120. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE CARTAS COMPROMISO

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

1. PROPÓSITO

Contribuir con el proceso de alta de pacientes, aceptando como obligación de pago, la carta compromiso promovida por los familiares o pacientes y elaborada por el Departamento de Trabajo Social, para saldar de manera temporal los adeudos derivados de su hospitalización en el Instituto, que se encuentran registrados en el sistema INCAN.

2. ALCANCE

2.1. A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General y/o la Dirección General Adjunta Médica, toda vez que sus Titulares son los únicos que pueden autorizar las cartas compromiso; a la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Departamento de Trabajo Social (Modulo de Admisión Hospitalaria y Trabajo Social de Hospitalización), la cual elabora las cartas compromiso en el sistema INCAN; y a la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización), la cual interviene en la aceptación de la carta compromiso y posterior liberación del paciente en el sistema INCAN, para continuar con su proceso de alta y la Caja General, la cual valida la carta compromiso en el sistema SIGA-F.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1. Será responsabilidad de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Departamento de Trabajo Social, lo siguiente:

- Elaborar y entregar a la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización), la carta compromiso firmada por el deudor solidario, adjuntando a la misma fotocopia de la identificación oficial vigente del mismo y fotocopia de comprobante de domicilio actual en caso de que en la identificación no aparezcan los datos del domicilio.
- Firmar (Titular del Departamento) de visto bueno la carta compromiso.
- Turnar la carta compromiso para su autorización y firma al Director General Adjunto Médico y/o Director General.
- Entregar las cartas compromiso debidamente requisitadas y autorizadas al Departamento de Tesorería, a través de la Caja de Hospitalización.

3.2. Será responsabilidad de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización) verificar en la carta compromiso que:

- El número de expediente, nombre del paciente, nivel socioeconómico asignado y saldo deudor, correspondan al paciente del cual se está tramitando el alta; que contenga la firma

autógrafa del deudor solidario, de la trabajadora social que la genera y fotocopia anexa de identificación oficial vigente del deudor solidario y fotocopia de comprobante domicilio actual, en caso de que en la identificación no aparezca el mismo.

3.3. Será responsabilidad de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización) lo siguiente:

- Aplicar la carta compromiso, para saldar de manera temporal los adeudos derivados de la hospitalización, para que el deudor solidario continúe el trámite de alta del paciente.
- Turnar previa firma de recibo en la libreta de control, los originales de la carta compromiso y documentación soporte (identificación oficial vigente, comprobante de domicilio, en su caso; últimas dos páginas de estado de cuenta, recibo provisional de pago, en su caso, detallado de carta compromiso), a la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa, a través del Departamento de Trabajo Social, para recabar las firmas de visto bueno de la Titular del Departamento y de autorización del Director General y/o Director General Adjunto Médico.
- Turnar la carta compromiso con documentación soporte, a la Caja General.

3.4. La autorización de la "Carta Compromiso" únicamente será otorgada por el Director General y/o Director General Adjunto Médico.

3.5. Será responsabilidad de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja General) lo siguiente:

- Integrar caratula de carta compromiso a póliza del día.
- Entregar la carta compromiso con la documentación soporte, al Departamento de Contabilidad.
- Recibir los pagos de las cartas compromiso suscritas y autorizadas.

3.6. Será responsabilidad de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Contabilidad, lo siguiente:

- Verificar que estén correctamente integradas las cartas compromiso.
- Resguardar las cartas compromiso con la documentación soporte.
- Entregar carta compromiso a la Caja General para su liquidación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social)	**1**	Elabora carta compromiso y recaba firma del deudor solidario.	– Carta compromiso – Identificación oficial vigente. – Comprobante de domicilio, en su caso.
	2	Turna al Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización) la carta compromiso e identificación oficial vigente del deudor solidario y fotocopia de comprobante de domicilio actual en caso de que en la identificación no aparezca la dirección.	
Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización)	**3**	Recibe carta compromiso y fotocopia de identificación oficial.	– Carta compromiso. – Identificación oficial vigente. – Comprobante de domicilio, en su caso. – Recibo provisional de pago, en su caso. – Últimas dos páginas de estado de cuenta. – Detallado de carta compromiso.
	4	Verifica que la carta compromiso contenga el número de expediente, nombre del paciente, nivel socio económico; así como el nombre, dirección y firma del deudor solidario, la firma de la trabajadora social que la elaboró y determina: ¿Es correcta la información?	
	5	No: Regresa al deudor solidario, al Departamento de Trabajo Social para que se realice su corrección o se complemente la información. Regresa a la Actividad No. 1.	
	6	Si: Aplica la carta compromiso en el sistema INCan, para liberar o dar el alta al paciente.	
	7	Emite recibo provisional y entrega al paciente.	
	8	Imprime dos ejemplares de las últimas dos páginas del estado de cuenta de hospitalización.	
	9	Imprime resumen de gastos de hospitalización (Detallado de carta compromiso).	
	10	Imprime un ejemplar de la carátula de carta compromiso (página1) y recaba firma del deudor solidario.	

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

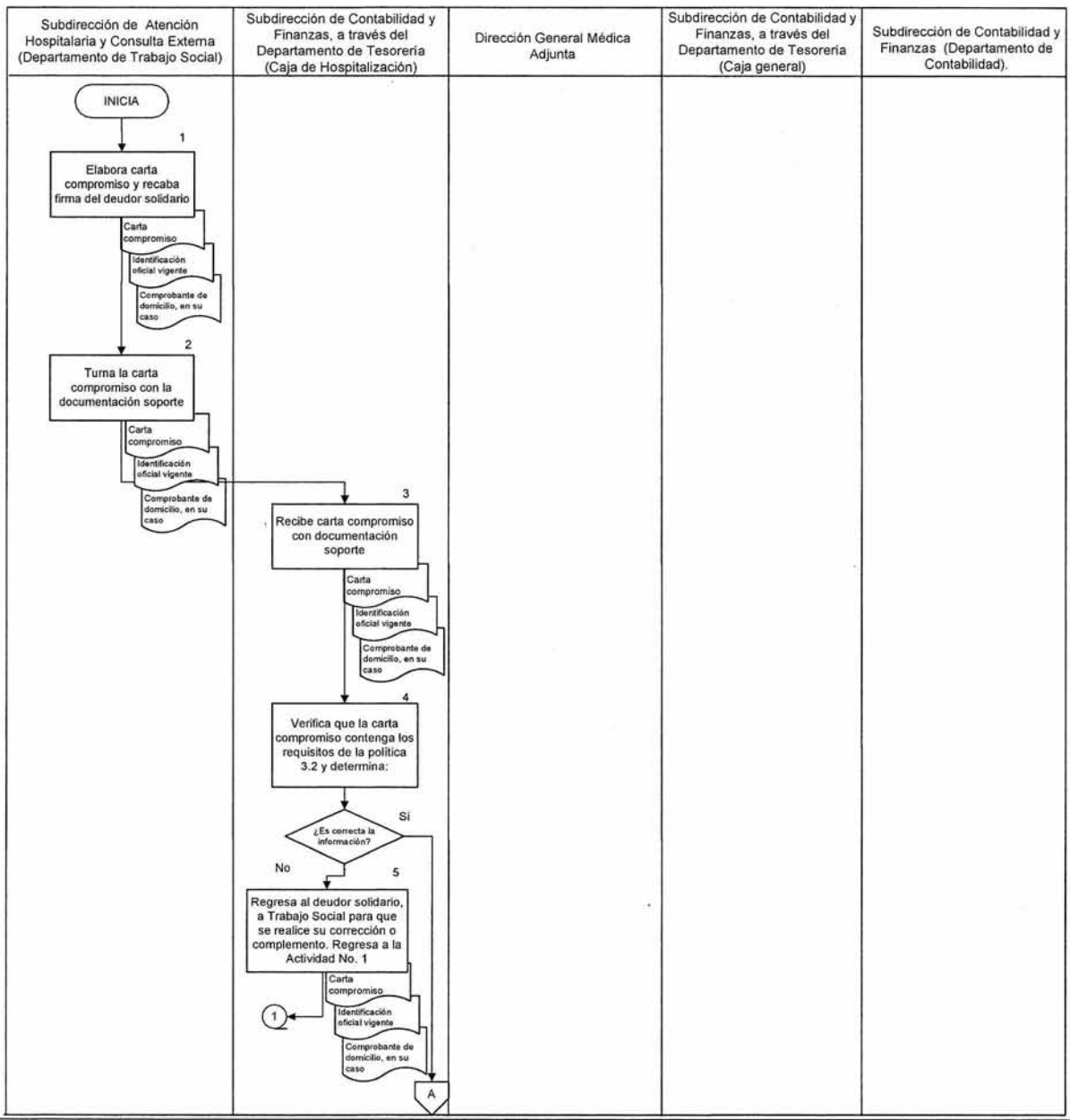
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización)	**11** **12** **13**	Registra la carta compromiso en libreta de control. Anexa carátula (página1) de carta compromiso a corte de Caja de Hospitalización. Turna carta compromiso y documentación soporte a la Subdirección Atención Hospitalaria y Consulta Externa a través del Departamento de Trabajo Social, para recabar firmas de visto bueno y autorización.	– Carta compromiso. – Documentación soporte. – Libreta de control.
Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social)	**14**	Recibe carta compromiso y documentación soporte, recaba firma de visto bueno de la Titular del Departamento y envía a firma de la Dirección General y/o Dirección General Médica Adjunta.	– Carta compromiso. – Documentación soporte.
Dirección General y/o Dirección General Adjunta Médica Adjunta.	**15**	Recibe carta compromiso y documentación soporte, autoriza, firma y devuelve a la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa a través del Departamento de Trabajo Social.	– Carta compromiso. – Documentación soporte.
Subdirección Atención Hospitalaria y Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social).	**16**	Recibe carta compromiso y documentación soporte, verifica autorización y turna a la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización).	– Carta compromiso. – Documentación soporte.
Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización)	**17**	Recibe carta compromiso y documentación soporte, verifica autorización y turna a la Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Área de Tesorería (Caja General)	– Carta compromiso. – Documentación soporte.
Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja General)	**18**	Recibe carta compromiso y documentación soporte, valida y turna al Departamento de Contabilidad.	– Carta compromiso. – Documentación soporte.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirección de Contabilidad y Finanzas (Departamento de Contabilidad).	**19**	Recibe y verifica que la información de la carta compromiso sea congruente con la documentación soporte.	
	20	Resguarda carta compromiso con documentación soporte. TERMINA.	– Carta compromiso. – Documentación soporte.

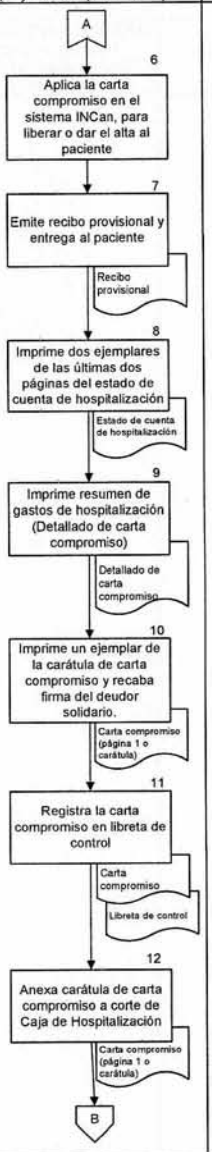
CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

5. DIAGRAMA DE FLUJO

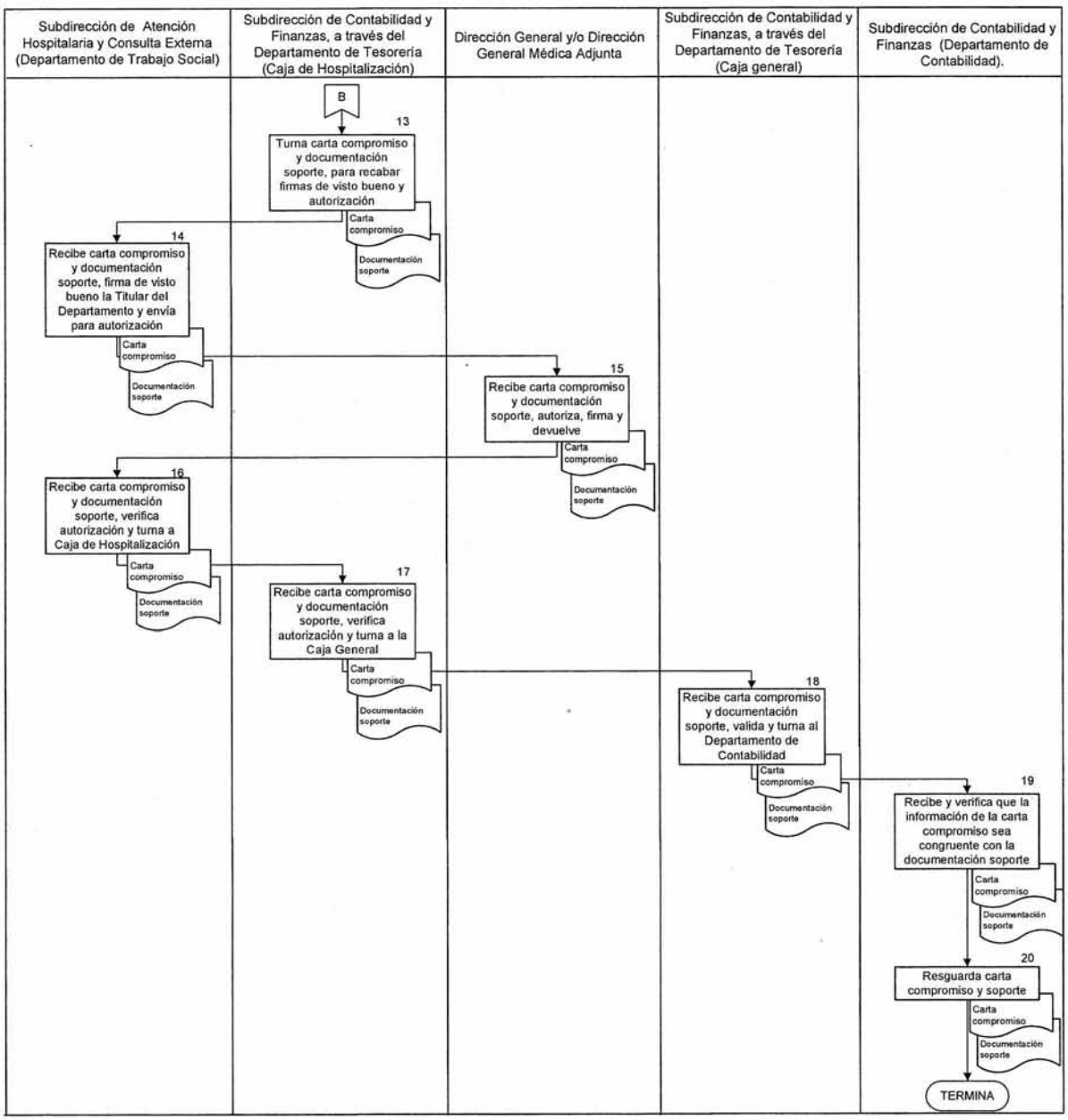


CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa (Departamento de Trabajo Social)	Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja de Hospitalización)	Dirección General Médica Adjunta	Subdirección de Contabilidad y Finanzas, a través del Departamento de Tesorería (Caja general)	Subdirección de Contabilidad y Finanzas (Departamento de Contabilidad).



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			



CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de Los Institutos Nacionales de Salud.	N/P
Ley Federal de las Entidades Paraestatales.	N/P
Ley General de Salud.	N/P
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Cancerología.	N/P
Manual de Organización de la Subdirección de Atención Hospitalaria y Consulta Externa.	M.O./1.0.9I.1.0.7
Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social.	M.O./1.0.9I.1.0.7.1
Manual de Organización de la Subdirección de Contabilidad y Finanzas.	M.O./1.0.9I.0.3.2
Manual de Organización del Departamento de Contabilidad.	M.O./1.0.9I.0.3.2.1
Manual de Organización del Departamento de Tesorería.	M.O./1.0.9I.0.3.2.2
3. Procedimiento para la elaboración de cartas compromiso.	N/P

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Carta compromiso	Indefinido	Subdirección de Contabilidad y Finanzas (Departamento de Contabilidad)	Póliza contable

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1. **Carta Compromiso:** Pagare mercantil, obligación o acuerdo de pago, promovida por el deudor solidario ante el Departamento de Trabajo Social, derivado de una insolvencia económica temporal para liquidar la cuenta de los servicios de atención médica brindados por el Instituto Nacional de

Cancerología, mismo que deberá ser liquidado por el paciente o deudor solidario en el plazo acordado o estipulado para ello.

8.2. **Carátula de carta compromiso:** Primera página de la Carta Compromiso.

8.3. **Comprobante de domicilio:** Documento que acredita el lugar específico de residencia de alguna persona, por ejemplo: estado de cuenta que proporcionen las instituciones del sistema financiero mexicano, recibo del impuesto predial, recibo de los servicios de luz, gas, televisión de paga, internet, teléfono o de agua, con una antigüedad no mayor a 3 meses.

8.4. **Detallado de carta compromiso:** Informe resumido de los gastos que deberá cubrir el paciente por la atención médica recibida durante su hospitalización.

8.5. **Estado cuenta de pacientes en hospitalización:** Informe detallado de los gastos que deberá cubrir el paciente por la atención médica recibida durante su hospitalización.

8.6. **Expediente Clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8.7. **Firma o firma autógrafa:** Es la firma, huella, marca o signo que plasma o traza la persona humana en la carta compromiso con su puño y letra o escrito de mano del propio autor.

8.8. **Folio:** Numero secuencial asignado a una carta compromiso.

8.9. **Identificación oficial:** Documento vigente, en el que constan el nombre y otras informaciones de una persona, y que sirve para identificarla, por ejemplo: credencial para votar, pasaporte, cédula profesional o licencia de conducir. Tratándose de extranjeros: documento migratorio emitido por autoridad competente (en su caso, prórroga o refrendo migratorio)

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

8.10. **Insolvencia económica temporal:** Incapacidad económica del paciente, familiares o deudor solidario, para cubrir el costo de los servicios médicos brindados al paciente, durante su hospitalización en el Instituto, al momento de iniciar el proceso de alta del paciente.

8.11. **INCan:** Instituto Nacional de Cancerología.

8.12. **Clasificación NSE:** Nivel socio económico asignado a una persona, al momento de ser aceptado como paciente del INCan y derivado de la situación económica prevaleciente en el mismo.

8.13. **Recibo provisional:** Documento que ampara la recepción de un pago o aceptación de carta compromiso en la caja de hospitalización.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
02	Noviembre, 2019	Actualización del procedimiento y cambio de nombre, conforme a la operación actual y normatividad aplicable.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

10.1. Carta Compromiso (Página 1 o Carátula).
10.2. Carta Compromiso (Página 2).
10.3. Detallado de Carta Compromiso.
10.4. Recibo provisional.
10.5. Estado de Cuenta de Pacientes en Hospital.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

10.1 CARTA COMPROMISO (PÁGINA 1 o CARÁTULA)

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CARTA COMPROMISO

FOLIO 1
EXPEDIENTE 2
CLASIFICACIÓN NSE 3

CIUDAD DE MÉXICO, a 4

POR MEDIO DE LA PRESENTE RECONOZCO DEBER Y ME COMPROMETO A PAGAR INCONDICIONALMENTE AL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, POR LA ATENCIÓN MÉDICA, MEDICAMENTOS Y HOSPITALIZACION RECIBIDOS, POR LA CANTIDAD DE $ 5 , POR EL PERIODO DEL 6 AL 7 .

ADEUDO QUE SE LIQUIDARÁ EN LA CAJA GENERAL DE ESTE INSTITUTO, EN UNA SOLA EXHIBICION, EN UN PLAZO NO MAYOR DE 8 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE SU FIRMA.

FECHA DE VENCIMIENTO: 9

APERCIBIDO QUE NO CUBRIR EL PAGO EN EL TÉRMINO SEÑALADO, SE TURNARÁ LA PRESENTE CARTA COMPROMISO A LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS, PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL QUE CORRESPONDA.

LA RESPUESTA POSITIVA DE SU PARTE PERMITIRÁ MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO MEDICO, EN BENEFICIO DE PACIENTES.

PACIENTE

NOMBRE: 10
DOMICILIO:
COLONIA:
C.P.:
TEL.:

DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRE: 11
PARENTESCO CON
EL PACIENTE:
DOMICILIO:
COLONIA:
C.P.:
TEL.:

FIRMA: 12 .

Página 1 de 2

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

INSTRUCTIVO:

1. Folio consecutivo de la Carta Compromiso, generado por el sistema.
2. Número de expediente del paciente al que se le generará la carta compromiso.
3. Nivel Socio Económico (NSE) del paciente, clasificación que determina el Departamento de Trabajo Social desde que el paciente ingresa al INCAN.
4. Fecha de elaboración de Carta Compromiso.
5. Monto exacto de la Carta Compromiso.
6. Fecha y hora en que paciente ingresó a hospitalización
7. Fecha y hora en que paciente egresa de hospitalización.
8. Número exacto de días naturales correspondientes al plazo otorgado por el Departamento de Trabajo Social para pagar en su totalidad la Carta Compromiso.
9. Fecha y hora en que vence el plazo para liquidar la Carta Compromiso.
10. Nombre y domicilio completo del paciente.
11. Nombre y domicilio completo del deudor solidario.
12. Escritura gráfica o grafo manuscrito que representa el nombre o apellido del Deudor Solidario con el cual se identifica y con el objeto de darle validez jurídica – administrativa a la Carta Compromiso.

10.2 CARTA COMPROMISO (PÁGINA 2)

Instituto Nacional de cancerología

Trabajo Social
Carta Compromiso

Expediente: (2) Folio: (1)

Clasificación NSE: (3) Cama Paciente: (4)

Ciudad de México, a (5)

Nombre: (6) Edad:
Estado Civil: Escolaridad:
Ocupación:
Domicilio:
Colonia: Tel:
C.P.:

Diagnóstico: (7)

Servicio: (8)
Solicito a usted, autorice la "CARTA COMPROMISO", por el saldo de $ ((9)), que liquidará en días.

Observaciones: (10)

(11)
Trabajadora Social
Elaboró

(12)
Jefe del Departamento de Trabajo Social
Revisó

(13)
Director General Adjunto Médico
Autorizó

Página 2 de 2

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

INSTRUCTIVO:

1. Folio consecutivo de la carta compromiso.
2. Número de expediente del paciente.
3. Nivel Socio Económico (NSE) del paciente.
4. Número de cama asignado a paciente durante su hospitalización.
5. Lugar y fecha de expedición.
6. Datos generales del paciente (Nombre, domicilio, edad, teléfono, escolaridad, estado civil, ocupación).
7. Diagnóstico del paciente, registrado en sistema.
8. Especialidad en que es atendido el paciente.
9. Petición de autorización de Carta Compromiso, comprende importe en número y letra, días naturales o plazo en el que se debe cubrir al Instituto el importe total de la carta compromiso.
10. Observaciones derivadas de la entrevista entre el Deudor Solidario y Trabajador (a) Social.
11. Firma del (a) Trabajador (a) Social que elabora la Carta Compromiso.
12. Firma del Jefe de Departamento de Trabajo Social que revisó la Carta Compromiso.
13. Firma de autorización de la carta compromiso por parte del Director General Adjunto Médico o Director General.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

10.3 DETALLADO DE CARTA COMPROMISO

Instituto Nacional de Cancerologia de México

Detallado de carta compromiso

No Carta compromiso: 1

Expediente: 2

Descripción	Importe	Acumulado
3	4	5
		6

Este no es un comprobante para efectos fiscales. **F. Impresión:** 7

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

INSTRUCTIVO:

1. Folio consecutivo de la carta compromiso, generado por el sistema.
2. Número de expediente del paciente.
3. Descripción global por servicios realizados el paciente durante su hospitalización.
4. Importe generado por los servicios otorgados al paciente durante su hospitalización.
5. Acumulado de los importes generados por servicios otorgados.
6. Monto total de la hospitalización, proveniente del acumulado de los importes generados por servicio.
7. Fecha y hora de impresión al aplicar la Carta Compromiso.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

10.4 RECIBO PROVISIONAL

Instituto Nacional de Cancerología de México

Recibo Provisional

Av. San Fernando No. 22 Col. Sección XVI Delegación Tlalpan C.P. 14080 R.F.C. INC-461125 HL8

FECHA: 1 **RECIBO No.** 2

RECIBI DE: 3 **No. DE EXPEDIENTE:** 4

LA CANTIDAD DE $: 5 (6)

POR CONCEPTO DE: Liquidación de cuenta de hospitalización con carta compromiso No. 7

IMPORTE DE LA CARTA: $ 8 **FECHA DE VENCIMIENTO:** 9

El importe antes citado, puede liquidarlo en nuestras instalaciones en la Caja General de antes de la fecha de vencimiento en un horario de 08:00 a15:00 hrs.

En caso de realizar la liquidación, vía depósito bancario o transferencia electrónica, deberá realizarlo a la CUENTA BANCARIA No. 65-50213685-2; CLABE 014180655021368529, SUCURSAL 5550; a nombre del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, del banco SANTANDER.

Deberá notificar los pagos realizados vía depósito bancario o transferencia electrónica al correo electrónico incan1@outlook.com, en atención al C.P. Emilio Héctor Romero o Lic. María de Jesús Aguilera Ramírez, anotando los siguientes datos: Nombre del paciente y Número de expediente; Concepto del depósito (a cuenta o liquidación de carta compromiso);Número de carta compromiso. Una vez aplicado su pago, recibirá correo de respuesta con estado de cuenta de carta compromiso.

ES IMPORTANTE QUE CONSERVE ESTE DOCUMENTO, PARA TRÁMITES O ACLARACIONES.

10

NOMBRE Y FIRMA DE CAJERO

Recibo impreso: 11

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

INSTRUCTIVO:

1. Fecha de emisión del Recibo Provisional.
2. Folio consecutivo del Recibo Provisional.
3. Nombre completo del paciente.
4. Número de expediente del paciente.
5. Monto pagado antes de aplicar la Carta Compromiso, mismo que es acordado desde que se elabora dicha carta con el área de Trabajo Social.
6. Importe con letra del monto pagado.
7. Folio consecutivo de la Carta Compromiso.
8. Importe exacto por el que fue elaborada la Carta Compromiso.
9. Fecha de vencimiento del plazo para liquidar la Carta Compromiso.
10. Nombre y firma del cajero que aplica Carta Compromiso en Caja de Hospitalización.
11. Fecha y hora en que se imprime el recibo de pago.

10.5 ESTADO DE CUENTA DE PACIENTES EN HOSPITAL

Instituto Nacional de Cancerología de México

Estado de cuenta de pacientes en hospital

Expediente 1 | NSE: 2 | Nombre: 3

F. Ingreso 4 | F. Egreso 5 | Edo. hasta: 6 | Cama: 7

Fecha	Clave	Concepto	Cancelado	Cargo	Abono	Saldo
8	9	10	11	12	13	14
			Totales	Cargos 15	Abonos 16	Saldo 17

Pagina: 18

Fecha de impresión: 19

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre, 2019			

INSTRUCTIVO:

1. Número de expediente del paciente.
2. Nivel Socio Económico del paciente (NSE).
3. Nombre completo del paciente.
4. Fecha de ingreso del paciente a hospitalización.
5. Fecha en que se liquida la cuenta y será el egreso de hospitalización.
6. Fecha y hora en que se consulta e imprime el estado de cuenta.
7. Número de cama asignado a paciente durante su hospitalización.
8. Indica la fecha en que se realizaron cargos al expediente del paciente.
9. Indica la clave asignada al concepto del servicio otorgado al paciente.
10. Descripción del procedimiento, medicamento, material, estudio, etc. utilizado durante la hospitalización.
11. Indica si el procedimiento, medicamento o material fue cancelado de la cuenta del paciente.
12. Importe unitario de cada concepto cargado al expediente del paciente.
13. Importe pagado a cuenta de la hospitalización del paciente.
14. Saldo acumulado del paciente.
15. Monto total de los cargos realizados al expediente del paciente.
16. Monto total de los pagos realizados a la cuenta del paciente.
17. Saldo total pendiente de pago.

CONTROL DE EMISIÓN				
	Elaboró:	Revisó:		Autorizó:
Nombre:	Lic. Gerardo Alvarez Ruiz	C.P. Emilio Héctor Romero Ramírez	Lic. Verónica Elena Rojas Gutiérrez	Dr. A. Abelardo Meneses García
Cargo-puesto:	Jefe del Departamento de Tesorería	Subdirector de Contabilidad y Finanzas	Directora de Administración	Director General
Firma:				
Fecha:	Noviembre 2019			