



Acuerdo publicado el 18-01-14
Última reforma 08-10-16

Con fundamento en los artículos 1, 2, 82, 90 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca; 1, 3 fracción I, 26, 27 fracción XII, 29 primer párrafo, 45 fracciones I, XI, XXX y LII, de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca; 44 párrafo X de la Ley Estatal de Derechos, y

CONSIDERANDO

Que corresponde a la Secretaría de Finanzas ser la instancia que tenga a su cargo la recaudación de contribuciones en el Estado, así como de los demás ingresos que la Entidad perciba independientemente de su naturaleza jurídica, que es ese tenor la Ley Estatal de Derechos le otorga competencia a la Secretaría para que mediante acuerdo se dé a conocer los derechos que por concepto de servicios en atención en salud deban cobrar las unidades aplicativas y hospitalarias en el Estado de Oaxaca.

Bajo esa premisa y en cumplimiento a la disposición contenida en la Ley Estatal de Derechos, se realizaron todos los trámites necesarios para la constitución del Fideicomiso de Administración y Pago de los recursos que se captan por los derechos de servicios en atención en salud que formaran parte del patrimonio fideicomitido del Fideicomiso de referencia.

Que la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado, llevó a cabo la revisión y análisis de las cuotas vigentes, surgiendo la propuesta de lineamientos y tabulares, mismos que surgieron considerando en todo tiempo que los derechos son cuotas que deben determinarse tomando en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario este último referente aplicando los estudios socioeconómicos correspondientes.

Que los tabuladores contenidos en el presente Acuerdo, contiene la clasificación de los diferentes servicios con seis niveles de cuota de recuperación para cada uno de ellos, los cuáles se aplican con base en la puntuación que resulte de la ficha socioeconómica que se establece y que se aplicarán por los trabajadores sociales de las unidades aplicativas y hospitalarias de conformidad con las disposiciones y lineamientos que para tal caso sean emitidos por la Secretaría de Salud como responsable de la conducción de la política estatal en materia de salud.

Que corresponderá a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado verificar que se cumplan con los lineamientos y los tabulares que forman parte del presente Acuerdo, promoviendo la rendición de cuentas y transparentando el ejercicio de los recursos públicos ante las instancias de control y fiscalización del estado, así como del Congreso del Estado.

Por lo antes expuesto, tengo a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA ESTATAL DE DERECHOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Título Primero



Generalidades del Sistema Estatal de Derechos por la Prestación de Servicios de Atención en Salud

Capítulo Primero Marco Jurídico Aplicable

1. El sistema estará normado en su funcionamiento, por los diversos ordenamientos que deben observarse invariablemente para garantizar plenamente los cometidos de los servicios de salud y los derechos por la prestación de servicios de atención en salud.
 - a) Ley Estatal de Salud;
 - b) Ley de Ingresos del Estado de Oaxaca para el Ejercicio Fiscal del año que corresponda;
 - c) Ley Estatal de Derechos;
 - d) Ley Estatal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;
 - e) Ley para Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Estado de Oaxaca;
 - f) Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados de Oaxaca;
 - g) Decreto de Presupuesto de Egresos del Estado de Oaxaca para el Ejercicio Fiscal del año que corresponda;
 - h) Decreto por el cual se Crea la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Oaxaca, y
 - i) Tabuladores de Derechos por Servicios de Atención en Salud.

Capítulo Segundo Objetivos y Características del Sistema

2. Son objetivos específicos del Sistema Estatal de Derechos por la prestación de servicios de atención en salud, los siguientes:
 - a) Establecer las normas, lineamientos y mecanismos de operación y control que permitan al Fideicomiso de Administración de los derechos por la prestación de servicios de atención en salud, contar con herramientas administrativas eficaces para la captación, distribución y aplicación de recursos provenientes de derechos;
 - b) Consolidar una unidad de beneficencia pública como organismo normativo, de control y evaluación del fideicomiso de administración;
 - c) Coadyuvar con el sistema estatal de salud y ampliar la cobertura regional de los servicios médico-asistenciales, así como a elevar la calidad de los mismos mediante un programa específico de fortalecimiento a las unidades aplicativas y hospitalarias;
 - d) Contribuir con recursos provenientes de derechos por la prestación de servicios de atención en salud tengan como destino la realización de programas y acciones de beneficencia pública en el estado de Oaxaca;



- e) Lograr un óptimo aprovechamiento de los recursos captados en las unidades aplicativas y hospitalarias por concepto de derechos por la prestación de servicios de atención en salud;
 - f) Coadyuvar a que los derechos por la prestación de servicios de atención en salud constituyan un auténtico soporte financiero para las unidades aplicativas y hospitalarias, y
 - g) Fomentar el cumplimiento de las normas y mecanismos establecidos para la captación, distribución, aplicación y control de los derechos por la prestación de servicios de atención en salud.
3. Son características del Sistema Estatal de Derechos por la prestación de servicios de atención en salud, los siguientes:
- a) Integral, dado que implica la interdependencia y coordinación entre las unidades eminentemente operativas de los servicios de salud, y las de apoyo administrativo y de vigilancia en el nivel central, actuando todas en el marco de las disposiciones contenidas en la legislación vigente;
 - b) Incluyente de los sistemas nacional y estatal de salud así como su previsión en el acuerdo de coordinación para la formalización de los derechos de atención en salud como ingresos del Estado;
 - c) Instrumento que contribuye para el logro de los propósitos fundamentales de los sistemas nacional y estatal de salud: al ampliar la cobertura de los servicios y elevar la calidad de los mismos;
 - d) Se guían prioritariamente por las necesidades sociales de los usuarios y por los criterios de racionalización y optimización por parte de quienes otorgan los servicios. El sistema pretende en esencia, un mejor aprovechamiento de los recursos para elevar las condiciones de salud y bienestar de los usuarios;
 - e) Íntimamente ligado a otros sistemas, como son los del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y el Régimen Estatal de Protección Social en Salud A través de la planeación estratégica, desarrollo regional, presupuesto, contabilidad y control;
 - f) Se fundamentan en principios de solidaridad social, por lo que deben guardar relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro al usuario cuando carezca de recursos para cubrirlas, ò en las zonas de menor desarrollo económico y social, siempre y cuando se demuestre la falta de capacidad de pago;
 - g) La aplicación de los derechos por la prestación de servicios de atención en salud propenderán la cobertura y a elevar la calidad de los servicios, buscando mantener en óptimas condiciones la funcionalidad de los equipos e instalaciones y en general, toda la infraestructura médica, y
 - h) Finalmente, el sistema orienta sus acciones fundamentales a favorecer a las clases sociales más desprotegidas y con menores recursos económicos,



constituida por la denominada población abierta que no tiene acceso a los esquemas formales de seguridad social, si no a los servicios de la medicina privada.

4. Para efectos de estos Lineamientos, se entenderá por:

- a) Acuerdo: Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos del Sistema Estatal de Derechos por la Prestación de Servicios de Atención en Salud;
- b) Administración: A la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública del Estado de Oaxaca;
- c) Comité: Al Comité Técnico del Fideicomiso de Administración de los derechos por la prestación de servicios en atención en salud;
- d) Cuota: A los derechos por la prestación de servicios de atención en salud que pagan los usuarios de los servicios médico-asistenciales o de apoyo a la salud, como contraprestación a las unidades aplicativas y hospitalarias que integran los servicios estatales de salud.
- e) Documentos comprobatorios de Ingresos: A las copias de recibos únicos estatales de ingresos por Derechos por la prestación de servicios de atención en salud, así como los originales de las transferencias y las pólizas de cheques.
- f) Documentación comprobatoria de egresos: A los documentos originales que amparen el ejercicio del gasto que deberán reunir los requisitos fiscales que se establecen en el Código Fiscal de la Federación y Código Fiscal para el Estado de Oaxaca, así como de las demás leyes vigentes respectivas, mismos que no deberán contener tachaduras, enmendaduras o cualquier otra acción que altere su contenido.
- g) Fideicomiso: Al Fideicomiso de Administración de los derechos por la prestación de servicios de atención en salud;
- h) Instituciones de Salud: A las Unidades aplicativas y hospitalarias que integran los servicios estatales de salud de Oaxaca;
- i) Justificación de gasto: Al sustento de la realización de un gasto, explicando porque es importante realizarlo, que beneficios se obtienen y que problemática se resuelve;
- j) Secretaría: A la Secretaría de Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado, y
- k) Sistema Estatal Servicios de Atención en Salud: Al mecanismo alternativo de financiamiento, que conjunta y da congruencia a las acciones que realizan los diversos componentes que intervienen en materia de salud, con el propósito de alcanzar un óptimo aprovechamiento de los recursos provenientes por este concepto.

Título Segundo



Del Tabulador de Derechos por Servicios de Atención en Salud

Capítulo Primero De las Generalidades

5. El cobro por el otorgamiento de los servicios que presten las instituciones de salud de Oaxaca, se establecerá mediante el tabulador de derechos por la prestación de servicios de atención en salud, Anexo que forma parte del presente Acuerdo.
6. Administración, tomando en consideración las propuestas de los servicios estatales de salud, planteará el tabulador de cuotas, y será responsable de su actualización permanente.
Las propuesta de modificación o inclusión de nuevos servicios no contemplados en los tabuladores vigentes, se deberán hacer ante la Secretaría, respaldadas con los soportes técnicos que avalen dichas propuesta.
7. El cobro de las cuotas se hará tomando en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socio-económicas del usuario, detectadas mediante la aplicación del estudio socioeconómico realizado por el área de trabajo social en las Instituciones de Salud.
8. Las Instituciones de Salud que prestan servicios médicos-asistenciales aplicarán el tabulador que contiene la clasificación de los diferentes servicios con seis niveles de cuotas para cada uno de ellos, los cuáles se aplican con base en la puntuación que resulte de la ficha socioeconómica que se establece a nivel federal.

Capítulo Segundo De la Condonación

9. La Secretaría condonará el pago de cuotas en los siguientes casos:
 - a) En las zonas de menor desarrollo económico y social, fundamentalmente las de carácter rural sea cual fuere el servicio, siempre y cuando se justifique plenamente la falta de capacidad de pago del usuario.
 - b) En las zonas urbanas cuando se determine que el usuario carece de recursos, conforme a la ficha socioeconómica que se le practique.
 - c) Cuando se trate de servicios prioritarios, considerados como tales por el sistema nacional de salud: atención materno infantil, planificación familiar, salud mental, prevención y control de enfermedades transmisibles, así como prevención y control de enfermedades buco dentales.
10. La dirección y/o administración de la Institución de Salud autorizará la reclasificación "R" de los niveles de cobro, cuando se compruebe que los usuarios carecen de recursos económicos o estos son incompletos para cubrir el nivel aplicado, sin perjuicio de otorgar la condonación de pago al usuario que así lo amerite, debiendo firmar el documento correspondiente.



Con el propósito de fortalecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes entre unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención, el área de trabajo social de primer nivel, al conocer la situación socioeconómica real de los usuarios por su contacto directo con la comunidad, aplicará la ficha socioeconómica inicial al paciente que requiera medicina especializada, de ésta forma propondrá el nivel de cuota que le corresponda, así mismo propondrá la clasificación en su caso como exento de pago.

11. Las áreas de trabajo social de los tres niveles de atención, se coordinarán a fin de que los pacientes acudan a las unidades de segundo y tercer nivel con su respectiva clasificación socioeconómica especificada en el documento de referencia, y copia de la ficha socioeconómica y los servicios que se le presten se cobrarán respetando la clasificación con la que fueron referidos del primer nivel, y en su caso previa autorización del director y/o administrador se condonará del pago sin que sea necesario aplicar nuevamente la ficha socioeconómica inicial.

Las unidades de segundo y tercer nivel, las cuales se caracterizan por prestar además de los servicios médicos, los de hospitalización y especialidad, aplicarán el tabulador conforme a la ficha socioeconómica, cuando los pacientes acudan a ellas en forma directa.

12. El nivel de clasificación socioeconómica será único por usuario, es decir, que aun cuando se le preste más de un servicio al paciente, los derechos se cobrarán aplicando un mismo nivel, o en su caso, previa autorización, se le condonará del pago en todos los servicios que requiera.

El comprobante de condonación es el documento oficial que exime del pago a los usuarios que carecen de recursos económicos para cubrir los servicios médicos asistenciales requeridos, y que no corresponden a programas prioritarios de salud pública, el llenado de dicho documento deberá ser de forma completa y legible en cada uno de los datos solicitados, su registro diario se efectuará en el control para ello establecido.

Capítulo Tercero

De los Paquetes de Servicios Médico Asistenciales

13. Los servicios médicos asistenciales que se presten en los tres niveles de atención deberán otorgarse en forma de “paquetes” los que ya incluyen en la cuota, los medicamentos, material de curación, y demás insumos que se requieran para la prestación del servicio.

Por lo que respecta a los servicios de cirugía, las unidades hospitalarias considerando la opinión del área médica deberán integrar sus “paquetes” con el conjunto de elementos hospitalarios, médicos y quirúrgicos que contribuyan a la prestación del servicio.

14. Los “paquetes” se conforman por elementos de dos tipos: generales y específicos; los elementos generales son aquellos que deberán otorgarse a todos los pacientes, independientemente del tipo de intervención quirúrgica a que sean sometidos, tales como: días de hospitalización, exámenes básicos de laboratorio y/o gabinete,



analgésica y/o anestesia, soluciones y medicamentos, material de curación y la propia intervención quirúrgica.

Los elementos específicos dependerán para su aplicación del tipo de servicio que se preste al paciente por ejemplo: en los servicios de obstetricia como el parto y la cesárea, el elemento específico adicional a los generales, será el cunero o incubadora.

15. La prestación de servicios por “paquete”, se fundamenta en el criterio de brindar al usuario un servicio integral que incluya los elementos necesarios básicos que por su costo y naturaleza, son los máximos que se les pueden otorgar; por tal motivo, las prótesis, válvulas, marcapasos, clavos, tornillos, placas quirúrgicas, aparatos de ortodoncia, quedan excluidos del “paquete”.

El material protésico o similares serán adquiridos directamente por el paciente. En su caso, los hospitales priorizarán y canalizarán a los usuarios exentos que requieran materiales no incluidos en los “paquetes”, ante el patronato o el voluntariado del propio hospital, o en su defecto, solicitarán ayuda a la Administración.

16. La Institución de Salud deberá especificar la integración de los “paquetes” de cirugía, los días que el área médica determine como necesarios para la intervención y el restablecimiento de los pacientes en cada tipo de cirugía, por lo que aun cuando se presenten complicaciones no se cobrará ninguna cuota adicional por su internamiento.
17. La sangre que se administre al paciente también forma parte del “paquete”, sin embargo, por tratarse de un elemento no comercial, el usuario del servicio debe comprometerse a su reposición, presentando un donador.
18. La cuota que se cobrará por los servicios prestados, es la específica del tabulador autorizado para cada servicio, conforme a la clasificación que se haya determinado en el estudio socioeconómico practicado al usuario; esta cuota no podrá implementarse en caso de complicaciones.
19. El primer nivel de atención presta, además de los servicios médicos, tres servicios más en paquete: tarjeta sanitaria, certificados médicos prenupciales y de salud, cuyos elementos generales son la consulta general y el examen V. D. R. L.

Las cuotas que se cobrarán por la tarjeta sanitaria y los certificados, serán las que especifique el tabulador para cada uno de ellos, y la cuota del certificado prenupcial se cobrará por pareja.

20. Para los tres niveles de atención, se cobrará en forma de “paquetes” los servicios de laboratorio clínico de mayor demanda, los cuales fueron creados para favorecer la economía de los usuarios, ya que por una sola cuota incluyen el conjunto de exámenes que se requieren para su diagnóstico.

Los conceptos que integran los “paquetes” se encuentran detallados por separado.

21. Los servicios de cirugía plástica de carácter estético, no podrán ser sujetos de exención dada su propia naturaleza, es decir, que al usuario de éstos servicios no se le podrá reclasificar o exentar del pago de la cuota respectiva.



22. Cuando por razones de fuerza mayor no se practique algún servicio cuyo pago haya sido cubierto dentro del mismo mes al 100%, las Instituciones de Salud deberán efectuar la devolución correspondiente: utilizando como comprobante de la devolución el original del mismo recibo único de ingresos que ampara el pago del usuario.

Al reverso del mismo se anotará la causa por la cual se efectúa la devolución, su importe, la fecha, la firma de conformidad del usuario al que se le reintegran los recursos; los nombres, cargos, y firmas de visto bueno del jefe del departamento de trabajo social y de los servidores públicos responsables de la dirección y administración de la Institución de Salud.

23. En el caso del reintegro que corresponda a ingresos de meses anteriores y hayan sido reportados a la Secretaría, sólo procederá la devolución del 70% del monto original, ya que el 30% restante, se distribuyó y depositó oportunamente al Fideicomiso.

Las devoluciones efectuadas se restarán de los ingresos del período en el cual hayan ocurrido, haciendo las aclaraciones procedentes en el reporte mensual de las cuotas.

Los comprobantes originales de las devoluciones se enviarán a Administración anexándolos al reporte mensual de cuotas de recuperación correspondiente.

Título Tercero De la Captación de Ingresos

Capítulo Primero De los Derechos por la Prestación de Servicios de Atención en Salud

24. Los servicios estatales de salud que prestan servicios médico – asistenciales a través de sus Instituciones de Salud, aplicarán el tabulador que contiene la clasificación de los diferentes servicios, con 6 niveles de cuotas para cada uno de ellos; originado del estudio socio económico de las regiones del estado de Oaxaca en sus condiciones económicas y de ingreso per cápita.

La captación de las cuotas deberá estar estrechamente vinculada a las acciones y metas prioritarias, establecidas en el programa operativo anual de las Instituciones de Salud.

25. Las Instituciones de Salud deberán formular anualmente un presupuesto estimado de ingresos por concepto de cuotas, así como un programa para su aplicación debiéndolo entregar el 15 de agosto de cada año por conducto de Administración al Comité para su aprobación.

En caso de presentarse variaciones de lo proyectado en relación a la captación y aplicación reales, deberá modificarse el programa original, de manera trimestral y a mas tardar el día 15 de octubre del ejercicio correspondiente, ajustando capítulos y conceptos.



26. Los ingresos provenientes de cuotas deberán ser depositados al 100% de manera semanal a la cuenta bancaria productiva específica que señale la Secretaría; su omisión causara la suspensión de las ministraciones puntuales correspondientes.
27. El recibo único de ingresos es el documento oficial que se expide como comprobante de la percepción por la prestación de servicios médicos asistenciales. El llenado de dicho documento deberá ser de forma completa y legible en cada uno de los datos solicitados, su registro diario se efectuará en el control para ello establecido. Este documento será emitido de manera impresa y/o de manera electrónica en cada Institución de Salud.
28. Las ingresos por cuotas deberán depositarse diariamente a la cuenta bancaria productiva específica de la Institución de Salud, cuando no exista institución bancaria en la localidad, los recursos permanecerán en custodia hasta por un máximo de una semana, el importe de los ingresos diarios no depositados en el mes que corresponde, se consideraran como adeudo a cargo del director y/o administrador de la Institución de Salud, requiriéndose su presencia para la firma de la carta – compromiso, correspondiente.

Las Instituciones de Salud que proporcionan los servicios médicos, deberán depositar semanalmente a la cuenta bancaria designada por la Secretaría el 100% de los ingresos totales que se obtengan por este concepto, la que una vez registrado el ingreso por concepto de Derechos, los aportará al Fideicomiso a más tardar dentro de los tres días siguientes a su recepción.

Capítulo Segundo De los Servicios Subrogados

29. Las Instituciones de Salud podrán proporcionar servicios a los derechohabientes de otras dependencias e instituciones, debiendo formalizar un convenio de servicios subrogados con esos organismos, precisando la forma de pago y el tiempo de recuperación.
30. Las Instituciones de Salud deberán crear los mecanismos necesarios para que el cobro de los servicios subrogados se realice en el tiempo y la forma convenidos, a fin de evitar que su incumplimiento sea causa de problemas financieros y/o administrativos.

Para el cobro de éstos servicios se deberá utilizar la cuota que corresponda al nivel 6 del tabulador incrementándola cuando menos en un 80%, excepto a las instituciones conformadas por miembros de características de población abierta, procurando siempre el máximo beneficio para los servicios estatales de salud y la beneficencia pública del estado, mediante estudios que demuestren el beneficio social.

31. El cobro de los servicios subrogados se efectuará a través del recibo único de ingresos, el cual deberá registrarse invariablemente con el nombre de la institución correspondiente, con la leyenda “subrogación de servicios” y el periodo que comprende.

Adicionalmente a éste recibo deberá elaborarse una relación de los servicios que se proporcionaron en el periodo mencionado, indicando el nombre y clave del expediente



del paciente, concepto, clave del servicio, y las cuotas que aplicaron en cada uno de ellos. Quedando a criterio de cada Institución de Salud, el integrar mayores datos en ésta relación para un mejor control.

32. Las Instituciones de Salud que presten servicios subrogados a las instituciones públicas y /o privadas, deberán reportar, dentro del reporte mensual de ingresos y gastos de su unidad, el importe obtenido así como el informe de los mismos.

Tratándose de ingresos por servicios subrogados estos deberán considerarse como disponibilidad en el mes que efectivamente están recibiendo pago del servicio facturado, nunca en el mes que se proporcionó el servicio, cuya fecha será informativa para efectos de trámite de pago.

Administración una vez identificados a que Instituciones de Salud corresponden, realizará los depósitos a la Secretaría.

Capítulo Tercero De la Distribución de los Ingresos

33. El Comité distribuirá del monto total recaudado por concepto de cuotas de la siguiente forma:
- a) 70% para las Instituciones de Salud;
 - b) 10% para la Administración;
 - c) 10% para un programa de fortalecimiento de las Instituciones de Salud.
 - d) 5% para programas asistenciales a cargo de la Administración.
 - e) 5% a la beneficencia pública federal.

Capítulo Cuarto De las Formas Oficiales de Cobro y Condonación

34. El recibo único de ingresos es el documento oficial como comprobante de la percepción de cuotas. El llenado de dicho documento deberá ser de forma completa y legible en cada uno de los datos solicitados.

El comprobante de condonación es el documento oficial que exime del pago a los usuarios que carecen de recursos económicos para cubrir los servicios requeridos.

35. Administración será el organismo facultado para llevar a cabo la impresión de los formatos de "FORMAS OFICIALES DE COBRO Y CONDONACIÓN".

La dotación del "RECIBO ÚNICO DE INGRESOS" y del "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN," se realizará previa solicitud por escrito a administración.

36. Las formas oficiales de cobro y condonación deberán resguardarse con las medidas necesarias de seguridad y el acceso a la documentación deberá ser restringido, toda vez que son documentos fiscales.



La unidad administrativa central establecerá un control del inventario de formatos, que les permita una utilización ordenada y secuencial de los mismos, así como llevar un seguimiento preciso de sus existencias. Las Instituciones de Salud responsabilizarán a los cajeros de una cantidad específica de formatos.

37. El "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN" únicamente se expedirá cuando exista un estudio socioeconómico de por medio, que determine que el usuario no tiene capacidad de pago para cubrir el servicio.

El "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN" no deberá utilizarse para justificar la prestación de servicios prioritarios que están considerados como exentos en el tabulador autorizado; P. E. Hidratación oral, aplicación de flúor, mamografía, vacunas antirrábicas humanas, etc.

38. Las Instituciones de Salud establecerán un registro que permita conocer la cantidad y el monto mensual de los servicios condonados; valuados a las cuotas del nivel más bajo del tabulador señalando las causas que los justifiquen, el folio del comprobante de exención que los ampara, la clave del servicio, fecha y la clave del expediente del usuario al que se le otorgó; quedan exceptuados de dicho control los servicios tipificados como exentos en el tabulador o especiales de salud, ya que estos se registrarán por separado, por carecer de cuotas y por no estar amparados mediante comprobante de condonación.

Será responsabilidad de la jefatura de trabajo social y del titular de cada Institución de Salud la debida comprobación y justificación de las condonaciones de pago otorgadas a los usuarios.

39. Cualquier modificación al contenido del formato "RECIBO ÚNICO DE INGRESOS" ó al "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN", sólo podrá ser realizada por Administración.
40. En caso de que el "RECIBO ÚNICO DE INGRESOS" ó el "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN" sean inutilizados por las Instituciones de Salud debido a errores, tachaduras o enmendaduras, deberán cruzarse con la leyenda "CANCELADO", en el original y copias, autorizado por el director y/o administrador de la unidad de salud indicando el motivo de la cancelación; y notificarlo dentro del reporte mensual que se envía a administración.
41. En caso de faltantes, robos o extravíos de las "FORMAS OFICIALES DE COBRO Y CONDONACIÓN", se levantará un acta administrativa ante dos testigos, que deberá ser firmada por el titular y el responsable administrativo de la unidad administrativa central, unidad aplicativa y hospitalaria dependiente, según el caso, así como por las personas involucradas. El acta contendrá el número de folio (s) correspondiente (s) y deberá enviarse a Administración, remitiendo copia a la Secretaria de la Contraloría y Transparencia Gubernamental.

La reproducción parcial o total del "RECIBO ÚNICO DE INGRESOS" ó el "COMPROBANTE DE CONDONACIÓN", será sancionada de conformidad con la legislación vigente.



Título Cuarto Del Ejercicio de Recursos

Capítulo Primero De las Reglas Generales

42. Para el ejercicio de los recursos provenientes del Fideicomiso, las Instituciones de Salud y Administración abrirán una cuenta bancaria productiva específica, dicha cuenta se registrará a nombre de las mismas, según corresponda, y se afectará a través de firmas mancomunadas entre el titular y el administrador de la unidad y ambos serán responsables del correcto y transparente manejo de los recursos recibidos, no podrán abrirse cuentas de valores, de inversiones o capitalización, ni adquirir bonos, cédulas o cualquier otro documento bancario que devengue intereses.
43. En caso de cambio de titular de la unidad aplicativa y/o hospitalaria o de los responsables de las áreas administrativas, se deberá notificar por escrito y de forma inmediata a la Administración, así como a la institución bancaria de los cambios en los registros de firmas para el manejo de las mismas, en un término que no exceda de tres días hábiles contados a partir de la fecha en que aquél se suscite.

El pago por concepto de comisiones bancarias derivadas de sobregiros ocasionados por negligencia o cualquier otra causa imputable a los responsables del manejo de las cuentas, correrá a cargo de los mismos y se deberá registrar en la contabilidad respectiva.

44. Los recursos provenientes de Fideicomisos no podrán ser destinados para cubrir gastos de:
- a)Compensaciones;
 - b)Horas extras;
 - c)Honorarios asimilados a salario;
 - d)Orden social;
 - e)Servicios de hojalatería y pintura;
 - f) Mantenimiento de vehículos, y
 - g)Construcción de inmuebles.

Los servicios a que aluden las fracciones e) a g), se deberán canalizar al área correspondiente de los Servicios de Salud de Oaxaca.

45. Las Instituciones de Salud y Administración no podrán crear compromisos (pasivos) al cierre del ejercicio por lo que deberán pagar puntualmente los compromisos contraídos con cargo al recurso captado.

Los adeudos que se generen el 31 de diciembre, no podrán ser cubiertos con recursos del siguiente año, únicamente con recursos del ejercicio al cual corresponden, expidiendo cheques fechados al último día del año.



46. Los recursos no devengados y contabilizados al 31 de diciembre del ejercicio fiscal que corresponda deberán ser reintegrados al Fideicomiso a más tardar en los primeros quince días del mes de enero.
47. Las erogaciones pagadas con recursos del Fideicomiso invariablemente deberán realizarse mediante cheque nominativo con la leyenda para abono en cuenta.

En el caso de pago a proveedores de legumbres, frutas y productos de maíz adquiridas directamente con los productores y/o comerciantes el pago podrá realizarse en efectivo, y su comprobación será mediante recibo y su registro contable se realizará en la partida presupuestal que corresponda.

En ningún caso se deberá expedir cheques al portador y/o de los directivos para efectos de préstamos o vales.

Los gastos legales deberán ser nominativos y corresponder a la denominación fiscal.

48. Los cheques cancelados deberán ser archivados y reportados los originales en las cuentas comprobadas correspondientes quedando bajo custodia de la Administración, para cuando sean requeridos por la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental o la Auditoría Superior del Estado en el ejercicio de sus atribuciones.
49. Los documentos comprobatorios de egresos, así como la justificación del gasto efectuado deberá señalar adicionalmente la clave del establecimiento y partida a afectar así como la firma del personal responsable del área que genere el gasto, independientemente de las firmas de autorización que son del director y administrador.

La omisión de alguno de los requisitos invalidará el gasto, procediendo a efectuar el reintegro en efectivo a la caja y/o cuenta bancaria de la unidad aplicativa y/o hospitalaria según corresponda.

50. Administración no recibirá cuentas comprobadas que presenten documentos alterados, tachados o enmendados, o bien que les falte algún requisito de los mencionados anteriormente.
51. Con los recursos provenientes del Fideicomiso se podrán cubrir gastos para el desempeño de comisiones oficiales, siempre y cuando estos sean plenamente justificadas y acordes con las funciones, programas y proyectos autorizados, debiendo tener correlatividad con las partidas de pasajes, peajes y combustibles.
52. Las Instituciones de Salud establecerán programas para fomentar el ahorro por concepto de energía eléctrica, combustibles, teléfonos, agua potable, materiales de impresión y fotocopiado, servicio de lavandería, inventarios, así como en otros renglones del gasto corriente.
53. El comité autorizará fondos revolventes para gastos menores de \$1,000.00, los cuales podrán cubrirse en efectivo, y deberán estar respaldados por la documentación original que reúnan los requisitos fiscales o en su caso por recibos tratándose del régimen de pequeños contribuyentes.



- 54. Las unidades aplicativas y hospitalarias, jurisdicciones y la unidad administrativa central elaborarán sellos, mediante los cuales identifique y cancele la documentación comprobatoria pagada con recursos provenientes del Fideicomiso y que contenga los siguientes datos:

<i>Nombre de la Unidad Administrativa, Aplicativa u Hospitalaria:</i>					

<i>Clave de la Unidad Administrativa, Aplicativa u Hospitalaria.</i>					

<i>Programa</i> _____		<i>Subprograma</i> _____			
<i>Concepto</i> _____		<i>Partida Presup.</i> _____			
<i>“Operado con recursos del Fideicomiso de Administración”</i>					
<i>tipo de pago</i> _____			<i>Fecha de Pago</i> _____		
<i>No. de cheque</i> _____			<i>Importe \$</i> _____		

SELLO PRESUPUESTAL					
JURISDICCION	ESTABLECIMIENTO	PROGRAMA Y SUBPROGRAMA		CUENTA	SUBCUENTA
01 **	1200176	DK	01		2101

** Ejemplo de datos a requisitar en el sello.

- 55. Las Instituciones de salud que utilicen los recursos provenientes del Fideicomiso para fines distintos a los que se manifestaron en el programa original del gasto autorizado por el Comité y para cubrir gastos de aplicación especial, generará que el mismo proceda a la reducción del monto autorizado para ejercer en el ejercicio fiscal que corresponda.

Capítulo Segundo De la Cuenta Comprobada

- 56. Las Instituciones de Salud deberán considerar como fecha de corte de operaciones el día último de cada mes, para elaborar e integrar la cuenta comprobada, la que se entregará el día marcado en su calendario de entrega a la jurisdicción sanitaria correspondiente, y las unidades hospitalarias directamente a Administración, cuenta que deberá contener:
 - a) Oficio de presentación de la cuenta;
 - b) Reporte mensual de ingresos y gastos,(carátula) identificando los ingresos por servicios médicos asistenciales y los servicios subrogados institucionales;
 - c) Concentrado de formas oficiales de cobro y condonación” (reverso de la carátula);



- d) Fichas de depósito correspondiente al 100%;
- e) Concentrado de ingresos diarios;
- f) Póliza de ingreso c/fichas de depósitos bancarios;
- g) Paquete de copias de recibos únicos estatales utilizado, anexando su tira suma por día y en medio magnético el reporte diario de ingresos por folio;
- h) Relación de cheques expedidos o relación de recibos de caja;
- i) Libro auxiliar de bancos (cuando maneje cuenta bancaria);
- j) Libro de ingresos y egresos (cuando maneje efectivo);
- k) Estados de cuenta y conciliación bancaria;
- l) Comprobación del 70% por partida presupuestal, anexando en medio magnético la cédula analítica del gasto;
- m) Oficio de presentación de comprobantes de condonación;
- n) Relación de condonados diarios debidamente costeados;
- o) Comprobantes de condonación;
- p) Reporte de servicios subrogados para trámite de pago ante el IMSS; ISSSTE u Organismos Particulares;
- q) Pólizas cheque debidamente requisitadas (cuando maneje cuenta bancaria), y
- r) Recibos de caja debidamente requisitados (cuando maneje efectivo).

Los gastos que se realicen deberán estar respaldados con la documentación comprobatoria de egresos misma que deberá contener la justificación de gasto.

57. La adquisición de bienes de consumo, muebles y la contratación de servicios deberá apegarse a los Rangos Máximos y Mínimos aprobados por el Congreso del Estado como anexo del Decreto de Presupuesto de Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal que corresponda.

Capítulo Tercero De los Informes

58. La jurisdicción sanitaria, hospitales y unidades especializadas designaran personal responsable que recepcionará y validará la integración de la cuenta comprobada correspondiente a cada una de las unidades incorporadas al Sistema vigilando que se cumpla con los requisitos del artículo 56.
59. Los reportes se entregaran en el día marcado en su calendario de entrega a la Administración, quedando bajo su responsabilidad solventar las observaciones que pudiesen determinar al concluir la glosa de las cuentas comprobadas, mismas que deberán ser entregadas en las fechas señaladas según cédula dada a conocer oportunamente (vía correo electrónico y/o fax).

Las Instituciones de Salud, para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 44 de la Ley Estatal de Derechos deberán remitir a la Administración vía correo electrónico o



fax telefónico el reporte mensual de ingresos y egresos (carátula), registro de ingresos diarios y fichas de depósitos a la Secretaría a más tardar el día 08 de cada mes.

60. El área administrativa de la Administración designara personal responsable por jurisdicción que recepcionará, glosará y validará de forma financiera - contable, lo cual permitirá determinar las observaciones de cada cuenta comprobada correspondiente a cada una de las unidades incorporadas al Sistema.
61. Administración dentro de los primeros quince días naturales de concluido el trimestre deberá presentar al Comité los siguientes reportes:
 - a) Reporte de ingresos mensual registrado de las Instituciones de Salud adscritas al Sistema;
 - b) Distribución de porcentaje para los programas de la Administración;
 - c) Concentrado mensual de formas oficiales de cobro y exención; suministradas a las Instituciones de Salud;
 - d) Reporte mensual de ingresos y gastos de cada Institución de Salud, y
 - e) Concentrado mensual por establecimiento.

Capítulo Cuarto **De los Registros Presupuestales y Financieros**

62. Constituyen registros presupuestales los siguientes:
 - a) Reporte mensual de ingresos y gastos, (carátula) identificando los ingresos por derechos y los servicios subrogados institucionales;
 - b) Concentrado de formas oficiales de cobro y condonación (reverso de la carátula), y
 - c) Relación de condonaciones diarias debidamente costeadas anexando los comprobantes.
63. Los documentos financieros, constituyen la base para efectuar un adecuado registro electrónico y control, en orden cronológico de las operaciones que se deriven del ejercicio de los recursos provenientes del Fideicomiso en cada una de las Instituciones de Salud y se constituyen de los siguientes:
 - a) Reporte mensual de ingresos y egresos (carátula)
 - b) Póliza cheque o egresos.
 - c) Ficha de depósito correspondiente al 100% de remanente
 - d) Concentrado de ingresos diarios.
 - e) Póliza de ingreso con fichas de depósitos bancarios.
 - f) Paquete de copias de recibos únicos estatales utilizado, anexando su tira suma por día; en medio magnético y/o correo electrónico, el reporte diario de ingresos por folio.
 - g) Relación de cheques expedidos y recibos de caja.



- h) Libro auxiliar de bancos (cuando maneje cuenta bancaria).
- i) Libro de ingresos y egresos (cuando maneje efectivo).
- j) Estado de cuenta bancario.
- k) Conciliación bancaria.
- l) Comprobación del 70% por partida presupuestal, anexando en medio magnético la cédula analítica del gasto.
- m) Póliza cheque de gastos debidamente requisitada (cuando maneje cuenta bancaria).
- n) Recibo de caja de gastos debidamente requisitada (cuando maneje efectivo).

Título Quinto Del Control y Supervisión

Capítulo Único

64. Administración será la responsable de elaborar los calendarios con el día marcado para la entrega de la comprobación de ingresos y gastos de los recursos provenientes del Fideicomiso, así como de la difusión oportuna a las jurisdicciones sanitarias y unidades hospitalarias con objeto de dar cumplimiento a los requerimientos de información presupuestal, financiera y contable.

En caso de que la información no fuera recibida en la fecha establecida en el calendario de entrega, Administración, realizará los apercibimientos; informando al Comité del incumplimiento de los depósitos del 100% de los recursos captados durante el mes, y de igual manera a la Secretaría de la Contraloría y Transparencia Gubernamental para que proceda de conformidad con su competencia.

65. Administración será la responsable de integrar la información mensual de ingresos y gastos de las unidades aplicativas, hospitalarias y jurisdicciones sanitarias, la que un plazo de 10 días deberá turnarlo al Comité para su aprobación.

El Comité ante el incumplimiento de las Instituciones de Salud de los depósitos correspondiente a la recaudación de los Derechos retendrá el correspondiente 70% de lo captado como reintegro a estas para su aplicación.

66. Administración realizará visitas de supervisión y capacitación, según corresponda en calendario establecido, con la finalidad de vigilar y apoyar la operación del sistema estatal de cuotas de recuperación.

Las Instituciones de Salud, deberán proporcionar toda la información y documentación que requieran los supervisores de Administración.

Los resultados de las visitas de supervisión se harán del conocimiento del Comité, mediante un informe con las observaciones, recomendaciones y plazos de solventación a la Institución de Salud, con el objeto de tener un conocimiento del estado que guardan dichas unidades, mismas que se verificarán en vistas de seguimiento.



Administración, elaborará un programa de seguimiento para evaluar los alcances de las solventaciones.

67. En caso de incumplimiento a las normas y lineamientos en la materia, o desviaciones a los ingresos y egresos por concepto derechos, el personal comisionado de la administración, así como de la propia unidad administrativa central, deberá informar al Comité, quien a su vez solicitará la intervención de la Secretaría de Contraloría y Transparencia Gubernamental para determinar las responsabilidades y promover los reintegros a que hubiere lugar, conforme a las leyes vigentes y aplicables en la materia.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo y su Anexo entrarán en vigor el catorce de enero de dos mil catorce, previa publicación en el Periódico Oficial del Estado.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
“EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ”
EL SECRETARIO DE FINANZAS

ENRIQUE C. ARNAUD VIÑAS

Dado en Reyes Mantecón, San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, 6 de enero de 2014.