiso para el Traslado de Cadáver que se encuentran archivados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Recibo Único de Pago.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

No. DE ENTRADA: _____(1)_____

Jefe de la Jurisdicción No. _____(2)___ de Regulación Sanitaria en _____(2)_____, México.
P R E S E N T E.

Por este conducto, solicito a usted, se autorice el **TRASLADO** del cadáver de quien en vida llevó el nombre de:

DATOS DEL FALLECIDO (3)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

Quien falleció a causa de _____ según se asienta en el Certificado de Defunción N°_____ expedido por el C. _____, con cédula profesional N°. _____, Otra persona autorizada_____ con domicilio en _____

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO (4)

Se encuentra depositado en:

Casa habitación ( ) Hospital ( ) Velatorio ( ) Otro ( ) Especifique _____

CALLE	N°	COLONIA O BARRIO	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

Se trasladará por vía: Aérea ( ) Terrestre ( ) Otro ( ) Especifique _____

Para ser: Inhumado ( ) Cremado ( )

LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER (5)

En panteón Civil ( ) Municipal ( ) Particular ( ) Otro ( ) Especifique _____

DENOMINADO	CALLE	N°	COLONIA O BARRIO

LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	ESTADO

DATOS DEL SOLICITANTE (6)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO	RELACION CON EL FALLECIDO

_____**(7)**_____ Méx., _____(7)_____ de _____(7)_____ del año ____(7)_____

A T E N T A M E N T E (8)	SELLO OFICIAL O NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL TRAMITE (9)
C. _____ Nombre y firma del Solicitante	

REQUISITOS:

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CARTA PODER FIRMADA POR EL CONYUGE O PARIENTE HASTA SEGUNDO GRADO E IDENTIFICACION DE ESTE (en su caso)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA
- COMPROBANTE DE PAGO (FICHA DE DEPOSITO CON SELLO BANCARIO)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:

Llevar el control de las solicitudes de permisos para el traslado de cadáver que ingresan en las Jurisdicciones Sanitarias.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se resguarda en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. DE ENTRADA**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JEFE DE JURISDICCIÓN NO._____EN_____**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
3	**DATOS DEL FALLECIDO**	Anotar los datos personales del fallecido como: Nombre completo, edad, ocupación, estado civil, las causas del fallecimiento, número de Certificado de Defunción, nombre del médico o persona autorizada que lo emite y número de Cédula Profesional.
4	**DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO**	Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda o, en su caso, especificar la localización del cadáver. Indicar calle, número, colonia o barrio, Código Postal, localidad y municipio y el medio por el cual se realizará el traslado. Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda al tratamiento de cadáver (cremación o inhumación).
5	**LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER**	Marcar con una cruz "X" el paréntesis que corresponda al destino final del cadáver, especificando la ubicación del panteón o, en su caso, domicilio particular.
6	**DATOS DEL SOLICITANTE**	Anotar apellido paterno, materno y nombre(s), domicilio y relación con el fallecido.
7	**____ MEX.,____DE____ DEL AÑO_____**	Anotar municipio, día, mes y año de ingreso de la solicitud en la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
8	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**	Anotar nombre completo de la persona que realiza el trámite de solicitud de traslado de cadáver.
9	**SELLO OFICIAL NOMBRE Y FIRMA DE QUIE RECIBE**	Anotar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, así como nombre completo y firma de la persona que atiende la solicitud.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

Folio No._____(1)_____

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No._____(2)____ en _____(2)_____

C. _____(3)_____
P R E S E N T E

En atención a su solicitud de fecha _____(4)_____ con No. de Entrada _____(4)_____ y con fundamento en los Artículos 346, 348, 349, 350, 350-bis, 350-bis-4, 350-bis-5, 350-bis-6 de la Ley General de Salud; 58, 60, 62, 67, 69, 100 fracciones II y IV; 102 fracciones II y III; 104 del Reglamento de la Ley General de salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y 2.46 fracción III del Código Administrativo del Estado de México y en virtud de no representar riesgo para la salud pública se concede:

PERMISO PARA TRASLADO DEL CADAVER de quien en vida llevó el nombre de:_____(5)_____ de _____(6)_____ años de edad, el cual se encuentra depositado en _____(7)_____ Municipio de _____(8)_____Localidad de_____(9)_____ _____, Estado de México; y que falleció a causa de _____(10)_____ según se asienta en el Certificado de Defunción No. _____(11)_____, expedido por el C. _____(12)_____ con Cédula Profesional No. _____(13)_____ y domicilio en _____(14)_____.
El cadáver será trasladado hacia la localidad de_____(15)_____ Municipio de_____(15)_____ Estado de México para ser_____(16_____ en_____(17)_____ ubicado en_____(17)_____.
Se expide el presente en _____(18)_____, Méx., a los ___(18)___ días del mes de _____(18)_____ del año _____(18)_____ a las _____(18)_____ horas.
La presente autorización tiene vigencia durante las 24 horas posteriores a su expedición y quedará invalidada si se modifican los términos y condiciones en que se ha otorgado o se haga uso indebido de ella.

A T E N T A M E N T E
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No.___(19)___
EN _____(19)_____, MEX.

C. _____(20)_____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:

Realizar un control de los permisos emitidos para el traslado de cadáver por las jurisdicciones sanitarias.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se entrega al usuario y la copia se encuentra resguardada en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**FOLIO NO.**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JURISDICCIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA NO._____EN_____**	Anotar el número y denominación de Jurisdicción Sanitaria que corresponda.
3	**C.**	Anotar el nombre completo de la persona a la que se le extiende el permiso.
4	**SOLICITUD DE FECHA____CON No. DE ENTRADA_____.**	Anotar día, mes y año de ingreso de la solicitud a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y el número de entrada que se le asignó.
5	**LLEVÓ EL NOMBRE DE**	Anotar el nombre completo del fallecido.
6	**DE____AÑOS DE EDAD.**	Anotar la edad en años cumplidos del fallecido.
7	**DEPOSITADO EN**	Especificar el lugar en el que se encuentra depositado el cadáver (calle, número, colonia, código postal).
8	**MUNICIPIO DE**	Anotar el municipio en donde se localiza la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el trámite.
9	**LOCALIDAD DE**	Anotar la localidad que corresponda.
10	**FALLECIO A CAUSA DE**	Anotar la causa del fallecimiento.
11	**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN No.**	Anotar el número de Certificado de Defunción que corresponda.
12	**EXPEDIDO POR EL C.**	Anotar el nombre completo del médico o persona autorizada que extiende el Certificado de defunción.
13	**CON CÉDULA PROFESIONAL No.**	Anotar el número de Cédula Profesional que corresponda.
14	**DOMICILIO EN**	Anotar calle, número exterior e interior, en su caso, colonia, municipio y entidad federativa que corresponda al domicilio del certificante.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
15	**LOCALIDAD DE_____MUNICIPIO DE_____ESTADO DE_____**	Anotar la localidad, municipio y entidad federativa que corresponda al destino final del cadáver.
16	**PARA SER**	Anotar según el caso, inhumación o cremación.
17	**EN____UBICADO EN_____**	Anotar el nombre del lugar en donde se realizará la inhumación o cremación del cadáver y el domicilio del mismo.
18	**SE EXPIDE EL PRESENTE EN_____, MEX., A LOS____ DÍAS DEL MES DE___DEL AÑO_____A LAS_____**	Anotar lugar, día, mes, año y hora de expedición del permiso.
19	**REGULACIÓN SANITARIA NO._____EN_____MEX.**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
20	**C.**	Anotar nombre y firma del titular de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que emite el permiso.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1)/No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

_____ _____ _____

(14) SELLO **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO** **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Subdirección de Normatividad Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).

OBJETIVO:

Garantizar las condiciones sanitarias necesarias para el traslado de cadáver, mediante la expedición del Permiso para tal efecto.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y personal responsable en días y horas no hábiles que tengan a su cargo la Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuatro, artículos 171, 173 y 174. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Título Cuarto, Capítulo Segundo, artículo 2.46, fracción III. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México.** Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa. 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable del seguimiento de las actividades que se realicen en días y horas no hábiles en la expedición de permiso sanitario para el traslado de cadáver, de acuerdo a la normatividad establecida en la materia.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Cotejar en presencia del personal responsable la coincidencia entre el número de trámites con las fichas de depósito.
- Extraer de su archivo el original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y cotejar formatos entregados contra formatos no utilizados.
- Realizar el depósito por los trámites realizados y obtener ficha de depósito sellada.

El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud deberá:

- Requerir al usuario el pago de la cuota de recuperación por este concepto y expediente.

- Emitir recibo provisional en original y copia, entregar original al usuario y archivar copia.
- Revisar los documentos y determinar su correcta integración.
- Devolver al usuario el expediente para su corrección o complementación.
- Sellar y firmar de recibido en la Solicitud, elaborar Permiso para el Traslado de Cadáver, antefirmar y entregar al usuario junto con la copia de la Solicitud y certificado de defunción.
- Integrar el expediente con la copia del Permiso y original de la Solicitud y los demás documentos del paquete recibido.
- Realizar en el banco el depósito de los ingresos generados en los días no hábiles y obtener ficha de depósito debidamente sellada.
- Integrar el paquete de entrega y presentarlo al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria con la copia del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver.
- Recibir original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y archivar.

DEFINICIONES:

PERMISO: Es el documento oficial expedido por una Autoridad Administrativa mediante el cual otorga su consentimiento para la realización de una actividad.
TRASLADO: Es el desplazamiento de personas, activos e infraestructura pública de un lugar a otro.
CADÁVER: Es el cuerpo sin vida de una persona.
CERTIFICADO: Es un documento administrativo empleado para constatar un determinado hecho.

INSUMOS:

- Certificado de Defunción.
- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.

- **RESULTADO:**

- Permiso para el Traslado de Cadáver emitido y entregado al usuario.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Procedimientos inherentes al Control de Ingresos por Pago de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

.

POLÍTICAS:

- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud proporcionará en días y horas no hábiles al usuario el formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver foliado en original y copia, instructivo de llenado e informará de los documentos requeridos para la expedición del permiso y el pago que deberá realizar por el servicio en el momento de entregar el expediente en ventanilla.
- El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria elaborará Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver en original y copia, especificando la cantidad y folios de formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago (con base en el número promedio de trámites que registra la Jurisdicción) y solicitará al personal responsable de Ventanilla Jurisdiccional en días y horas no hábiles su firma en el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver al recibir los formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago.
- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud en días y horas no hábiles firmará el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver al recibir los formatos de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver, de Permisos para el Traslado de Cadáver firmados por el Jefe Jurisdiccional y de recibos únicos de pago.
- El Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud entregará al usuario, el recibo único de pago al día hábil siguiente al canje del recibo provisional.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
1	Usuario.	Acude a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda al municipio donde se encuentre depositado el cadáver que se desea trasladar. Se informa o revisa cartel que indica personal responsable en días y horas no hábiles, presenta "Certificado de Defunción" y solicita información para el traslado de cadáver.
2	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe Certificado de Defunción, revisa y devuelve. Proporciona al usuario formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia e instructivo de llenado. Requiere el pago de la cuota de recuperación por este concepto y los siguientes documentos: •Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, debidamente requisitada. •Certificado de Defunción (original y copia). •Identificación con fotografía (copia).
3	Usuario	Recibe formato de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia e instructivo de llenado. Realiza el pago correspondiente al servicio solicitado, lee instructivo y requisita la Solicitud. Integra expediente y entrega al personal responsable en días no hábiles.
4	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe expediente y pago de cuota de recuperación, emite recibo provisional, entrega al usuario original, archiva copia del recibo provisional, revisa los documentos y determina: **¿Está integrado correctamente el expediente?**
5	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**No está integrado correctamente el expediente.** Devuelve expediente al usuario para que corrija o complemente la documentación.
6	Usuario	Recibe expediente y recibo de pago provisional, corrige documentación o la complementa y entrega. **Se conecta con la operación 4.**

DESARROLLO:

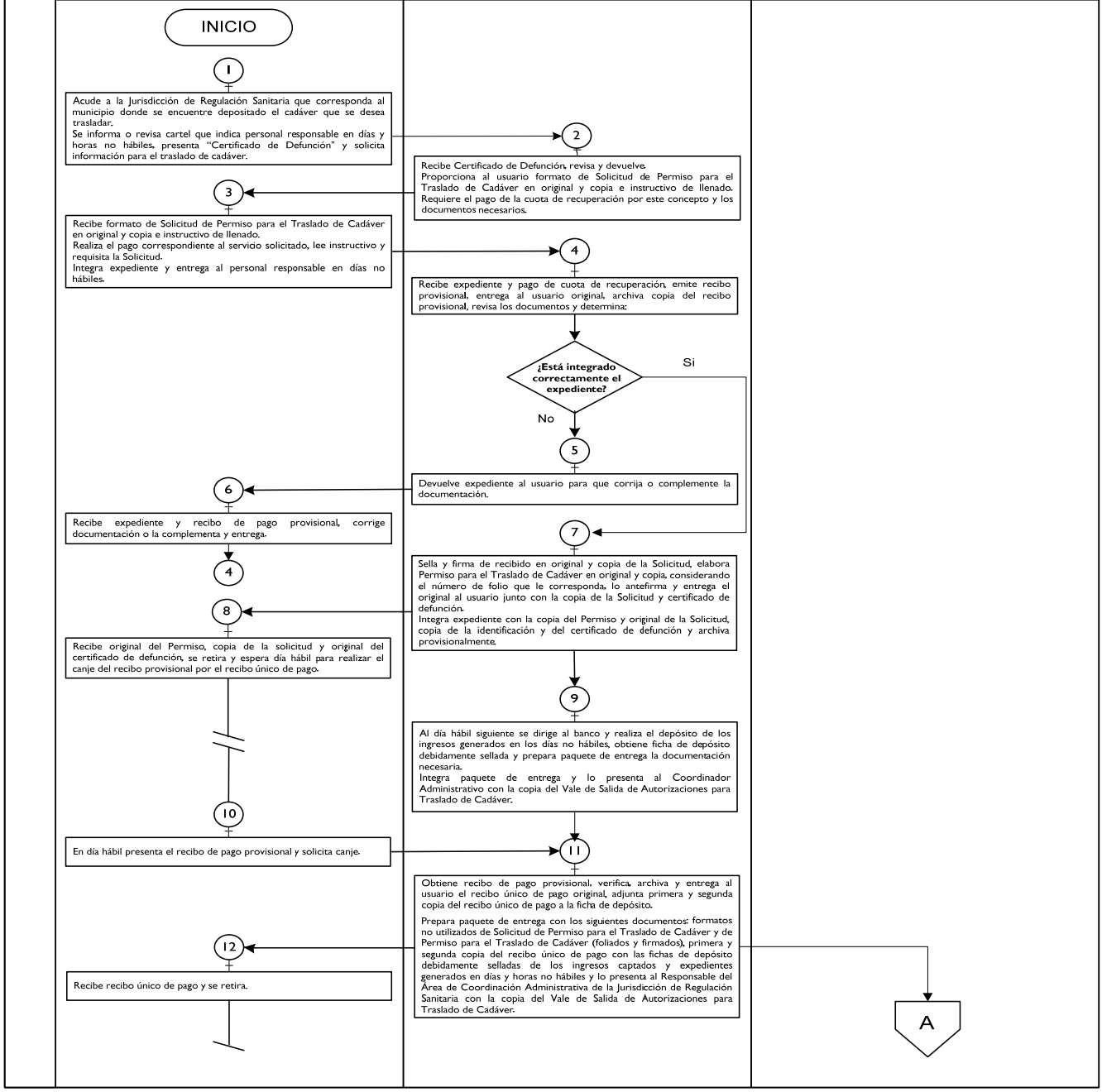
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
7	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	**Si está integrado correctamente el expediente o ya se corrigió.** Sella y firma de recibido en original y copia de la Solicitud, elabora Permiso para el Traslado de Cadáver en original y copia, considerando el número de folio que le corresponda, lo antefirma y entrega el original al usuario junto con la copia de la Solicitud y certificado de defunción. Integra expediente con la copia del Permiso y original de la Solicitud, copia de la identificación y del certificado de defunción y archiva provisionalmente.
8	Usuario	Recibe original del Permiso para el Traslado de Cadáver, copia de la solicitud y original del certificado de defunción, se retira y espera día hábil para realizar el canje del recibo provisional por el recibo único de pago.
9	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Al día hábil siguiente realiza en el banco el depósito de los ingresos captados en los días no hábiles, obtiene ficha de depósito debidamente sellada, elabora recibo único de pago original y dos copias y espera al usuario para realizar el canje del recibo único de pago.
10	Usuario	En día hábil presenta al Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud el recibo de pago provisional y solicita canje.
11	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Obtiene recibo de pago provisional, verifica, archiva y entrega al usuario el recibo único de pago original, adjunta primera y segunda copia del recibo único de pago a la ficha de depósito. Prepara paquete de entrega con los siguientes documentos: formatos no utilizados de Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver y de Permiso para el Traslado de Cadáver (foliados y firmados), primera y segunda copia del recibo único de pago con las fichas de depósito debidamente selladas de los ingresos captados y expedientes generados en días y horas no hábiles y lo presenta al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria con la copia del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver.
12	Usuario	Recibe recibo único de pago y se retira.

DESARROLLO:

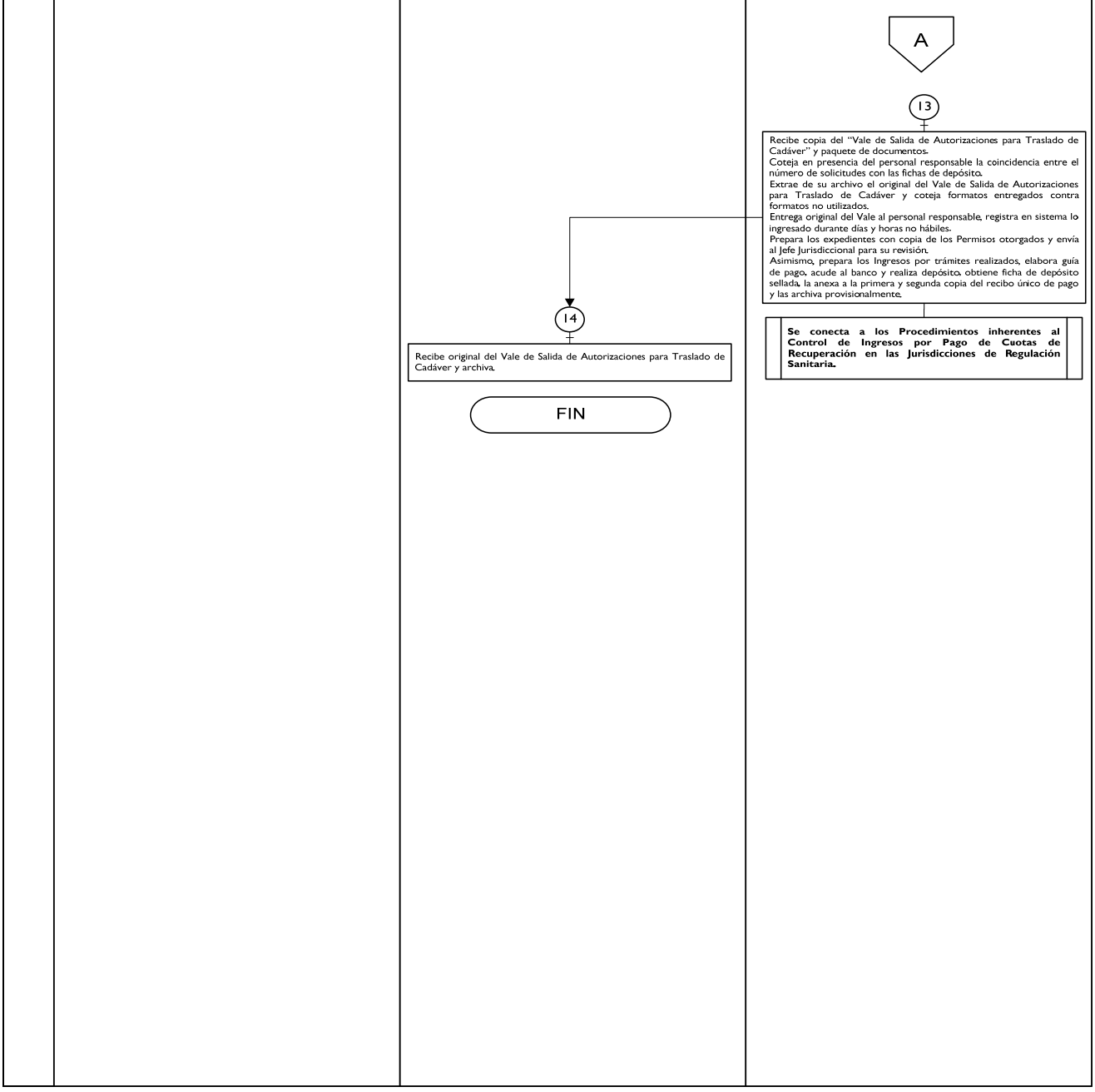
DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
13	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe copia del "Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver" y paquete de documentos. Coteja en presencia del personal responsable la coincidencia entre el número de solicitudes con las fichas de depósito. Extrae de su archivo el original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y coteja formatos entregados contra formatos no utilizados. Entrega original del Vale al personal responsable, registra en sistema lo ingresado durante días y horas no hábiles. Prepara los expedientes con copia de los Permisos otorgados y envía al Jefe Jurisdiccional para su revisión. Asimismo, prepara los Ingresos por trámites realizados, elabora guía de pago, acude al banco y realiza depósito, obtiene ficha de depósito sellada, la anexa a la primera y segunda copia del recibo único de pago y las archiva provisionalmente. **Se conecta a los Procedimientos inherentes al Control de Ingresos por Pago de Cuotas de Recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.**
14	Jefe del Departamento de Servicios e Insumos para la Salud.	Recibe original del Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver y archiva.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).



PROCEDIMIENTO 07: Expedición de Permiso para el Traslado de Cadáver (en días y horas no hábiles).



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la revisión de expedientes y expedición de permisos para traslado de cadáver.

No. mensual de expedientes de solicitud de permiso para el traslado de cadáver revisados y permisos expedidos. / No. mensual de expedientes de solicitud de permiso para el traslado de cadáver recibidos en días y horas no hábiles.	X 100=	% de expedición de Permisos para el Traslado de Cadáver.

Registro de Evidencias:

La atención de las solicitudes en días y horas no hábiles recibidas quedan registradas en sistema y en los expedientes para la emisión de Permiso para el Traslado de Cadáver que se encuentran archivados en las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes y en el Vale de Salida de Autorizaciones para Traslado de Cadáver.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Solicitud de Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Permiso para el Traslado de Cadáver.
- Recibo Único de Pago.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

No. DE ENTRADA: _____(1)_____

Jefe de la Jurisdicción No. _____(2)___ de Regulación Sanitaria en _____(2)_____, México.
P R E S E N T E.

Por este conducto, solicito a usted, se autorice el **TRASLADO** del cadáver de quien en vida llevó el nombre de:

DATOS DEL FALLECIDO (3)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

Quien falleció a causa de _____ según se asienta en el Certificado de Defunción N°_____ expedido por el C. _____, con cédula profesional N°. _____, Otra persona autorizada_____ con domicilio en _____

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO (4)

Se encuentra depositado en:

Casa habitación ( ) Hospital ( ) Velatorio ( ) Otro ( ) Especifique _____

CALLE	N°	COLONIA O BARRIO	CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

Se trasladará por vía: Aérea ( ) Terrestre ( ) Otro ( ) Especifique _____

Para ser: Inhumado ( ) Cremado ( )

LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER (5)

En panteón Civil ( ) Municipal ( ) Particular ( ) Otro ( ) Especifique _____

DENOMINADO	CALLE	N°	COLONIA O BARRIO

LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	ESTADO

DATOS DEL SOLICITANTE (6)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

DOMICILIO	RELACION CON EL FALLECIDO

_____**(7)**_____ Méx., _____(7)_____ de _____(7)_____ del año _____(7)_____

A T E N T A M E N T E (8)	SELLO OFICIAL O NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE EL TRAMITE (9)
C. _____ Nombre y firma del Solicitante	

REQUISITOS:

- CERTIFICADO DE DEFUNCION
- CARTA PODER FIRMADA POR EL CONYUGE O PARIENTE HASTA SEGUNDO GRADO E IDENTIFICACION DE ESTE (en su caso)
- COPIA DE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA
- COMPROBANTE DE PAGO (FICHA DE DEPOSITO CON SELLO BANCARIO)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
SOLICITUD DE PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:

Llevar el control de las solicitudes de permisos para el traslado de cadáver que ingresan en las Jurisdicciones Sanitarias.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se resguarda en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria y la copia se entrega al usuario.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**No. DE ENTRADA**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JEFE DE JURISDICCIÓN NO._____EN_____**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
3	**DATOS DEL FALLECIDO**	Anotar los datos personales del fallecido como: Nombre completo, edad, ocupación, estado civil, las causas del fallecimiento, número de Certificado de Defunción, nombre del médico o persona autorizada que lo emite y número de Cédula Profesional.
4	**DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL CUERPO**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda o, en su caso, especificar la localización del cadáver. Indicar calle, número, colonia o barrio, Código Postal, localidad y municipio y el medio por el cual se realizará el traslado. Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda al tratamiento de cadáver (cremación o inhumación).
5	**LUGAR DE DESTINO DEL CADAVER**	Marcar con una "X" el paréntesis que corresponda al destino final del cadáver, especificando la ubicación del panteón o, en su caso, domicilio particular.
6	**DATOS DEL SOLICITANTE**	Anotar apellido paterno, materno y nombre(s), domicilio y relación con el fallecido.
7	**____ MEX.,____DE____ DEL AÑO_____**	Anotar municipio, día, mes y año de ingreso de la solicitud en la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.
8	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**	Asentar el nombre completo de la persona que realiza el trámite de solicitud de traslado de cadáver.
9	**SELLO OFICIAL NOMBRE Y FIRMA DE QUIE RECIBE**	Asentar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, así como nombre completo y firma de la persona que atiende la solicitud.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADAVER

Folio No._____(1)_____

Jurisdicción de Regulación Sanitaria No._____(2)____ en _____(2)_____

C. _____(3)_____
P R E S E N T E

En atención a su solicitud de fecha _____(4)_____ con No. de Entrada _____(4)_____ y con fundamento en los Artículos 346, 348, 349, 350, 350-bis, 350-bis-4, 350-bis-5, 350-bis-6 de la Ley General de Salud; 58, 60, 62, 67, 69, 100 fracciones II y IV; 102 fracciones II y III; 104 del Reglamento de la Ley General de salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y 2.46 fracción III del Código Administrativo del Estado de México y en virtud de no representar riesgo para la salud pública se concede:

PERMISO PARA TRASLADO DEL CADAVER de quien en vida llevó el nombre de:_____(5)_____ de _____(6)_____ años de edad, el cual se encuentra depositado en _____(7)_____ Municipio de _____(8)_____Localidad de_____(9)_____ _____, Estado de México; y que falleció a causa de _____(10)_____ según se asienta en el Certificado de Defunción No. _____(11)_____, expedido por el C. _____(12)_____ con Cédula Profesional No. _____(13)_____ y domicilio en _____(14)_____.
El cadáver será trasladado hacia la localidad de_____(15)_____ Municipio de_____(15)_____ Estado de México para ser_____(16_____ en_____(17)_____ ubicado en_____(17)_____.
Se expide el presente en _____(18)_____, Méx., a los ___(18)___ días del mes de _____(18)_____ del año _____(18)_____ a las _____(18)_____ horas.
La presente autorización tiene vigencia durante las 24 horas posteriores a su expedición y quedará invalidada si se modifican los términos y condiciones en que se ha otorgado o se haga uso indebido de ella.

A T E N T A M E N T E
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
EL JEFE DE LA JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA No.___(19)___
EN _____(19)_____, MEX.

C. _____(20)_____

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

PERMISO PARA EL TRASLADO DE CADÁVER.

Objetivo:

Realizar un control de los permisos emitidos para el traslado de cadáver por las jurisdicciones sanitarias.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se entrega al usuario y la copia se encuentra resguardada en expediente archivado en la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**FOLIO NO.**	Anotar el número consecutivo que corresponda.
2	**JURISDICCIÓN DE REGULACIÓN SANITARIA NO._____EN_____**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción Sanitaria que corresponda.
3	**C.**	Escribir el nombre completo de la persona a la que se le extiende el permiso.
4	**SOLICITUD DE FECHA____CON No. DE ENTRADA_____.**	Anotar día, mes y año de ingreso de la solicitud a la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y el número de entrada que se le asignó.
5	**LLEVÓ EL NOMBRE DE**	Anotar el nombre completo del fallecido.
6	**DE____AÑOS DE EDAD.**	Anotar la edad en años cumplidos del fallecido.
7	**DEPOSITADO EN**	Especificar el lugar en el que se encuentra depositado el cadáver (calle, número, colonia, código postal).
8	**MUNICIPIO DE**	Anotar el municipio en donde se localiza la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el trámite.
9	**LOCALIDAD DE**	Anotar la localidad que corresponda.
10	**FALLECIO A CAUSA DE**	Escribir la causa del fallecimiento.
11	**CERTIFICADO DE DEFUNCION No.**	Anotar el número de Certificado de Defunción que corresponda.
12	**EXPEDIDO POR EL C.**	Anotar el nombre completo del médico o persona autorizada que extiende el Certificado de Defunción.
13	**CON CÉDULA PROFESIONAL No.**	Anotar el número de Cédula Profesional que corresponda.
14	**DOMICILIO EN**	Anotar calle, número exterior e interior, en su caso, colonia, municipio y entidad federativa que corresponda al domicilio del certificante.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
15	**LOCALIDAD DE_____MUNICIPIO DE_____ESTADO DE_____**	Anotar la localidad, municipio y entidad federativa que corresponda al destino final del cadáver.
16	**PARA SER**	Anotar según el caso, inhumación o cremación.
17	**EN____UBICADO EN_____**	Anotar el nombre del lugar en donde se realizará la inhumación o cremación del cadáver y el domicilio del mismo.
18	**SE EXPIDE EL PRESENTE EN_____, MEX., A LOS____ DÍAS DEL MES DE___DEL AÑO_____A LAS_____**	Anotar lugar, día, mes, año y hora de expedición del permiso.
19	**REGULACIÓN SANITARIA NO._____EN_____MEX.**	Anotar el número y denominación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que corresponda.
20	**C.**	Asentar el nombre y firma del titular de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que emite el permiso.

Gobierno del Estado de México
Secretaría de Salud
Instituto de Salud del Estado de México

ISEM

(1)/No. Folio:

RECIBO ÚNICO DE PAGO

(2) FECHA:_____ **(3) EXPEDIENTE No.** **(4) T. DE ATENCION:**

(5) CUOTA:_____

(6) RECIBIMOS DE:_____

(7) CON DOMICILIO:_____

_____

(8) CON R.F.C.: **, POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

(9) CLAVE DEL SERVICIO	(10) DESCRIPCION	(11) CANTIDAD	(12) IMPORTE
		(13) TOTAL:	$

_____ _____ _____

(14) SELLO **(15) NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO** **(16) CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

RECIBO ÚNICO DE PAGO.

Objetivo:

Registrar y llevar a cabo el control de los pagos recibidos por la Jurisdicción Sanitaria.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias. El original y segunda copia se conserva en los archivos del usuario, la primera en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	No. Folio:	Número consecutivo impreso.
2	FECHA:	Anotar el día, mes y año en que se elabora el recibo.
3	EXPEDIENTE No.	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
4	T. DE ATENCIÓN:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
5	CUOTA:	Para el caso de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria no aplica.
6	RECIBIMOS DE:	Anotar el nombre completo del solicitante.
7	CON DOMICILIO:	Anotar calle, número exterior e interior del lugar de residencia del solicitante.
8	CON R.F.C.:	Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del solicitante, previa presentación de su Cedula de Identificación Fiscal (para efectos de deducibilidad).
9	CLAVE DEL SERVICIO	Anotar el número de identificación que corresponda a cada uno de los servicios proporcionados, que se obtiene de la Guía de Pago.
10	DESCRIPCIÓN	Especificar el servicio proporcionado al usuario, con relación a las claves anotadas en el punto anterior.
11	CANTIDAD	Indicar la cantidad de servicios proporcionados al solicitante.
12	IMPORTE	Indicar el monto a cubrir por el o los servicios proporcionados al solicitante.
13	TOTAL	Realizar la suma de los importes registrados en el concepto número 10 con número y letra.
14	SELLO	Colocar el sello de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro de la cuota.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	Anotar el nombre completo y firma de la persona que llena y expide el Recibo Único de Pago.
16	CLAVE DE LA UNIDAD APLICATIVA	Anotar número de identificación de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que realiza el cobro.

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

OBJETIVO:

Constatar y evidenciar la correcta cobranza de las cuotas de recuperación en materia de control sanitario, mediante la revisión e integración de reportes mensuales de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de regulación Sanitaria.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos de las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria que tengan a su cargo y responsabilidad el control de los ingresos por pago de cuotas de recuperación en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuarto, artículo 15. Gaceta del Gobierno, 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno, 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículo 17. Gaceta del Gobierno, 1 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México**. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa**.** 217B40010-217B40027 Jurisdicciones de Regulación Sanitaria. Gaceta del Gobierno, 29 de junio de 2005.

RESPONSABILIDADES:

La Jurisdicción de Regulación Sanitaria es la unidad administrativa responsable de la revisión de la documentación generada durante el proceso de recaudación de las cuotas de recuperación en materia de control sanitario y de emitir los reportes mensuales de los ingresos recaudados.

El Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar en presencia del Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria la correcta integración y requisitado de los documentos para la conciliación, la coincidencia entre la suma de ingresos y la suma de los trámites registrados en el sistema durante el mes (relación de trámites), integrar el expediente y devolver.
- Extraer del archivo el Informe Mensual de Ingresos y el control de recibos oficiales, elaborar y enviar el oficio dirigido al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas, anexando el Informe Mensual de Ingresos y control de recibos oficiales.

El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Revisar y conciliar con el responsable de la Ventanilla las "Fichas de Depósito", las copias de recibo único de pago y la relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites).
- Elaborar Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional) y control de recibos oficiales, anexar las fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema y presentarlo al Jefe Jurisdiccional.
- Archivar los documentos después de la conciliación en forma provisional y esperar fecha de conciliación.

El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional deberá:

- Cotejar fichas de depósito, copias de recibos únicos de pago y la relación de trámites registrados en sistema.

DEFINICIONES:

RECAUDACIÓN: Es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución**.**

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

INSUMOS:

- Fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites).

RESULTADO:

- Reporte Mensual de Ingresos Recaudados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria y Control de Recibos Oficiales.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados.
- Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

POLÍTICAS:

- El Responsable de Ventanilla Jurisdiccional cotejará y conciliará diariamente ante el Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria los trámites realizados el día hábil próximo anterior.
- El Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria elaborará el último día hábil del mes el Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional) y el Control de Recibos Oficiales, mismos que presentará al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene del Procedimiento 02: Ingreso de Solicitud de Autorización para Inicio de Construcción u Ocupación de Obra (Excepto las de Servicios de Atención Médica) o Solicitud de Licencias para Crematorios y Panteones Privados operación No. 4.
1	Responsable de Ventanilla Jurisdiccional	Extrae de archivo las fichas de depósito con los recibos únicos de pago (primera y segunda copia), obtiene relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites) y los presenta al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para conciliación.
2	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe documentación, revisa y concilia fichas de depósito, recibo único de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema (hoja de trámites) con el Responsable de la Ventanilla. Archiva provisionalmente los documentos. Al finalizar el mes elabora Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional), control de recibos oficiales, extrae del archivo las fichas de depósito, recibo único de pago" (primera y segunda copia) y relación de trámites registrados en sistema, mismos que anexa al informe y presenta al Jefe de Jurisdicción Sanitaria.
3	Jefe de Jurisdicción Sanitaria	Recibe Informe Mensual de Ingresos (Jurisdiccional), control de recibos oficiales con las fichas de depósito y recibos únicos de pago (primera y segunda copia) y relación de trámites. Revisa, en presencia del Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria la correcta integración y requisitado de los documentos, que la suma de ingresos coincida y corresponda a la suma de los trámites registrados en el sistema durante el mes (Relación de trámites). Integra el expediente con las fichas de depósito, recibos únicos de pago y relación de trámites y devuelve al Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. Archiva temporalmente el Informe Mensual de Ingresos y el Control de Recibos Oficiales a fin de realizar una conciliación posterior con el Departamento de Control y Registro de Cuotas.

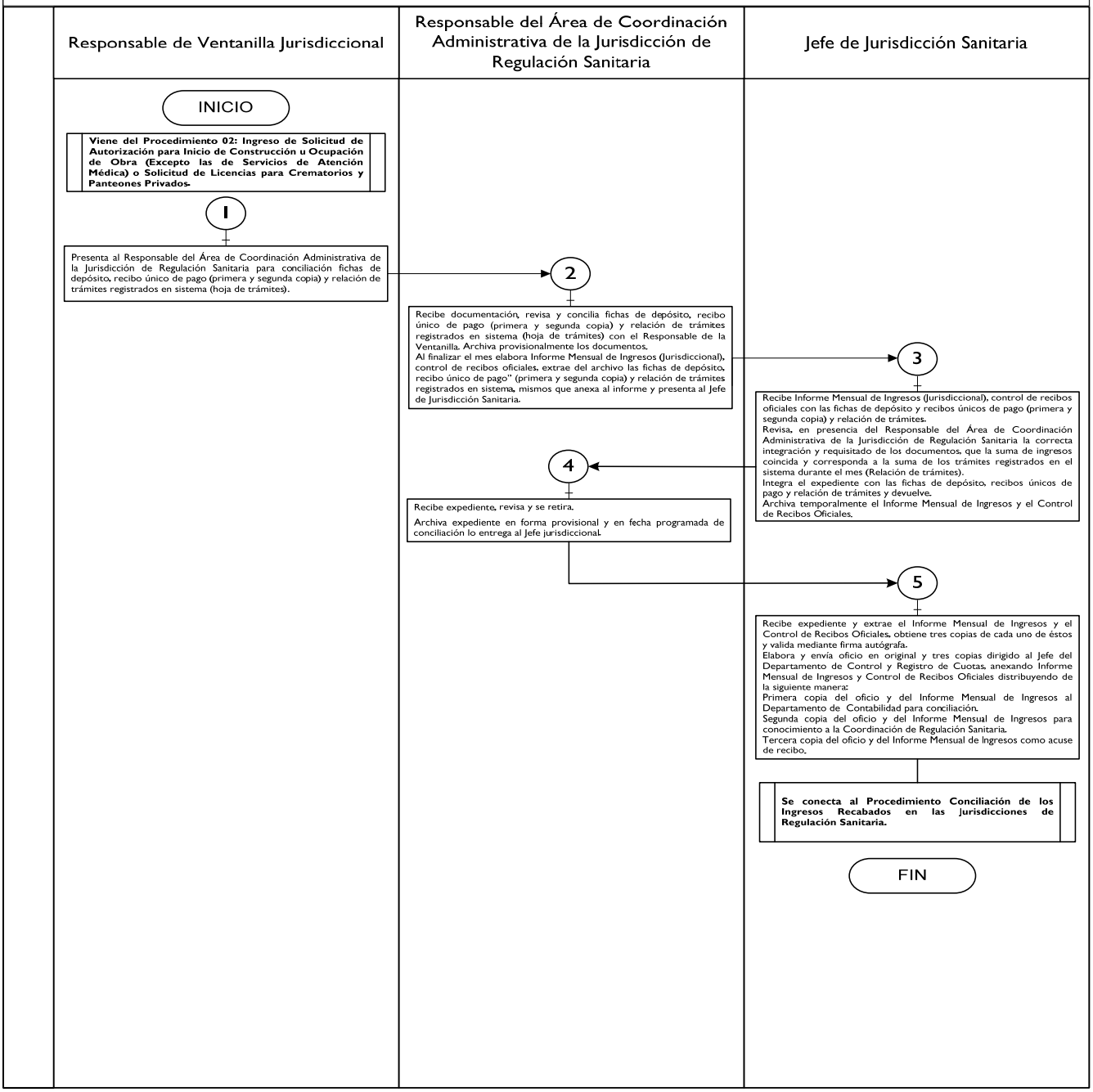
DESARROLLO:

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
4	Responsable del Área de Coordinación Administrativa de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe expediente, revisa y se retira. Archiva expediente en forma provisional y en fecha programada de conciliación con el Departamento de Control y Registro de Cuotas lo entrega al Jefe Jurisdiccional.
5	Jefe de Jurisdicción Sanitaria	Recibe expediente y retiene para la conciliación, extrae de archivo el Informe Mensual de Ingresos y el Control de Recibos Oficiales de archivo, obtiene tres copias de cada uno de éstos y valida mediante firma autógrafa. Elabora oficio en original y tres copias dirigido al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas, obtiene tres copias del Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales y distribuye: oficio original e Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales al Departamento de Control y Registro de Cuotas, primera copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos al Departamento de Contabilidad, ambos oficios para conciliación. **Se conecta al Procedimiento Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.** Segunda copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos para conocimiento a la Coordinación de Regulación Sanitaria y tercera copia del oficio y del Informe Mensual de Ingresos para archivo previo acuse de recibo.

Diagramación:

PROCEDIMIENTO 8: Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia mensual en la revisión de ingresos recabados y realización del Informe Mensual correspondiente.

$$\frac{\text{No. mensual de documentación soporte de ingresos recabados, revisados e informes integrados.}}{\text{No. mensual de documentación soporte de ingresos recabados en la Jurisdicción Sanitaria.}} \times 100 =$$

% de informes de Ingresos mensuales realizados.

EGISTRO DE EVIDENCIAS

- Los expedientes para la conciliación mensual se encuentran en los archivos de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria correspondiente.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio.
- Control de Recibos Oficiales.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Reporte Mensual de Ingresos por Servicio

FECHA: (1)

UNIDAD APLICATIVA: (2)

PERIODO DEL (3) AL (3) DE (3)

CLAVE DEL SERVICIO (4)	NOMBRE DEL SERVICIO (5)	No. DE SERVICIOS OTORGADOS (6)	COSTO DEL SERVICIO (7)	IMPORTE (8)
	TOTAL	(9)	(9)	(9)

ADMINISTRADOR (10)	JEFE DE LA JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (11)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-088-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO

Objetivo:

Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:

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

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

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Control de Recibos Oficiales

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
RECIBOS CANCELADOS:			(7)								

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B50000-093-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

CONTROL DE RECIBOS OFICIALES

Objetivo:

Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y cantidad de recibos existentes al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Asentar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Asentar el nombre y firma del Administrador.

PROCEDIMIENTO 9: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

OBJETIVO:

Verificar el depósito de fondos en la cuenta bancaria concentradora, mediante la conciliación de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, que permita mejorar el proceso de recaudación y control de los ingresos por concepto de cuotas de recuperación.

ALCANCE:

Aplica a los servidores públicos del Departamento de Control y Registro de Cuotas de la Dirección de Finanzas que tengan a su cargo y responsabilidad la Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

REFERENCIAS:

- **Reglamento de Salud del Estado de México.** Capítulo Cuarto, artículo 15. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de marzo de 2002, reformas y adiciones.
- **Código Administrativo del Estado de México.** Libro Segundo, Título Primero, Capítulo Cuarto, artículo 2.7, fracción V. Gaceta del Gobierno de fecha 13 de diciembre de 2001, reformas y adiciones.
- **Reglamento Interior del Instituto de Salud del Estado de México.** Capítulo Sexto, artículo 17. Gaceta del Gobierno de fecha 01 de marzo de 2005.
- **Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México**. Apartado VII Objetivo y Funciones por Unidad Administrativa, 217B31000 Dirección de Finanzas, 217B31320 Departamento de Control y Registro de Cuotas.

RESPONSABILIDADES:

El Departamento de Control y Registro de Cuotas es la unidad administrativa responsable de realizar la conciliación de los ingresos recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria conforme a la normatividad vigente en la materia.

El Jefe del Departamento de Contabilidad deberá:

- Generar Póliza de Cuenta por Cobrar de acuerdo con los ingresos depositados (Reporte Mensual de Ingresos") y retiros efectuados (Hoja de Retiros) por el Departamento de Tesorería de la Cuenta de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación, reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y Hojas de Retiros. y enviar al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas

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

- Registrar en el sistema el reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y hojas de retiros.
- Recibir al Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria y realizar la conciliación mensual de ingresos, para lo cual considera: retiros efectuados por el Departamento de Tesorería (Hoja de Retiros), Reporte Mensual de Ingresos, control de recibos oficiales, fichas de depósito y cargos del estado de cuenta, y en caso de diferencias u omisiones solicitar su aclaración.
- Elaborar Conciliación de Ingresos en original y copia, firmar el documento, recabar firma de conformidad del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria, entregar original y archivar copia para realizar la conciliación del mes siguiente.

El Jefe de Jurisdicción de Regulación Sanitaria deberá:

- Recibir y archivar la Conciliación de Ingresos Original.
- Realizar las aclaraciones que le solicite el Jefe del Departamento de Registro y Control de Cuotas en el momento mismo de la conciliación o en la conciliación del mes siguiente.

DEFINICIONES:

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

INSUMOS:

- Oficio, Reporte Mensual de Ingresos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y hojas de retiros.

RESULTADO:

- Conciliación de Ingresos.

INTERACCIÓN CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

- Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.
- Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes

POLÍTICAS:

- El Jefe del Departamento de Tesorería emitirá y enviará diariamente reporte de depósito por concepto de cuotas de recuperación, realizados por las personas que solicitan el servicio en materia de regulación sanitaria en la cuenta bancaria concentradora al Departamento de Control y Registro de Cuotas.
- El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas determinará el día y hora en que recibirá al Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria para la conciliación mensual de ingresos.
- El Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas recibirá el primer día hábil de cada mes del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria el Informe Mensual de Ingresos y el control de recibos oficiales.

DESARROLLO:

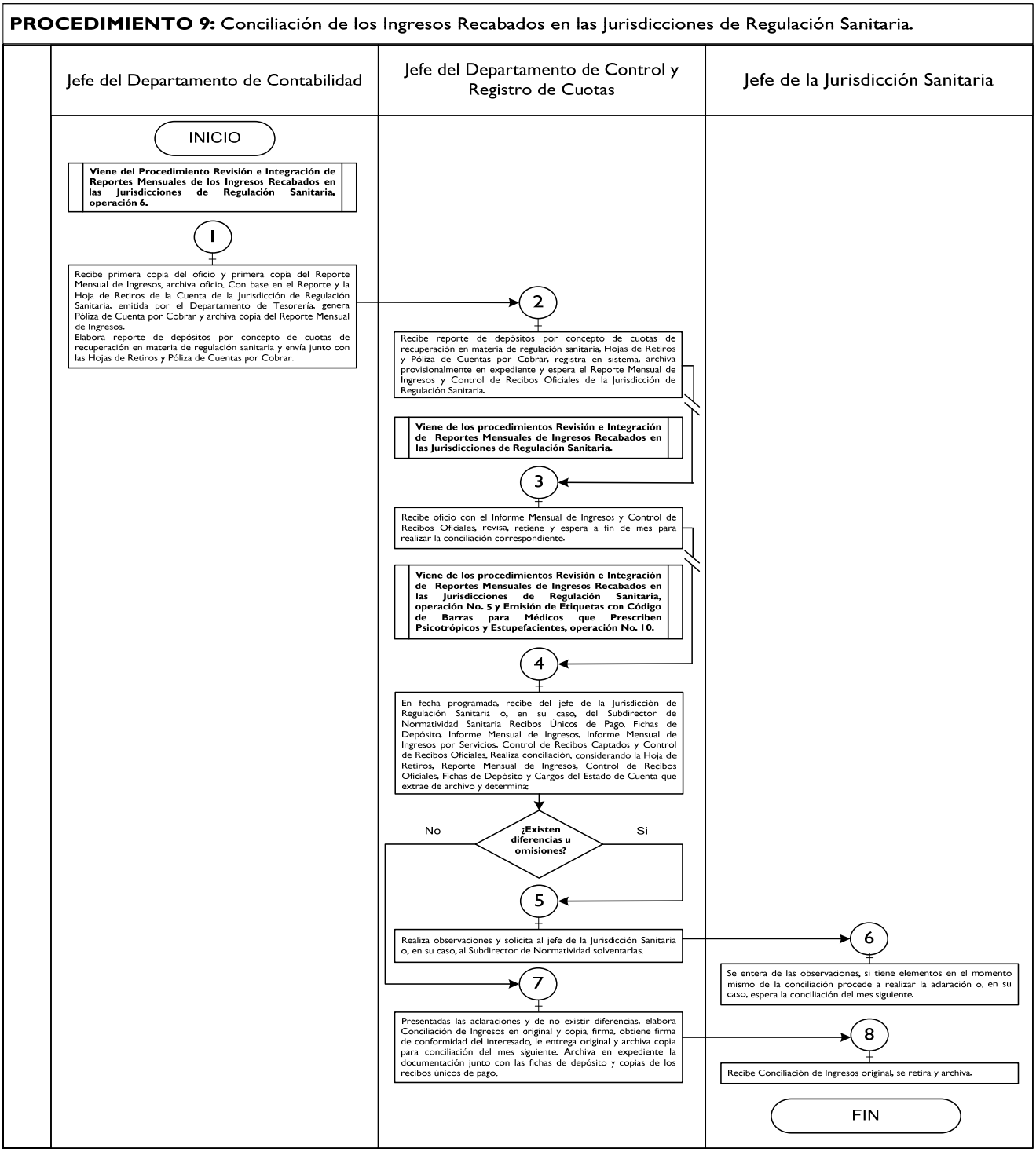
PROCEDIMIENTO 9: Conciliación de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene del Procedimiento Revisión e Integración de Reportes Mensuales de los Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación 5.
1	Jefe del Departamento de Contabilidad	Recibe primera copia del oficio y primera copia del Reporte Mensual de Ingresos, archiva copia del oficio. Con base en el Reporte y la Hoja de Retiros de la Cuenta de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria durante el mes al que corresponde la conciliación, emitida por el Departamento de Tesorería, genera Póliza de Cuenta por Cobrar y archiva copia del Reporte Mensual de Ingresos. Elabora reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria y envía junto con las Hojas de Retiros y Póliza de Cuentas por Cobrar al Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.
2	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe reporte de depósitos por concepto de cuotas de recuperación en materia de regulación sanitaria, Hojas de Retiros y Póliza de Cuentas por Cobrar, registra en sistema, archiva provisionalmente en expediente y espera el Reporte Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria. **Viene de los procedimientos Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación No.5.**
3	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	Recibe oficio con el Informe Mensual de Ingresos y Control de Recibos Oficiales, revisa y retiene, y espera a fin de mes para realizar la conciliación correspondiente.

DESARROLLO:

DESCRIPCIÓN		
No	**RESPONSABLE**	**ACTIVIDAD**
		Viene de los procedimientos Revisión e Integración de Reportes Mensuales de Ingresos Recabados en las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria, operación No. 5 y Emisión de Etiquetas con Código de Barras para Médicos que Prescriben Psicotrópicos y Estupefacientes, operación No. 10.
4	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	En fecha programada para la conciliación, recibe del jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria o, en su caso, del Subdirector de Normatividad Sanitaria, Recibos Únicos de Pago (Primera Copia), Fichas de Depósito, Informe Mensual de Ingresos, Informe Mensual de Ingresos por Servicios, Control de Recibos Captados y Control de Recibos Oficiales. Realiza conjuntamente con el interesado la conciliación mensual de ingresos, considerando la información de la Hoja de Retiros, Reporte Mensual de Ingresos, Control de Recibos Oficiales, Fichas de Depósito y Cargos del Estado de Cuenta que extrae de archivo y determina: **¿Existen diferencias u omisiones?**
5	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.	**Si existen diferencias u omisiones.** Realiza observaciones y solicita al jefe de la Jurisdicción Sanitaria o, en su caso, al Subdirector de Normatividad solventarlas.
6	Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Se entera de las observaciones, si tiene elementos en el momento mismo de la conciliación procede a realizar la aclaración o, en su caso, espera la conciliación del mes siguiente.
7	Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas	**No existen diferencias u omisiones.** Una vez presentadas las aclaraciones y de no existir diferencias, elabora Conciliación de Ingresos en original y copia, firma el documento, obtiene firma de conformidad del Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria o, en su caso, del Subdirector de Normatividad Sanitaria, le entrega original y archiva copia, para la conciliación del mes siguiente. Archiva en expediente la documentación utilizada en la conciliación junto con las fichas de depósito y copias de los recibos únicos de pago.
8	Jefe de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria	Recibe Conciliación de Ingresos original, se retira y archiva.

Diagramación:



MEDICIÓN

Indicador para medir la eficiencia en la conciliación mensual de ingresos recabados por las Jurisdicciones de Regulación Sanitaria.

$$\frac{\text{No. mensual de Conciliaciones realizadas por mes.}}{\text{No. mensual de informes y documentos para conciliación.}} \times 100 = \%$$

% conciliaciones realizadas mensualmente.

REGISTRO DE EVIDENCIAS

- Las copias de la Conciliación de Ingresos se encuentran resguardadas en los archivos de la oficina del Jefe del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- Reporte Mensual de Ingresos por Servicio.
- Control de Recibos Oficiales.
- Conciliación de Ingresos.

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

REPORTE MENSUAL DE INGRESOS POR SERVICIO

Objetivo:

Registrar de manera eficiente y oportuna los ingresos de cuotas de recuperación por servicio, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:

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

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

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Control de Recibos Oficiales

UNIDAD APLICATIVA: (1)		
FECHA DE CORTE: DEL (2)	AL (2)	DE (2)

EXISTENCIA ANTERIOR (3)			RECIBIDOS EN EL PERIODO (4)			UTILIZADOS EN EL PERIODO (5)			EXISTENCIAS (6)		
DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD	DEL	AL	CANTIDAD
RECIBOS CANCELADOS:			(7)								

ADMINISTRADOR (8)	JEFE DE JURISDICCIÓN/ JEFE DE DEPARTAMENTO (9)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

217B30000-093-10

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

CONTROL DE RECIBOS OFICIALES

Objetivo:

Registrar de manera eficiente y oportuna las existencias de los recibos oficiales sobre cuotas de recuperación, tanto a nivel central como en las Jurisdicciones Sanitarias del Instituto.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y copia. El original se conserva en los archivos de la Coordinación Municipal y la copia en los archivos de la Jurisdicción Sanitaria.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD APLICATIVA	Escribir el nombre de la Unidad Aplicativa que recibe la información.
2	FECHA DE CORTE DEL:	Indicar el día de inicio, día de término y mes correspondiente al corte.
3	EXISTENCIA ANTERIOR	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos.
4	RECIBIDOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos obtenidos en el período.
5	UTILIZADOS EN EL PERÍODO	Indicar el número de folio inicial, el folio final y la cantidad de recibos utilizados en el período.
6	EXISTENCIAS	Escribir el número de folio inicial, final y el total de recibos existentes de existencias al momento del corte de la información.
7	RECIBOS CANCELADOS	Escribir el total de recibos que se cancelaron en el período.
8	RESPONSABLE DEL ÁREA DE CAJA	Anotar el nombre y firma del Responsable del Área de Caja.
9	ADMINISTRADOR	Anotar el nombre y firma del Administrador.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

CONCILIACION DE INGRESOS

JURISDICCION DE REGULACION SANITARIA: (1)	
EJERCICIO: (2)	MES: (3)

CONCEPTO (4)		IMPORTE(5)
CUENTA POR COBRAR MES ANTERIOR (+) INGRESOS CAPTADOS EN EL MES SERVICIOS (-) RETIROS DE TESORERIA (CARGOS DEL EDO. DE CUENTA) (+) DEPOSITOS POR TRANSFERENCIAS DE OFICINAS CENTRALES		
CUENTA POR COBRAR PARA REGISTRO CONTABLE		
(+) INTERESES (-) COMISIONES (+/-) INTERESES Y COMISIONES ACUMULADOS		
CUENTA POR COBRAR DESPUES DE INTERES Y COMISION		
(-) SALDO SEGUN ESTADO DE CUENTA EN EL BANCO (+) APERTURA DE CUENTA (-) DEPOSITOS NO CORRESPONDIDOS POR EL BANCO		
INGRESOS NO DEPOSITADOS		

ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD (6)	**DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS (7)**
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA	**NOMBRE Y FIRMA**

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: CONCILIACIÓN DE INGRESOS.

Objetivo: Realizar el registro de las conciliaciones realizadas mensualmente con personal de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria.

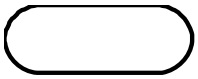
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original y copia. El original se entrega al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria y la copia se encuentra resguardada en los archivos del Departamento de Control y Cuotas de Recuperación.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**JURISDICCION DE REGULACIÓN SANITARIA**	Escribir el nombre de la Jurisdicción Sanitaria que realiza la conciliación.
2	**EJERCICIO**	Anotar el ejercicio fiscal dentro del cual se realiza la conciliación.
3	**MES**	Registrar el mes del cual se realiza la conciliación.
4	**CONCEPTO**	Escribir los conceptos correspondientes a la conciliación.
5	**IMPORTE**	Anotar la cantidad correspondiente al importe de los conceptos que se concilian.
6	**ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD**	Registrar el nombre y firma del Administrador de la Jurisdicción de Regulación Sanitaria que concilia o, en su caso, de la persona que se presenta a elaborar la conciliación.
7	**DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REGISTRO DE CUOTAS**	Nombre y firma de la persona que realiza la conciliación, en representación del Departamento de Control y Registro de Cuotas.

SIMBOLOGÍA

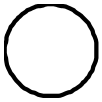
Para la elaboración de los diagramas, se utilizaron símbolos o figuras que representan a cada persona, puesto o unidad administrativa que tiene relación con el procedimiento, lo cual se presenta por medio de columnas verticales. Las formas de representación, fueron en consideración a la simbología siguiente:

INICIO O FINAL DEL PROCESO



Señala el principio o terminación de un procedimiento. Cuando se utilice para indicar el principio de un procedimiento se anotará la palabra **INICIO,** en el segundo caso, cuando se termine la secuencia de operaciones, se escribirá la palabra **FIN**.

CONECTOR DE OPERACIÓN

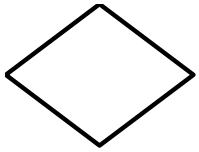


Muestra las principales fases del procedimiento y se emplea cuando la acción cambia o requiere conectarse a otra operación dentro del mismo procedimiento. Se anota dentro del símbolo un número en secuencia, concatenándose con las operaciones que le anteceden y siguen.

LÍNEA CONTÍNUA

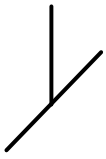
La línea continua marca el flujo de información, documentos o materiales que se están realizando en el área; su dirección se maneja a través de terminar la línea con una pequeña punta de flecha; puede ser utilizada en la dirección que se requiera y para unir cualquier símbolo empleado.

DECISIÓN



Símbolo que se emplea cuando en la actividad se requiere preguntar si algo procede o no, identificando dos o más alternativas de solución. Para fines de mayor claridad y entendimiento, se describirá brevemente en el centro del símbolo lo que va a suceder, cerrándose la descripción con el signo de interrogación.

FUERA DE FLUJO



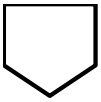
Cuando por necesidades del procedimiento, una determinada actividad o participación ya no es requerida dentro del mismo, se opta por utilizar el signo de fuera de flujo para finalizar su intervención en el procedimiento.

CONECTOR DE PROCEDIMIENTOS

Es utilizado para señalar que un procedimiento proviene o es la continuación de otro(s), es importante anotar dentro del símbolo el nombre del procedimiento del cual se deriva o hacia dónde va.

CONECTOR DE HOJA EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

Este símbolo se utiliza con la finalidad de evitar las hojas de gran tamaño, el cual muestra al finalizar la hoja, hacia donde va y al principio de la siguiente hoja de donde viene para fines de control se escribirá dentro de la figura una letra (mayúscula) del alfabeto, empezando con la "A" y continuando con la secuencia del mismo.



OPERACIÓN

Representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento y se anota dentro del símbolo la descripción de la acción que se realiza en ese paso.

REGISTRO DE EDICIONES

- Primera edición febrero de 2005, elaboración del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación en Materia de Regulación Sanitaria.
- Segunda edición julio de 2011, actualización del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación en Materia de Regulación Sanitaria.

DISTRIBUCIÓN

El original del Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria se encuentra en resguardo de la Gaceta del Gobierno del Estado de México.

Las copias controladas están distribuidas de la siguiente manera:

Departamento de Desarrollo Institucional (1)
Coordinación de Regulación Sanitaria (1).
Dirección de Regulación Sanitaria (1).
Subdirección de Verificación Sanitaria (1).
Subdirección de Normatividad Sanitaria (1).
Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública (1).

VALIDACIÓN

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

Lic. Fernando A. César Luna
Coordinador de Administración y Finanzas
(RÚBRICA)

C.D. Sergio Carlos Rojas Andersen
Coordinador de Regulación Sanitaria
(RÚBRICA)

Ing. Armando Torres Gómez
Director de Regulación Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Juan Carlos Frías Badillo
Subdirector de Verificación Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Carlos Colín Marín
Subdirector de Normatividad Sanitaria
(RÚBRICA)

Lic. Rocío Georgina López Nava
Subdirector de Administración de la Beneficencia
(RÚBRICA)

Lic. Ángela Rubí Delgado
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
(RÚBRICA)

ACTUALIZACIÓN

Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria, julio de 2011.

MP.- 083

© Manuales de Procedimientos

Manual de Procedimientos de Cuotas de Recuperación por Servicios en Materia de Regulación Sanitaria.

Secretaría de Salud

Responsable de su elaboración:

- C.D. Sergio Carlos Rojas Andersen
- Ing. Armando Torres Gómez
- Lic. Carlos Colín Marín

Responsable de su integración:

- *Lic. Armando Santín Pérez.*
- *Lic. Néstor Gutiérrez Santos.*

Toluca, México
***Julio**, 2011.*