



### HOJA DE CONTROL DE EMISIÓN Y REVISIÓN

No. Rev.	Pág (s). Afectadas	Naturaleza del Cambio	Motivo del Cambio	Fecha de Vigencia
0	-	Emisión	Emisión	24/Sep/2001
1	3-6	Modificación	Actualización	17/Jun/2003
2	5-6	Modificación	Actualización	16/Mar/2004
3	4-9	Modificación	Actualización	16/Jun/2006
4	Todas	Modificación	Actualización	20/Jun/07
5	Todas	Modificación	Actualización	20/Jun/08
6	Todas	Modificación	Actualización	30/Ene/09



### HOJA DE CONTROL DE COPIAS

Esta es una copia controlada del procedimiento de Cartas Compromiso.

El original de este documento queda bajo resguardo del Departamento de Recursos Humanos del Hospital del Niño Morelense.

La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Área Funcional	Copia No.
Departamento de Recursos Financieros.	01



### 1. Propósito:

Establecer normas y mecanismos que permitan a las familias que no puedan solventar la deuda económica de su paciente, (originada por los servicios médicos prestados); mediante la firma de un convenio de pago posterior llamada carta compromiso.

### 2. Alcance:

### 3. Referencias:

Políticas internas del departamento de Recursos Financieros.  
Manuales Internos

### 4. Responsabilidades:

Es responsabilidad del Director del Hospital del Niño Morelense, aprobar este procedimiento.  
Es responsabilidad del Subdirector Administrativo, de revisar y vigilar el cumplimiento de este procedimiento.  
Es responsabilidad del Jefe de Departamento, elaborar y mantener autorizado este procedimiento.  
Es responsabilidad del Personal de Apoyo apegarse a lo establecido en este procedimiento.

### 5. Definiciones:

“Ninguna”

### 6. Método de Trabajo:

6.1 DESCRIPCION: ELABORACION Y COBRO DE CARTAS COMPROMISO.



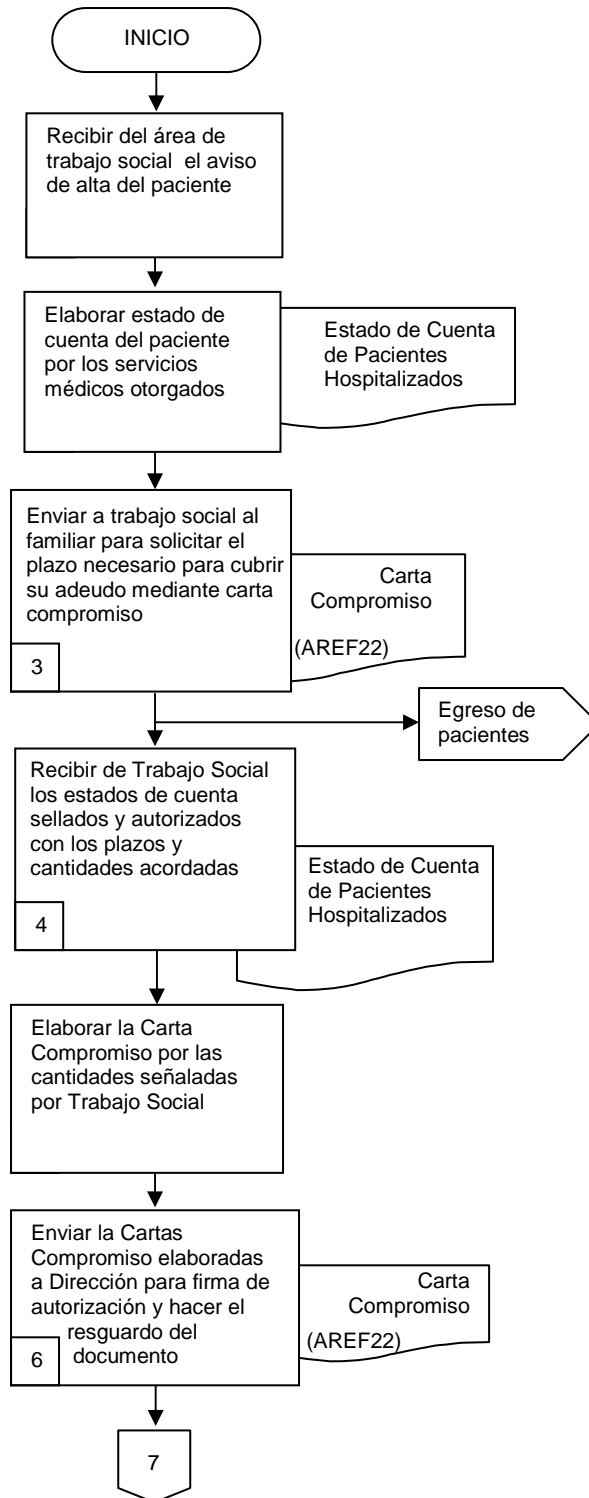
ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
No.	Descripción de Actividades	Unidad Administrativa
1	Recibe del Área del trabajo social el aviso de alta del paciente.	CAJERA
2	Elabora el estado de cuenta del paciente por los servicios médicos otorgados y/o solicitados.	CAJERA
3	Envía a Trabajo Social para solicitar de acuerdo al estudio socio-económico y en base a su capacidad de pago, el plazo necesario para cubrir su adeudo, mediante carta compromiso de pago.	CAJERA
4	Recibe de Trabajo Social los estados de cuenta sellados y autorizados con los plazos y cantidades acordadas.	CAJERA
5	Elabora en la computadora la carta compromiso por las cantidades señaladas por Trabajo Social.	CAJERA
6	Envía las cartas compromiso elaboradas a dirección para firma de autorización, las recoge y se hace el resguardo del documento.	ÁREA DE CARTAS COMPROMISO.
7	Recordar a los deudores de cartas compromiso vía telefónica o correo.	CARTAS COMPROMISO
8	El familiar acude a la Caja General a pagar Si SI se presenta pasa a punto 10 Si NO se presenta pasa a punto 9	CARTAS COMPROMISO
9	Enviar nuevamente recordatorio de pago vía telefónica o correo.	CARTAS COMPROMISO
10	Elaborar el Recibo Oficial de Ingresos por la cantidad a pagar.	CAJERA

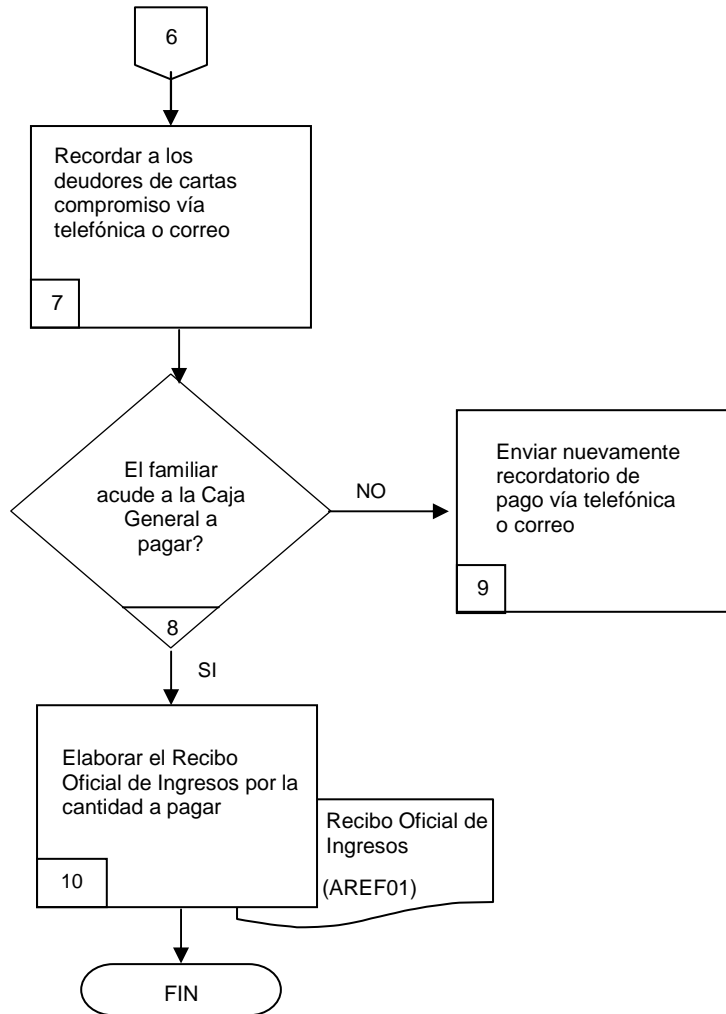
<b>Elaboró</b> Jefe del Departamento de Recursos Financieros	<b>Revisó</b> Subdirector Administrativo	<b>Aprobó</b> Director General del Hospital del Niño Morelense
CP y LAP. Saturnino Balderas Castrejón	CP. Claudio Hernández Macías	Dr. Melquisedec Piedragil Ayala
<b>Fecha:</b> 30 de Enero del 2009	<b>Fecha:</b> 30 de Enero del 2009	<b>Fecha:</b> 30 de Enero del 2009



### 6.2 Diagrama de Flujo:

#### ELABORACION Y COBRO DE CARTAS COMPROMISO.







6.3 FORMATOS: ELABORACION Y COBRO DE CARTAS COMPROMISO.

SECRETARIA DE SALUD DE MORELOS  
HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS

CARTA No. \_\_\_\_\_

CUERNAVACA, MOR., \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
CARTA COMPROMISO, PAGARE

DR. MELGUISEDEC PIEDRAGIL AYALA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE  
PRESENTE.

RECONOZCO Y ACEPTO QUE LOS GASTOS REALIZADOS CON MOTIVO DE LA ATENCION MEDICA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE CLINICO \_\_\_\_\_ SON LOS QUE ME HAN EXPLICADO Y CORRESPONDEN A LOS GASTOS DE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

MONTO TOTAL: \$ 0.00 ( )  
CONDONADO: \$ 0.00  
PAGO: \$ 0.00  
SALDO: \$ 0.00  
APOYO VOLUN. \$ 0.00

FECHA DE COMPROMISO DE PAGO: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_  
POR LO TANTO DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE EL SALDO A LA ORDEN DEL HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO ME SUJETARE A LAS DISPOSICIONES MERCANTILES VIGENTES.

ACEPTO PAGAR A SU VENCIMIENTO  
( FIRMA )

NOMBRE DEL DEUDOR: \_\_\_\_\_  
C. \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO (CALLE Y NUMERO): \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

ELABORO \_\_\_\_\_ AUTORIZO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE

Original - Recursos Financieros ; Copia - Paciente

AREF22



#### 6.4 INSTRUCTIVO DE LLENADO: ELABORACION Y COBRO DE CARTAS COMPROMISO.

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1.	Acceso al sistema de cobro SCI.	Entrar menú principal de cobro y seleccionar el submenú de "cartas compromiso". Elegir la opción de "elaborar carta" .y acceder con clave de la cajera.
2.	Número de Registro	Se captura el número de expediente del paciente y automáticamente aparecerá el nombre.
3.	Nombre del deudor	Se captura el nombre del responsable del pago
4.	Parentesco	Capturar el parentesco del responsable con el paciente
5.	Domicilio	Capturar el domicilio actual del responsable del pago.
6.	Captura de importes	Captura del monto total, condonación, el pago que realiza el familiar al momento de efectuar este trámite y el monto por apoyo de voluntarias si el caso lo amerita. Automáticamente aparecerá el saldo de la carta que el familiar se compromete a pagar posteriormente.
7.	Fecha de elaboración	Se captura la fecha de elaboración del documento comenzando por día/mes/año
8.	Fecha de vencimiento	Se captura la fecha del vencimiento autorizado comenzando por día/mes/año.
9.	Firma de autorización	Se ingresa el nombre de la persona que dará la autorización.
10.	Convenio	En caso de que el paciente tenga derecho a algún convenio se captura el nombre del Municipio o Aseguradora.



### 6.5 DEFINICIONES

SELPP = Sistema para la Elaboración del Presupuesto por Programas.

POA = Programa Operativo Anual.

I.S.R. = Impuesto Sobre la Renta.

### 6.6 BIBLIOGRAFIA Y/O REFERENCIAS

Como Referencia, se tomo la experiencia del personal, que es quien realmente conoce y ejecuta diariamente las distintas funciones de acuerdo a sus respectivas áreas, necesarias para dar el servicio adecuado a los usuarios del HOSPITAL DEL NIÑO MORELENSE.



### 6.7 Registros de Calidad.

No.	Documentos (Clave)	Responsabilidad de su Custodia	Tiempo de Retención
1	Carta Compromiso	C.P Saturnino Balderas Castrejón	5 años

### 6.8 Anexos.

Anexo No.	Descripción	Clave
	Ninguno	