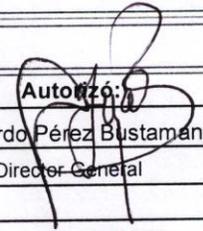


| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:1 de36 |

“NORMAS Y BASES PARA CANCELAR ADEUDOS A CARGO DE TERCEROS Y A FAVOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OAXACA”

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

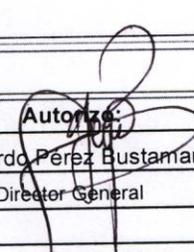
| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:2 de36 |

ÍNDICE

Introducción

| | | |
|------|---|----|
| I. | Marco Jurídico | 5 |
| II. | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | 7 |
| III. | Manejo contable de la estimación y cancelación de las cuentas por cobrar irrecuperables | 16 |
| IV. | Transitorios..... | 20 |
| V. | Anexos | 22 |

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|----------------------|---|---|---|
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:3 de36 |

INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección a la salud en la legislación mexicana está inscrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo artículo 4º, párrafo cuarto, dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; este derecho no está definido con claridad, ni otorgado con la calidad de *universal y obligatorio* de que gozan otros derechos como a la educación, sino como derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, pero sí el acceso a los servicios médicos.

Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se determinan las modalidades del acceso a la protección que tienen las personas, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad de quien lo puede pagar para obtener un mejor servicio en el mercado. El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución, era como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, "*dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos*".

El 14 de diciembre de 2016, los legisladores aprobaron el dictamen que reforma el artículo 35 de la Ley General de Salud, para que los establecimientos de los servicios públicos de salud atiendan de manera preferente a las personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de *universalidad y de gratuidad* en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. El documento puntualiza que esta modificación al marco jurídico busca disminuir los obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud, debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (DOF 27-01-2017).

Ahora bien, la determinación de las cuotas de recuperación se circunscribe a lo que indica el artículo 36 de la Ley General de Salud:

"Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.R. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|--|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:4 de36 |

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud...”

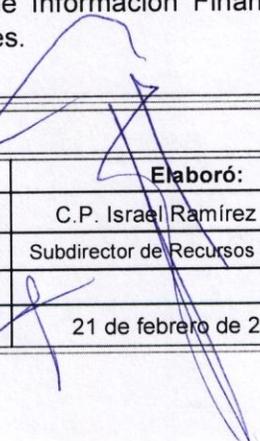
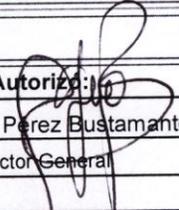
El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, contiene las estrategias y acciones con las que el Gobierno de la República se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción.

Señala que México es un país con grandes desigualdades e inequidades. Mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, demanda establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condiciones de inequidad, vulnerabilidad, la discriminación y la exclusión tienen rostro.

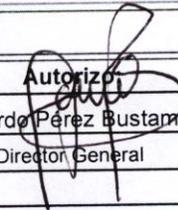
A partir de la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal (NIFGG SP 03) emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en la que se establecen las bases para el registro de la estimación de cuentas incobrables, su aplicación por la cancelación de las que se determinen de difícil cobro, que resultan de aplicación obligatoria en las entidades del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, siendo obligatorio contar con las “Normas y Bases para Cancelar Adeudos a Cargo de Terceros y a favor de la Entidad Paraestatal”, debiendo además contar con la aprobación de la H. Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, mismas que tienen como propósito establecer reglas claras para gestionar la cobranza o la cancelación de las cuentas consideradas incobrables.

Por ello y con apego a lo dispuesto en el artículo 58, fracción XVII de la Ley Federal de Entidades Paraestatales, se emiten las presentes “Normas y Bases para Cancelar Adeudos a Cargo de Terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca”, en las que se establece el procedimiento aplicable para cancelar los adeudos de terceros y a favor de este Hospital cuando fuere notoria su imposibilidad de cobro, y que el impacto de los resultados de dicha cancelación esté debidamente fundamentados y motivados en la información financiera.

Relevante es el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, vigente a partir del 1 de enero de 2015, cuyo numeral IV. Normatividad Contable, incorpora las Normas de Información Financiera, específicamente la NIFGG SP 03 Estimación de Cuentas Incobrables.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

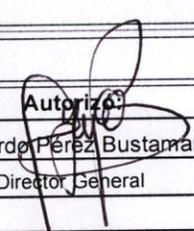
I. MARCO JURÍDICO

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|--|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:6 de36 |

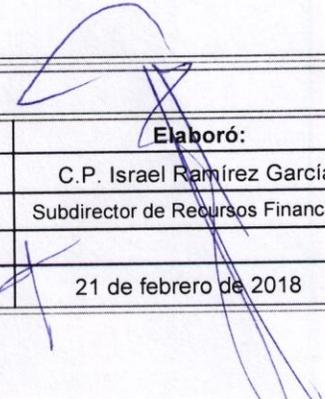
MARCO JURÍDICO

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
- Ley del Impuesto Sobre la Renta.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Ley del Servicio de Tesorería de la Federación.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Reglamento de la Ley Federal de Entidades Paraestatales.
- Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental.
- Reglamento de la Ley del Servicio de la Tesorería de la Federación.
- Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
- Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
- Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal. NIFGG SP 03, Estimación de Cuentas Incobrables (entrando en vigencia el 01-01-2015).
- Acuerdos del Consejo Nacional de Armonización Contable.
- Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal, Subsecretaría de Egresos.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:7 de36 |

II. NORMAS Y BASES PARA CANCELAR ADEUDOS A CARGO DE TERCEROS Y A FAVOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OAXACA

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:8 de36 |

1. PROPÓSITO

Establecer las disposiciones que se observarán para la cancelación de adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, por la prestación de servicios médicos a los pacientes.

Eliminación de saldos por cobrar que no justifican su permanencia en los Estados Financieros del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, por su incobrabilidad de acuerdo a los procedimientos normativos establecidos.

Mostrar en la información financiera generada, el saldo razonable de cuentas por cobrar que se pretende recuperar a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

2. ALCANCE

Estas Normas y Bases son aplicables internamente a la Dirección General; Dirección de Administración y Finanzas; Dirección de Operaciones; Órgano Interno de Control; Subdirección de Recursos Financieros; Subdirección de Atención al Usuario; Departamento de Asuntos Jurídicos; Área de Tesorería y Área de Contabilidad; así como responsables de las acciones relativas a, cobranza, clasificación, determinación, opinión, autorización y cancelación de cuentas incobrables; y externamente, el procedimiento aplica a los deudores por servicios médicos prestados por el Hospital.

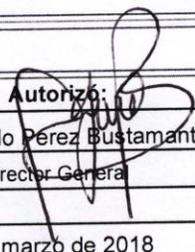
3. GLOSARIO

Adeudo: saldo pendiente de cobro que se encuentra reflejado en el estado de cuenta del paciente que por no contar con recursos económicos al momento del egreso, se otorga diferimiento para cumplimiento de pago.

Bases: directrices que deben cumplirse para llevar a cabo la cancelación de cuentas incobrables.

Cancelación de cuentas o documentos por cobrar irrecuperables: operación de baja en los registros contables de los adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca una vez determinada su incobrabilidad conforme a estas normas y bases.

Costo-Beneficio: procedimiento mediante el cual se realiza la evaluación de los recursos materiales, técnicos, humanos, legales, monetarios y en general todos aquellos que estén

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|-------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:9 de36 |

relacionados con la toma de decisiones para la factibilidad de recuperación de adeudos en comparación con el beneficio económico a obtener.

Cuentas o documentos por cobrar: registro contable de los adeudos generados por la prestación de servicios médicos a los pacientes.

Cuentas incobrables: importe de las cuentas por cobrar que una vez agotados los trámites de cobro, se consideran irrecuperables o incosteable su recuperación.

Carta Compromiso: documento de buena fe mediante el cual el paciente o su responsable legal, se comprometen a liquidar o abonar hasta cubrir el total del adeudo pendiente al egreso del paciente.

Caso fortuito o Fuerza Mayor: evento originado ajeno a la voluntad del paciente o su representante legal; o fuerza de la naturaleza, que se presenta de manera inesperada e imprevisible; es decir, es inevitable por su sorpresividad y que excusa o exime del cumplimiento de una responsabilidad u obligación al deudor.

Cobranza Extrajudicial: acción para intentar la recuperación después del primer pago vencido.

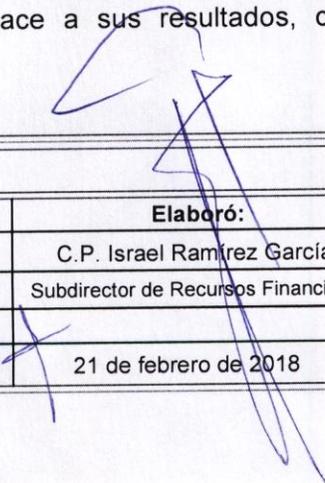
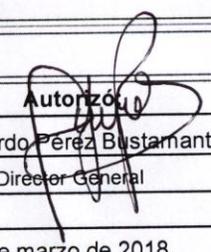
Depuración: proceso mediante el cual la Subdirección de Recursos Financieros del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, identifica en las cuentas de balance, aquellos saldos que no muestren debida procedencia.

Desavacidad: cuando el deudor de una cuenta por cobrar ya no se localiza en el domicilio que hubiera proporcionado cuando se recibió la atención médica y por lo tanto, no es posible continuar con la gestión para la recuperación del adeudo.

Deudor: persona que mantiene un adeudo como paciente o representante legal, obligada a pagar por los diferentes servicios otorgados.

Dictamen de incobrabilidad: opinión técnica, mediante la cual el Departamento de Asuntos Jurídicos, una vez agotadas las acciones extrajudiciales sometidas a su consideración determina la incobrabilidad del adeudo a favor del HRAEO.

Estimación de cuentas o documentos por cobrar irrecuperables: afectación contable que una entidad hace a sus resultados, con base en la experiencia o estudio y permiten mostrar

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:10 de36 |

razonablemente el grado de cobrabilidad de esas cuentas o documentos, a través de su registro en una cuenta de mayor de Activo de naturaleza acreedora.

Gestiones administrativas: son las gestiones telefónicas que realiza la Subdirección de Recursos Financieros para la recuperación del adeudo.

Gestiones judiciales: acciones tendientes a ejecutar medios preparatorios a juicio y en su caso la interposición de la acción ante el órgano jurisdiccional competente.

Incosteable: análisis de costo beneficio que muestra los gastos que se generarían con motivo del ejercicio de las acciones administrativas y extrajudiciales, para la recuperación de un derecho de cobro existente a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, que resultarían mayores al importe del adeudo.

Insolvencia: situación en la que se encuentra el deudor de una cuenta por cobrar que muestra que no tiene capacidad de pago por carecer de recursos económicos.

Representante legal: persona física o moral obligada a pagar por los servicios médicos otorgados al paciente.

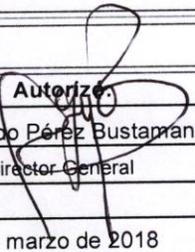
Pago: derecho que tiene el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca de recibir, de los deudores, el pago por la prestación de los servicios de atención médica.

Registro contable: afectación de las operaciones que se realiza en la contabilidad.

Representantes del Cuerpo de Gobierno: Titulares de la Dirección General, la Dirección de Administración y Finanzas, Dirección de Operaciones, Subdirección de Atención al Usuario, la Subdirección de Recursos Financieros y el Departamento de Asuntos Jurídicos.

Saldo: resultado neto de los movimientos (cargo y abono) que representa el adeudo al Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca en los registros contables.

Solicitud para obtener Carta Compromiso: documento de buena fe, mediante el cual el paciente o su responsable legal, expresan su falta de liquidez para hacer frente al adeudo pendiente por servicios médicos recibidos y requieren facilidades para realizar pago futuro.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:11 de36 |

4. NORMAS

Las presentes normas son de observancia obligatoria para las áreas involucradas en la gestión de cobranza, cuyo fin es depurar la contabilidad del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, a efecto de mostrar razonablemente las cifras de las Cuentas por Cobrar en la información financiera de la entidad.

Es responsabilidad del titular de las áreas involucradas, cumplir y hacer cumplir las Normas y Bases para Cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, que se establecen en este documento y se cumpla con el proceso que indican.

Será responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, a través de su área de Tesorería y Contabilidad, mantener actualizados y depurados los registros contables, así como las provisiones correspondientes, dando seguimiento a las acciones y gestiones para la recuperación de las cuentas por cobrar por los servicios otorgados a pacientes.

Los importes consignados en las cuentas por cobrar derivados de servicios médicos proporcionados, se determinan a partir de la clasificación otorgada a cada paciente basándose en el estudio socioeconómico realizado por el personal de Trabajo Social, adscrito a la Subdirección de Atención al Usuario, conforme a los niveles: 6, 5, 4, 3, 2 y 1.

El paciente o deudor, cubrirá el costo de los servicios prestados. Los deudores, que no puedan cubrir el costo de los servicios prestados en su totalidad, podrán elaborar una **Solicitud de Carta Compromiso (Anexo 1)** y de ser viable, firmar una **Carta Compromiso (Anexo 2)** en la cual se establecerán el importe del adeudo, periodos de pago a cuenta del adeudo y el plazo máximo, se tendrá un expediente por cada Carta Compromiso firmada, la cual permanecerá hasta su liquidación.

Se considerarán **Cuentas o adeudos incobrables** cuando:

1. Si el adeudo es igual o menor a 200 veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA) vigente, independientemente del nivel socioeconómico.
2. En el caso de fallecimiento del deudor.
3. Exista declaración de presunción de muerte, emitida por autoridad jurisdiccional.
4. En el caso del deudor, cuando la autoridad competente lo declare en quiebra mediante sentencia o constancia de insolvencia.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

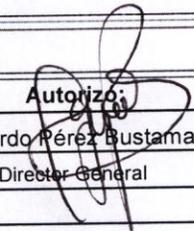
| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:12 de36 |

5. Exista incapacidad física o mental permanente del deudor, dictaminada por Institución de Salud, médico tratante o declaración judicial.
6. Existe abandono del paciente por sus familiares o redes de apoyo.
7. Durante las gestiones de cobro extrajudicial (llamadas telefónicas y recordatorios en mensaje postal), se llegue a la certeza de incosteabilidad, atendiendo al estudio costo beneficio que se realice para cada caso, considerando el monto del adeudo, así como la erogación en gastos de cobro que se deban efectuar.
8. Se compruebe la imposibilidad de localización o desavecindad del deudor.
9. Se hayan concluido las instancias extrajudiciales de mérito; agotándose los recursos aplicables.
10. En caso de no contar con los soportes documentales que acrediten el adeudo estando la situación debidamente justificada.

Para los supuestos de los numerales 1 al 6 anterior, se consideran de cancelación automática, por lo tanto procede únicamente con las gestiones administrativas, llevar a cabo los registros contables de acuerdo al apartado III de las presentes Normas y Bases. Las demás cuentas irrecuperables quedarán sujetas a cancelación una vez agotadas las gestiones de cobro a consideración del Departamento de Asuntos Jurídicos, previo Visto Bueno del Órgano Interno de Control; para lo cual la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Financieros y del Responsable de Tesorería, deberá efectuar las siguientes gestiones de cobro para la recuperación de adeudos:

Acciones Extrajudiciales de Cobro

1. Se hará una llamada telefónica como recordatorio de pago, previo a la fecha del primer vencimiento; esta llamada se registrará en el **"Formato de Recuperación de Adeudos" (Anexo 6)**.
2. Una vez vencido el plazo del primer pago establecido en la Carta Compromiso; se realizarán un mínimo de tres llamadas telefónicas adicionales para su seguimiento durante un mes; que también se registrarán en el **"Formato de Recuperación de Adeudos" (Anexo 6)**.
3. Realizadas las llamadas telefónicas sin que se haya obtenido respuesta, la Subdirección de Recursos Financieros turnará el expediente completo al Departamento de Asuntos Jurídicos, quien remitirá un oficio **"Invitación a Cumplimiento de Carta Compromiso" (Anexo 3)**, a través del Servicio Postal Mexicano u otro servicio de mensajería con acuse de recibido, lo que será evidencia de la gestión realizada.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:13 de36 |

4. Agotadas las gestiones extrajudiciales será responsabilidad del Departamento de Asuntos Jurídicos, elaborar el Dictamen de Incobrabilidad, dicho documento, junto con la documentación soporte, será el fundamento para su cancelación.
5. Derivado de la improcedencia, en su caso, del Dictamen de Incobrabilidad, de acuerdo a las facultades del Departamento de Asuntos Jurídicos, se determinará la procedencia para ejercer acción judicial para la recuperación del adeudo.

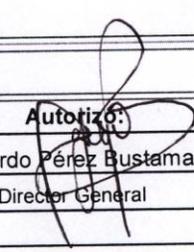
El dictamen aludido deberá especificar los fundamentos que cataloguen a una cuenta como incobrable, mismo que deberá remitirse conjuntamente con la documentación soporte al Órgano Interno de Control para su visto bueno.

Son requisitos para la cancelación de cuentas incobrables:

1. Que provenga de operaciones derivadas de los servicios ofertados por el Hospital y se encuentren registradas en la contabilidad.
2. Que el expediente de la cuenta incobrable a cancelar se encuentre debidamente integrado.
3. En caso de no contar con los soportes documentales que acrediten el adeudo, la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Financieros del Hospital, en coordinación con el Departamento de Asuntos Jurídicos, levanten acta administrativa en la que se haga constar que no se cuenta con la información y la documentación en los archivos de la Institución y su motivación; informando oportunamente al Órgano Interno de Control.

El expediente de cuentas incobrables deberá contener:

1. Estado de Cuenta y en su caso pagos parciales.
2. Solicitud de Carta Compromiso.
3. Carta Compromiso.
4. Formato de recuperación de adeudos (Anexo 6) y en su caso Invitación a cumplimiento de Carta Compromiso (Anexo 3).
5. Dictamen de Incobrabilidad.
6. Visto Bueno del Órgano Interno de Control.
7. Documentación relativa al deudor(a): copia de identificación oficial o constancia de identidad, comprobante de domicilio o constancia domiciliaria expedida por una autoridad municipal.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:14 de36 |

Sobre la estimación de cuentas incobrables

1. Al cierre del ejercicio que corresponda, la Subdirección de Recursos Financieros, llevará a cabo una estimación de cuentas incobrables cuyo monto se cargará a cuenta de resultados, con abono a la estimación citada.
2. Para la estimación de cuentas incobrables, en caso de no existir cuentas específicas que provisionar, se estima en un 5% del total del saldo de las cuentas por cobrar.
3. En el caso de que una cuenta haya sido cancelada, esto no implica que el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca evite recibir pagos por este concepto con posteridad.
4. Como soporte para cancelar la cuenta por cobrar, se debe contar con la documentación que se indica en el apartado "Expediente de Cuentas Incobrables", excepto en el caso de las cancelaciones automáticas.
5. La Subdirección de Recursos Financieros formulará análisis de cuentas por cobrar susceptibles de cancelación por incobrables.
6. El importe total de la cancelación de Cuentas Incobrables del ejercicio que corresponda, deberá informarse a la H. Junta de Gobierno, en la primera sesión ordinaria del ejercicio siguiente.

La Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Recursos Financieros, elaborará el **Acta de Depuración y Cancelación de Saldos y Constancia de Cancelación de Adeudos** (Anexos 4 Y 5), que señala la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal NIFGG SP 03 Estimación de Cuentas Incobrables, previo envío de expedientes de cuentas incobrables y el dictamen de incobrabilidad correspondiente, enviado por el Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos; para que esta acta tenga validez deberán participar los titulares de la Dirección de Administración y Finanzas, Departamento de Asuntos Jurídicos, Subdirección de Recursos Financieros.

BASES

Una vez registrado un adeudo a cargo de terceros a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, el área de Recursos Financieros, deberá realizar las gestiones administrativas para su cobro, conforme al apartado Acciones Extrajudiciales de cobro de estas Normas. Las cuentas pendientes de pago deberán ser turnadas por la Subdirección de Recursos Financieros, al Departamento de Asuntos Jurídicos con el expediente de la cuenta por cobrar.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|--|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:15 de36 |

El Departamento de Asuntos Jurídicos, verificará la integración del expediente y realizará la última gestión de cobranza extrajudicial.

Al cierre del ejercicio a que corresponda se realizará la cancelación de adeudos a cargo de terceros a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, para lo cual se deberá relacionar cada una de las constancias de cancelación de adeudos conforme al **Anexo 5** de las presentes Normas.

Antes de presentar la petición de cancelación de adeudos a cargo de terceros y a favor del HRAEO, el área Jurídica deberá enviar los expedientes de cuentas incobrables al Órgano interno de Control a efectos de que dicho órgano emita su informe y opinión de la debida integración de los expedientes de acuerdo a las presentes normas y bases

La Dirección de Administración y Finanzas y las áreas que intervienen en el proceso, para llevar a cabo la baja de las cuentas incobrables, deberán elaborar **el Acta de Depuración y Cancelación de Saldos (Anexo 4)**. Para que esta acta tenga validez deberán asistir los titulares de la Dirección de la Administración y Finanzas, Departamento de Asuntos Jurídicos, Subdirección de Recursos Financieros.

Los responsables de las áreas de Subdirección de Recursos Financieros y del Departamento de Asuntos Jurídicos, deberán verificar que los expedientes se encuentren debidamente integrados, y firmados los documentos que sean elaborados con motivo de la cancelación de adeudos, como lo es el Dictamen de Incobrabilidad, la Constancia de Cancelación de Adeudos y el Acta de Depuración y Cancelación de Saldos.

Cuando el Departamento de Asuntos Jurídicos o el Órgano Interno de Control requieran información complementaria, la Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Recursos Financieros, apoyada por las Direcciones y Subdirecciones del Hospital, que tengan injerencia en el asunto, deberá recabarla y entregarla en un plazo no mayor a diez días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

La Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Recursos Financieros deberá llevar una estadística de los adeudos cancelados para informar anualmente a la H. Junta de Gobierno, a más tardar en la primera sesión ordinaria sobre las cancelaciones realizadas en el año inmediato anterior.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |



III. MANEJO CONTABLE DE LA ESTIMACIÓN Y CANCELACIÓN DE LAS CUENTAS POR COBRAR IRRECUPERABLES

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|----------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:17 de36 |

1. PROPÓSITO

Establecer los mecanismos para el manejo contable de la estimación y la cancelación de las cuentas por cobrar irre recuperables.

2. ALCANCE

A nivel interno: es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Recursos Financieros y Área de Contabilidad del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Se determinará la base más adecuada para realizar los incrementos mensuales a una cuenta complementaria de activo de naturaleza acreedora que se denominará "Estimación para Cuentas Incobrables" empleando para esos aumentos el registro "incremento en las cuentas consideradas de difícil cobro o incobrables".

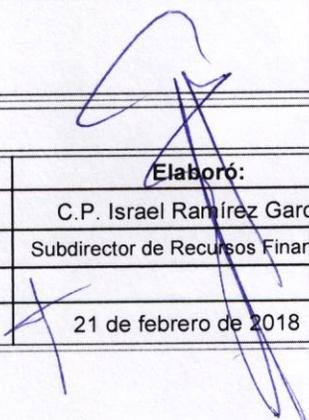
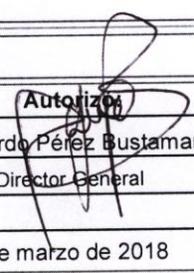
El área de Contabilidad en base a las constancias emitidas y por lo menos al final del año ajustará con aumentos o disminuciones los saldos de la cuenta "Estimación para cuentas incobrables" de tal manera que los saldos reflejen los montos de las cuentas calificadas como de difícil cobro o incobrables.

La estimación para cuentas incobrables será presentada en el Estado de Situación Financiera, deduciéndola del rubro de cuentas por cobrar o bien, mediante un saldo neto de dichas cuentas y la estimación, detallando a través de una nota complementaria al Estado Financiero, la composición de esas cuentas por cobrar y la estimación.

4. ASIENTOS CONTABLES

4.1 Registro contable de la creación o incremento de la reserva para cuentas incobrables:

| Creación o incremento por cuentas Consideradas de difícil cobro o incobrables. | | |
|--|-------|-------|
| | CARGO | ABONO |
| Gastos | X | |
| Estimación para cuentas incobrables. | | X |

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

4.2 Registro contable de la baja de cuentas incobrables:

| Baja de las cuentas por cobrar | | |
|--------------------------------------|-------|-------|
| | CARGO | ABONO |
| Estimación para cuentas incobrables. | X | |
| Cuentas por cobrar | | X |

4.3 Registro contable de la Recuperación de Cuentas Canceladas. En el caso de que se recuperen Cuentas por Cobrar ya canceladas, se registrará lo siguiente:

| Para dejar evidencia de que la cuenta por cobrar fue cubierta. | | |
|--|-------|-------|
| | CARGO | ABONO |
| Bancos | X | |
| Cuentas por cobrar | | X |

| Para el registro a cuentas de resultados. | | |
|---|-------|-------|
| | CARGO | ABONO |
| Cuentas por cobrar | X | |
| Otros Ingresos | | X |

La Subdirección de Recursos Financieros, a través del Área de Contabilidad deberá efectuar los registros contables y cancelación de las cuentas y subcuentas que procedan, después de haber recibido la autorización de la cancelación correspondiente y se haya elaborado el Acta de Depuración y Cancelación de Saldos.

5. RESGUARDO DE REGISTROS

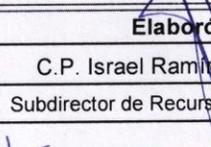
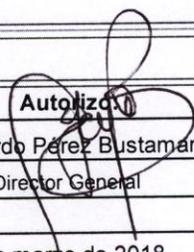
La Dirección de Administración y Finanzas, por conducto de la Subdirección de Recursos Financieros, será responsable de la guarda y custodia del expediente del deudor, una vez efectuada la cancelación de la cuenta incobrable, de acuerdo a la Ley Federal de Transparencia y

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|  | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:19 de36 |

Acceso a la Información Pública y a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

| REGISTRO | TIEMPO DE CONSERVACIÓN | RESPONSABLE DE CONSERVACIÓN |
|--|------------------------|---|
| Constancia de cancelación de adeudos | 12 años | Área de contabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros |
| Acta de Depuración y Cancelación de Saldos | 12 años | Área de contabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros |
| Expediente de cuentas Incobrables | 12 años | Área de contabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros |

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|--|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autolizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |



IV. TRANSITORIOS

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|----------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

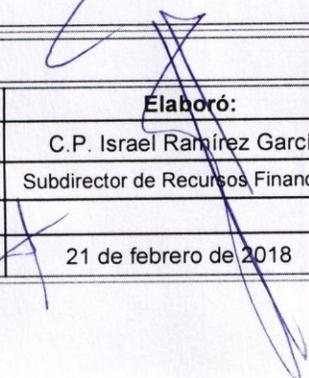
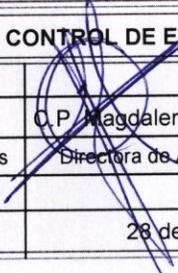
| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:21 de36 |

TRANSITORIOS

Primero.- Las presentes Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, entran en vigor a partir de su aprobación por la H. Junta de Gobierno en la Primera Sesión Ordinaria, celebrada el 15 de marzo de 2018, por acuerdo número O-01/2018-6, para su aplicación y difusión conforme a la normatividad vigente. Asimismo, serán aplicables, a las cuentas por cobrar originadas previamente a la emisión de las presentes Normas y Bases.

Segundo.- Se dejan sin efecto las Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, aprobadas por la Junta de Gobierno en la 4ª Sesión Ordinaria, celebrada el 13 de diciembre de 2011.

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|---------------|---|---|---|
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |



V. ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|----------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:23 de36 |

ANEXO 1

SOLICITUD DE CARTA COMPROMISO

(1) Folio de T.S. _____

(2) _____, a _____ de _____ de 20____.

(3) Subdirección de Recursos Financieros

Cuentas por Cobrar
Presente

Nombre del paciente (4) _____
 Número del Expediente(5) _____, Servicio(6) _____
 Cama (7) _____ Nivel Socioeconómico(8) _____
 Nombre del Trabajador Social que elabora (9) _____.

Ante mi imposibilidad económica actual, atentamente solicito me sea autorizada una "CARTA COMPROMISO", a fin de cubrir en el término que se me autorice o antes, el adeudo que actualmente tengo con este Hospital por concepto de la atención recibida, que asciende a: (10) \$ _____ (_____ 00/100 M.N.)

(11) A liquidar en un término aproximado de: _____

(12) Número de días hospitalizado: _____ (13) Aportó \$ _____

(14) Adeudos por Carta Compromiso previa: \$ _____

CONSIDERACIONES DE TRABAJO SOCIAL (15)

Se anexa copia de identificación oficial (16)

 Nombre y Firma del Familiar (17)

 Subdirector(a) de Atención al Usuario (18)

 Director (a) de Administración y Finanzas (19)

C.c.p. Subdirección de Atención al Usuario

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | _____ | _____ | _____ |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:24 de36 |

SOLICITUD DE CARTA COMPROMISO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Establecer un número de folio consecutivo de Trabajo Social.
2. Indicar la fecha de elaboración del documento.
3. Indicar el área a quien va dirigido el documento.
4. Anotar nombre del paciente.
5. Anotar número de expediente.
6. Anotar el servicio ofrecido.
7. Indicar el número de cama del paciente.
8. Anotar el nivel socioeconómico.
9. Anotar el nombre completo del trabajador social que elabora documento.
10. Anotar el importe total de adeudo.
11. Indicar el importe a liquidar.
12. Colocar el número de días de hospitalización.
13. Indicar el monto a cuenta, del total.
14. Anotar la cantidad de adeudo por Carta Compromiso.
15. Describir consideraciones del área de Trabajo Social.
16. Incorporar copia de identificación oficial.
17. Anotar nombre y firma del familiar.
18. Anotar nombre y firma del Subdirector de Atención al Usuario.
19. Anotar nombre y firma del Director de Administración y Finanzas.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:25 de36 |

ANEXO 2

CARTA COMPROMISO

Folio numero: (1) 0000/HRAEO/

(2) No. De Expediente _____
 (3) San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, a ____ de ____ de 20____.
 Dr(a) _____
 Director(a) General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
 P r e s e n t e

Con fundamento en los artículos 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2°, 6°, fracción I; 35 y 36 de la Ley General de Salud, reconozco y acepto el adeudo por la cantidad de (4) \$ _____ (_____/100 M.N.), que corresponde a gastos generados con motivo de servicios médico-quirúrgicos, ambulatorios y/o hospitalarios de alta especialidad, brindados al paciente (5) _____, con Nivel Socioeconómico: (6) _____; cuyo importe total estoy de acuerdo en liquidar de la siguiente forma:

- (7)
 a) Un pago Único con vencimiento al día _____ del mes de _____ de 20____; o bien:
 b) ___ Pagos mensuales de \$ _____ cada uno, con vencimientos al día ____ de los meses de _____.

En caso de ser menor señalar el parentesco, Padres Abuelos Tutores Otros _____
 Por lo tanto, me comprometo a cubrir incondicionalmente el importe antes citado a la orden del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Con el protesto necesario y completamente enterado y ajeno a toda voluntad viciada, estoy consciente de las faltas y penalidades que en materia conlleva al incumplimiento de este adeudo, refrendando así mismo, la calidad y trascendencia en la prestación del servicio conferido; por lo cual en caso de incumplimiento de pago, acepto que este documento sea turnado al área jurídica, para los efectos legales que correspondan.

Mis datos personales son los siguientes:

"Los datos personales que proporcione, serán protegidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su Reglamento y demás normatividad relativa a la protección de datos personales"

Nombre del paciente: (8) _____ Nivel Socioeconómico: (9) _____
 Teléfono fijo: (10) _____ Teléfono móvil: (11) _____ Teléfono Trabajo : (12) _____
 Nombre del responsable del pago: (13) _____
 Parentesco con el paciente: (14) _____ Identificación Oficial (15) _____
 Teléfono fijo: (16) _____ Teléfono móvil: (17) _____ Teléfono Trabajo : (18) _____
 Domicilio: (19) _____
 Correo electrónico: (20) _____

Datos en caso de pago en Banco: (21)
 Banco: _____
 Núm. de Cuenta: _____
 Clabe Interbancaria: _____
 Referencia: _____

(22) Huella digital en caso de no saber escribir



FIRMAS (23)

| | |
|---|--|
| ACEPTACIÓN DE PAGO POR EL DEUDOR Nombre y Firma Paciente o Representante Legal del paciente | |
| VERIFICACION DE DATOS Nombre y Firma Personal Autorizado de la Tesorería | AUTORIZACIÓN Director(a) de Administración y Finanzas |

CONTROL DE EMISIÓN:

| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
|---------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Nombre | C.P. Israel Ramirez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:26 de36 |

CARTA COMPROMISO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Establecer un número de folio consecutivo por año, iniciando con el número 0001, seguido por una diagonal y luego las siglas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca que proporciona el servicio, seguido por otra diagonal y luego las dos últimas cifras del año que corresponda (ejemplo: 0001/HRAEO/18).
2. Indicar el No. de Expediente del usuario.
3. Indicar lugar de elaboración y firma del documento.
4. Anotar importe total en número y letra del adeudo del paciente.
5. Anotar nombre del paciente
6. Anotar nivel de clasificación socioeconómico asignado al paciente con número y (letra).
7. Describir los tiempos (fechas) de pago y montos que se pacten previa autorización.
8. Anotar nombre del paciente.
9. Anotar el nivel socioeconómico.
10. Escribir el número de teléfono fijo del paciente.
11. Anotar el número de teléfono móvil del paciente.
12. Escribir el número de teléfono del trabajo del paciente.
13. Indicar el nombre del responsable del pago.
14. Describir el parentesco que tiene el responsable de pago con el paciente.
15. Anotar el Folio de la Identificación oficial vigente.
16. Anotar el número de teléfono fijo del Familiar o Representante Legal del paciente, responsable del pago.
17. Anotar el número de teléfono móvil del Familiar o Representante Legal del paciente, responsable del pago.
18. Anotar el número de teléfono del Trabajo del Familiar o Representante Legal del paciente, responsable del pago.
19. Anotar el domicilio del paciente o de algún familiar.
20. Indicar correo electrónico del Familiar o Representante Legal del paciente, responsable del pago.
21. Indicar el banco, el número de cuenta, clave interbancaria y referencia.
22. Colocar huella digital, (en el caso de no saber leer ni escribir).
23. Firmas.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:27 de36 |

ANEXO 3

3.1 INVITACIÓN A CUMPLIMIENTO DE CARTA COMPROMISO (tipo A)

Fecha

Oficio / /2018

Asunto: INVITACIÓN A CUMPLIMIENTO DE CARTA COMPROMISO

C.

Domicilio

Apreciable C. _____ padre de su menor hijo _____ (paciente), con fecha _____ fue atendido en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Institución que brinda sus servicios con un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, que ofrece a todas las personas, sin discriminación alguna, las mismas oportunidades de acceso acorde a las exigencias de la dignidad humana, garantizando su derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4º de nuestra Carta Magna, por ello el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca ejerció acciones tendientes a proteger su salud poniendo a su servicio todos los recursos disponibles destinados a contribuir en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de su salud; proporcionándole la atención médica oportuna de calidad, los medicamentos correspondientes al tratamiento de la enfermedad.

Conforme a lo establecido en los artículos 35 y 36 párrafo segundo de la Ley General de Salud, los servicios que se presten a los usuarios que así lo requieran están fundados en principios de solidaridad social y guardan relación con los ingresos de los usuarios, para la determinación de las Cuotas de Recuperación que les corresponde por la prestación de servicios de salud, se toma en cuenta el costo de los servicios que se integran en una sola cuota; el conjunto de elementos hospitalarios, médicos y en su caso quirúrgicos que contribuyen a la prestación del servicio y a las condiciones socioeconómicas del usuario; en todos los casos, el Estudio Socioeconómico señala el Nivel Socioeconómico asignado al Paciente, que fue informado al usuario, sus familiares, tutor o representante legal.

Es importante informarle que la mayor parte de los gastos fue subsidiado por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, sabemos que es consciente y sensible respecto de su obligación de saldar la Cuota de Recuperación contenida en la Carta Compromiso que firmó usted C. _____ el día _____, por la cantidad de \$ _____ (_____ /100 Moneda Nacional), y que estamos seguros cubrirá hasta su totalidad, pues al hacerlo contribuirá con su Hospital para garantizar mayores beneficios que recibe la población usuaria.

Lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracciones I y XIII del Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y en términos de la escritura pública número _____ de fecha _____, que contiene el Poder General para pleitos y cobranzas, actos de administración y actos de administración en materia laboral otorgado por el Director General del mencionado Hospital, ante la Fe del Notario Público Número _____ del Estado de Oaxaca Licenciado _____.

Sin otro particular reciba cordiales saludos.

Atentamente,

Responsable de Asuntos Jurídicos.

NOMBRE

C.c.p.- (Nombre). Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
(Nombre). Director de Administración y Finanzas.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:28 de36 |

3.2 INVITACIÓN A CUMPLIMIENTO DE CARTA COMPROMISO (tipo B)

Fecha

Oficio / /2018

Asunto: INVITACIÓN A CUMPLIMIENTO DE CARTA COMPROMISO

C. Domicilio

Apreciable C. _____ (Nombre), con fecha _____ usted fue atendido en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Institución que brinda sus servicios con un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, que ofrece a todas las personas, sin discriminación alguna, las mismas oportunidades de acceso acorde a las exigencias de la dignidad humana, garantizando su derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4° de nuestra Carta Magna, por ello el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca ejerció acciones tendientes a proteger su salud poniendo a su servicio todos los recursos disponibles destinados a contribuir en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de su salud; proporcionándole la atención médica oportuna de calidad, los medicamentos correspondientes al tratamiento de la enfermedad.

Conforme a lo establecido en los artículos 35 y 36 párrafo segundo de la Ley General de Salud, los servicios que se presten a los usuarios que así lo requieran están fundados en principios de solidaridad social y guardan relación con los ingresos de los usuarios, para la determinación de las Cuotas de Recuperación que les corresponde por la prestación de servicios de salud, se toma en cuenta el costo de los servicios que se integran en una sola cuota; el conjunto de elementos hospitalarios, médicos y en su caso quirúrgicos que contribuyen a la prestación del servicio y a las condiciones socioeconómicas del usuario; en todos los casos, el Estudio Socioeconómico señala el Nivel Socioeconómico asignado al Paciente, que fue informado al usuario, sus familiares, tutor o representante legal.

Es importante informarle que la mayor parte de los gastos fue subsidiado por el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca sabemos que es consciente y sensible respecto de su obligación de saldar la Cuota de Recuperación contenida en la Carta Compromiso que firmó el día _____ por la cantidad de \$ _____ (_____00/100 Moneda Nacional), y que estamos seguros cubrirá hasta su totalidad, pues al hacerlo contribuirá con su Hospital para garantizar mayores beneficios que recibe la población usuaria.

Lo anterior con fundamento en el artículo 38, fracciones I y XIII del Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca y en términos de la escritura pública número _____, de fecha _____, que contiene el Poder General para pleitos y cobranzas, actos de administración y actos de administración en materia laboral otorgado por el Director General del mencionado hospital, ante la Fe del Notario Público Número _____ del Estado de Oaxaca Licenciado _____.

Sin otro particular reciba cordiales saludos.

Atentamente,

Responsable de Asuntos Jurídicos.
Nombre

C.c.p.- (Nombre). Director General del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.
(Nombre). Director de Administración y Finanzas.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:29 de36 |

ANEXO 4

ACTA DE DEPURACIÓN Y CANCELACIÓN DE SALDOS

En San Bartolo Coyotepec, Oaxaca, el día _____(1)_____ del mes de _____(2)_____ de dos mil_____(3)_____, a las _____(4)_____ horas, en las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, sita en Aldama s/n, San Bartolo Coyotepec, Oaxaca se reunieron los CC. _____(5)_____, quienes manifiestan, que se levanta la presente Acta de Depuración y cancelación de Saldos, que servirá como sustento para ajustar la(s) cuenta(s) _____(6)_____ con los importes de (7) _____(7)_____ respectivamente; y que en el mismo orden, la fecha del último movimiento registrado en cada cuenta es _____(8)_____, al tenor de las siguientes:

DECLARACIONES

Manifiesta el (la) C. _____(9)_____ (10)_____ (11)_____.

ACUERDO

Procede registrar la cancelación de los saldos de los deudores siguientes: ____ (12)___ a las cuentas: _____ (13)_____, por los importes de: _____(14)_____, los cuales serán correspondidos contra la Reserva para Cuentas Incobrables registrada durante el presente año.

Los firmantes hacen constar que el examen, los documentos que se anexan y sus opiniones se refieren al asunto que la Dirección de Administración y Finanzas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, detalla en la presente acta; y se han rubricado de conformidad los anexos y el documento de afectación contable, correspondientes al ajuste a las cuentas indicadas en la presente Acta.

Así mismo, declaran que presenciaron la invalidación de _____(15)_____, directamente relacionados con la cancelación de cuentas incobrables para su registro, correlación y/o ajuste de cuentas contables.

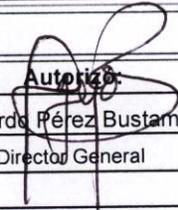
El original de esta Acta y los anexos que en la misma se mencionan, por constituir el soporte documental de los registros contables, son parte del documento de afectación contable, y las copias quedan en poder de _____(16)_____.

Leída la presente Acta y no habiendo más que hacer constar, a las ____ (17)___ horas del día _____(18)_____ de _____(19)_____ de dos mil_____(20)_____, se dio por concluido el acto, firmando de conformidad las personas que en él intervinieron, tanto al calce y margen de las hojas del Acta de Depuración y Cancelación de Saldos, como en los anexos que conforman parte de la misma.

(21)Firma

(21)Firma

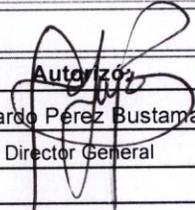
| | |
|---------|---------|
| Nombre: | Nombre: |
| Puesto: | Puesto: |

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:30 de36 |

**ACTA DE DEPURACIÓN Y CANCELACIÓN DE SALDOS
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

- I. Para que el acta tenga validez, se requiere la autorización de los siguientes Servidores Públicos:
- Titular de la Dirección de Administración y Finanzas
 - Titular de la Subdirección de Recursos Financieros
 - Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos
 - Encargado del Área de Tesorería
 - Encargado del Área de Contabilidad
 - Titular de la Subdirección Administrativa del HRAEO, cuando corresponda.
- II. El Acta no debe tener abreviaturas ni raspaduras.
Llenado del Acta:
- Anotar con letra el día.
 - Asentar con letra el nombre del mes.
 - Escribir con letra el complemento para indicar el año correspondiente.
 - Indicar con letra la hora del inicio del Acto.
 - Escribir el nombre completo, cargo que desempeña, dependencia o entidad y unidad de adscripción de cada uno de los representantes que participan en el Acto.
 - Anotar el número y denominación de la(s) cuenta(s).
 - Escribir en el orden en que se mencionan las cuentas, el(los) monto(s) con número y letra.
 - Indicar la fecha del último movimiento registrado en cada cuenta.
 - Asentar en primer término el nombre del declarante y en seguida la narración de las acciones y cuando fueron realizadas al interior de la dependencia o entidad, así como las gestiones efectuadas, cuándo, ante qué instancia, áreas externas o personas, y los resultados obtenidos; asimismo, mencionar los nombres de los documentos y sus fechas que apoyen lo dicho, tales como estudios, dictámenes, citatorios, actas administrativas y judiciales, oficios, telegramas, etc., y la petición de que se anexen a este instrumento como parte integrante del mismo.
 - Asentar también, las atribuciones que tiene conferidas el declarante, y las disposiciones legales, o de otra índole que les confieren, así como la opinión que tenga sobre el asunto en cuestión.
 - (Sucesivamente se seguirá este procedimiento hasta agotar las declaraciones de los participantes en el Acto).
 - Señalar, según corresponda, los deudores a cancelar.
 - Especificar el número y denominación de las cuentas(s) correspondiente(s).
 - Anotar los montos con número y letra.
 - Especificar los documentos relativos que consignen derechos u obligaciones como, cartas compromiso, pagarés, facturas, etc. sus importes y fechas respectivas.
 - Anotar el (los) nombre(s) de las personas que conservarán copia de esta Acta. Debe(n) corresponder a alguno(s) o todos los nombres a que se refiere el punto (5).
 - Anotar con letra la hora en que se dé por concluido el Acto.
 - Señalar con letra el día en que se dé por concluido el Acto.
 - Escribir el nombre del mes correspondiente.
 - Escribir con letra el complemento para indicar el año correspondiente.
 - Anotar el nombre completo, cargo de los funcionarios participantes y recabar firmas.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|--|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramirez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:31 de36 |

ANEXO 5

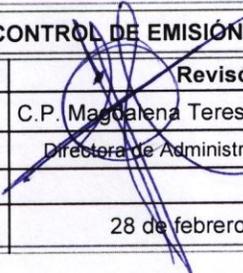
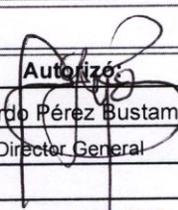
**CONSTANCIA DE CANCELACIÓN DE ADEUDOS
(opción 1)**

En San Bartolo Coyotepec el día _____ del mes de _____, de dos mil _____ (1), en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, se autorizó la cancelación del deudor _____ (2) que generó el registro de cuentas por cobrar, del paciente _____ (3), de Nivel Socioeconómico _____ (4) por la cantidad de \$ _____ (5) con antigüedad de _____ (6) _____ (7).

Los motivos que dieron origen a cancelar los adeudos mencionados son los siguientes: _____ (8) _____ (9).

Estando conforme lo anterior se instruye a que se realice la aplicación contable y la depuración de los documentos existentes que amparen dichos adeudos y se da por terminado el proceso.

(10) Firmas.

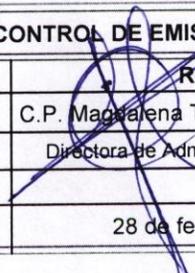
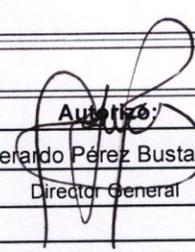
| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:32 de36 |

CONSTANCIA DE CANCELACIÓN DE ADEUDOS (opción 1)

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

- Fecha de elaboración.** Anotar día, mes y año en que se elabora el documento.
- Nombre del deudor.** Asentar el nombre del deudor (paciente u obligado solidario) que generó el registro en cuentas por cobrar.
- Nombre del paciente atendido.** Especificar el nombre del paciente atendido por quién se generó el adeudo.
- Nivel Socioeconómico.** Anotar el nivel socioeconómico en que se encuentra el usuario.
- Importe de los adeudos vencidos.** Detallar el Importe de cada uno de los adeudos que serán sujetos al procedimiento de cancelación.
- Antigüedad de los adeudos.** Anotar la Antigüedad de los adeudos, indicando fecha de vencimiento de cada documento por cobrar, seguidamente del tiempo transcurrido a partir del vencimiento.
- Datos de la documentación comprobatoria que sustenta el adeudo.** Detallar los datos de los documentos que sustentan el adeudo, tales como: Cartas Compromiso o pagarés.
- Acciones realizadas para su cobro.** Describir las acciones administrativas, extrajudiciales y judiciales realizadas para obtener el pago de los adeudos.
- Motivo por el cual se consideran adeudos de difícil cobro o incobrables.** Anotar motivo por el cual se consideran de difícil cobro o incobrables y el numeral aplicable para su cancelación.
- Firmas.** Anotar nombres y cargos del personal que obtuvo y aprobó la información plasmada en la constancia, debiendo ser el Subdirector de Recursos Financieros del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca; el Director de Administración y Finanzas; y el titular del Departamento de Asuntos Jurídicos; y recabar las firmas correspondientes.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:33 de36 |

ANEXO 5

**CONSTANCIA DE CANCELACIÓN DE ADEUDOS
(Opción 2)**

| | | | |
|--|--|---|---|
|   | | HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OAXACA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |  |
| CONSTANCIA DE CANCELACION DE ADEUDOS | | | |
| 1 | Fecha de elaboración: | | |
| 2 | Unidad Hospitalaria: | | |
| 3 | Número de expediente | | |
| 4 | Nombre del deudor: | | |
| 5 | Nombre del paciente atendido: | | |
| 6 | Nivel Socioeconómico: | | |
| 7 | Importe de los adeudos vencidos | | |
| | 1: | | |
| | 2: | | |
| | 3: | | |
| | Total | | |
| 8 | Antigüedad de los adeudos | | |
| | 1: (Fecha de vencimiento - tiempo transcurrido) | | |
| | 2: | | |
| | 3: | | |
| 9 | Documentación comprobatoria que sustenta el adeudo: | | |
| 10 | Acciones realizadas para su cobro: | | |
| 11 | Motivo por el cual se consideran adeudos de difícil cobro o incobrables: | | |
| <p>Se hace constar que los datos asentados en el presente documento, corresponden al expediente de cuentas por cobrar, sujeto a procedimiento de cancelación, mismo que fue integrado, revisado y validado conforme a las "Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca".</p> | | | |
| 12 | Elaboró | Autorizó | |
| | Nombre: | Nombre: | |
| | Puesto: Subdirector(a) de Recursos Financieros | Puesto: Director (a) de Administración y Finanzas | |
| | Firma: | Firma: | |
| | Revisó | | |
| | Nombre: | | |
| | Puesto: Jefe (a) de Departamento de Asuntos Jurídicos | | |
| | Firma: | | |

Una vez requisitado este formato, deberá continuarse con el proceso normativo para la cancelación de estos adeudos.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:34 de36 |

CONSTANCIA DE CANCELACION DE ADEUDOS (Opción 2)

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

- Fecha de elaboración.** Día, mes y año en que se elabora el documento.
- Unidad Hospitalaria.** Hospital que tiene registrado el adeudo.
- Número de expediente.** Número asignado a la cuenta por pagar.
- Nombre del deudor.** Nombre del deudor que generó el registro en cuentas por cobrar.
- Nombre del paciente atendido.** Nombre del paciente atendido por quién se generó el adeudo.
- Nivel socioeconómico.** Numeral del 1 al 6, que le haya correspondido conforme al estudio realizado.
- Importe de los adeudos vencidos.** Cifras de cada uno de los adeudos que serán sujetos al procedimiento de cancelación.
- Antigüedad de los adeudos.** Fecha de vencimiento de cada documento por cobrar, y tiempo transcurrido a partir del vencimiento.
- Documentación comprobatoria que sustenta el adeudo.** Documentos que sustentan el adeudo, tales como: Estado de Cuenta, Carta Compromiso, pagaré, etc.
- Acciones realizadas para su cobro.** Acciones administrativas y extrajudiciales realizadas para obtener el pago de los adeudos.
- Motivo por el cual se consideran adeudos de difícil cobro o incobrables.** Causal de incobrabilidad conforme a las "Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca".
- Firmas.** Nombres y cargos del personal que interviene en este documento, debiendo ser el Subdirector de Recursos Financieros; el Director de Administración y Finanzas; y el titular del Departamento de Asuntos Jurídicos; y recabar las firmas correspondientes.

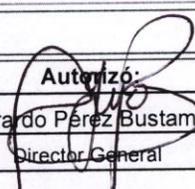
| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma | | | |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:35 de36 |

ANEXO 6

FORMATO DE RECUPERACIÓN DE ADEUDOS

| | | | | | |
|---|-----------------|---|--|---|--|
|  | | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS FORMATO DE RECUPERACIÓN DE ADEUDOS | |  | |
| LLAMADA TELEFÓNICA ANTES DEL VENCIMIENTO DE PAGO | | | | | |
| FECHA: (1) | HORA: (2) | FOLIO CARTA COMPROMISO (3) | | NIVEL SOCIOECONÓMICO (5) | |
| NOMBRE DEL USUARIO (4) | | TEL. TRABAJO (8) | | PARENTESCO (10) | |
| TEL. FIJO (6) | TEL. MOVIL (7) | TEL. TRABAJO (13) | | PARENTESCO (10) | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PAGO (9) | | TEL. TRABAJO (13) | | PARENTESCO (10) | |
| TEL. FIJO (11) | TEL. MOVIL (12) | TEL. TRABAJO (13) | | PARENTESCO (10) | |
| DOMICILIO: (14) | | TOTAL DEL ADEUDO (16) | | SALDO (19) | |
| FECHA DE CARTA COMPROMISO (15) | | MONTÓ POR VENCER (18) | | SALDO (19) | |
| FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO (17) | | MONTÓ POR VENCER (18) | | SALDO (19) | |
| OBSERVACIONES (20) | | | | | |
| REALIZÓ (21) | | VoBo. (22) | | SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| PRIMERA LLAMADA TELEFÓNICA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE PAGO | | | | | |
| FECHA: (1) | HORA: (2) | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO (17) | | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| OBSERVACIONES (20) | | | | | |
| REALIZÓ (21) | | VoBo. (22) | | SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| TERCERA LLAMADA TELEFÓNICA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE PAGO | | | | | |
| FECHA: (1) | HORA: (2) | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO (17) | | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| OBSERVACIONES (20) | | | | | |
| REALIZÓ (21) | | VoBo. (22) | | SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| TERCERA LLAMADA TELEFÓNICA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE PAGO | | | | | |
| FECHA: (1) | HORA: (2) | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO (17) | | MONTÓ VENCIDO (23) | | SALDO DEL ADEUDO (19) | |
| OBSERVACIONES (20) | | | | | |
| REALIZÓ (21) | | VoBo. (22) | | SUBDIRECTOR DE RECURSOS FINANCIEROS | |

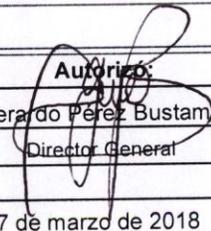
| | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramírez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|   | Dirección de Administración y Finanzas |  | Código: |
| | Subdirección de Recursos Financieros | | Rev. |
| | Normas y Bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca | | Hoja:36 de36 |

FORMATO DE RECUPERACIÓN DE ADEUDOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

1. Indicar la fecha.
2. Escribir la hora en que se realizó la llamada.
3. Anotar el Folio asignado a la Carta Compromiso.
4. Escribir el nombre del Usuario o paciente.
5. Anotar el nivel socioeconómico del usuario o paciente.
6. Escribir el teléfono fijo del usuario o paciente.
7. Anotar el número de teléfono móvil del usuario o paciente.
8. Anotar el número de teléfono del trabajo del usuario o paciente.
9. Indicar el nombre del responsable del pago o del Representante Legal.
10. Indicar el parentesco que tiene el responsable del pago con el usuario o paciente.
11. Anotar el número de teléfono fijo del responsable del pago o representante legal.
12. Escribir el número del teléfono móvil del responsable del pago o representante legal.
13. Escribir el número de teléfono del trabajo del responsable de pago o representante legal.
14. Indicar el domicilio del responsable de pago o representante legal.
15. Indicar la fecha de la carta compromiso.
16. Anotar el monto total de la carta compromiso.
17. Escribir la fecha de vencimiento del primer pago o único pago.
18. Indicar el monto del pago próximo a vencer.
19. Escribir el saldo total del adeudo a la fecha.
20. Asentar datos relevantes sobre la llamada telefónica como: número telefónico marcado, nombre de la persona que recepcionó la llamada, parentesco, comentarios respecto al recordatorio de pago, etc.
21. Escribir el nombre, cargo y firma de la persona que realizó la llamada telefónica.
22. Escribir el nombre, firma el Subdirector(a) de Recursos Financieros como visto bueno.
23. Indicar el monto del pago vencido.

| CONTROL DE EMISIÓN: | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | C.P. Israel Ramirez García | C.P. Magdalena Teresa García Ramos | Dr. Gerardo Pérez Bustamante |
| Cargo-Puesto: | Subdirector de Recursos Financieros | Directora de Administración y Finanzas | Director General |
| Firma |  |  |  |
| Fecha: | 21 de febrero de 2018 | 28 de febrero de 2018 | 7 de marzo de 2018 |