

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

ABRIL, 2017

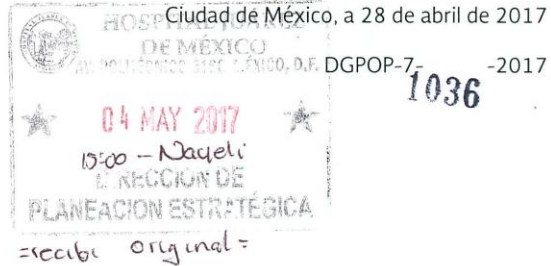


448

1729

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Ciudad de México, a 28 de abril de 2017



DR. MARTÍN ANTONIO MANRIQUE
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL
JUÁREZ DE MÉXICO

PRESENTE.

En relación con su oficio DG/070/2017 mediante el cual solicita Opinión Favorable sobre el Manual de Procedimientos de ese Hospital, con fundamento en el Artículo 27, Fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le comunico que derivado de la revisión realizada al documento en cuestión por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional, adscrita a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, se concluye que fue elaborado con base en la Estructura Orgánica vigente a partir del 31 de mayo de 2016 y con apego a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Por lo anterior, se emite la presente Opinión Favorable al Manual mencionado.

Me permito recordarle que el contenido, difusión y observancia del mismo, es responsabilidad del Hospital Juárez de México.

Sin otro particular, le reitero las muestras de mi consideración distinguida.

ATENTAMENTE



MTRO. JOSÉ GENARO MONTIEL RANGEL
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN,
ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO



Elaboró

Lic. Francisco Bañuelos Navarro
Subdirector de Análisis y Diseño Organizacional

Revisó y validó


Lic. María Hilda Sam Ibarra
Directora de Diseño y Desarrollo Organizacional

C.c.p.- Lic. Marcela Velasco González.-Subsecretaría de Administración y Finanzas.-Presente




OFICIO: DG/070/2017
Sección/serie: 3C.11



**IDENTIFICACIÓN DE FIRMA DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**




NOMBRE Y CARGO	FIRMA
<p>DR. MARTÍN ANTONIO MANRIQUE Director General del Hospital Juárez de México</p>	

Elaborado con base en estructura 31 de mayo de 2016, este documento se integra de 859 fojas útiles. El 3 de noviembre de 2016, la Subsecretaría de la Función Pública, a través de la Dirección General de Organización y Remuneraciones de la Administración Pública Federal, mediante oficio SSFP/408/0751/2016 y SSFP/408/DGOR/1801/2016, aprueba y registra el refrendo de la estructura orgánica del Hospital Juárez de México con vigencia organizacional otorgada al 31 mayo de 2016.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 <hr/> Hoja: 1 de 26
---	---------------------------------	---	-------------------------------

ÍNDICE




	HOJA
INTRODUCCIÓN	7
I OBJETIVO DEL MANUAL	8
II MARCO JURIDICO	9
III PROCEDIMIENTOS	
1 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE REGLAMENTOS NORMAS Y POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS Y LOS PACIENTES.	
2 PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA PERTINENCIA DE LA REFERENCIA DE LAS Y LOS PACIENTES EXTERNOS	
3 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CASOS LEGALES REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. OPINIÓN TÉCNICA.	
4 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CASOS LEGALES REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. VALORACIÓN MÉDICA	
5 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CASOS LEGALES REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. RESUMEN MÉDICO	
6 PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CASOS LEGALES REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. COPIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	
7 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA GESTIÓN EN EL ÁREA MÉDICA	
8 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMA DE TRABAJO (PAT) DE LA DIRECCIÓN MÉDICA	
9 PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ATENCIÓN MÉDICA E023.	
10 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL INFORME TRIMESTRAL Y ANUAL DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	
11 PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL CENSO DE LOS/LAS INVESTIGADORES (AS) DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 2 de 26
---	---------------------------------	---	-----------------------------




- 12 **PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA EN LA PRESENTACIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**
- 13 **PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN DE SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN**
- 14 **PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE CONVOCATORIAS DE TIPO ACADÉMICO Y CIENTÍFICO.**
- 15 **PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO, DICTAMEN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.**
- 16 **PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO.**
- 17 **PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE NECESIDADES PRESUPUESTALES.**
- 18 **PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE APOYOS Y DONATIVOS.**
- 19 **PROCEDIMIENTO PARA EL TRAMITE DE ENTREGA DE CONSTANCIAS.**
- 20 **PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER CONVENIO DE COLABORACION CON INSTITUCIONES DE EDUCACION Y SALUD.**
- 21 **PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE DOCUMENTOS EN LA UNIDAD DE ENSEÑANZA.**
- 22 **PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTIMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.**
- 23 **PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL PROGRAMA DE TRABAJO DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA.**
- 24 **PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EL DESARROLLO DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD.**
- 25 **PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
- 26 **PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
- 27 **PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS.**
- 28 **PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO.**
- 29 **PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE METAS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 3 de 26
---	---------------------------------	---	-----------------------------

- 30 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.**
- 31 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA DIVISIÓN DE CALIDAD Y APOYO A LA ATENCIÓN.**
- 32 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN INFORMÁTICA MÉDICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA.**
- 33 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES EN MATERIA DE TRANSPARENCIA.**
- 34 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO DEL HOSPITAL.**
- 35 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA ADMINISTRACIÓN DE LA PLANTILLA AUTORIZADA AL HOSPITAL.**
- 36 PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE ADQUISICIONES DE BIENES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.**
- 37 PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO EFECTUADO A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL.**
- 38 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.**
- 39 PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.**
- 40 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN GENERAL DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.**
- 41 PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**
- 42 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LOS DEPARTAMENTOS ADSCRITOS A ESTA SUBDIRECCIÓN.**
- 43 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS ALTAS DE PERSONAL.**
- 44 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS BAJAS DE PERSONAL.**
- 45 PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO**
- 46 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR A LAS ÁREAS ADSCRITAS A ESTA SUBDIRECCIÓN.**
- 47 PROCEDIMIENTO PARA DIRIGIR EL REGISTRO DE LOS RECURSOS FEDERALES.**




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		<p style="text-align: center;">Rev. 2</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 4 de 26</p>
---	---------------------------------	---	--

- 48 PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR EL REGISTRO CONTABLE DE LOS INGRESOS DEL HOSPITAL.**
- 49 PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR LA SUFICIENCIA PRESUPUESTARIA PARA LA ADJUDICACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.**
- 50 PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LAS DEMANDAS INTERNAS DE INFORMACIÓN**
- 51 PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR LA TRANSMISIÓN DE LOS FORMATOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.**
- 52 PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LOS DIFERENTES COMITÉS RELACIONADOS CON ESTA SUBDIRECCIÓN.**
- 53 PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL.**
- 54 PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
- 55 PROCEDIEMINTO DE COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS CONTRATACIONES POR ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS, A TRAVÉS DE LICITACIONES PÚBLICAS, INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS Y ADJUDICACIONES DIRECTAS.**
- 56 PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE CONVOCATORIAS, PARA LAS LICITACIONES PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES ASÍ COMO INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS.**
- 57 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL USO ADECUADO DEL COMBUSTIBLE EN VEHÍCULOS DEL HOSPITAL Y DE USO OFICIAL.**
- 58 PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL REGISTRO DE BAJA Y DESTINO FINAL DE ACTIVO FIJO NO ÚTIL**
- 59 PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA, LIMPIEZA, JARDINERÍA, TRATAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECCIOSOS (RPBI) Y RECOLECCIÓN DE LA BASURA MUNICIPAL**
- 60 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DEL INFORME MENSUAL Y ANUAL DE ACTIVIDADES.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 5 de 26
---	---------------------------------	---	-----------------------------

- 61 **PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.**
- 62 **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A INMUEBLE CON RECURSOS PROPIOS.**
- 63 **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A INMUEBLE CON RECURSOS CONTRATADOS.**
- 64 **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ADAPTACION Y/ O REMODELACION DE ESPACIOS.**
- 65 **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ELABORACIÓN DE DICTAMEN DE NO UTILIDAD PARA BAJA DE EQUIPO MÉDICO.**
- 66 **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO.**
- 67 **PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LOS ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL EN EL SECTOR SALUD.**
- 68 **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECURSOS DE REVISIÓN.**
- 69 **PROCEDIMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN DE SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (COCODI).**
- 70 **PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.**
- 71 **PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN MATERIA DE MEJORA DE LA GESTIÓN.**
- 72 **PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE MEJORA GUBERNAMENTAL.**
- 73 **PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR AUDITORÍAS Y SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS.**
- 74 **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS.**
- 75 **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y DENUNCIAS.**
- 76 **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE RESPONSABILIDADES.**
- 77 **PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES.**
- 78 **PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE SANCIÓN A LICITANTES, PROVEEDORES Y CONTRATISTAS.**

79 PROCEDIMIENTO PARA LA DEFENSA JURÍDICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 7 de 26
---	---------------------------------	---	---

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al Artículo 16 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ha actualizado el presente manual de procedimientos del Hospital Juárez de México, en razón de la importancia de contar con herramientas administrativas vigentes que permitan desarrollar eficientemente las atribuciones, funciones y actividades asignadas.

El manual de procedimientos tiene como finalidad servir como instrumento de consulta para los servidores públicos del Hospital Juárez de México interesados en los procedimientos que ejecutan cada una de sus áreas.



Su actualización se realizó con base en el registro de la estructura orgánica vigente 31 de mayo de 2016 y con apego en la Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud vigente.

Este documento contiene: Portada, Índice, Objetivo del Manual, Marco Jurídico, Procedimientos, con su respectiva Denominación, Alcance a nivel interno y externo, Políticas de Operación, Normas y Lineamientos, Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario de Términos, Cambios de Versión, y Anexos.

El manual se actualizara conforme a los lineamientos para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, y cuando existan modificaciones a la estructura orgánica o normatividad aplicable, el área responsable será la Dirección de Planeación Estratégica en colaboración con las diversas áreas que integran el Hospital Juárez de México.




Su difusión se realizará a través de los titulares de cada área quiénes lo darán a conocer a su personal adscrito y permanecerá para su consulta permanente en la página Web del Hospital (www.hospitaljuarez.salud.gob.mx) para consulta de todos los usuarios (personal, público en general y otras dependencias).

Los servidores públicos de las áreas que integran el Hospital Juárez de México serán los responsables de vigilar la correcta aplicación del presente manual.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 8 de 26
---	---------------------------------	---	---------------------------------------

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Servir como instrumento de consulta para los servidores públicos en relación con cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Hospital Juárez de México.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 9 de 26
---	---------------------------------	---	---

II. MARCO JURIDICO.

Constitución política de los estados unidos mexicanos
D.O.F. el 5 de febrero de 1917, última reforma publicada D.O.F. 15-08-2016

LEYES

Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. el 01/07/1992, última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015

Ley Federal de Derechos
D.O.F. el 31/12/1981, última reforma publicada D.O.F. 18/11/2015

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. el 14/05/1986, última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
D.O.F. el 01/12/2005, última reforma publicada D.O.F. 24/12/2013

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado
D.O.F. el 31/12/2004, última reforma publicada D.O.F. 12/06/2009

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
D.O.F. el 11/06/2002, última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015

Ley Federal de los Trabajadores al Servicios del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Art. 123 Constitucional. D.O.F. el 28/12/1963, última reforma publicada D.O.F. 02/04/2014

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. el 24/12/1996, última reforma publicada D.O.F. 13/01/2016




Ley Federal del Trabajo
D.O.F. el 01/04/1970, última reforma publicada D.O.F. 12/06/2015

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. el 11/06 2003, última reforma publicada D.O.F. 20/03/2014

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. el 19/12/2002, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. el 04/08/1994, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
D.O.F. el 13/03/2002, última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 10 de 26
---	---------------------------------	---	--

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. el 30/03/2006, última reforma publicada D.O.F. 30/12/2015

Ley Federal de Archivos
Nueva Ley publicada en el D.O.F. el 23/01/2012. Sin Reforma

Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita. D.O.F. el 17/10/2012. Sin Reforma

Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura
D.O.F. el 27/12/1991, última reforma publicada D.O.F. 10/01/1994

Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas
D.O.F. el 11/06/de 2012, Sin reforma

Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. el 23/05/2014, Sin reforma

Ley Federal de los Derechos del Contribuyente
D.O.F. el 23/06/2005, Sin reforma

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental
D.O.F. el 07/06/2013, Sin reforma

Ley General de Bienes Nacionales
D.O.F. el 20/05/2004, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015

Ley General de Desarrollo Social
D.O.F. el 20/01/2004, última reforma publicada D.O.F. 07/11/2013

Ley General de Educación
D.O.F. el 13/07/1993, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015




Ley General de Población
D.O.F. el 07/01/1974, última reforma publicada D.O.F. 01/12/2015

Ley General de Protección Civil
D.O.F. el 06/06/2012, última reforma publicada DOF 03/06/2014.

Ley General de Salud
D.O.F. el 07/02/1984, última reforma publicada D.O.F. 12/11/2015

Ley General de Sociedades Cooperativas
D.O.F. el 03/08/1994, última reforma publicada D.O.F. 13/08/2009

Ley General de Sociedades Mercantiles
D.O.F. el 04/08/1934, última reforma publicada D.O.F. 13/06/2014

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 11 de 26
---	---------------------------------	---	--

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente
D.O.F. el 28/01/1988, última reforma publicada D.O.F.09/01/2015

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito
D.O.F. 27/08/1932, última reforma publicada D.O.F. 13/06/2014

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 08/10/2003, última reforma publicada D.O.F. 22/05/2015

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30/05/2011, última reforma publicada en el D.O.F. el 17/12/2015

Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31/12/2008, última reforma publicada D.O.F. 30/12/2015

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02/08/2006, última reforma publicada D.O.F. 04/06/2015

Ley General de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia
D.O.F. 01/02/2007, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015

Ley General de Bibliotecas
D.O.F. 21/01/1998, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
D.O.F. 04/12/2014. Sin reforma

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 04/05/2015. Sin reforma

Ley General de Víctimas
D.O.F. 09/01/2013, última reforma publicada D.O.F. 03/05/2013




Ley General para el Control del Tabaco
D.O.F. 30/05/2008, última reforma publicada D.O.F. 06/01/2010

Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Aspecto Autista
D.O.F. 30/04/2015. Sin reforma

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
D.O.F. 24/01/2012. Sin reforma

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. el 29/12/1976, última reforma publicada D.O.F. 30/05/2015

Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal
D.O.F. 20/06/2011, última reforma publicada D.O.F. 24/02/2012

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 12 de 26
---	---------------------------------	---	--

Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República
D.O.F. 29/05/2009, última reforma publicada D.O.F. 24/12/2014

Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
D.O.F. 26/05/1995, última reforma publicada D.O.F. 04/11/2015

Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
D.O.F. 06/12/2007, última reforma publicada D.O.F. 03/06/2011

Ley Reglamentaria del Art. 5 Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal
D.O.F. el 26/05/1945, última reforma publicada D.O.F. 19/08/2010

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. el 4/01/2000, última reforma publicada D.O.F. 10/11/2014

Ley de Instituciones de Crédito
D.O.F. 18/07/1990, última reforma publicada D.O.F. 10/01/2014

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
D.O.F. 04/04/2013, última reforma publicada D.O.F. 10/01/2014

Nueva Ley de Amparo, Reglamentaria de los Arts. 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 02/04/2013 última reforma publicada en el D.O.F. 18/12/2015

Ley de Asistencia Social
D.O.F. el 02/09/2004, última reforma publicada D.O.F. 19/12/2014

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
D.O.F. 18/03/2005. Sin reforma




Ley de Ciencia y Tecnología
D.O.F. el 05/06/2002, última reforma publicada D.O.F. 08/12/2015

Ley de Coordinación Fiscal
D.O.F. el 27/12/1978, última reforma publicada D.O.F. 11/08/2014

Ley de Ingresos de la Federación del Ejercicio Fiscal 2016
D.O.F. el 18/11/2015. Sin reforma

Ley de Nacionalidad
D.O.F. el 23/01/1998, última reforma publicada D.O.F. 23/04/2012

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas
D.O.F. el 04/01/2000, última reforma publicada D.O.F. 16/01/2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 13 de 26
---	---------------------------------	---	--

Ley de Planeación

D.O.F. el 05/01/1983, última reforma publicada D.O.F. 06/05/2015

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles

D.O.F. el 31/12/1975, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

D.O.F. el 29/06/1992, últimas reformas publicadas D.O.F. 02/04/2014

Ley de la Policía Federal

D.O.F. el 01/06/2009, última reforma publicada D.O.F. 25/05/2011. Declaración de invalidez de Artículos por sentencia de la SCJN D.O.F. 24/06/2011

Ley de la Propiedad Industrial

D.O.F. el 27/06/1991, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

D.O.F. el 26/05/2000, última reforma publicada D.O.F. 27/01/2015

Ley del Diario Oficial de la Federación Gacetas Gubernamentales

D.O.F. el 24/12/1986, última reforma publicada D.O.F. 05/06/2012

Ley del Impuesto sobre la Renta

Nueva Ley publicada en el D.O.F. el 11/12/2013, última reforma publicada D.O.F. 18/11/2015

Ley del Impuesto al Valor Agregado

D.O.F. el 29/12/1978, última reforma publicada D.O.F. 11/12/2013

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica

D.O.F. el 16/ 04/2008 última reforma publicada D.O.F. 18/12/2015

Ley sobre el Contrato de Seguro

D.O.F. 31/08/1935, última reforma publicada D.O.F. 04/04/2013

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear

D.O.F. 04/02 /1985, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012

Ley de Tesorería de la Federación

Nueva Ley publicada en el D.O.F. 30/12/2015

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación




D.O.F. 29/05/2009, última reforma publicada D.O.F. 18/06/2010

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

D.O.F. 25/06/2002, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2015

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

D.O.F. 31/03/2007, última reforma publicada D.O.F. 12/11/2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 14 de 26
---	---------------------------------	---	--

Ley Reglamentaria del artículo 6o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Derecho de Replica
Nueva ley publicada D.O.F. 04/11/2015

CÓDIGOS

Código Civil Federal

D.O.F. Publicado en cuatro partes los días 26 de 05, 14 de 07, 3 y 31 de 08 de 1928, última reforma publicada D.O.F. 24/12/2013

Código Federal de Procedimientos Civiles

D.O.F. el 24/02/1943, última reforma publicada D.O.F. 09/04/2012

Código Penal Federal

D.O.F. el 14/08/1931, última reforma publicada D.O.F. 12/01/16

Código Federal de Procedimientos Penales

D.O.F. el 30/08/1934, últimas reformas publicadas D.O.F. 14/03/2014 este código quedará abrogado de conformidad con lo que establece el artículo tercero transitorio del Código Nacional de Procedimientos Penales, publicado por decreto D.O.F. 12/01/2016

Código de Comercio

Publicado en el diario oficial de la Federación del 7 de 10 al 13 de 12 de 1889, última reforma publicada D.O.F. 13/06/2014

Código Fiscal de la Federación

D.O.F. 31/12/1981, última reforma publicada D.O.F. 12/01/2016

Código Fiscal del Distrito Federal

Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal 29/01/2015

Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal

D.O.F. 20/08/2015

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaria de Salud




D.O.F. 19/1/2004, última reforma D.O.F. 10/01/2011

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

D.O.F. 12/12/2006. Sin reforma

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos Productos y Servicios

D.O.F. el 18/01/1988, última reforma publicada D.O.F. 24/12/2012

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 15 de 26
---	---------------------------------	---	--

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
D.O.F. el 20/02/1985, última reforma publicada D.O.F. 26/03/2014

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.O.F. el 21/01/2003, última reforma publicada D.O.F. 25/07/2006

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad
D.O.F. el 04/03/2014. Sin reforma

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud
Publicado en el D.O.F. el 06/01/1987, última reforma publicada D.O.F. 02/04/2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
D.O.F. el 14/05/1986, última reforma publicada D.O.F. 24/03/2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
D.O.F. el 05/04/2004, última reforma publicada D.O.F. 17/12/2014

Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos
D.O.F. el 07/04/1993, última reforma publicada D.O.F. 20/11/2012

Reglamento de Insumos para la Salud
D.O.F. el 03/02/1998, última reforma publicada D.O.F. 14/03/2014

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. el 28/07/2010. Sin reforma

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental Nuevo Reglamento publicado en el D.O.F. 11/06/2003




Reglamento del Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 02/04/2014. Sin reforma

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
D.O.F. 18/02/1985, última reforma publicada D.O.F. 10/07/1985

Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
D.O.F. 19/05/2009

Reglamento General de Seguridad Radiológica
D.O.F. 22/11/1988. Sin reforma

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades para Estatales
D.O.F. 26/01/1990, última reforma publicada D.O.F. 23/11/2010

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 16 de 26
---	---------------------------------	---	--

Reglamento del artículo 95 de la Ley Federal de Instituciones de Fianzas para el cobro de fianzas otorgadas a favor de la Federación, del D.F., de los Estados y de los Municipios, distintas de las que garantizan obligaciones fiscales Federales a cargo de terceros
Publicado en el D.O.F. 15/01/1991

Reglamento de la Ley de Propiedad Industrial
D.O.F. 23/11/1994, última reforma publicada D.O.F. 10/06/2011

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo del Sector Público Federal
D.O.F. 29/11/2006.

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 22/05/1998, última reforma publicada D.O.F. 14/09/2005

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14/01/1999, última reforma publicada D.O.F. 28/11/2012

Reglamento de la Ley del Servicios de Tesorería de la Federación
D.O.F. 15/03/1999, última reforma publicada D.O.F. 07/05/2004

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
D.O.F. 09/08/1999, última reforma publicada D.O.F. 14/02/2014

Reglamento de la Ley General de Población
D.O.F. 14/04/2000, última reforma publicada D.O.F. 28/09/2012

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 17/06/2003, última reforma publicada D.O.F. 29/11/2006

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28/06/2006, última reforma publicada D.O.F. 05/11/2012




Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
Nuevo Reglamento publicado en el D.O.F. 30/11/2006, última reforma publicada D.O.F. 31/10/14

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores
D.O.F. 21/03/2008, última reforma publicada D.O.F. 21/05/2015

Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
D.O.F. 24/08/2009. Sin reforma

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 04/12/2006, última reforma publicada D.O.F. 25/09/2014

Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta
Nueva Ley publicada en el D.O.F. 08/10/2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 17 de 26
---	---------------------------------	---	--

Reglamento de la Ley Federal de Archivos
D.O.F. 13/05/2014. Sin reforma

Reglamento de la Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 12/10/2007. Sin reforma

Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada
D.O.F. 21/03/2014. Sin reforma

Reglamento de la Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita
D.O.F. 16/08/2013. Sin reforma

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
D.O.F. 13/04/2004. Sin reforma

Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud
D.O.F. 10/09/2010. Sin reforma

DECRETOS

Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal Publicado en el D.O.F. 26/ 01/2005

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, D.O.F. 24/12/2002

Decreto por el que se da a conocer la Forma Oficial de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal, reforma D.O.F. 29/12/2011




Decreto para realizar la entrega/recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión
D.O.F. 12/09/2005

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (donde cambia de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaria de Salud)
D.O.F. 21/01/1985

Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en Materia de Transparencia D.O.F. 07/02/2014

Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de combate a la corrupción D.O.F. 27/05/2015

Decreto por el que se reforma la fracción III, del apartado A, del artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos "Determina la garantía de que "las mujeres y los hombres indígenas disfrutarán y ejercerán su derecho de votar y ser votados en condiciones de

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 18 de 26
---	---------------------------------	---	--

igualdad; así como a acceder y desempeñar los cargos públicos y de elección popular para los que hayan sido electos o designados”; e incorpora que “en ningún caso las prácticas comunitarias podrán limitar los derechos político electorales de los y las ciudadanas en la elección de sus autoridades municipales”. D.O.F. 22/05/2015

Decreto por el que se reforma la fracción III del apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Establece que queda prohibida la utilización del trabajo de los menores de quince años”. D.O.F. 17/06/2014

Decreto por el que se adiciona el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Incorpora el derecho de toda persona a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. Establece que la autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de nacimiento”. D.O.F. 17/06/2014

Decreto por el que se adiciona la base 4ta. de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Faculta al Consejo de Salubridad General para adoptar medidas encaminadas a prevenir la contaminación ambiental”.
D.O.F. 06/07/1971

ACUERDOS




Acuerdo por el que las Entidades de la Administración Pública Paraestatal se agruparán por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal, se relacionen a través de las Secretarías de Estado o Departamento Administrativo
D.O.F.03/09/1982

Acuerdo que tiene por objeto fijar los criterios para la correcta aplicación de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos en lo relativo a la intervención o participación de cualquier Servidor Público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión de contrato o sanción de cualquier servidor público servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios o que pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o sus parientes consanguíneos o por afinidad o civiles a que se refiere esa Ley.
D.O.F. 22/12/2006

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud
D.O.F. 19/10/1983

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud
D.O.F. 25/09/1996

Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
D.O.F. 20/09/2002

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 19 de 26
---	---------------------------------	---	--

Acuerdo por el que se modifica el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal
D.O.F. 04/12/2015

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica, y para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.
D.O.F. 24/12/2002

Acuerdo mediante el cual se expiden los Lineamientos para la evaluación del desempeño de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, así como su anexo
D.O.F. 02/05/2005

Acuerdo por el que se reforman y adicionan Lineamientos que se deberán observar para el otorgamiento del Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal a los Servidores Públicos de las Dependencias de la Administración Pública Federal
D.O.F. reforma 16/03/2012




Acuerdo por el que se reforman las normas segunda, cuarta, quinta primer párrafo, séptima y décima del diverso que establece las normas que determinan como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos a través de medios de comunicación electrónica.
D.O.F. 28/04/2006

Acuerdo por el que se dan a conocer las Disposiciones Generales para el establecimiento del programa de simplificación de surtimiento de medicamentos a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 16/11/2006

Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el título tercero bis de la Ley General de salud
D.O.F. 17/04/2008

Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 30/05/2014
Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica
D.O.F. 13/06/2008

Acuerdo que establece los Lineamientos que deben de observarse en los Establecimientos Públicos que presten Servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas de investigación o científica. D.O.F. 12/08/2008

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 20 de 26
---	---------------------------------	---	--

Acuerdo por el que se abroga el diverso que interpreta el decreto presidencial que estableció el uso de las siglas SSA y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan utilizando para designar a la Secretaría de Salud publicado el 22/02/1985
D.O.F. 25/03/2004

Acuerdo número 71 por el que se crea el sistema de capacitación y desarrollo del sector salud
D.O.F. 20/04/1987

Acuerdo por el que se expide el Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal
D.O.F. 31/12/2004

Acuerdo por el que se reforma el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales
D.O.F. 03/10/2012

Acuerdo por el que se reforma y adiciona el diverso por el que se establecen las disposiciones administrativas en materia de tecnologías de la información y comunicaciones y de seguridad de la información, y se expide el Manual Administrativo de aplicación General en esas materias
D.O.F. 22/08/2012

Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones Generales para la Transparencia y los Archivos de la Administración Pública Federal y el Manual Administrativo de Aplicación General en las Materia de Transparencia y Archivos. Publicado en el D.O.F. el 23/11/2012.

Acuerdo por el que se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 09/08/2010. Última Reforma Publicada D.O.F. 19/09/2014.




Acuerdo por el que se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros
D.O.F. el 15/07/2010, última reforma publicada D.O.F. 15/07/2011.

Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se Expide el Manual administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno
D.O.F. el 12/07/2010, última reforma publicada D.O.F. 02/05/2014.

Acuerdo por el que se Emiten las Disposiciones en Materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos y se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha Materia. D.O.F. el 12/07/2010, última reforma publicada D.O.F. 23/08/2013

Acuerdo por el que se Expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
D.O.F. el 09/08/2010, última reforma publicada D.O.F. 19/09/2014.

Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.
D.O.F. el 12/07/2010, última reforma publicada D.O.F. 16/06/2011.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 21 de 26
---	---------------------------------	---	--

Acuerdo por el que se Expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal
D.O.F. 31/05/2006, actualización 30/05/2014.

Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos Generales para propiciar la Integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflicto de Interés, D.O.F. 20/08/15.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM/253/SSA1/2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos.
D.O.F: 26/10/2012

Norma Oficial Mexicana NOM/005/SSA2/1993, de los Servicios de Planificación Familiar,
D.O.F. 21/01/2004.

Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA2/1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios Procedimientos para la Prestación de Servicios.
D.O.F. 06/01/1995

Norma Oficial Mexicana NOM/007/SSA3/2011, para la Organización y Funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
D.O.F. 27/03/2012



Norma Oficial Mexicana NOM/008/SSA3/2010, para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad
D.O.F. 04/08/2010

Norma Oficial Mexicana NOM/010/SSA2/2010, para la Prevención y el Control de la Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana
D.O.F. 10/11/2010

Norma Oficial Mexicana NOM/013/SSA2/2006, para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales
D.O.F. 08/10/2008

Norma Oficial Mexicana NOM/025/SSA2/2014, para la Prestación de Servicios de atención integral Hospitalaria Médica/Psiquiátricas
D.O.F. 04/09/2015

Norma Oficial Mexicana NOM/004/SSA3/2012, del Expediente Clínico.
D.O.F. 15/10/2012

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 22 de 26
---	---------------------------------	---	--

Norma Oficial Mexicana NOM/028/SSA2/2009, para la Prevención y Tratamiento y Control de Adicciones.
D.O.F. 21/08/2009

Norma Oficial Mexicana NOM/030/SSA2/2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica.
D.O.F. 31/05/2010

Norma Oficial Mexicana NOM/031/SSA2/1999, para la Atención a la Salud del Niño.
D.O.F. 26/09/2006

Norma Oficial Mexicana NOM/034/SSA2/2002, para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento.
D.O.F. 24/06/2014.

Norma Oficial Mexicana NOM/035/SSA2/2002, Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Posmenopausia de la Mujer. Criterios para Brindar la Atención Médica.
D.O.F. 07/01/2013

Norma Oficial Mexicana NOM/039/SSA2/2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión sexual.
D.O.F. 19/09/2003

Norma Oficial Mexicana NOM/040/SSA2/2004, en Materia de Información en Salud.
D.O.F. 23/08/2012



Norma Oficial Mexicana NOM/041/SSA2/2011, para la Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de la Mama.
D.O.F. 09/06/2011.

Norma Oficial Mexicana NOM/045/SSA2/2005, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
D.O.F. 20/11/2009

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias medicas
D.O.F. 04/01/2013

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos
D.O.F. 04/01/2013

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2013, Utilización de campos clínicos, para ciclos clínicos e internado de pregrado
D.O.F. 06/01/2005

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 23 de 26
---	---------------------------------	---	--

Norma Oficial Mexicana NOM/087/ECOL/SSA1/2002 Salud Ambiental. Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. D.O.F. 17/02/2003

Norma Oficial Mexicana NOM/006/SSA3/2007, para la Práctica de Anestesiología. D.O.F. 10/01/2000. Modificación D.O.F. 23/03/2012

Norma Oficial Mexicana NOM/003/SSA3/2010, para la Práctica de la Hemodiálisis. D.O.F. 08/07/2010

Norma Oficial Mexicana NOM/046/SSA2/2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la Prevención y atención. D.O.F. 08/02/2000. Modificación 24/03/2016.

Norma Oficial Mexicana NOM/234/SSA1/2003, utilización de Campos Clínicos para Ciclos D.O.F. 06/01/2005

Norma Oficial Mexicana NOM/032/SSA2/2010, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector. D.O.F. 01/06/2011.

Normas Generales para el Registro. Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles de la Administración Pública Federal Centralizada. D.O.F. 30/12/2004.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013/2018
D.O.F.: 20/05/2013

Programa Sectorial de Salud 2013/2018
D.O.F.: 12/12/2013

Programa para un Gobierno Cercano Y Moderno 2013/2018
D.O.F.: 30/08/2013

NORMATIVIDAD INTERNACIONAL



Código de Núremberg

Declaración de Helsinki

Informe Belmont

Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas

Conferencia Internacional de Armonización. Buenas Prácticas Clínicas

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 24 de 26
---	---------------------------------	---	--

Convención para la protección de los Derechos Humanos y de la dignidad del ser humano ante las aplicaciones de la biología y de la medicina (Convención de Asturias de Bioética o Convención de Oviedo)

Guías operacionales para Comités de Ética que evalúan investigaciones Biomédicas

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 17/08/2012.

Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México 2015.

Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México 2014.

Manual de Procedimientos de la Jefatura de los Servicios de Enfermería

Manual de Procedimientos para el Manejo y Uso de Medicamentos por el personal de Enfermería

Manual de Procedimientos Administrativos de la Jefatura de Enfermería

Políticas de Seguridad del Paciente que participa en Protocolos de Investigación Científica

Manual de Organización Especifico del Comité de Investigación

Manual de Procedimientos del Comité de Investigación

Políticas y Lineamientos para el Desarrollo de Investigación Científica

Procedimiento para el Registro, Seguimiento y Conclusión de Protocolos de Investigación




Políticas Hospitalarias Generales 2014, de esta Unidad Hospitalaria

Lineamientos para el Manejo del Expediente Clínicos (2014)

Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médico Quirúrgicas y de Alta Especialidad del Hospital Juárez de México, 2014
POBALINES 2015

Lineamientos Generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 18/08/2003.

Lineamientos que Deberán de Observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal para Notificar al Instituto el Listado de sus Sistemas de Datos Personales.
D.O.F. 20/08/2003.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2 Hoja: 25 de 26
---	---------------------------------	---	--

Lineamientos para la Contratación de Seguros Sobre Bienes Patrimoniales, a cargo de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F.24/10/2003.

Lineamientos que deberán observar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal de los Procedimientos de Contratación de Seguros de Bienes Patrimoniales y de Personas.
D.O.F. 04/08/1997.

Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 20/02/2004.

Lineamientos Generales para la Administración de Almacenes de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 11/11/2004.

Lineamientos de Protección de Datos Personales
D.O.F. 30/09/2005.

Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud
D.O.F. 27/09/2007.

Lineamientos Generales para la Operación y Funcionamiento del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México 2014

Otras disposiciones

Relación de Entidades Paraestatales de la Administración Pública Federal
D.O.F. 14/08/2015

Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México
Última modificación 08/09/2016, aprobado por la Junta de Gobierno
D.O.F. 17/10/16

Aviso por el que se notifica el sitio de Internet en el que aparecerán las Recomendaciones sobre Medidas de Seguridad Aplicables a los Sistemas de Datos Personales (IFAI) D.O.F.06/12/2006.

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre 2013.



Condiciones Generales de Trabajo 2007-2013

Políticas de Transferencia de Tecnología del Hospital Juárez de México. D.O.F. 29/07/16.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		<p style="text-align: center;">Rev. 2</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 26 de 26</p>
---	---------------------------------	---	---

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital Juárez de México. D.O.F. 29/07/16.

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual,
D. O. F. 31/08/2016.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 1 de 11

1. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE REGLAMENTOS, NORMAS Y POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS Y LOS PACIENTES

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 2 de 11

1 PROPÓSITO



- 1.1 Dar a conocer la información de situaciones sobre Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de los/las pacientes, con la finalidad de coadyuvar en la mejora de la calidad de atención médica.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas médicas del Hospital, dado que son éstas las que directamente mantienen el contacto directo con el/la paciente y le otorgan la atención médica.
- 2.2 A nivel externo: no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección Médica es responsable de dar a conocer a las Jefaturas de División y/o Servicios dependientes de la misma los reglamentos, normas y políticas para la Atención Médica que sean emitidas por el hospital y/o instancias superiores.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de observar el cumplimiento de las acciones que se generen para en la aplicación de los reglamentos, normas o políticas para la atención médica
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de dar a conocer a las Jefaturas de División y/o Servicios dependientes de la misma con anticipación la fecha, hora y lugar de las reuniones de trabajo.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de observar que las reuniones médicas se cumplan de forma coordinada y ordenada, evitando tratar asuntos diferentes al propósito de las mismas, dando seguimiento al cumplimiento del orden del día y la emisión de acuerdos.
- 3.6 La Dirección Médica es la responsable de establecer los lineamientos para la elaboración de las minutas correspondientes que se generen de las reuniones, así como del cumplimiento de los acuerdos generados.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.

Hoja: 3 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

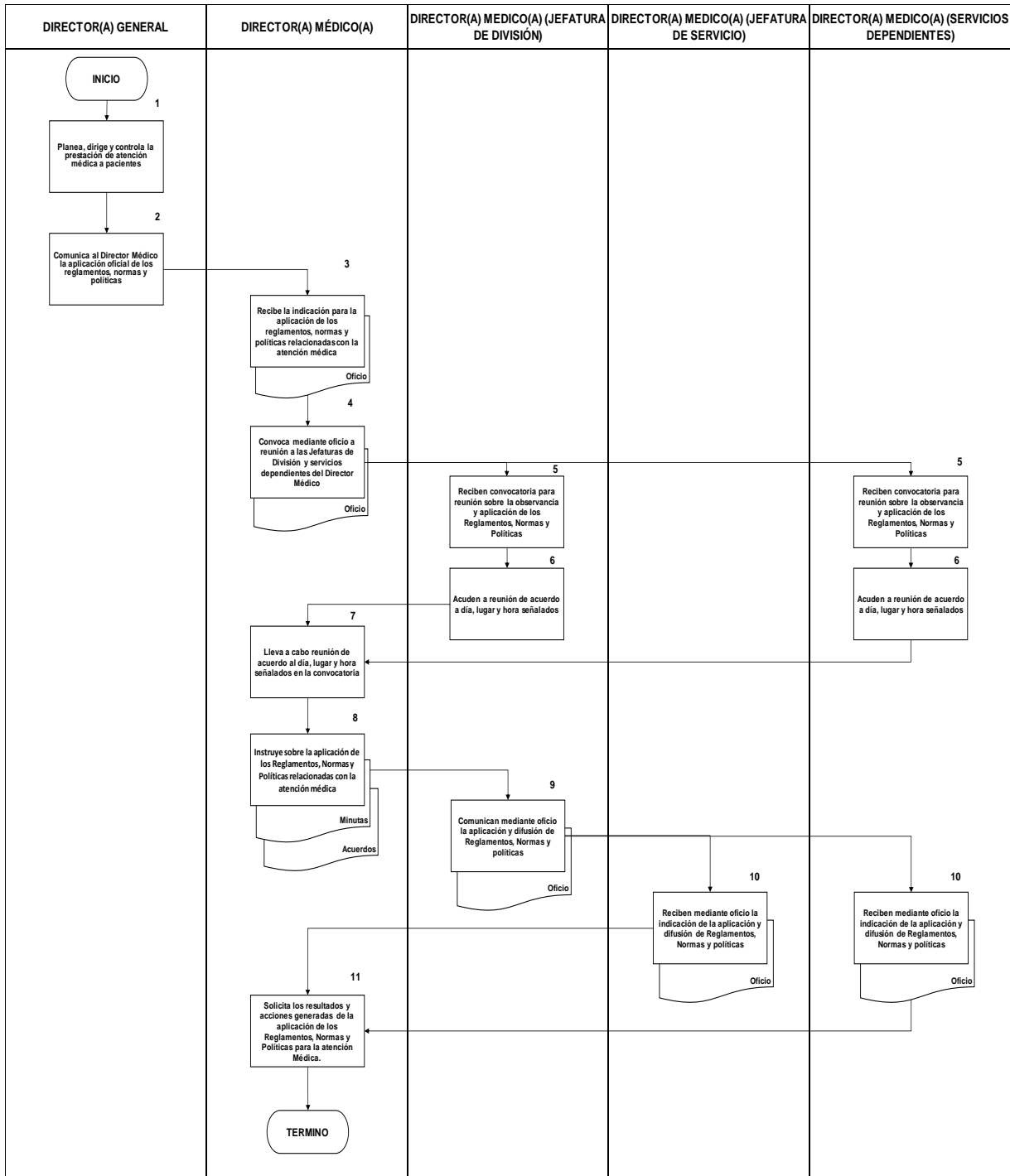
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Planea, dirige y controla la prestación de atención médica los/las pacientes, a través de la Dirección Médica, aplicando los reglamentos, normas y políticas emitidas por la Secretaria de Salud.	Oficio
	2	Comunica al/la Director(a) Médico(a) la aplicación oficial de los reglamentos, normas y políticas	
Director(a) Médico(a)	3	Recibe de manera oficial la indicación para la aplicación de los reglamentos, normas y políticas relacionadas con la atención médica y,	Oficio
	4	Convoca mediante oficio a reunión a las Jefaturas de División y servicios dependientes de la Dirección Médica, informando orden del día, día, lugar y hora.	
Director(a) Médico(a) (Jefaturas de División y servicios)	5	Reciben convocatoria para reunión sobre la observancia y aplicación de los reglamentos, normas y políticas relacionadas con la atención médica.	Oficio
	6	Acuden a reunión de acuerdo a día, lugar y hora señalados.	
Director(a) Médico(a)	7	Lleva a cabo reunión con las Jefaturas de División y servicios dependientes de la Dirección Médica, de acuerdo al día, lugar y hora señalados en la convocatoria.	Minutas Acuerdos
	8	Instruye a las Jefaturas de División y servicios dependientes de la Dirección Médica, apliquen los reglamentos, normas y políticas relacionadas con la atención médica de los pacientes de: Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Áreas de Cuidados Críticos y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, generando acuerdos y minuta	
Director(a) Médico(a) (Jefaturas de División y servicios)	9	Comunican mediante oficio la indicación a las Jefaturas de Servicio de la aplicación y difusión de reglamentos, normas y políticas, relacionadas con la atención Médica.	Oficio
	10	Reciben mediante oficio la indicación de la aplicación y difusión de reglamentos, normas y políticas, relacionadas con la atención Médica.	
Director(a) Médico(a)	11	Solicita las Jefaturas de División y de Servicios, los resultados y acciones generadas de la	Oficios, minutas,




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.	

Hoja: 4 de 11

		aplicación de los Reglamentos, Normas y Políticas para la atención Médica. TERMINA PROCEDIMIENTO	
--	--	--	--

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 6 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México 2014.	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos 2013	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Acuerdos	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A
7.2 Minutas	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A
7.3 Oficio	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Área Crítica.**- Espacio físico del hospital cuya funcionalidad y operatividad debe estar preservadas ante un evento adverso.
- 8.2 **Atención médica.**- Conjunto de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance del mayor número posible de individuos, su familia y la comunidad los recursos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 8.3 **Jefe de División.**- Es el encargado y responsable de un conjunto de diferentes servicios médicos del hospital y depende directamente de la Dirección Médica.
- 8.4 **Norma.**- Es una especificación que reglamenta procesos a seguir.
- 8.5 **Política.**- Es una actividad orientada a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar los objetivos definidos.
- 8.6 **Procedimiento.**- Es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 7 de 11

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Oficio de Solicitud de "Reunión"
- 10.2 Formato de Minuta

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 8 de 11

10.1 OFICIO DE SOLICITUD DE “REUNIÓN”



Hospital Juárez de México
Dirección Médica



“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

DM / (1) / 2016

México, Ciudad de México a (2) de (3) del (4) .

DRES: _____ **(5)**
PRESENTE



Con la finalidad de tratar asuntos relacionados a _____ **(6)**, solicito su puntual asistencia el día (7) del mes de (8) a las (9) horas en la _____ **(10)**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR MÉDICO

(11)
DR. JOSÉ MANUEL CONDE MERCADO




JMCM/LNR/mcp

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 9 de 11


INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el oficio de solicitud de “Reunión”.

1. Número de Oficio
2. Día de solicitud.
3. Mes de solicitud
4. Año de solicitud
5. Nombre del Personal convocado a la reunión.
6. Tema y/o Asunto a tratar en la reunión.
7. Fecha a llevarse a cabo la reunión”.
8. Mes para efectuar la reunión.
9. Horario para realizar la reunión.
10. Lugar en donde se reunirán para llevar a cabo la reunión.
11. Firma del Director Médico

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2	
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 10 de 11	
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.			

10.2 FORMATO DE MINUTA DE LA DIRECCIÓN MÉDICA


HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO
DIRECCION MEDICA

Minuta

ASUNTO: (1)

Hora: (2)	Fecha: (4)
Lugar: (3)	


ASISTENTES (5)	FIRMAS (5)

ACTIVIDADES DESARROLLADAS (7)

PUNTOS TRATADOS EN LA REUNION:

(8)

Elaboró: (9) _____ 1 de 3 DIRECCIÓN MÉDICA
 Fecha del reporte: (10) _____



HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO
DIRECCION MEDICA

Minuta

ASUNTO: (1)

* ACUERDOS / COMPROMISOS	RESP	FECHA COMP
(11)	(12)	(13)

Elaboró: (9) _____ 2 de 3 DIRECCIÓN MÉDICA
 Fecha del reporte: (10) _____


HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO
DIRECCION MEDICA




Minuta

ASUNTO: (1)

Observaciones:

(14)



Elaboró: (9) _____ 3 de 3 DIRECCIÓN MÉDICA
 Fecha del reporte: (10) _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	1. Procedimiento para la aplicación de Reglamentos, Normas y Políticas para la Atención de las y los Pacientes.		Hoja: 11 de 11




INSTRUCTIVO DE LLENADO DE MINUTA DE LA DIRECCIÓN MÉDICA

Datos básicos que deberá contener la "Minuta".

1. Tema a tratar
2. Hora en que se efectúa la reunión.
3. Sala, Aula o Auditorio para efectuar reunión
4. Fecha programada de la reunión
5. Nombre de los asistentes convocados
6. Registro de firmas de los asistentes convocados.
7. Anotaciones de las actividades en general mencionadas en la reunión.
8. Desglose punto por punto del tema de la reunión.
9. Nombre de quién elabora la Minuta.
10. Fecha de emisión de la Minuta.
11. Acuerdos y/o compromisos.
12. nombre del responsable del compromiso.
13. Fecha de compromiso.
14. Descripción de situaciones generadas de último momento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 1 de 10

2. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA PERTINENCIA DE LA REFERENCIA DE LAS Y LOS PACIENTES EXTERNOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 2 de 10

1 PROPÓSITO


- 1.1 Garantizar la continuidad de la atención médica estableciendo los lineamientos generales para el adecuado y ágil flujo de los/las pacientes externos referidos.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a todos los servicios que cuentan con todos los insumos, equipamiento y personal calificado para resolver el estado de salud de los/las pacientes externos que son enviados a este hospital.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento aplica a unidades con hospitalización que deciden hacer el traslado de los/las pacientes, por no contar con la infraestructura necesaria o los insumos necesarios para la atención de los/las pacientes.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Dirección Médica es responsable del adecuado funcionamiento del Sistema de Referencia-Contra referencia de los/las pacientes externos.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de designar al personal responsable de realizar seguimiento, coordinación y control del Sistema de Referencia-Contrarreferencia de los/las Pacientes externos.
- 3.3 La Dirección médica es responsable a través de las Divisiones Médicas y/o Jefatura de Servicio vigilar el cumplimiento del sistema de Referencia de los/ las Pacientes.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable a través de las Jefaturas de Servicio Médico de que quede constancia escrita de la referencia en el expediente clínico, detallando los aspectos médicos.
- 3.5 La Dirección Médica es responsable de la disponibilidad de un directorio de unidades de acuerdo a su regionalización operativa.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.

Hoja: 3 de 10




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) Médico(a)	1	Recibe correo electrónico, llamada telefónica u oficio vía fax del área de trabajo social o médica de la Unidad Médica que desea referir al/la paciente.	Resumen médico
	2	Informa a la Unidad Médica que refiere al/la paciente, enviar resumen médico y procedimiento a seguir.	
	3	Ratifica la recepción correcta del resumen médico al/la paciente a referir	
	4	Analiza resumen médico y designa a la jefatura del servicio responsable de otorgar la atención médica, mediante visto bueno y plasmando sello con leyenda "Aceptando para Valoración" para dar continuidad al trámite.	
	5	¿Es aceptada la referencia? No: Menciona a la unidad que solicita la referencia los motivos por los que no se acepta solicitud.	
	6	Si: Continúa procedimiento	
Director(a) Médico(a) (Personal de apoyo a la atención médica)	7	Registra en la Bitácora de control de los/las pacientes referidos para valoración y/o traslado, otorgando número de Folio.	Bitácora de control de registro de las y los pacientes referidos Resumen médico
	8	Entrega a la Jefatura de Servicio médico correspondiente resumen médico foliado y con visto bueno del Director Médico.	
Director(a) Médico(a) (Jefatura del Servicio)	9	Recibe resumen médico foliado y con visto bueno del/la directora(a) Médico	Resumen médico
	10	Informa a la Dirección Médica, si la jefatura de servicio dispone de cama hospitalaria y los recursos y materiales para la atención al/la paciente. ¿Dispone con lo necesario?	
	11	No: Menciona a la Dirección Médica los motivos por los que no se acepta solicitud.	
	12	Si: Informa a la Dirección Médica la vía y forma de recepción fecha y hora de atención de la/al paciente, médico(a) responsable y el servicio al cual deben presentar a la o a él paciente, los cuales serían urgencias: adultos, pediatría, ginecoobstetricia o consulta externa, dependiendo lo manifestado en el resumen	

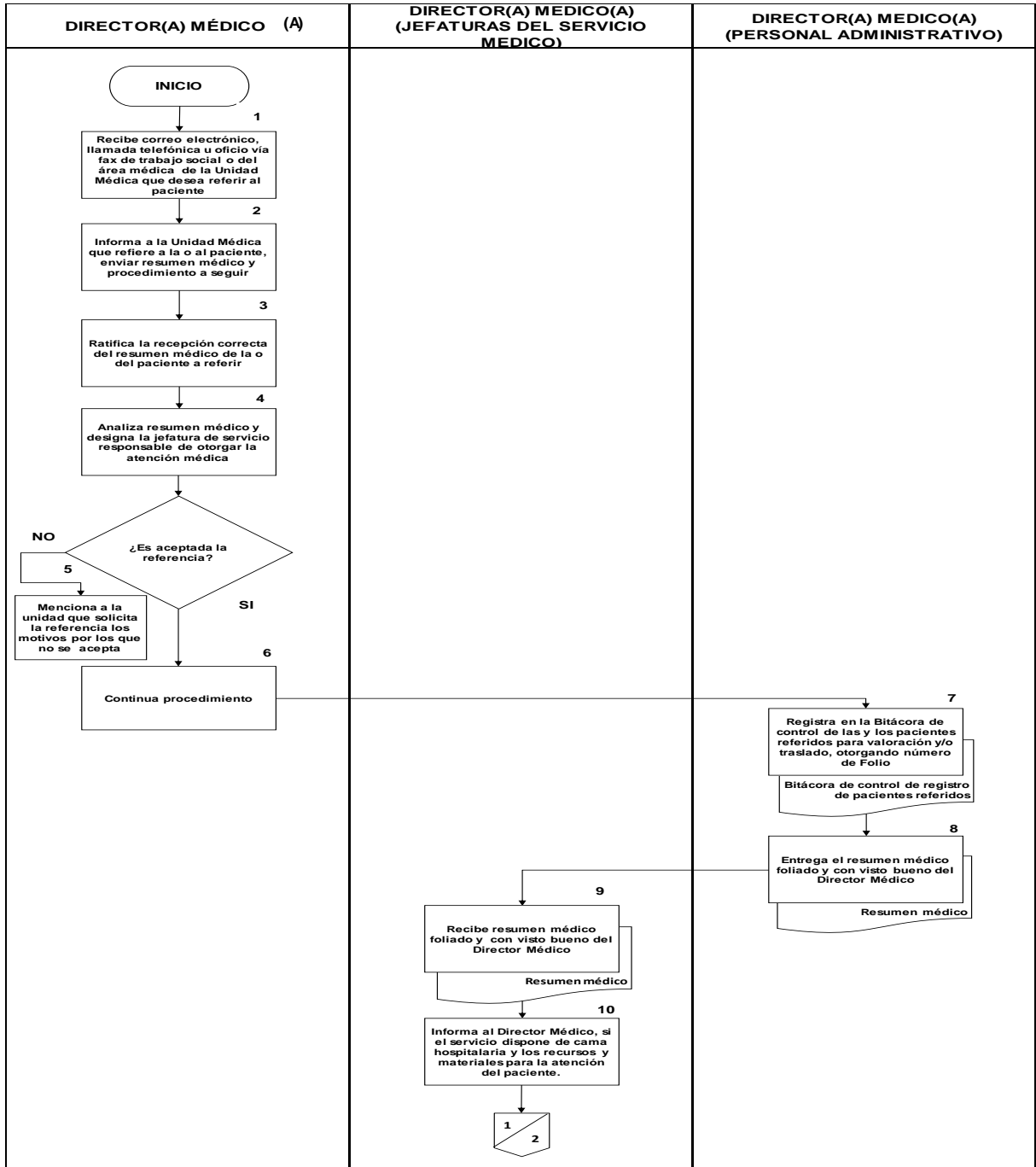
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.	




Hoja: 4 de 10

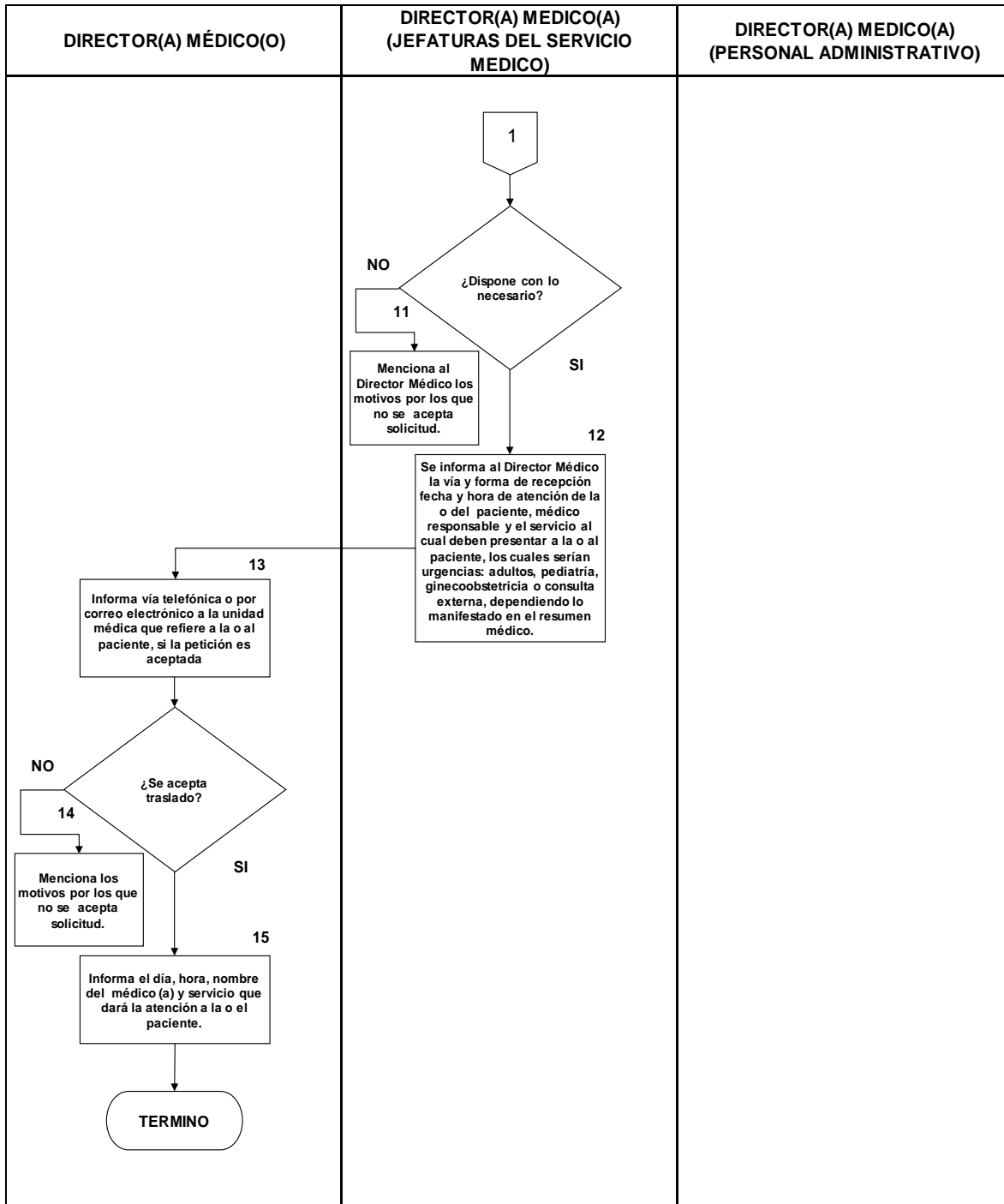
		médico.	
Director(a) Médico(a)	13	Informa vía telefónica o por correo electrónico a la unidad médica que refiere al/la paciente, si la petición es aceptada. ¿Se acepta traslado?	
	14	No: Menciona los motivos por los que no se acepta solicitud.	
	15	Si: Informa el día, hora, nombre del médico(a) y servicio que dará la atención a al/la paciente.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 6 de 10



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 7 de 10

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos	Septiembre 2016

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Resumen médico	5 años	Director(a) Médico(a)	No aplica
7.2 Bitácora de Control de registro de las y los/las pacientes referidos	5 años	Director(a) Médico(a)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Cita:** procedimiento administrativo-asistencial que se establece cuando el establecimiento, servicio o consulta otorga al usuario una fecha y hora para ser atendido y asistido.
- 8.2 **Referencia:** Por referencia se entiende, la derivación del paciente entre un establecimiento de menor capacidad resolutive hacia otro mayor, menor o igual complejidad en la asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica.
- 8.2 **Resumen medico:** Documento que contiene el resultado del análisis de un expediente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 8 de 10




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Bitácora de Control “Registro de referencia de los/las pacientes externos”.

10.1 BITÁCORA DE CONTROL “REGISTRO DE REFERENCIA DE PACIENTES EXTERNOS”.

PACIENTES REFERIDOS DE DIVERSOS HOSPITALES PARA VALORACION O TRASLADO



FECHA	HOSPITAL QUE ENVIA	NOMBRE DEL PACIENTE	SERVICIO AL QUE SE ENVIA	FECHA DE TRAMITE	RESPUESTA Y/O OBSERVACIONES
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	2. Procedimiento para evaluar la pertinencia de la referencia de las y los pacientes externos.		Hoja: 10 de 10




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el formato de las/los pacientes referidos de diversos hospitales para valoración o traslado.

1. Fecha de recepción del documento “resumen médico”
2. Nombre del Hospital que solicita la valoración o traslado.
3. Nombre del paciente que requiere la valoración
4. Especialidad designada responsable de realizar valoración y/o aceptar traslado.
5. Fecha en que recibe el documento “resumen médico” la especialidad responsable.
6. Indicación por parte de la especialidad responsable relacionado a la aceptación o no del/la paciente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica		Hoja: 1 de 9

**3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE CASOS LEGALES
REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. OPINION TÉCNICA.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica		Hoja: 2 de 9

1 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos generales que permitan atender oportunamente y adecuadamente las solicitudes de opiniones técnicas.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento aplica al personal médico de las diferentes especialidades médicas del hospital, para extender opinión técnica basándose en el contenido del oficio o circular previa enviada por la instancia jurídica correspondiente.
- 2.2 Aplica a organismos externos que requieran de una opinión médica especializada en relación a pacientes implicados en situación médico legal.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.




- 3.1 La Dirección Médica es responsable de atender las solicitudes de opiniones técnicas provenientes de organizaciones externas.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de solicitar a la jefatura de servicio, designe al especialista médico responsable de emitir una opinión técnica.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de verificar que las opiniones técnicas contengan la información médica especializada.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de entregar la opinión técnica al Área Jurídica.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.

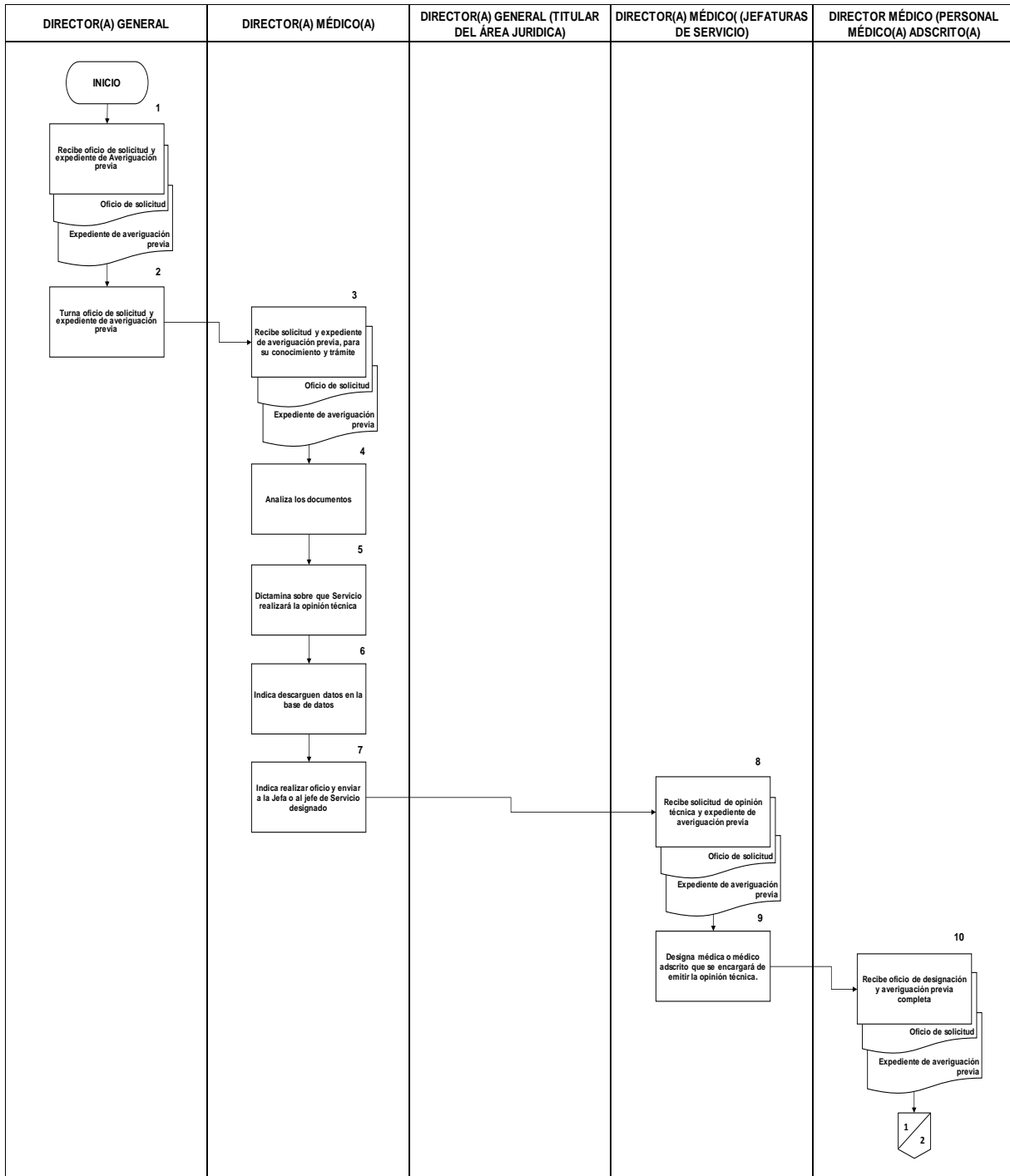
Hoja: 3 de 9




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

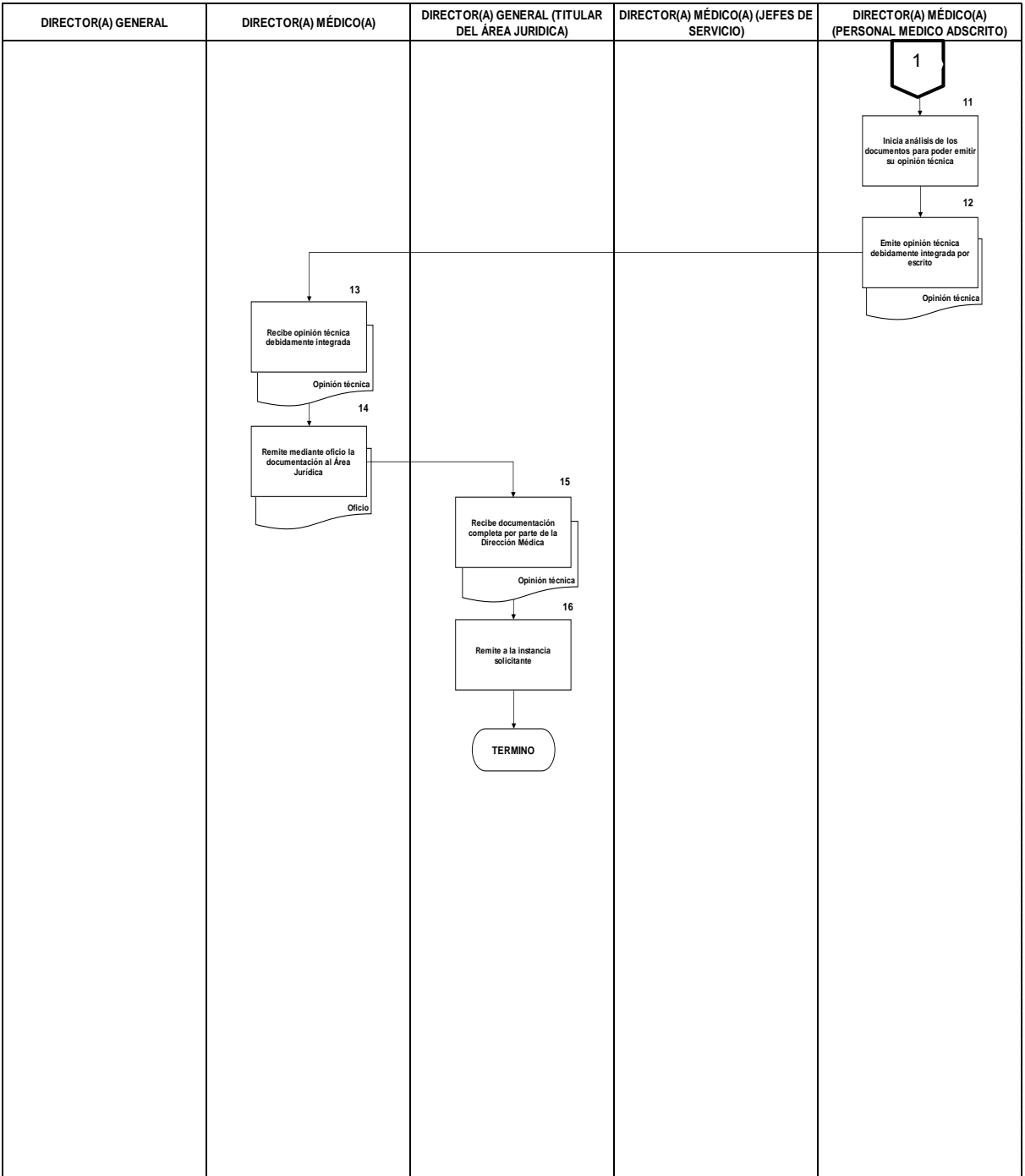
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Recibe oficio de solicitud y expediente de Averiguación previa, esta solicitud puede ser solicitada por: Procuraduría General de la República. Procuraduría General de Justicia Comisión Nacional de Derechos Humanos Comisión Nacional de Arbitraje Médico Secretaría de la Defensa Nacional Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Tribunal Superior de Justicia Centros de Readaptación Social	Oficio y expediente de averiguación previa
	2	Turna a la Dirección Médica oficio de solicitud y expediente de averiguación previa	
Director(a) Médico(a)	3	Recibe solicitud y expediente de averiguación previa, para su conocimiento y trámite.	Oficio y expediente de averiguación previa
	4	Analiza los documentos.	
	5	Dictamina sobre qué Servicio realizará la opinión técnica.	
	6	Indica descarguen datos en la base de datos, contenidos en oficio de la organización solicitante enviada a través de la Dirección General.	
	7	Indica realizar oficio y enviar al/la Jefe(a) de Servicio designado, anexando solicitud de opinión técnica y expediente de averiguación previa.	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de Servicio)	8	Recibe solicitud de opinión técnica y expediente de averiguación previa	Oficio y expediente de averiguación previa
	9	Designa a al/la médico(a) adscritos(as) que se encargarán de emitir la opinión técnica.	
Director(a) Médico(a) (Personal Médico Adscrito)	10	Recibe oficio de designación y averiguación previa completa.	Oficio y expediente de averiguación previa
	11	Inicia análisis de los documentos para poder emitir su opinión técnica.	
	12	Emite opinión técnica debidamente integrada por escrito y envía al/la Director(a) Médico(a) con expediente de averiguación previa.	
Director(a) Médico(a)	13	Recibe opinión técnica debidamente integrada.	Opinión técnica Oficio
	14	Remite mediante oficio la documentación al Área Jurídica para lo conducente.	
Director(a) General (Titular del Área Jurídica)	15	Recibe documentación completa por parte de la Dirección Médica.	Opinión técnica
	16	Remite a la instancia solicitante.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 4 de 9
3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 5 de 9
3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.		Hoja: 6 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013
6.10 Norma oficial Mexicana del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.2 Averiguación previa	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.3 opinión técnica	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Área Jurídica:** Unidad encargada de asesorar e interpretar la legislación.
- 8.2 **Averiguación Previa:** Fase preliminar del proceso penal, está orientada a descubrir y comprobar la verdad sobre hechos denunciados como constitutivos de un probable delito.
- 8.3 **Caso legal:** Acto jurídico de controversia entre las partes.
- 8.3 **Opinión técnica:** Dictamen al que se llega derivado del interrogatorio y análisis de un expediente.




9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del Procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.		Hoja: 7 de 9

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Oficio de Solicitud de "Opinión Técnica"

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.		Hoja: 8 de 9

10.1 OFICIO DE SOLICITUD DE “OPINIÓN TÉCNICA”



DM/ (1) /2016

México, Ciudad de México, a **(2)** de **(3)** del **(4)**.

DRA. (5)
JEFA DEL SERVICIO DE (6)
P R E S E N T E

Me permito solicitar a Usted, su valioso apoyo para que designe a quien corresponda emitir **Opinión Técnica basándose en lo solicitado en oficio (7)**, de fecha **(8)**, referente a la **(9)**, para solventar la petición de la **(10)**, **(11)**, remitiendo dicha opinión a la brevedad a esta Dirección Médica.

Se anexa averiguación previa número (12) en (13) fojas útiles.




Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR MEDICO

DR. (14)

c.c.p. Dr. Martín Antonio Manrique.- Director General del Hospital Juárez de México.-Presente.
 Lic. José Arturo Mejía.- Titular de la Unidad Jurídica.-Presente.
 En atención al volante de tramite No. **(15)/16**.



JMCM/mcp.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	3. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Opinión Técnica.		Hoja: 9 de 9




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el oficio de solicitud de “Opinión Técnica”.

1. Número de Oficio
2. Día de solicitud.
3. Mes de solicitud
4. Año de solicitud
5. Nombre del/la jefe(a) de División y/o de Servicio al que se turnará la solicitud.
6. Nombre de la División y/o Servicio de Adscripción
7. No. de oficio (os), de la Dependencia, con el que llega la solicitud de “Opinión Técnica”.
8. Fecha del oficio de la Dependencia, con el que llega la solicitud de “Opinión Técnica”.
9. Nombre (es) completo (s) de la persona relacionada a la “Opinión Técnica”.
10. Nombre y cargo del servidor público que solicita la “Opinión Técnica”.
11. Nombre de la Organización que solicita la “Opinión Técnica”.
12. Número de Averiguación Previa
13. Total de fojas.
14. Firma del/la directora(a) Médico(a)
15. No. De volante de trámite

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica		Hoja: 1 de 9

**4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE CASOS LEGALES
REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. VALORACION
MÉDICA.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO


- 1.1 Establecer los lineamientos generales que permitan atender con profesionales calificados las solicitudes de valoración médica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento aplica al personal médico de las diferentes especialidades del hospital, que tienen la facultad de otorgar la valoración médica requerida.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a organizaciones que solicitan valoraciones médicas de profesionales altamente calificados, en relación a la atención de los/las pacientes implicados en situación médico legal o de conflicto laboral

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 La Dirección Médica es responsable de atender las solicitudes de valoración médica provenientes de organizaciones externas.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de solicitar a la jefatura de servicio, designar a la o el especialista médico responsable de llevar a cabo la valoración médica.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable a través de jefatura de servicio verificar que la valoración médica se realice de manera profesional y apegada a códigos de ética.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de solicitar a la jefatura de servicio correspondiente el realizar la valoración médica cuya conclusión sea informada en hoja membretada con los resultados de la valoración médica emitida.
- 3.5 La Dirección Médica es responsable de entregar el resultado de la valoración médica al Área Jurídica solicitante, para concluir el trámite.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica

Hoja: 3 de 9




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Recibe oficio de solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Puede ser solicitada por: Procuraduría General de la República. Procuraduría General de Justicia Comisión Nacional de Derechos Humanos Comisión Nacional de Arbitraje Médico Secretaría de la Defensa Nacional Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Tribunal Superior de Justicia Centros de Readaptación Social	Oficio
	2	Turna oficio de solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas a la Dirección Médica.	
Director(a) Médico(a)	3	Recibe oficio de solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas para su conocimiento y trámite.	Oficio
	4	Realiza el análisis de la solicitud.	
	5	Dictamina que servicio médico deberá realizar la valoración médica.	
	6	Indica registren datos en la base de datos, contenidos en oficio de la organización solicitante enviada a través de la Dirección General.	
	7	Indica realizar oficio y enviar a la Jefatura de Servicio designado, anexando oficio de solicitud de la organización solicitante	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de Servicio)	8	Recibe oficio de solicitud de valoración médica.	Oficio
	9	Designa al personal médico encargado de llevar a cabo la valoración médica.	
	10	Envía a la Dirección Médica oficio que contiene nombre de la o del médico, fecha, hora y número de consultorio en el que se llevará a cabo la valoración médica.	
Director(a) Médico(a)	11	Indica notificar al Área Jurídica el nombre de la o del médico, fecha, hora y número de consultorio en el que se llevará a cabo la valoración.	
Director(a) General (Titular de la Unidad Jurídica)	12	Informa a la instancia correspondiente datos para llevar a cabo la valoración	Oficio
Director(a) Médico(a)	13	Recibe al/la paciente para realizar la valoración médica.	

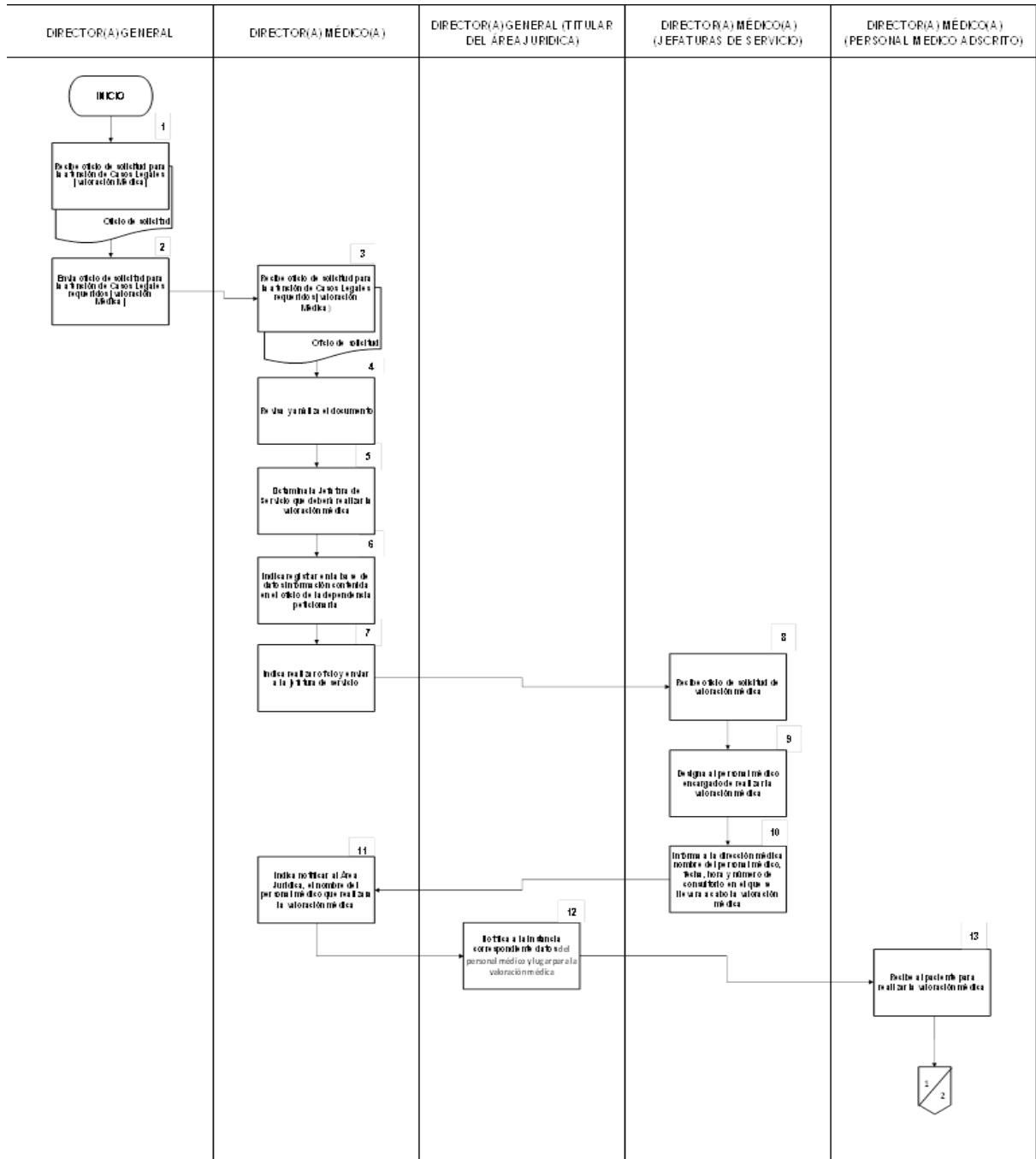
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica	




Hoja: 4 de 9

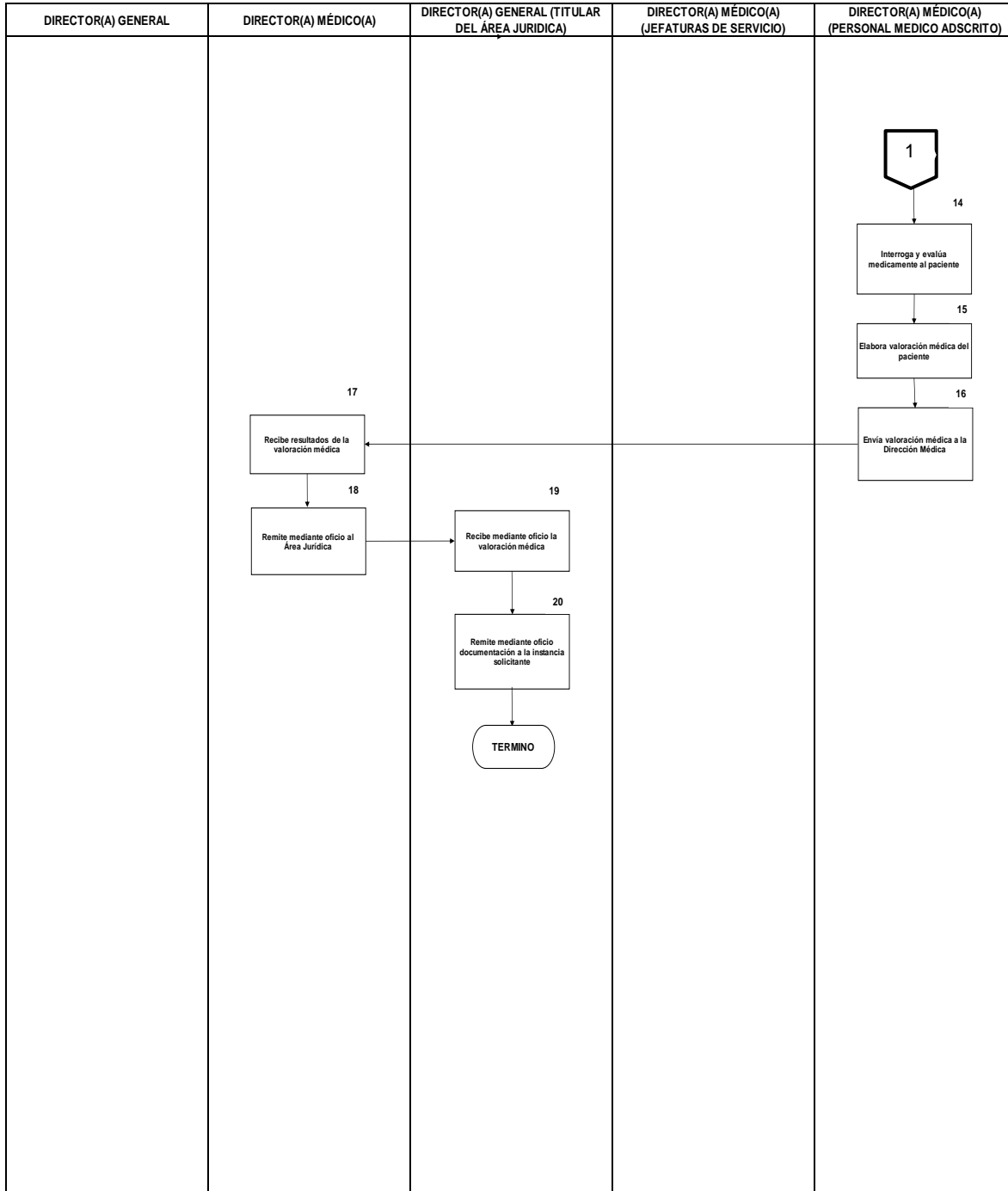
(Personal Médico Adscrito)	14 15 16	Interroga y evalúa medicamento al/la paciente. Elabora valoración médica al/la paciente Envía valoración médica a la Dirección Médica	
Director(a) Médico(a)	17 18	Recibe resultados de la valoración médica debidamente integrada. Remite mediante oficio toda la documentación al Área Jurídica para lo conducente.	Oficio
Director(a) General (Titular del Área Jurídica)	19 20	Recibe mediante oficio la valoración médica y documentación completa. Remite mediante oficio documentación a la instancia solicitante.	Oficio
TERMINA PROCEDIMIENTO			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 5 de 9
4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 6 de 9
4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica		Hoja: 7 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México 2014.	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos 2013	Septiembre 2013
6.10 Norma oficial Mexicana del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director Médico	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Área Jurídica:** Unidad encargada de asesorar e interpretar la legislación.
- 8.2 **Valoración médica:** Opinión de un facultativo de la medicina y que emite después de la interrogación y exploración médica del paciente, así como la interpretación de resultados de estudios de gabinete, mediante los cuales llega a una conclusión.: Fase preliminar del proceso penal, está orientada a descubrir y comprobar la verdad sobre hechos denunciados como constitutivos de un probable delito.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del manual

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Oficio de solicitud de “Valoración Médica”

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 8 de 9
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica		

10.1 OFICIO DE SOLICITUD DE “VALORACIÓN MÉDICA”



Hospital Juárez de México
Dirección Médica



“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

DM/ __ (1) __ /2014

México, D. F., a __ (2) de ____ (3) de ____ (4).

DR. (A). _____ (5)
JEFE DEL SERVICIO DE _____ (6)
P R E S E N T E

Me permito solicitar a Usted, su valioso apoyo para que designe a quien corresponda realizar **valoración médica** actualizada, pronóstica y funcional al ____ (7)____, basándose en lo peticionado en oficio No. ____ (8)____ anexo al presente, para solventar la petición del (la) Lic. ____ (9)____, ____ (10)____, informando a esta Dirección día y hora en que será atendido el paciente y posteriormente remitir dicha valoración a la brevedad a esta Dirección Médica.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.




A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR MEDICO

(11)

DR. JOSE MANUEL CONDE MERCADO

c.c.p.- Dr. Martín Antonio Manrique.- Director General del Hospital Juárez de México.- Presente.
Lic. José Arturo Mejía.- titular de la Unidad Jurídica.- presente.
En atención al volante de trámite ____ (12)____




JMCM/mcp.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	4. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Valoración Médica		Hoja: 9 de 9




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el oficio de solicitud de “Valoración Médica”.

1. Número de Oficio
2. Día de solicitud.
3. Mes de solicitud
4. Año de solicitud
5. Nombre del/la Jefe(a) de Servicio al que se turnará la solicitud.
6. Nombre del Servicio
7. Nombre completo de la persona relacionada a la “Valoración Médica”.
8. No. De oficio de la Dependencia, con el que llega la solicitud de “Valoración Médica”.
9. Nombre y cargo de la o del servidor público que solicita la “Valoración Médica”.
10. Nombre de la Organización que solicita la “Valoración Médica”.
11. Firma del/la directora(a) Médico
12. No. De volante de trámite

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 1 de 15

**5. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CASOS LEGALES
REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. RESÚMEN MÉDICO.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 2 de 15

1 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos generales que permitan dar respuesta a la petición de elaboración de resúmenes de la evolución médica así como resultados de estudios diagnósticos.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento aplica al personal médico de las diferentes especialidades del hospital, que tienen la facultad de otorgar resúmenes clínicos.
- 2.2. A nivel externo el procedimiento Aplica a instituciones médicas o judiciales que soliciten para fines de atención y procesos, un resumen de la evolución médica del/la paciente.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección Médica es responsable de atender las solicitudes de resúmenes médicos provenientes de organismos externos.
- 3.2 La Dirección Médica es responsable a través de la Jefatura de servicio nombrar a la/el especialista médico(a) responsable de llevar a cabo esta tarea.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de verificar que el médico realice de manera profesional y apegada a códigos de ética los resúmenes médicos.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de entregar los resultados al Área Jurídica para complementar el trámite.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico

Hoja: 3 de 15




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Recibe oficio de solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico, esta solicitud puede ser solicitada por: Procuraduría General de la República. Procuraduría General de Justicia Comisión Nacional de Derechos Humanos Comisión Nacional de Arbitraje Médico Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Tribunal de Justicia Centros de Readaptación Social	Oficio Resumen Médico
	2	Envía a la Dirección Médica oficio de solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas (Resumen Médico).	
Director(a) Médico(a)	3	Recibe solicitud para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas (Resumen Médico) del/la directora(a) General para su conocimiento y trámite.	Oficio Expediente clínico Vale de solicitud de Expediente Clínico
	4	Revisa y analiza el documento.	
	5	Indica registren en base de datos la información contenida en solicitud	
	6	Indica se solicite expediente clínico	
	7	Dictamina servicio que realizará el resumen clínico.	
	8	Indica se envíe oficio de notificación para la realización de resumen médico y se envíe expediente clínico	
	9	Realiza el llenado del vale para solicitar expediente clínico requisitando el nombre y número de expediente.	
	10	Indica soliciten al área de archivo clínico, expediente clínico a través del vale	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de Archivo Clínico)	11	Recibe vale de préstamo de expediente clínico.	Vale de préstamo de expediente clínico
	12	Corroborar que el número de expediente y nombre correspondan a la misma persona. ¿Son correctos los datos?:	Expediente Clínico
	13	No. Pasa a la actividad 9	
	14	Si: Entrega expediente a la Dirección Médica.	
Director(a) Médico(a)	15	Recibe y revisa expediente clínico del/la paciente.	Expediente Clínico, Oficio
	16	Solicita mediante oficio realización de resumen médico, anexando el expediente clínico.	

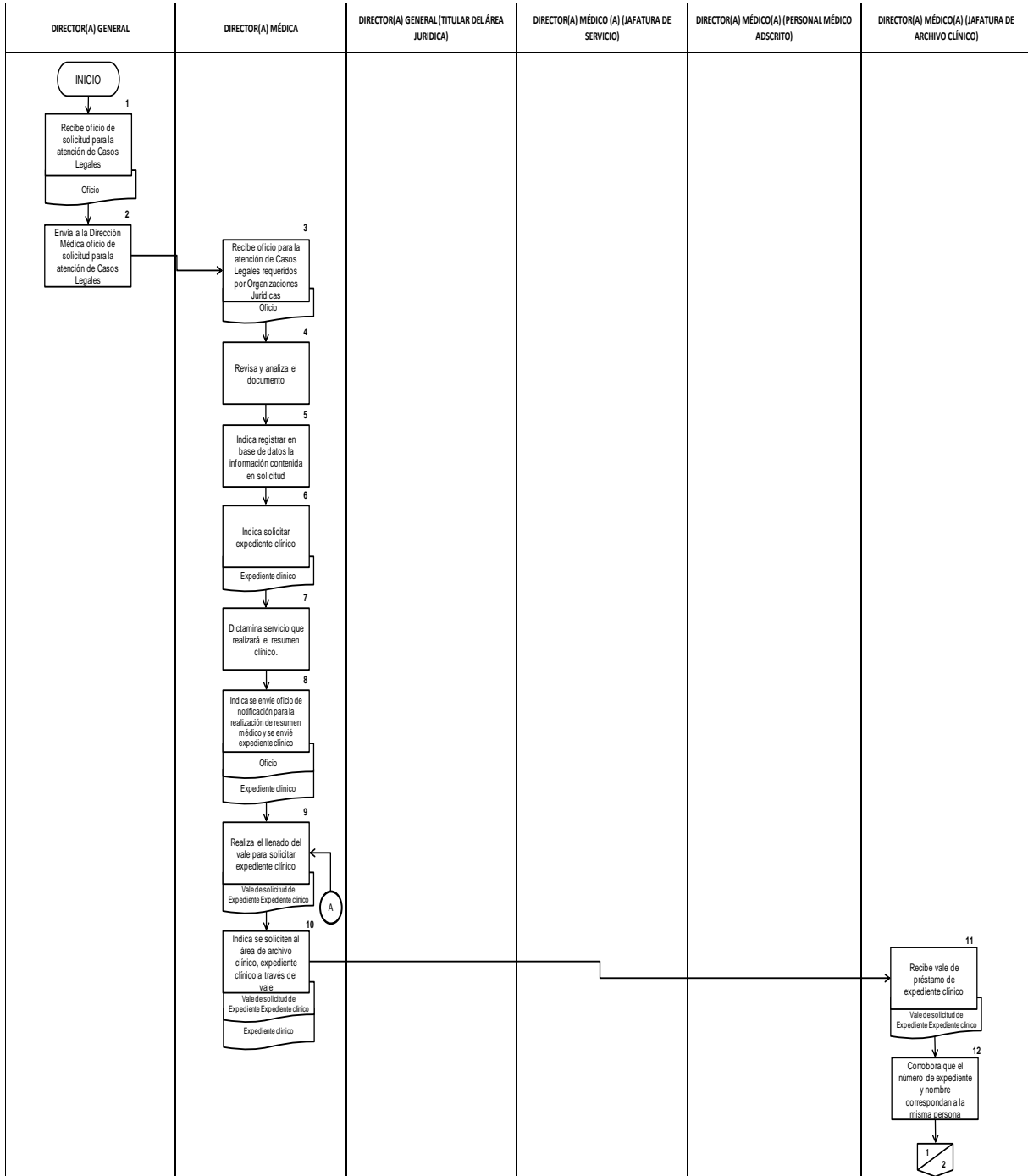
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico	

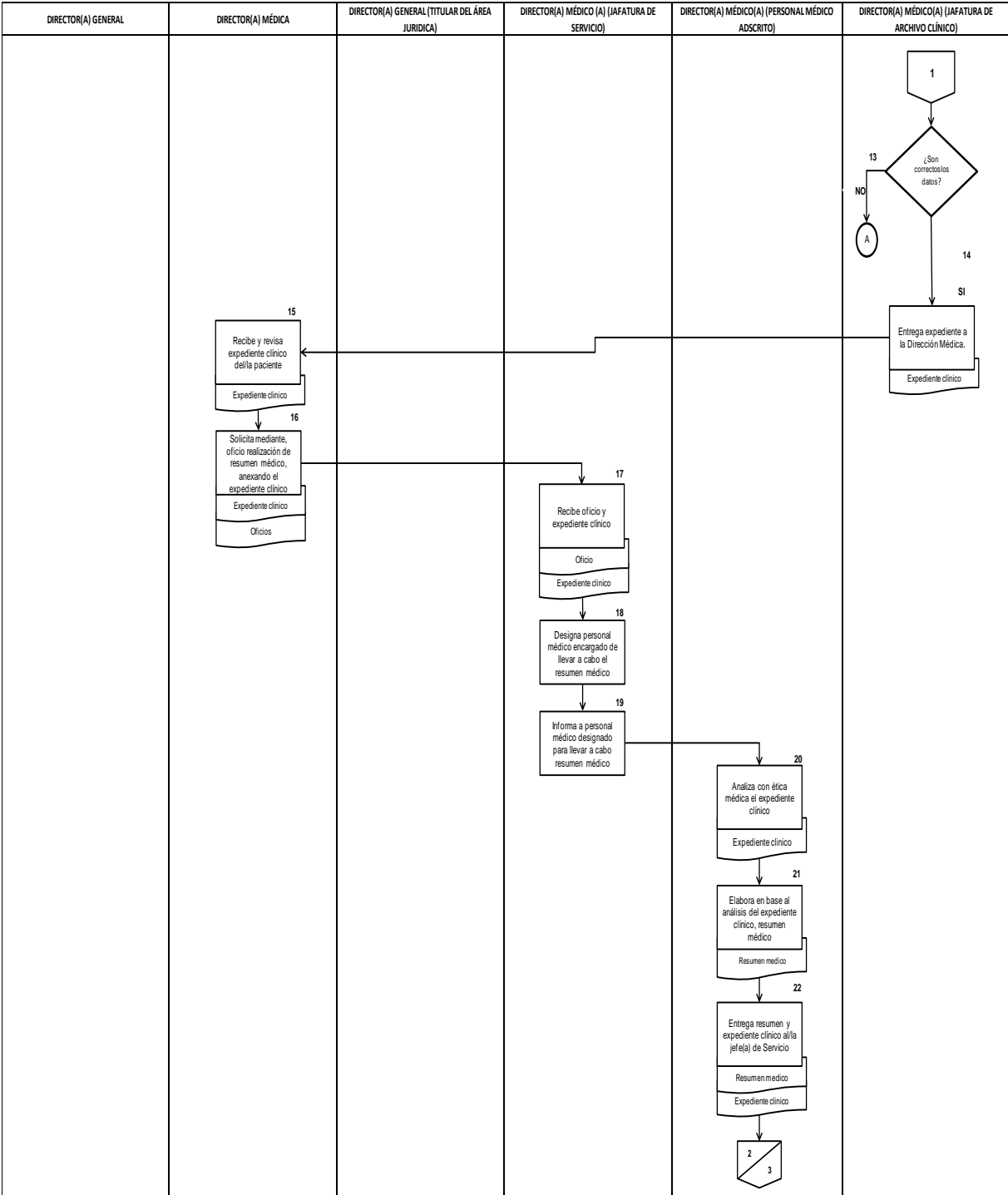
Hoja: 4 de 15




Director(a) Médico(a) (Jefatura de Servicio)	17	Recibe oficio y expediente clínico.	Expediente Clínico, oficio
	18	Designa personal médico encargado de llevar a cabo el resumen médico.	
	19	Informa a personal médico designado para llevar a cabo resumen médico.	
Director(a) Médico(a) (Personal Médico Adscrito)	20	Analiza con ética médica el expediente clínico.	Resumen médico Expediente clínico
	21	Elabora en base al análisis del expediente clínico, resumen médico.	
	22	Entrega resumen y expediente clínico al/la Jefe(a) de Servicio.	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de Servicio)	23	Envía a la Dirección Médica oficio, anexando resumen médico y expediente clínico.	Oficio, Expediente Clínico, resumen médico
Director(a) Médico(a)	24	Recibe oficio, resumen médico y expediente clínico.	Oficio, Expediente Clínico, Resumen médico
	25	Envía mediante oficio resumen médico a la Unidad Jurídica para lo conducente	
Director(a) General (Titular de la Unidad Jurídica)	26	Recibe mediante oficio resumen médico y documentación completa	Oficio, Resumen médico
	27	Remite mediante oficio resumen médico y documentación a la instancia solicitante	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

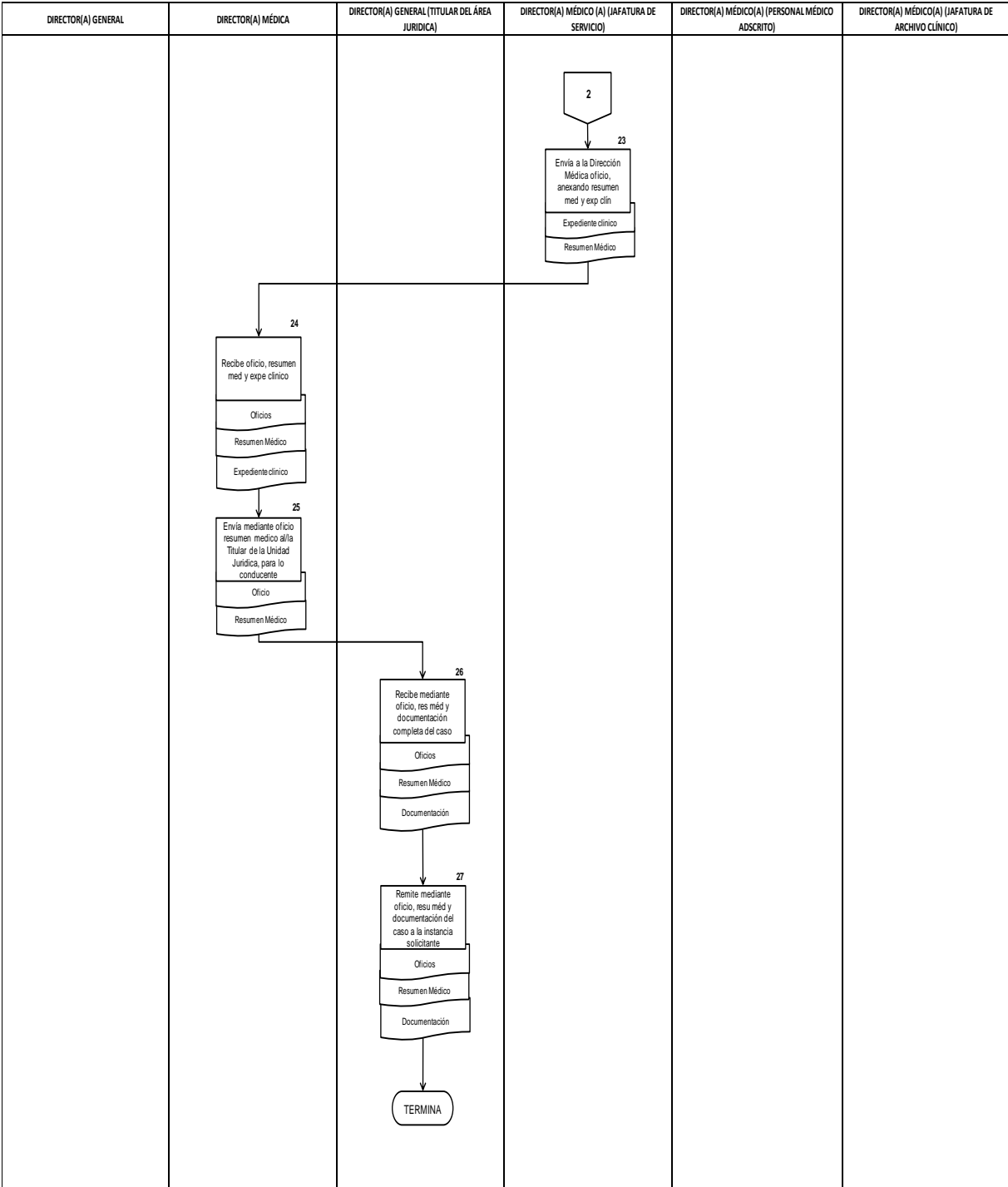
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 5 de 15




5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 7 de 15



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 8 de 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos	Septiembre 2013
6.10 Norma oficial Mexicana del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.2 Expediente Clínico	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.3 Resumen médico	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.4 Vale de solicitud de Expediente Clínico	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Expediente Clínico:** Conjunto de documentos que resguardan el historial clínico y médico del paciente, controlado bajo un número hospitalario asignado en el momento de su apertura por un número
- 8.2 **Resumen clínico:** Exposición breve de lo esencial de un asunto o materia.
- 8.3 **Vale de préstamo de expediente clínico:** Documento que avala el préstamo del expediente clínico.




9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 9 de 15

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Vale de préstamo de expediente clínico
- 10.2 Carpeta para expediente clínico
- 10.3 Oficio de solicitud de Resumen Médico

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 10 de 15

10.1 Vale al archivo por un expediente clínico



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

VALE AL ARCHIVO POR UN EXPEDIENTE CLÍNICO

A) DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

1. No. de Expediente: _____ 2. Servicio: _____

3. Nombre del Paciente: _____

4. Para Atención en: Consulta Externa Hospitalización Urgencias

Otro Especifique: _____

5. Hora: _____ 6. Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

B) DATOS DEL SOLICITANTE

7. Sello o Nombre completo: _____ 8. Firma: _____




8. Categoría: Base Residente Especifique grado

C) NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ENTREGA

9. Nombre: _____

D) PARA SER LLENADO POR PERSONAL DE ARCHIVO CLÍNICO

10. Expediente: Original Tomo: _____ Provisional

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 11 de 15

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del formato: Vale de préstamo por un expediente clínico.

Objetivo: Llevar el control del expediente que salen del archivo, para su pronta localización en el momento en que se requiera.

Lineamientos generales: Escribir con letra legible, utilizar números arábigos, no utilizar Abreviaturas, usar bolígrafo azul o negro

Instructivo de llenado:




1. **Expediente clínico:** Anotar el número del expediente clínico solicitado.
2. **Fecha y Hora:** anotar la hora y el día en que se está realizando el préstamo.
3. **Nombre del paciente:** Debe de escribir el nombre completo de la/el paciente.
4. **Para atención en:** Marque con una "x", el lugar donde se realiza la atención médica.

Datos del Solicitante:


1. **Firma y sello del personal del médico:** Escriba el nombre completo del personal que está solicitando el expediente clínico y firme documento.
2. **Categoría:** Marque con una "x", la categoría que tenga dentro de la institución, para el caso de los/las médicos(as) residentes favor de indicar el grado.

3. Para ser llenados por el personal del archivo clínico:

Marcar con una "x" si el expediente es original, anotar el número de tomo y para el caso de que el préstamo sea un expediente provisional señalarlo con una "X"

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 12 de 15

10.2 CARPETA PARA EXPEDIENTE CLÍNICO



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EXPEDIENTE CLÍNICO

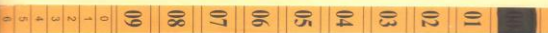
ESTE EXPEDIENTE CLÍNICO ES PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN, SEGÚN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 18-SSA1-1988 QUE DICE:
En el punto 5.3 los Expedientes Clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

EL EXPEDIENTE CLÍNICO ES UN DOCUMENTO MÉDICO LEGAL QUE POR NINGÚN MOTIVO PUEDE SALIR DEL HOSPITAL, NI PODRÁ SER MANEJADO O PORTADO POR LOS PACIENTES, FAMILIARES, PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, ADMINISTRATIVO, NO AUTORIZADO.

TODO EXPEDIENTE CLÍNICO DEBE SER REGRESADO AL ARCHIVO CLÍNICO EN EL MISMO TURNO EN QUE FUE SOLICITADO POR CUALQUIER MOTIVO, CON EXCEPCIÓN DE QUE EL PACIENTE ESTE HOSPITALIZADO.

Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07760
Commutador 57 47 75 60 al 89
Trabajo Social Ext. 7439
Admisión Ext. 7438
Informes Ext. 7449
Archivo Clínico Ext. 7267

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) NO. EXPEDIENTE CLÍNICO
 ESPECIALIDAD:
 SEXO: _____ EDAD: _____
 FECHA: _____
 CURP: _____




DATOS DE ALARMA

- 1.) Grupo Sanguíneo: _____ RH _____ Incompatibilidad Si o No _____
cuál: (especifique tipo) _____
- 2.) Alergia a medicamentos (especificar cuál (es)) _____
- 3.) Adicción a: _____
- 4.) Uso de inmunosupresores: cuándo _____ cuál _____
por qué _____
- 5.) Uso de Anticoagulantes: cuándo _____
cuál _____
- 6.) Accidentes Transfusionales: cuándo _____
cuál _____
- 7.) Diabetes _____ Si No Enf. Venéreas _____ Si No
- Convulsiones _____ Si No Adison _____ Si No
- Toxemia _____ Si No Riesgo Suicida _____ Si No
- Tb _____ Si No Riesgo Homicida _____ Si No
- Coagulopatía _____ Si No Cardiopatía _____ Si No


Especifique Tipo _____

Especifique Tipo _____



ORDEN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL ARCHIVO

- I.- ÁREA CLÍNICA**
 - 1) Solicitud de apertura de Expediente Clínico
 - 2) Hoja Frontal
 - 3) Hoja de Urgencias o Consulta Externa
 - 4) Hoja de Concentración de Diagnóstico y/o Problemas
 - 5) Hoja de Egreso Hospitalario
 - 6) Hoja de Medicina Epidemiológica
 - 7) Hoja de Notificación de Infecciones Hospitalarias
 - 8) Notas de Evolución
 - 9) Historia Clínica
 - 10) Hojas Especiales
 - 11) Hojas de Indicaciones Médicas
 - 12) Solicitud y Registro de Interconsultas
- II.- ÁREA DE LABORATORIO Y GABINETE**
 - 13) Exámenes de Laboratorio
 - 14) Exámenes de Gabinete
- III.- ÁREA QUIRÚRGICA**
 - 15) Manejo Quirúrgico
 - 15.1 Valoración Pre-operatoria
 - 15.2 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica
 - 15.3 Resumen de Intervención Quirúrgica
 - 15.4 Consentimiento Informado
- IV.- ÁREA DE ENFERMERÍA**
 - 16) Enfermería
- V.- ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**
 - 17) Trabajo Social
- VI.- ÁREA ADMINISTRATIVA**
 - 18) Carta de Autorización
 - 19) Orden de Hospitalización
 - 20) Certificado de Nacimiento (Copia Rosa)

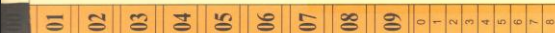




AVISOS IMPORTANTES

- ❖ Es muy importante escribir con letra legible y sin abreviaturas.
- ❖ Sólo se prestará el Expediente Clínico al personal autorizado y con el gafete de este Hospital correspondiente a la persona que hace dicha solicitud.
- ❖ Es necesario e importante que anote en el vale de préstamo del Expediente Clínico el nombre completo de quien recibe el Expediente Clínico, si no es así no se le entregará.
- ❖ Es requisito indispensable dejar su gafete correspondiente a cambio del Expediente Clínico, recordándole que lo debe regresar en el mismo turno que fue solicitado.
- ❖ En el caso de préstamo de Expedientes Clínicos para la Consulta Externa, se hará a través de las Recepcionistas.
- ❖ Para Hospitalización se hará únicamente a través del Servicio de Admisión.
- ❖ Para trabajos de protocolo, docencia y estudios diversos se podrán consultar solamente en el Servicio de Archivo Clínico previa solicitud autorizada por el Director Médico.
- ❖ El NO acatar las indicaciones se harán acreedores a las sanciones correspondientes.

Especifique Tipo _____

Especifique Tipo _____



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 13 de 15

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del formato: Carpeta para expediente clínico

Objetivo: Resguardar toda la documentación clínica referente al/la paciente

Nombre del paciente: debe escribir el nombre completo de el/la paciente comenzando por apellido paterno materno y nombre

Servicio: especificar el servicio donde se apertura el expediente

Edad: especificar años cumplidos

Fecha: día, mes y año. **C.U.R.P.:** No aplica

INSTRUCTIVO.

No. de expediente: Es el número de control asignado a la carpeta con el cual se mantiene resguardado en su lugar correspondiente y se correlaciona con el nombre y datos personales del paciente

Grupo sanguíneo: No Aplica

Clave del C.U.R.P. o R.F.C : Contendrá los datos de dicha clave de cada paciente.

Nombre del Paciente: Será llenado en la siguiente manera, Apellido Paterno, Materno y Nombre

Fecha de Nacimiento: Deberá ser llenado Día, Mes y Año




Sexo: Deberá señalar en el recuadro correspondiente Femenino, Masculino

Lugar de apertura: No aplica

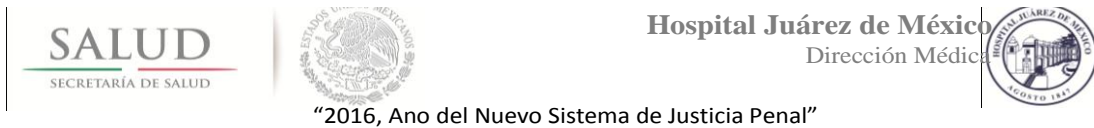
Fecha de apertura: Deberá llenar con la fecha en que se habrá por primera vez un expediente o por reposición de carnet

Especialidad que Autoriza la apertura

Deberá contener datos del servicio que autorizo la apertura del expediente

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 14 de 15

10.3 OFICIO DE SOLICITUD DE RESUMEN MÉDICO



DM/ (1) /2014

México, Ciudad de México, a **(2)** de **(3)** del **(4)**.

DR. (5)
JEFE DEL SERVICIO DE (6)
P R E S E N T E

Para solventar la petición del (la) **(7)**, **(8)**, **(9)**, me permito solicitar a Usted su valioso apoyo para que designe a quien corresponda realizar **Resumen Médico** con carácter de **urgente**, basándose en lo peticionado en oficio anexo **(10)**, **(11)** relacionado con la paciente **(12)**, con número de expediente **(13)** adjunto al presente.




Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
EL DIRECTOR MÉDICO

(14)
DR. JOSÉ MANUEL CONDE MERCADO

c.c.p.- Dr. Martín Antonio Manrique.- Director General del Hospital Juárez de México.- Presente.
 Lic. Julia L. Rocha García.-Titular de la Unidad Jurídica.-Presente.
 En atención al volante de trámite No. **(15)/14**



JMCM/mcp

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	5. Procedimiento para la atención de Casos Legales requeridos por Organizaciones Jurídicas. Resumen Médico		Hoja: 15 de 15



INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el oficio de solicitud de “Resumen Médico”.

1. Número de Oficio
2. Día de solicitud.
3. Mes de solicitud
4. Año de solicitud
5. Nombre de el/la jefe(a) de la División y/o Servicio al que se turnará la solicitud.
6. Nombre del Servicio de adscripción
7. Nombre de la o del servidor público que solicita el “Resumen médico
8. Cargo de la o del servidor público que solicita el “Resumen médico”.
9. Dependencia de donde solicitan la petición “Resumen médico”.
10. Nombre completo de la persona relacionada a la petición de “Resumen Médico”.
11. Número de expediente clínico asignado en este Hospital a la persona de quien solicitan “Resumen Médico”.
12. Número de oficio (os) de la organización solicitante.
13. Fecha de oficio (os) de la organización solicitante
14. Firma del/la directora(a) Médico(a)
15. No. De volante de trámite.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 1 de 16

**6. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE CASOS LEGALES
REQUERIDOS POR ORGANIZACIONES JURÍDICAS. (COPIA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO).**

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 2 de 16

1 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos generales que permitan dar respuesta a instancias externas de la institución, sobre la petición copias del expediente clínico para casos legales, de usuarios de los servicios de nuestra institución.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al archivo clínico por ser el área encargada de resguardar los expedientes clínicos.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las organizaciones médicas o judiciales que soliciten para fines de atención o procesos, copia del expediente médico de pacientes

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección Médica es responsable de atender las solicitudes de resúmenes médicos provenientes de organizaciones médicas o judiciales
- 3.2 La Dirección Médica es responsable de solicitar el expediente clínico para su análisis.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de ordenar y foliar el expediente clínico.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de verificar que se realice en forma ordenada la copia del expediente médico.
- 3.5 La Dirección Médica es responsable de entregar mediante oficio, copia del expediente clínico al Área Jurídica.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)

Hoja: 3 de 16




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Recibe oficio de solicitud para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico) a través de: Procuraduría General de la República. Procuraduría General de Justicia Comisión Nacional de Derechos Humanos Comisión Nacional de Arbitraje Médico Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud Tribunal de Justicia Centros de Readaptación Social Registra solicitud en base a datos contenidos en el oficio de la Dirección General.	oficio
	2	Turna solicitud para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico) a la Dirección Médica	
Director(a) Médico(a)	3	Recibe solicitud para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico) del/la Director (a) General para su conocimiento y trámite.	Oficio Base de datos Vale de solicitud de Expediente Clínico
	4	Revisa y analiza el documento.	
	5	Indica al personal a su cargo, registren en base a datos la información contenida en solicitud	
	6	Realiza el llenado del vale para solicitar expediente clínico requisitando correctamente el nombre y número de expediente.	
	7	Indica al personal a su cargo soliciten al archivo clínico, expediente clínico a través del vale	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de Archivo Clínico)	8	Recibe vale de préstamo de expediente clínico.	Expediente Clínico
	9	Corroborar que el número del expediente y nombre correspondan a la misma persona.	
	10	¿Los datos corresponden al/la paciente?	
	11	No. Pasa a la actividad 6 Si: Entrega expediente a la Dirección Médica.	
Director(a) Médico(a)	12	Indica a su personal registrar datos del expediente en base de datos, para control	Base de datos Expediente clínico oficio
	13	Revisa expediente clínico e indica ordenar, foliar, fotocopiar.	
	14	Envía mediante oficio copia del expediente a la Dirección General (Titular de la Unidad Jurídica).	

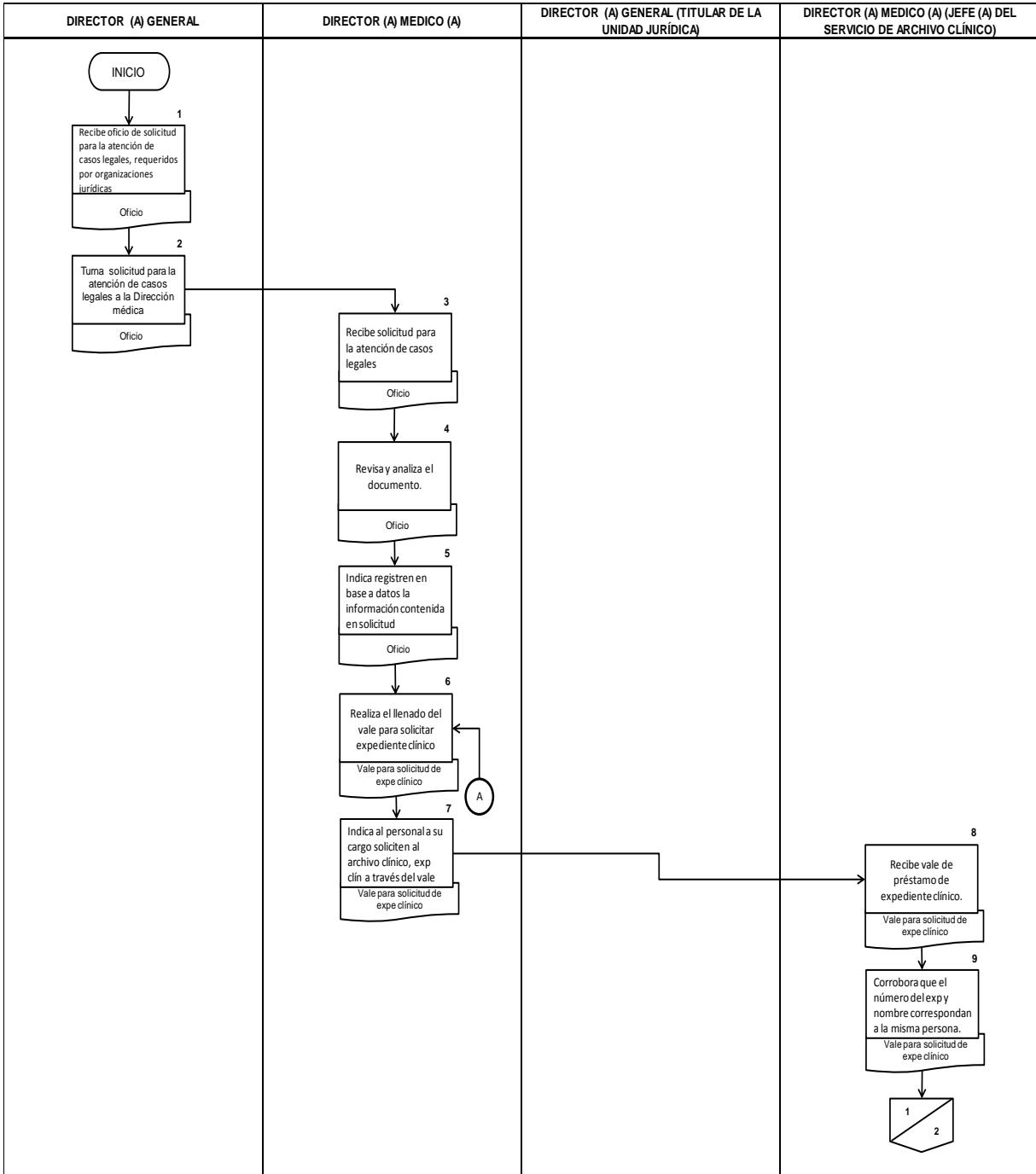
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)	




Hoja: 4 de 16

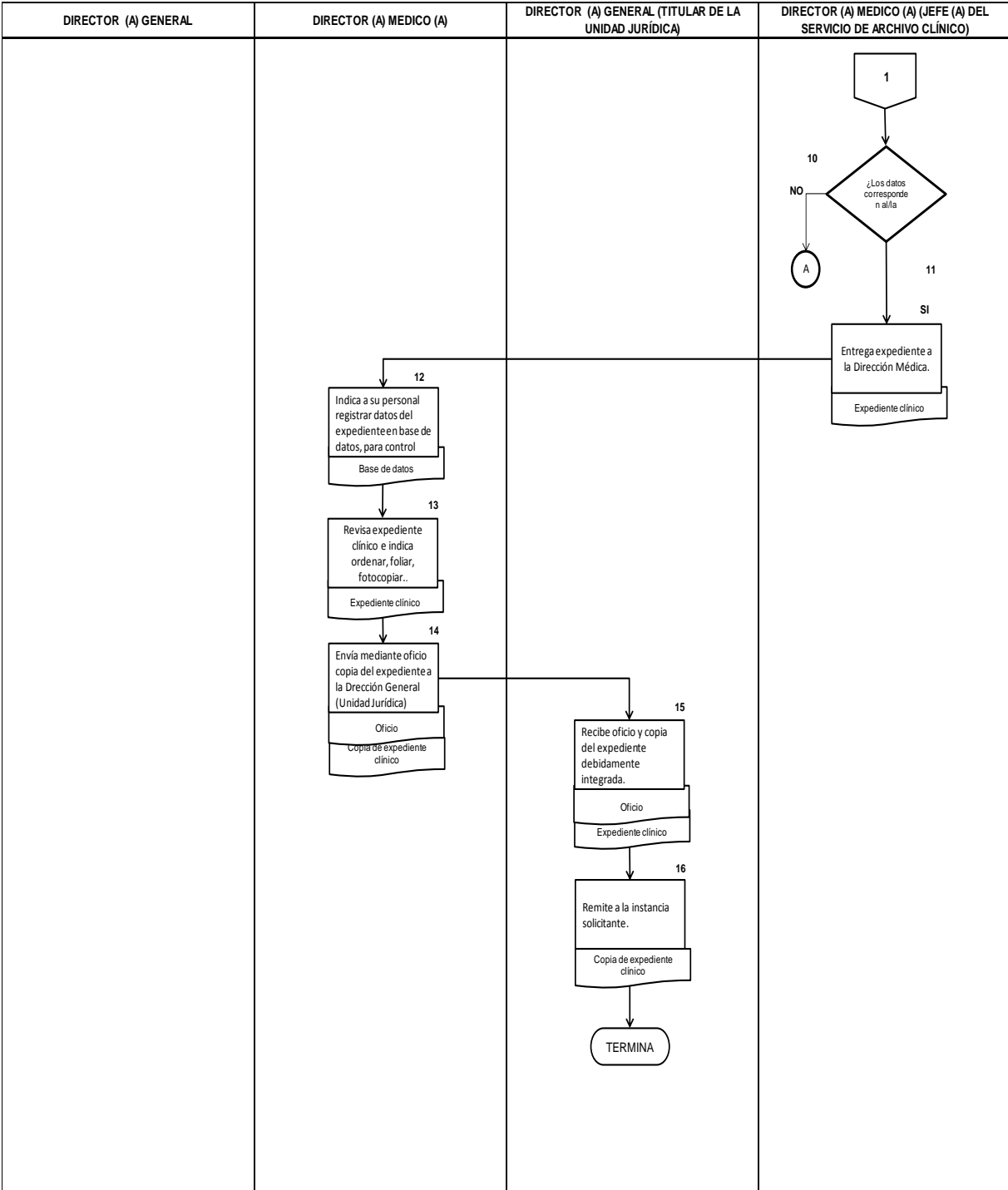
Director(a) General (Titular de la Unidad Jurídica)	15	Recibe oficio y copia del expediente debidamente integrada.	Oficio y copia del expediente
	16	Remite a la instancia solicitante.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 5 de 16
6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 6 de 16
6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 7 de 16

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.



Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos	Septiembre 2013
6.10 Norma oficial Mexicana del expediente clínico	NOM-004-SSA3-2012

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A
7.2 Expediente Clínico	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A
7.3 Vale de solicitud de Expediente Clínico	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A
7.4 Base de datos de control de expedientes clínicos	5 años	Director(a) Médico(a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Expediente Clínico:** Conjunto de documentos que resguardan el historial clínico y médico del paciente, controlado bajo un número hospitalario asignado en el momento de su apertura por un número
- 8.2 **Vale de préstamo de expediente clínico:** Documento que avala el préstamo del expediente clínico.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 8 de 16

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del Manual




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Vale al archivo por un expediente clínico
- 10.2 Carpeta para expediente clínico
- 10.3 Formato base de datos de control de expedientes clínicos
- 10.4 Formato base de datos "oficios enviados de la Dirección General con folio"

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 9 de 16

10.1 VALE AL ARCHIVO POR UN EXPEDIENTE CLÍNICO

 HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO VALE AL ARCHIVO POR UN EXPEDIENTE CLINICO	
A) DATOS DEL EXPEDIENTE CLINICO	
1. No. de Expediente: _____	2. Servicio: _____
3. Nombre del Paciente: _____	
4. Para Atención en:	Consulta Externa <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	Especifique: _____
5. Hora: _____	6. Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
B) DATOS DEL SOLICITANTE	
7. Seño o Nombre completo: _____	8. Firma: _____
8. Categoría: Base <input type="checkbox"/>	Residente <input type="checkbox"/> Especifique grado <input style="width: 100px;" type="text"/>
C) NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ENTREGA	
9. Nombre: _____	
D) PARA SER LLENADO POR PERSONAL DE ARCHIVO CLINICO	
10. Expediente: Original <input type="checkbox"/>	Tomo: _____ Provisional <input type="checkbox"/>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 10 de 16

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del formato: Vale de préstamo por un expediente clínico.

Objetivo: Llevar el control del expediente que salen del archivo, para su pronta localización en el momento en que se requiera.



Lineamientos generales: Escribir con letra legible, utilizar números arábigos, no utilizar Abreviaturas, usar bolígrafo azul o negro

Instructivo de llenado:


5. **Expediente clínico:** Anotar el número del expediente clínico solicitado.
6. **Fecha y Hora:** anotar la hora y el día en que se está realizando el préstamo.
7. **Nombre del paciente:** Debe de escribir el nombre completo del paciente.
8. **Para atención en:** Marque con una "X", el lugar donde se realiza la atención médica.

Datos del Solicitante:

4. **Firma y sello del personal del médico:** Escriba el nombre completo del personal que está solicitando el expediente clínico y firme documento.
5. **Categoría:** Marque con una "X", la categoría que tenga dentro de la institución, para el caso de los/las médicos(as) residentes favor de indicar el grado.
6. **Para ser llenados por el personal del archivo clínico:**
 Marcar con una "X" si el expediente es original, anotar el número de tomo y para el caso de que el préstamo sea un expediente provisional señalarlo con una "X"

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		Hoja: 11 de 16
6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)			

10.2 CARPETA PARA EXPEDIENTE CLÍNICO



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

EXPEDIENTE CLÍNICO

ESTE EXPEDIENTE CLÍNICO ES PROPIEDAD DE LA INSTITUCIÓN, SEGÚN LA NORMA OFICIAL MEXICANA 148-S8A1-1998 QUE DICE:
En el punto 5.3 los Expedientes Clínicos son propiedad de la Institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

EL EXPEDIENTE CLÍNICO ES UN DOCUMENTO MÉDICO LEGAL QUE POR NINGÚN MOTIVO PUEDE SALIR DEL HOSPITAL, NI PODRÁ SER MANEJADO O PORTADO POR LOS PACIENTES, FAMILIARES, PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, ADMINISTRATIVO, NO AUTORIZADO.

TODO EXPEDIENTE CLÍNICO DEBE SER REGRESADO AL ARCHIVO CLÍNICO EN EL MISMO TURNO EN QUE FUE SOLICITADO POR CUALQUIER MOTIVO, CON EXCEPCIÓN DE QUE EL PACIENTE ESTE HOSPITALIZADO.

Hospital Juárez de México
Av. Instituto Patológico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07760
Commutador 57 47 75 60 al 89
Trabajo Social Ext. 7439
Admisión Ext. 7438
Informes Ext. 7449
Archivo Clínico Ext. 7267

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) NO. EXPEDIENTE CLÍNICO

SEXO: _____ EDAD: _____
 FECHA: _____
 CURP: _____
 ESPECIALIDAD: _____

01 02 03 04 05 06 07 08 09 00

DATOS DE ALARMA

- 1.) Grupo Sanguíneo: _____ RH _____ Incompatibilidad Si o No _____
cuál: (especifique tipo) _____
- 2.) Alergia a medicamentos (especificar cuál (es)) _____
- 3.) Adicción a: _____
- 4.) Uso de inmunosupresores: cuándo _____ cuál _____
por qué _____
- 5.) Uso de Anticoagulantes: cuándo _____
cuál _____
- 6.) Accidentes Transfusionales: cuándo _____
cuál _____
- 7.) Diabetes _____ Si No Enf. Venéreas _____ Si No
 Convulsiones _____ Si No Adisson _____ Si No
 Toxemia _____ Si No Riesgo Suicida _____ Si No
 Tb _____ Si No Riesgo Homicida _____ Si No
 Coagulopatía _____ Si No Cardiopatía _____ Si No

Especifique Tipo

Especifique Tipo

01 02 03 04 05 06 07 08 09 00

ORDEN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN EL ARCHIVO

- I.- ÁREA CLÍNICA**
 - 1) Solicitud de apertura de Expediente Clínico
 - 2) Hoja Frontal
 - 3) Hoja de Urgencias o Consulta Externa
 - 4) Hoja de Concentración de Diagnóstico y/o Problemas
 - 5) Hoja de Egreso Hospitalario
 - 6) Hoja de Medicina Epidemiológica
 - 7) Hoja de Notificación de Infecciones Hospitalarias
 - 8) Notas de Evolución
 - 9) Historia Clínica
 - 10) Hojas Especiales
 - 11) Hojas de Indicaciones Médicas
 - 12) Solicitud y Registro de Interconsultas
- II.- ÁREA DE LABORATORIO Y GABINETE**
 - 13) Exámenes de Laboratorio
 - 14) Exámenes de Gabinete
- III.- ÁREA QUIRÚRGICA**
 - 15) Manejo Quirúrgico
 - 15.1 Valoración Pre-operatoria
 - 15.2 Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica
 - 15.3 Resumen de Intervención Quirúrgica
 - 15.4 Consentimiento Informado
- IV.- ÁREA DE ENFERMERÍA**
 - 16) Enfermería
- V.- ÁREA DE TRABAJO SOCIAL**
 - 17) Trabajo Social
- VI.- ÁREA ADMINISTRATIVA**
 - 18) Carta de Autorización
 - 19) Orden de Hospitalización
 - 20) Certificado de Nacimiento (Copia Rosa)

01 02 03 04 05 06 07 08 09 00




AVISOS IMPORTANTES

- ♦ Es muy importante escribir con letra legible y sin abreviaturas.
- ♦ Sólo se prestará el Expediente Clínico al personal autorizado y con el gafete de este Hospital correspondiente a la persona que hace dicha solicitud.
- ♦ Es necesario e importante que anote en el vale de préstamo del Expediente Clínico el nombre completo de quien recibe el Expediente Clínico, si no es así no se le entregará.
- ♦ Es requisito indispensable dejar su gafete correspondiente a cambio del Expediente Clínico, recordándole que lo debe regresar en el mismo turno que fue solicitado.
- ♦ En el caso de préstamo de Expedientes Clínicos para la Consulta Externa, se hará a través de las Recepcionistas.
- ♦ Para Hospitalización se hará únicamente a través del Servicio de Admisión.
- ♦ Para trabajos de protocolo, docencia y estudios diversos se podrán consultar solamente en el Servicio de Archivo Clínico previa solicitud autorizada por el Director Médico.
- ♦ El NO acatar las indicaciones se harán acreedores a las sanciones correspondientes.

No. DE EXPEDIENTE

RAM-BA
5512-1983

01 02 03 04 05 06 07 08 09 00

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 12 de 16

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Nombre del formato: Carpeta para expediente clínico

Objetivo: Resguardar toda la documentación clínica referente del/la paciente

Llenado

Nombre del paciente: debe escribir el nombre completo del/la paciente comenzando por apellido paterno materno y nombre

Servicio: especificar el servicio donde se apertura el expediente

Edad: especificar años cumplidos

Fecha: día, mes y año. **C.U.R.P:** No aplica

INSTRUCTIVO.

No. de expediente: Es el número de control asignado a la carpeta con el cual se mantiene resguardado en su lugar correspondiente y se correlaciona con el nombre y datos personales del/la paciente

Grupo sanguíneo: No Aplica

Clave del C.U.R.P. O R.F.C.: Contendrá la clave de cada paciente

Nombre del Paciente: Será llenado en la siguiente manera, Apellido Paterno, Materno y Nombre

Fecha de Nacimiento: Deberá ser llenado Día, Mes y Año




Sexo: Deberá señalar en el recuadro correspondiente Femenino, Masculino

Lugar de apertura: No aplica

Fecha de apertura: Deberá llenar con la fecha en que se habrá por primera vez un expediente o por reposición de carnet




Especialidad que Autoriza la apertura

Deberá contener datos del servicio que autorizo la apertura del expediente

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		

10.3 FORMATO BASE DE DATOS DE CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

BASE DE DATOS DE EXPEDIENTES CLÍNICOS SOLICITADOS PARA TRÁMITE DE RESUMEN MÉDICO					
FECHA	EXPEDIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ASUNTO	TURNADO A:	FECHA DEVOLUCIÓN AL ARCHIVO CLÍNICO
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 14 de 16




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el formato base de registro de expedientes clínicos

1. **Fecha:** se registrara día, mes y año, en la que el Servicio de Archivo Clínico entrega el expediente clínico a Dirección Médica.
2. **Expediente:** se anotara el número de registro del expediente clínico recibido del archivo clínico
3. **Nombre del paciente:** iniciando por el Apellido Paterno, Materno y Nombre correspondiente al expediente solicitado.
4. **Asunto:** explicación breve relacionada con el motivo de la solicitud del expediente.
5. **Turnado a:** nombre del/la Jefe(a) de División y/o Servicio a quien se le envía el expediente.
6. **Fecha de devolución:** día mes y año en la que Dirección Médica regresa el expediente Clínico al Archivo Clínico.

10.4 FORMATO BASE DE DATOS “OFICIOS ENVIADOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL CON FOLIO”



OFICIOS ENVIADOS DE LA DIRECCION GENERAL CON FOLIO 2014						
FECHA	FOLIO	DEPENDENCIA	No. OFICIO	ASUNTO	TURNADO A:	INDICACIONES
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	6. Procedimiento para la atención de casos legales, requeridos por organizaciones jurídicas. (Copia del Expediente Clínico)		Hoja: 16 de 16




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el Formato Base de datos “Oficios enviados de la Dirección General con folio”

1. **Fecha:** se registrara día, mes y año, en la que la Dirección Médica recibe documento de la Dirección General
2. **Folio:** para fines de control se anotara el número de registro que la Dirección General otorga al documento enviado a Dirección Médica.
3. **Dependencia:** Nombre de la institución u organización externa que envía el documento.
4. **No. de Oficio:** nomenclatura con la que se identifica el documento para control de identificación.
5. **Asunto:** descripción breve de lo solicitado por la institución u organización externa.
6. **Turnado a:** nombre del/la Jefe(a) de División y/o servicio que deberá dar respuesta a lo solicitado.
7. **Indicaciones:** Es la acción o medida que deberá realizar el/la Jefe(a) de División y/o servicio según el asunto

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para el análisis estadístico de la gestión en el área médica		Hoja: 1 de 6

7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA GESTIÓN EN EL ÁREA MÉDICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para el análisis estadístico de la gestión en el área médica		Hoja: 2 de 6

1 PROPÓSITO



- 1.1 Proporcionar información estadística veraz y oportuna, que refleje los resultados de la atención médica otorgada a los/las pacientes ante las autoridades internas (Dirección General del Hospital, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, y Dirección de Administración), así como para las autoridades externas que la requieran.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a todas las áreas de atención médica.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección Médica es responsable de la supervisión sobre todo el tipo de informes estadísticos que se presenten.
- 3.2 La Dirección Médica es la responsable de la calidad y oportunidad de los informes de Estadística, producto de la atención médica otorgada a los usuarios.
- 3.3 La Dirección Médica es la responsable de proporcionar datos estadísticos a las autoridades superiores que así lo requieran.

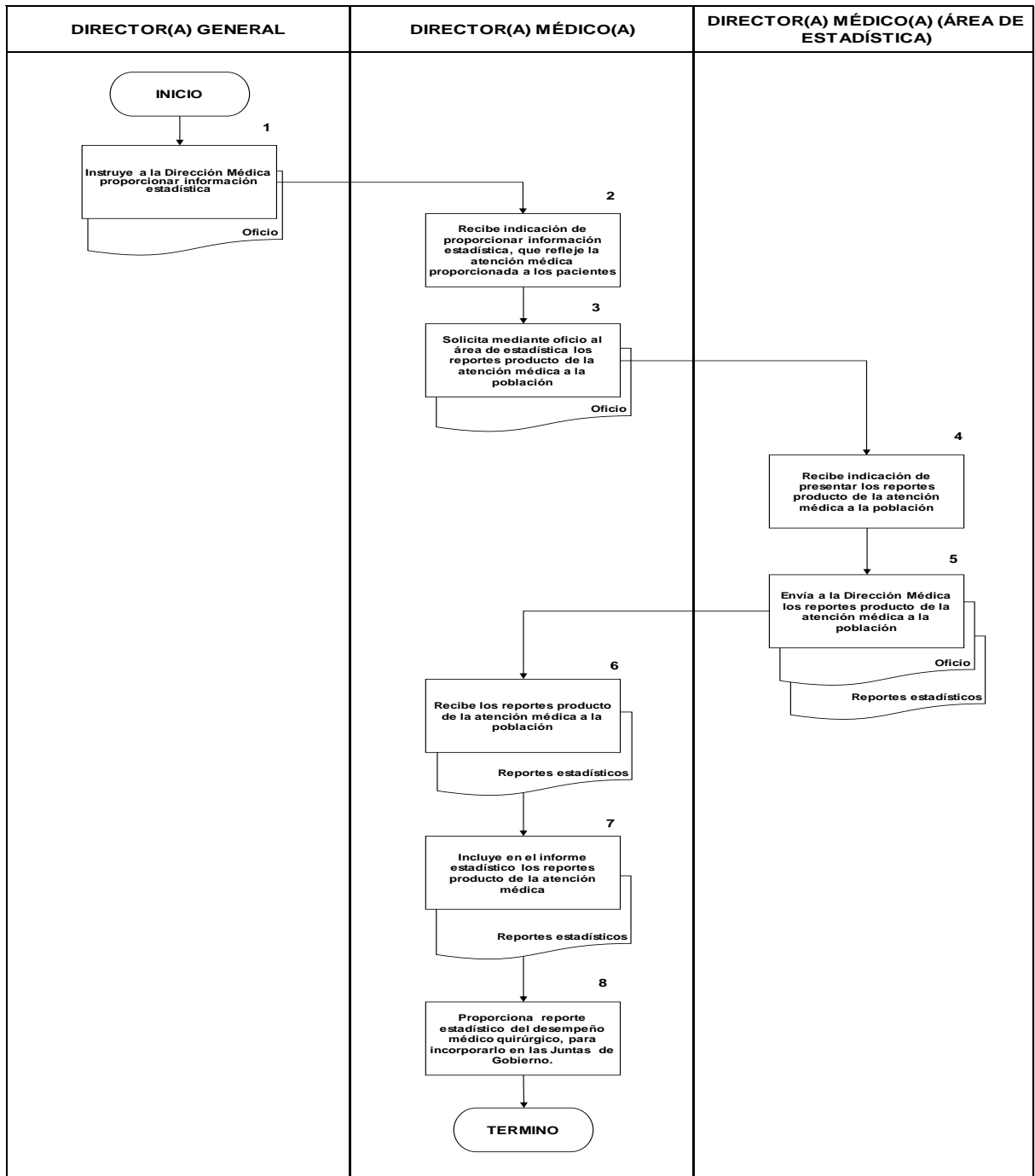
 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	7. Procedimiento para el análisis estadístico de la gestión en el área médica




Hoja: 3 de 6

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Instruye a la Dirección Médica proporcionar información estadística, que refleje la atención médica proporcionada a los/las pacientes.	Oficio
Director(a) Médico(a)	2	Recibe indicación de proporcionar información estadística, que refleje la atención médica proporcionada los/las pacientes.	Oficio
	3	Solicita mediante oficio al área de estadística los reportes producto de la atención médica a la población (mensuales o con otra periodicidad), para las Juntas de Gobierno que lleva a cabo la Dirección General del Hospital con las autoridades de la Secretaría de Salud, así como para otros informes.	
Director(a) Médico(a) (Jefatura de estadística)	4	Recibe indicación de presentar los reportes producto de la atención médica a la población (mensuales o con otra periodicidad).	Oficio Reportes estadísticos
	5	Envía a la Dirección Médica los reportes producto de la atención médica a la población	
Director(a) Médica(a)	6	Recibe los reportes producto de la atención médica a la población	Oficio Reportes estadísticos
	7	Incluye en el informe estadístico los reportes producto de la atención médica los cuales están conformados por: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El “reporte de actividades de hospitalización”. ➤ Relación de los/las pacientes que fueron atendidos en la consulta externa médica por especialidad “concentración de actividades de consulta externa” ➤ “Informe mensual de cirugías por Especialidad” que fueron practicadas. ➤ Relación de casos de urgencias médicas que fueron atendidas, tanto de adultos como de pediatría “Concentración de atenciones en urgencias por día”. 	
	8	Proporciona a la Unidad de Planeación y Evaluación, reporte estadístico del desempeño médico quirúrgico, para incorporarlo al informe presentado en las Juntas de Gobierno. Así como en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para el análisis estadístico de la gestión en el área médica		Hoja: 5 de 6

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director(a) Médico(a)	No aplica
7.2 Reportes estadísticos	5 años	Director(a) Médico(a)	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Alta especialidad:** Conjunto de variadas y versátiles especialidades con las que cuenta esta unidad hospitalaria para efecto de brindar la atención médica.
- 8.2 **Consulta Externa:** Área de especialidades médicas diversas en las cuales se imparte atención médica a las y los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir de manera programada al hospital
- 8.3 **Cirugía.-** Se le denomina a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.
- 8.4 **COCODI:** Comité de Control y Desempeño Institucional
- 8.5 **Junta de Gobierno.-** Órgano supremo de Administración del Hospital.
- 8.6 **Urgencia Médica.-** Es cualquier condición de salud que requiera de atención médica inmediata en el lugar más próximo y con la disponibilidad adecuada para tratar el problema por el que el paciente consulto.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	7. Procedimiento para el análisis estadístico de la gestión en el área médica		Hoja: 6 de 6

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización el procedimiento para quedar como se lleva a cabo, se modifica el diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica		Hoja: 1 de 11

8. PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (PAT) DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO



- 1.1 Establecer las estrategias, líneas de acción y actividades a seguir en coordinación con las áreas médico quirúrgicas y paramédicas, con la finalidad de conformar el Programa Anual de Trabajo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Dirección de Planeación Estratégica del Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a todas las áreas de atención médica quirúrgica, en las que se tiene la obligación de revisar avances y actualizar el Programa de Trabajo.
- 2.2 A nivel externo no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección Médica, es responsable de conducir la aplicación del Programa Anual de Trabajo, en coordinación con las Jefaturas de División y servicios que dependen directamente de la Dirección Médica.
- 3.2 La Dirección Médica convocara a reuniones de trabajo para dar a conocer las nuevas estrategias y líneas de acción y recomendaciones a seguir sobre los lineamientos establecidos para el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo.
- 3.3 La Dirección Médica proporcionara Programa de Trabajo al personal involucrado para su conocimiento y seguimiento del mismo.
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de entregar a la Dirección de Planeación Estratégica el Programa de Trabajo, de acuerdo a los lineamientos emitidos.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN MÉDICA
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.

Hoja: 3 de 11




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Planeación Estratégica	1	Envía a la Dirección Médica lineamientos para la elaboración de Programas de Trabajo	Lineamientos
Director(a) Médico(a)	2	Recibe los lineamientos para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.	Lineamientos Oficio
	3	Analiza y convoca a reunión a través de oficio, a los Jefes de División y de Servicio para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.	
Director(a) Médico(a) (Jefaturas de División y de Servicio)	4	Reciben oficio para asistir el día y hora programado a la reunión para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.	Oficio
Director(a) Médico(a)	5	Informa y determina con los/las Jefes (as) de División y de servicio convocados, las estrategias y directrices a seguir para llevar a cabo la elaboración e implementación del Programa Anual de Trabajo	Minuta Acuerdos Programa Anual de Trabajo oficio
	6	Realiza el número necesario de reuniones, en relación al orden del día establecido, y analiza con los participantes las estrategias cumplidas en el plan precedente e incorporan nuevas estrategias, políticas y líneas de acción al nuevo plan.	
	7	Genera acuerdos y minutas.	
	8	Revisa y estructura el Programa Anual de Trabajo.	
	9	Envía Programa Anual de Trabajo con oficio a la Dirección de Planeación Estratégica para su aprobación e incorporación con los otros planes de Trabajo de las Direcciones de área del hospital.	
		¿Se acepta Programa de Trabajo?	
	10 No: Realizan correcciones		
	11 Si: Continúa procedimiento		
Director(a) de Planeación Estratégica	12	Envía una vez aceptado el Programa Anual de Trabajo a la Dirección Médica mediante oficio para autorización y recabar la firma del/la directora(a) General.	Oficio Programa Anual de Trabajo autorizado
Director(a)	13	Recibe oficio de aceptación del Programa Anual	Oficio

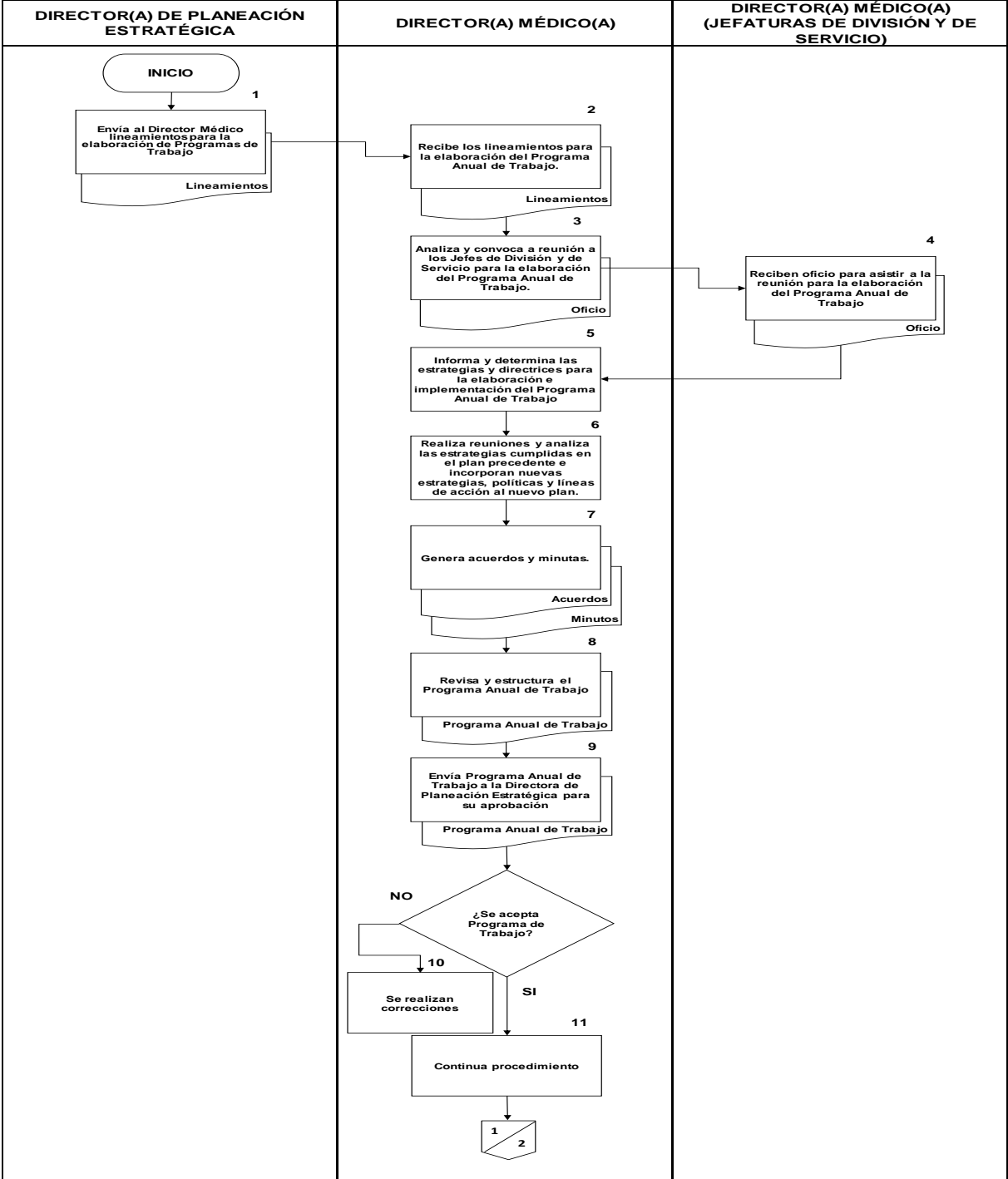
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.	




Hoja: 4 de 11

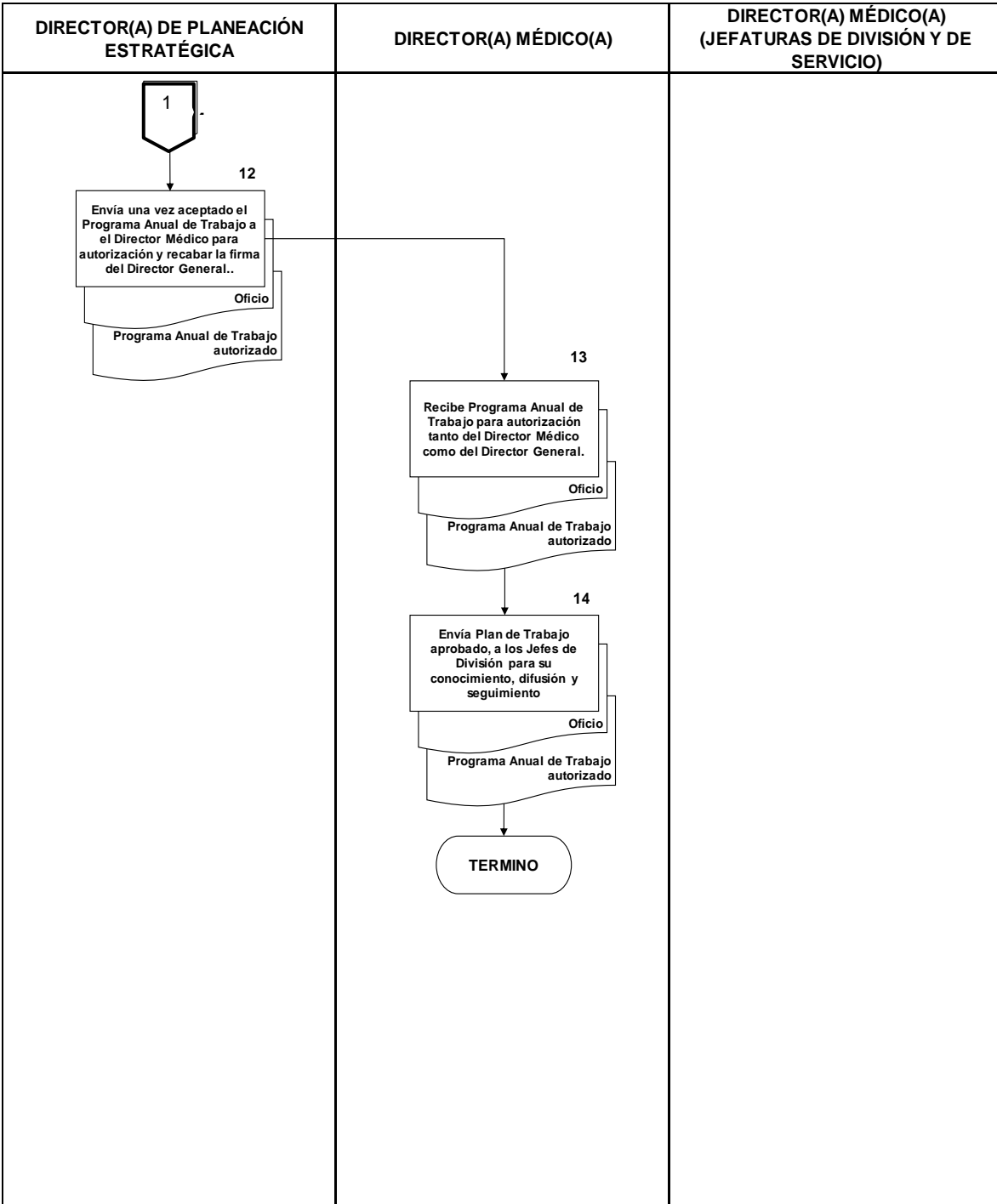
Médico(a)	14	de Trabajo para autorización tanto de la Dirección Médica como de Dirección General. Envía Plan de Trabajo aprobado, a los/las Jefes(as) de División para su conocimiento, difusión y seguimiento TERMINA PROCEDIMIENTO	Programa Anual de Trabajo autorizado
-----------	----	--	--------------------------------------




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 5 de 11

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 6 de 11



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 7 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013
6.10 Programa de Trabajo de la Dirección Médica del año precedente	No aplica

7. REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.2 Minuta, acuerdos	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.3 Programa de Trabajo	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Estrategia:** es un plan que especifica una serie de pasos o de conceptos que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo.
- 8.2 **Junta de Gobierno:** Reuniones donde sesiona el Órgano de Gobierno del Hospital.
- 8.3 **Orden del día: Documento que contiene** los puntos a tratar en una reunión.
- 8.4 **PAT.-** Programa Anual de Trabajo.
- 8.5 **Programa:** Conjunto homogéneo y Organizado de actividades a realizar para alcanzar una o varias metas, con recursos previamente determinados a cargo de la unidad responsable.




9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del Manual

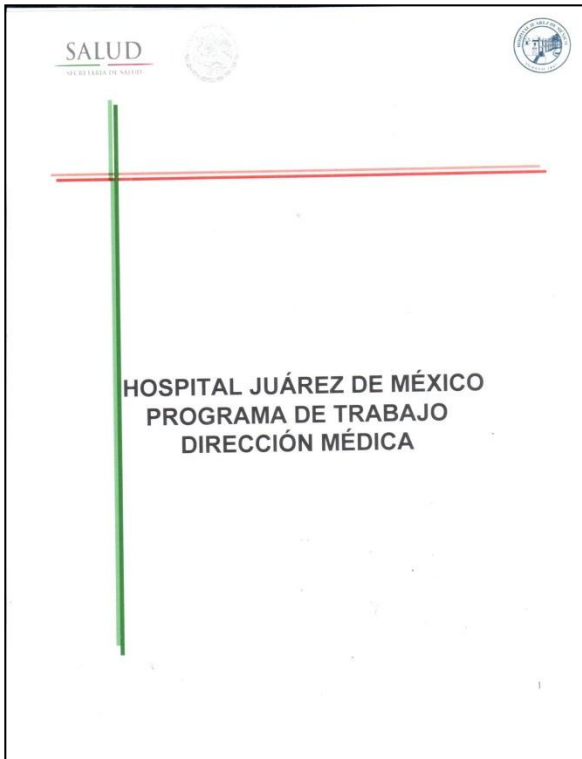
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 8 de 11

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO




- 10.1 Formato minuta Dirección Médica
- 10.2 Formato minuta de acuerdos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 9 de 11

10.1 FORMATO PROGRAMA DE TRABAJO DIRECTOR MÉDICO






CONTENIDO	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO LEGAL	1
3. ALINEACION CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, SECTORIALES E INSTITUCIONALE	1
4. MISIÓN	1
5. VISIÓN	1
6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO Y PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO POR DIRECCION DE AREA	1
6.3 DIRECCIÓN MÉDICA	1
6.3.1 FODA	1
6.3.2 Objetivos: General y Específicos	1
6.3.3 Estrategias y líneas de acción	1
6.3.4 Metas e indicadores	1
7. ANEXOS	1
7.1. Matriz de Indicadores de Resultados	1
7.2. Numeralia	1
7.3. Anexo estadístico	1

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	8. Procedimiento para la elaboración del Programa de Trabajo (PAT) de la Dirección Médica.		Hoja: 11 de 11




INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener la “Minuta”.

1. Tema a tratar
2. Hora en que se efectúa la reunión.
3. Sala, Aula o Auditorio para efectuar reunión
4. Fecha programada de la reunión
5. Nombre de las y los asistentes convocados
6. Registro de firmas de los/las asistentes convocados.
7. Anotaciones de las actividades en general mencionadas en la reunión.
8. Desglose punto por punto del tema de la reunión.
9. Nombre de quién elabora la Minuta.
10. Fecha de emisión de la Minuta.
11. Acuerdos y/o compromisos.
12. nombre del responsable del compromiso.
13. Fecha de compromiso.
14. Descripción de situaciones generadas de último momento.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 1 de 14

9. PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ATENCIÓN MÉDICA E0-23.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 2 de 14

1. PROPÓSITO



- 1.1 Mantener actualizadas las metas de la Matriz de Indicadores de Riesgos para la construcción de fichas técnicas y seguimiento de indicadores, que aplican a las áreas sustantivas que otorgan la atención médico quirúrgica en el hospital.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas médicas sustantivas del hospital que proporcionan la atención médico quirúrgica a los/las pacientes que solicitan servicios médicos.
- 2.2 A nivel externo aplica a las áreas que solicitan información sobre la oferta y la demanda de los servicios médicos.


3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección Médica, es responsable de convocar a las áreas responsables de la atención médico quirúrgica para la revisión y elaboración y propuesta de las metas anuales.
- 3.2 La Dirección Médica responsable de revisar y analizar la propuesta de metas anuales, derivados de los programas sustantivos de atención médico quirúrgica.
- 3.3 La Dirección Médica es responsable de entregar las propuestas analizadas a la Dirección de Planeación Estratégica
- 3.4 La Dirección Médica es responsable de dar seguimiento trimestral, semestral y anual de los indicadores propuestos y hacerlos llegar a la Dirección de Planeación Estratégica una vez que sean validados.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23. Hoja: 3 de 14	

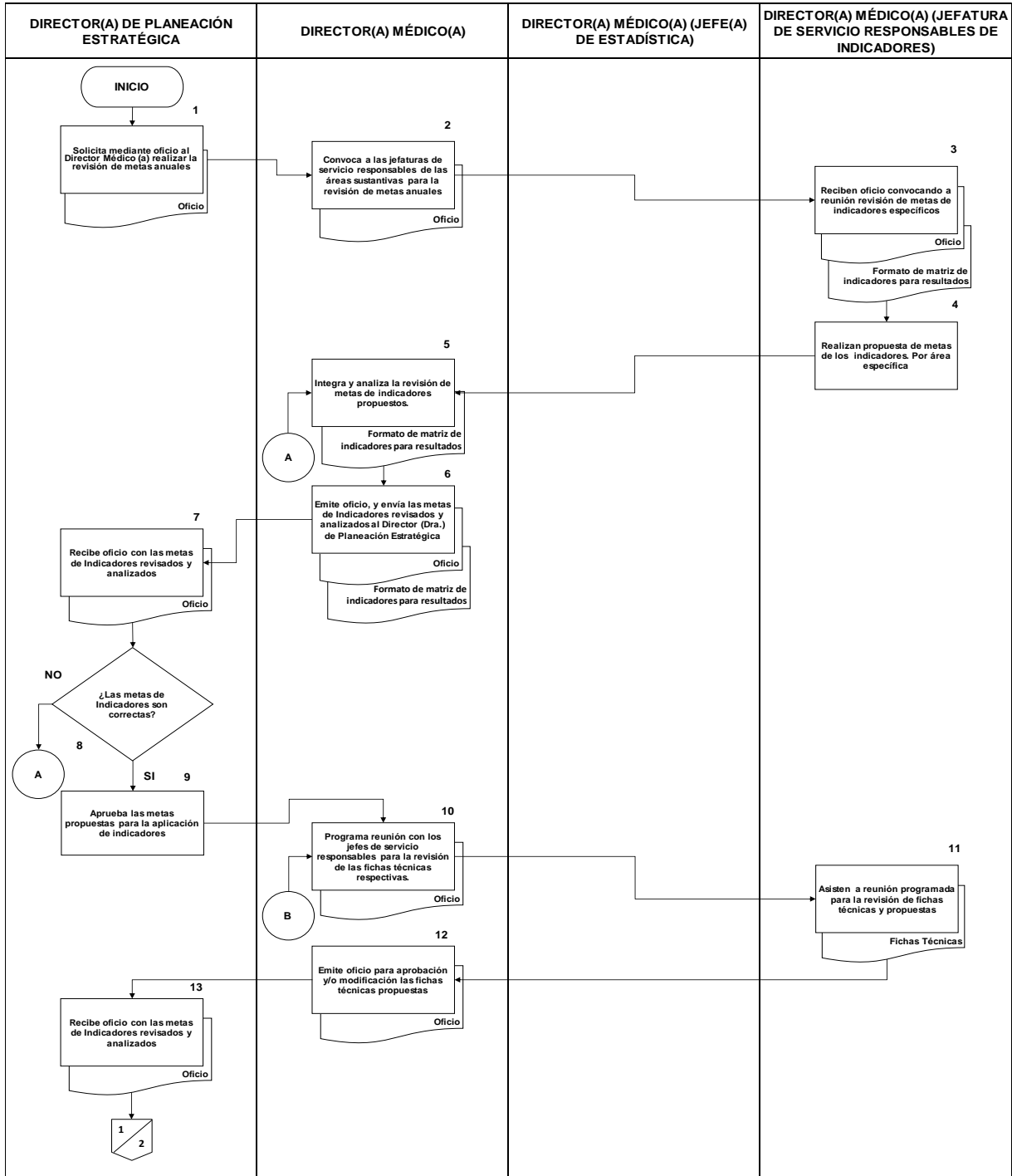
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

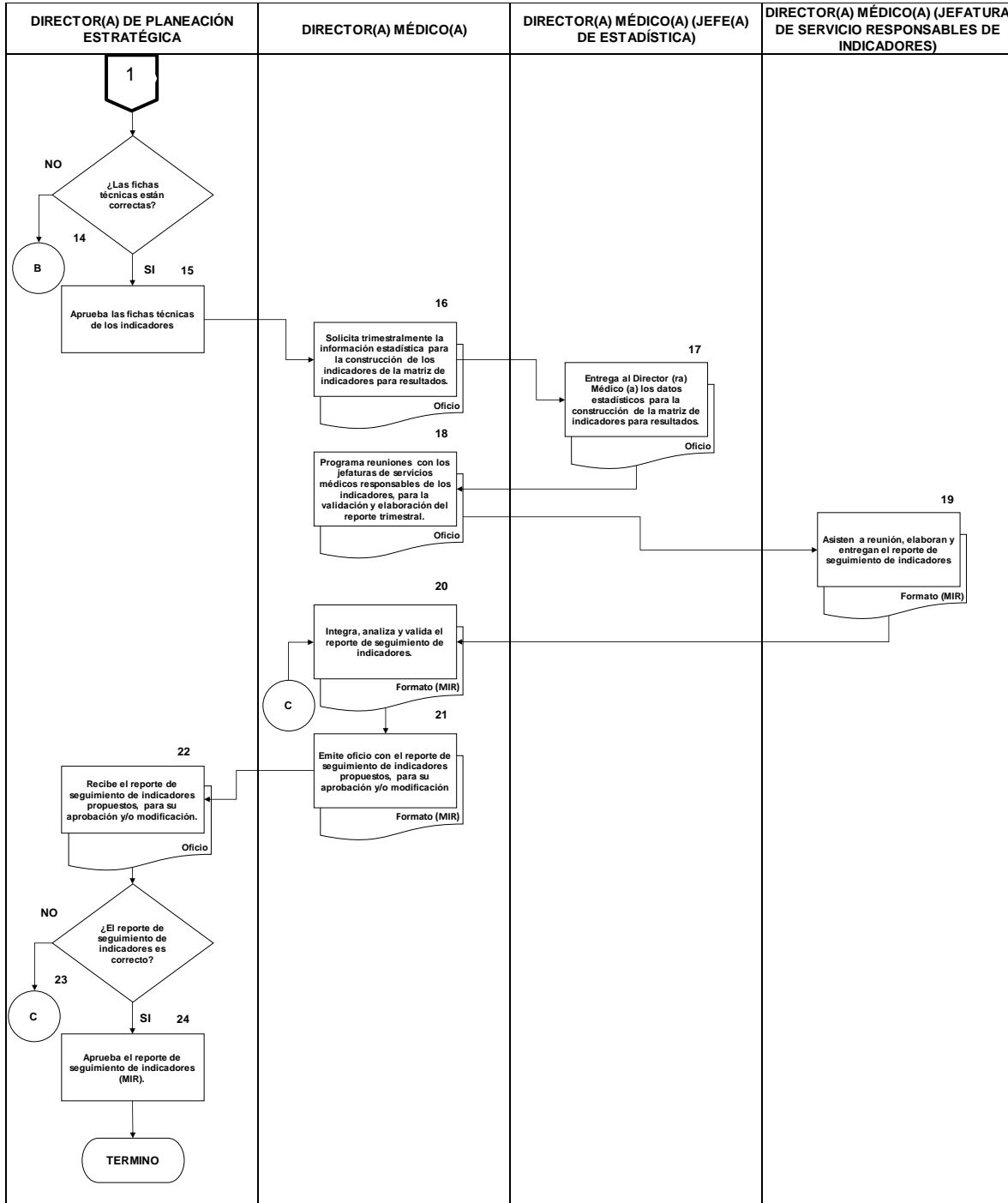
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Planeación Estratégica	1	Solicita mediante oficio a la Dirección Médica realizar la revisión de metas anuales.	Oficio
Director(a) Médico(a)	2	Convoca a las jefaturas de servicio responsables de las áreas sustantivas de atención médico quirúrgica para la revisión de metas anuales, a través de oficio indicando día, hora y lugar de reunión.	Oficio
Director(a) Médico(a) (Jefaturas de servicio responsables de indicadores)	3	Reciben oficio convocando a reunión, se presentan el día señalado y llevan a cabo la revisión de metas de indicadores específicos.	Oficio, formato de matriz de indicadores para resultados (MIR)
	4	Realizan propuesta de metas de los indicadores. Por área específica.	
Director(a) Médico(a)	5	Integra y analiza la revisión de metas de indicadores propuestos.	Formato (MIR) Oficio
	6	Emite oficio, y envía las metas de Indicadores revisados y analizados a la Dirección de Planeación Estratégica.	
Director(a) de Planeación Estratégica	7	Recibe oficio con las metas de Indicadores revisados y analizados.	Oficio
	8	¿Las metas de Indicadores son correctas? No: Informa a la Dirección Médica sobre los ajustes regresa a la actividad 5.	
	9	Si: Aprueba las metas propuestas para la aplicación de indicadores.	
Director(a) Médico(a)	10	Programa reunión por medio de oficio, con los/las jefes (as) de servicio responsables de las áreas sustantivas de atención médico quirúrgica, para la revisión de las fichas técnicas respectivas.	Oficio.
Director(a) Médico(a) (Jefaturas de servicio responsables de indicadores)	11	Asisten a reunión programada para la revisión de fichas técnicas y propuestas.	Fichas Técnicas
Director(a) Médico (a)	12	Emite oficio a la Dirección de Planeación Estratégica para aprobación y/o modificación las fichas técnicas propuestas	Oficio
Director(a) de Planeación Estratégica	13	Recibe para aprobación y/o modificación las fichas técnicas propuestas.	oficio
	14	¿Las fichas técnicas están correctas? No: Informa a la Dirección Médica sobre los ajustes, regresa a la actividad 10	




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN MÉDICA	
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23. Hoja: 4 de 14	

	15	Si: Aprueba las fichas técnicas de los indicadores.	
Director(a) Médico(a)	16	Solicita al servicio de Estadística trimestralmente la información estadística para la construcción de la matriz de indicadores para resultados.	oficio
Director(a) Médico(a) (Jefatura Estadística) de	17	Entrega a la Dirección Médica los datos estadísticos para la construcción de la matriz de indicadores para resultados.	oficio
Director(a) Médico(a)	18	Programa reuniones individuales con los/las jefes (as) de los servicios médicos responsables de los indicadores, para la validación y elaboración del reporte de seguimiento trimestral, de la cuenta pública (mayo), semestral y anual.	oficio
Director(a) Médico(a) (Jefaturas Responsables de indicadores)	19	Asisten a reunión, elaboran y entregan el reporte de seguimiento de indicadores.	Formato (MIR)
Director(a) Médico(a)	20	Integra, analiza y valida el reporte de seguimiento de indicadores.	Formato (MIR)
	21	Emite oficio a la Dirección de Planeación Estratégica con el reporte de seguimiento de indicadores propuestos, para su aprobación y/o modificación.	
Director(a) de Planeación Estratégica	22	Recibe el reporte de seguimiento de indicadores propuestos, para su aprobación y/o modificación. ¿El reporte de seguimiento de indicadores es correcto?	oficio
	23	No. Informa a la Dirección Médica sobre los ajustes, regresa a la actividad 20	
	24	Si: Aprueba el reporte de seguimiento de indicadores (MIR).	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 7 de 14

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma publicada DOF. 18 07 2016
6.2 Ley General de Salud.	Última reforma publicada DOF 01-06-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 24-03-2016
6.4 Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Última reforma publicada DOF 02-04-2014
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Última reforma publicada DOF 17-12-2014
6.6 Reglamento de Insumos para la Salud.	Última reforma publicada DOF-14-03-2014
6.7 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 02 02 2010
6.8 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.2 Formato MIR	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A
7.3 Formato ficha de trabajo	5 años	Director (a) Médico (a)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Indicador:** Dato estadístico que nos facilita estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto.
- 8.2 **Estimación:** Cifra que permite dar un valor aproximado, a partir de los datos proporcionados en periodos anteriores.
- 8.3 **Meta:** Cuantificación del objetivo que se pretende alcanzar en un tiempo señalado con los recursos necesarios.
- 8.5 **MIR:** Matriz de Indicadores para Resultados.
- 8.6 **Variable:** Es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de adoptar diferentes valores, los cuales pueden medirse u observarse.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 8 de 14

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización del procedimiento, diagramas y se aplica lenguaje incluyente


10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).
- 10.2 Formato Ficha Técnica.

10.1 FORMATO MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Coordinación de Proyectos Estratégicos

70  **SALUD**
ANOS

MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)
Programación y Calendarización Ejercicio (1)

Clave entidad/unidad: (2)
Entidad/unidad: (3)

PP: E023 "Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud"

Nivel MML: FIN

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado Cierre (8)	Meta Anual	Estimación (12)	Estimación (14)
(4)	INDICADOR (5)	(10)	(11)	(13)	(15)
	(6)				
	VARIABLE 1 (7)				
	VARIABLE 2 (8)				

Nivel MML: PROPOSITO

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado Cierre	Meta Anual	Estimación	Estimación




Nivel MML: COMPONENTES

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado Cierre	Meta Anual	Estimación	Estimación

Nivel MML: ACTIVIDADES

No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado Cierre	Meta Anual	Estimación	Estimación




LAS METAS COMPROMETIDAS PARA EL EJERCICIO FISCAL 2014 DEBEN OBSERVAR
UN DESEMPEÑO SUPERIOR O AL MENOS IGUAL A LA ESTIMACIÓN DE CIERRE 2013
Y EL CIERRE DE CUENTA PÚBLICA 2012

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 10 de 14

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el Formato Matriz de Indicadores para resultados (MIR)

1. **Programación y Calendarización del ejercicio:** Registrará el año al que se refiere el indicador.
2. **Clave entidad/unidad:** anote la clave que corresponde a la unidad médica hospitalaria.
3. **Entidad/unidad:** registre el nombre completo de la Unidad médica hospitalaria.
4. **No. Ind.:** escriba el número de indicador correspondiente en orden progresivo.
5. **Indicador:** anote el nombre del indicador correspondiente.
6. **Formula:** refiera las variables que corresponden al indicador, así como la constante para su construcción.
7. **Variable 1:** describa la información que corresponde al numerador, para la construcción del indicador.
8. **Variable 2:** describa la información que corresponde al denominador, para la construcción del indicador.
9. **Estimado cierre:** anote el año de registro del indicador.
10. **Estimado cierre:** Anote la cifra estimada al cierre del ejercicio anual.
11. **Meta Anual:** anote la meta anual calculada para el indicador.
12. **Estimación:** Marque el año posterior mencionado en la programación y calendarización del ejercicio.
13. **Estimación:** anote la información solicitada para los años posteriores al año del reporte o de meta programada.
14. **Estimación:** anote dos años posteriores al ejercicio mencionado.
15. **Estimación:** anote la información solicitada para los años posteriores al año del reporte o de meta programada.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 11 de 14




10.2 FORMATO FICHA TÉCNICA

MATRÍZ DE INDICADORES 2015
DEL PROGRAMA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES NIVELES
DE ATENCIÓN A LA SALUD
FICHA TÉCNICA

(1)					
1. Datos de relación del indicador					
Programa presupuestario	E023	Identificador del programa	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad					
Clasificación del programa presupuestario Prestación de Servicios Públicos					
Cobertura Población que requiere servicios de salud especializados					
Prioridades					
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad):					
(2)					
2. Datos de identificación del indicador					
Nombre del indicador:		Identificador del indicador			
(3)		(6)			
Dimensión a medir:		Definición:			
(4)		(7)			
Método de cálculo:		Unidad de medida:			
(5)		(8)			
Desagregación geográfica: (9)		Frecuencia de medición: (10)			
3. Características del indicador (11)					
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreables	Adecuado	Aporte Marginal
					(12)
Justificación de las características:					
Claridad: El indicador es preciso e inequívoco					
Relevancia: Evalúa los ingresos hospitalarios que no se realizan por urgencias, lo que se traduce en menores costos hospitalarios y menor riesgo para los pacientes					
Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales y de la Secretaría de Salud					
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales					
Adecuado: El indicador es adecuado, permite valorar la contribución del programa					
Aporte Marginal: Sí, participación de las actividades asociadas al ingreso hospitalario					
Serie de información disponible: (13)					
Responsable del indicador: (14)					





4. Determinación de metas				
Línea base, valor y fecha (año y periodo)			Meta y periodo de cumplimiento	
Valor	Año	Periodo	Valor	
(15)	(16)	(17)	Periodo de cumplimiento	(20)
Comportamiento del indicador hacia la meta			Parámetros de semaforización (21)	
	(18)		Verde	Amarillo Rojo
Factibilidad		(19)		
5. Características de las variables (metadatos)				
Variables				
Nombre			Descripción de la variable	
	(22)		(23)	
Fuentes (medios de verificación):			Unidad de medida	
	(24)		(27)	
Desagregación geográfica			Frecuencia	
	(25)		(28)	
Método de recopilación de datos			Fecha de disponibilidad de información	
	(26)		(29)	
6. Referencias adicionales (30)				
Referencia internacional		Serie estadística		
Gráfica del comportamiento del indicador				
Comentarios técnicos				

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 13 de 14



INSTRUCTIVO DE LLENADO

Datos básicos que deberá contener el Formato Ficha Técnica.




1. **Registre** el nombre completo del indicador a reportar.
2. **Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad): Mencionar el Fin, Propósito, Componente o Actividad,** que se desea alcanzar con el indicador.
3. **Nombre del indicador:** Anote el nombre completo del indicador seleccionado.
4. **Dimensión a medir:** Anotar si el tipo de indicador que se desea medir se refiere a eficacia, eficiencia o efectividad.
5. **Método de cálculo:** Se refiere a la descripción de la fórmula para la construcción del indicador.
6. **Identificador del indicador:** Identifica el número que corresponde al indicador.
7. **Definición:** describe claramente la situación a medir.
8. **Unidad de medida:** Se refiere al resultado obtenido en la medición del indicador (porcentaje, tasa cifras relativas o absolutas obtenidas).
9. **Desagregación geográfica:** Describe el ámbito de competencia en la medición del indicador (Local, Estatal, nacional o internacional).
10. **Frecuencia de medición:** Se refiere a la temporalidad que se esta reportando (mensual, Trimestral, semestral, anual, etc.).
11. **Características del indicador:** anote el número (1 al 3) de acuerdo al grado de: claridad, relevancia, economía, monitoreable y adecuado.
12. **Aporte Marginal:** Anotar la palabra **SI** el indicador de referencia aplica en cuanto a esta característica y **NA** si el mencionado indicador no aplica.
13. **Serie de información disponible:** anote en orden progresivo cada uno de los años en los que el indicador se encuentra disponible.
14. **Responsable del indicador:** Anote la unidad responsable de llevar a cabo el monitoreo del indicador, (SHCP, DGPOP, CCINSHAE, etc.).
15. **Valor:** anotar el valor obtenido en el periodo reportado.
16. **Año:** registrar el año o años que corresponde a la información que se reporta.
17. **Periodo:** Anotar los meses, a que corresponde la información reportada.
18. **Comportamiento del indicador hacia la meta:** anotar si el comportamiento del indicador reportado es regular, ascendente o descendente en cuanto a la meta programada.
19. **Factibilidad:** anotar razonable si es factible de llevarse a cabo y no razonable si el indicador no es posible de efectuarse.
20. **Periodo de cumplimiento:** registrar el periodo de los meses reportados.
21. **Parámetros de semaforización:** registrar el resultado obtenido en relación a las metas planteadas, **Verde** (el indicador se comporta de manera esperada, (95% <=X <= 105%), **Amarillo** (el indicador Tiende a desviarse en relación los valores esperados (90%<=X< 95% ó 105% <X <= 110%) y **Rojo** no cumple, el valor reportado está muy por debajo o muy por arriba de la cifra que se espera, (X<90% ó X>110%).
22. **Variable nombre:** Anote el nombre de acuerdo a la variable que corresponde para la construcción del indicador (V1 y V2).
23. **Descripción de la variable:** describa claramente el concepto contenido en la variable V1 y V2.
24. **Fuentes (medios de verificación):** se refiere a los medios de información que fueron consultados para la obtención del indicador).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN MÉDICA		
	9. Procedimiento para seguimiento del programa presupuestal de atención médica E0-23.		Hoja: 14 de 14

25. **Desagregación geográfica:** anote la cobertura que contempla el indicador reportado (local, estatal, nacional o internacional).
26. **Método de recopilación de datos:** anote la fuente consultada para la obtención de los datos reportados.
27. **Unidad de medida:** Se refiere al concepto solicitado en la construcción del indicador.
28. **Frecuencia:** Anote la periodicidad del reporte mensual, trimestral, semestral, anual, etc.
29. **Fecha de disponibilidad de información:** anote el mes y año a disponer de la información definitiva.
30. **Referencias adicionales:** anote los datos solicitados relativos a: referencia internacional, serie estadística, grafica del comportamiento del indicador (anexo), y comentarios técnicos referentes a la información reportada en el indicador de referencia.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	10. Procedimiento para la integración del informe trimestral y anual de la producción científica.		Hoja: 1 de 7

10.PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL INFORME TRIMESTRAL Y ANUAL DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	10. Procedimiento para la integración del informe trimestral y anual de la producción científica.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Integrar un informe trimestral de la producción científica de los/las investigadores (as) del Hospital o del personal de salud que esté vinculada o no a los protocolos de investigación registrados en la Dirección de Investigación y Enseñanza.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la propia Dirección de Investigación y Enseñanza, a la División de Investigación, a los/las Titulares de las Unidades de Investigación y a los/las investigadores (as) del Hospital u otro personal que cuente con nombramiento en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) y/o del Sistema Nacional de Investigadores (SIN), cuya labor principal es la de generación y difusión de conocimientos mediante la publicación de artículos u otros productos científicos, con la finalidad de coadyuvar con el desarrollo del país.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza será la responsable de la difusión y aplicación de este procedimiento entre el personal adscrito a la propia Dirección y será para su exclusivo uso y observación o consulta interna.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza será la responsable de emitir y enviar el oficio (o correo electrónico) de solicitud de la producción científica trimestral dirigido a los/las investigadores(as) y Jefes(as) de Servicio del Hospital.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza será la responsable de emitir y enviar, el oficio dirigido al/la investigador(a) principal de solicitud de la producción científica vinculada a los proyectos de investigación que no estén patrocinados por la industria farmacéutica y que hayan sido registrados, evaluados y autorizados por el Comité de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad.
- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación dará seguimiento a los oficios de solicitud de la producción científica en todas sus modalidades.
- 3.5 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación será el responsable de emitir el informe ejecutivo trimestral de la producción científica, para su envío a la Dirección de Planeación Estratégica.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	10. Procedimiento para la integración del informe trimestral y anual de la producción científica.

Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

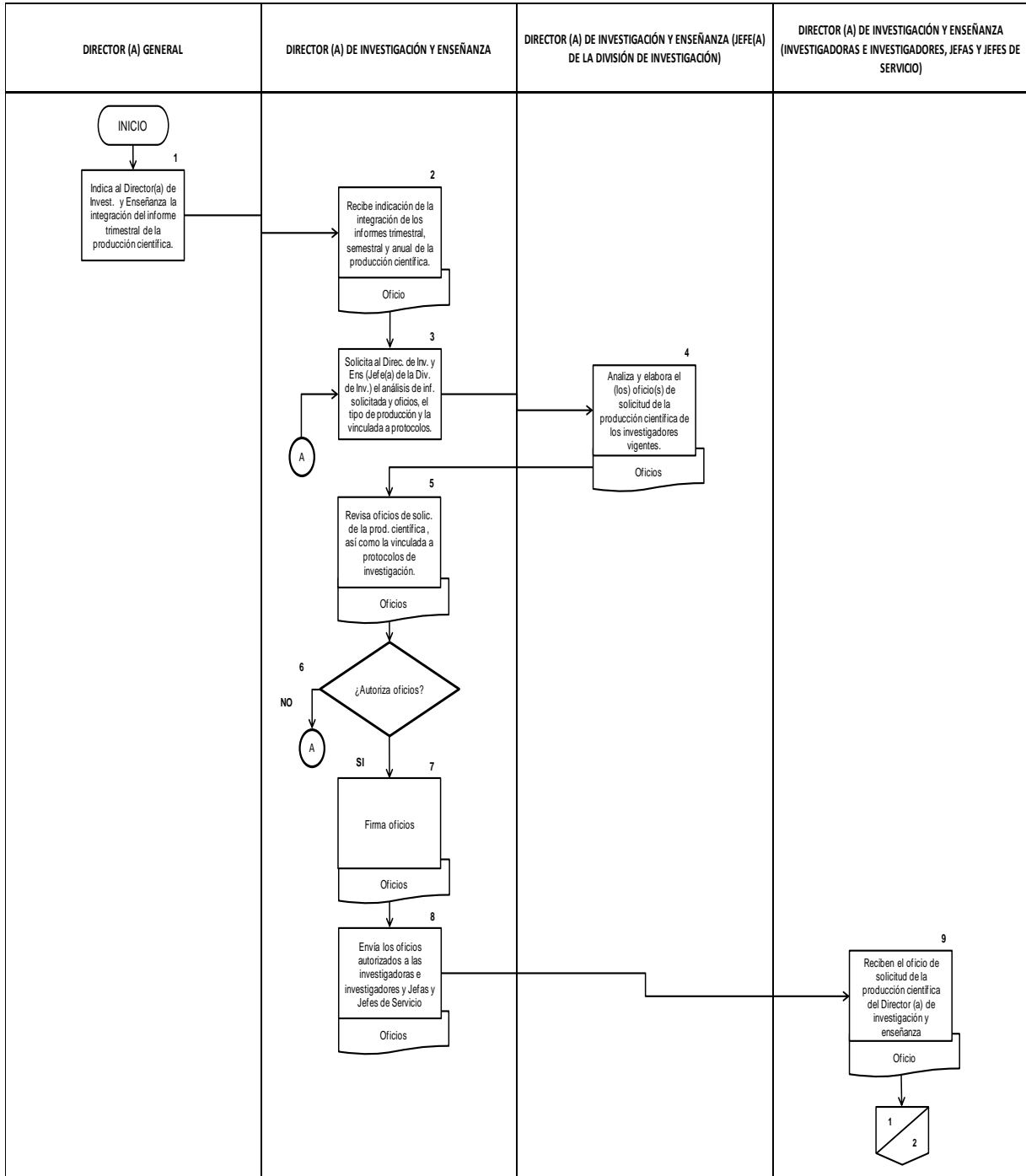
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Indica al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza la integración del informe trimestral de la producción científica.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	2 3	Recibe indicación de la integración de los informes trimestral, semestral y anual de la producción científica Solicita de forma verbal al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación) el análisis del tipo de información solicitada y la elaboración de oficios dependiente del tipo de producción científica, así como la producción vinculada a protocolos de investigación.	Oficio.
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	4	Analiza y elabora el (los) oficio(s) de solicitud de la producción científica de los investigadores e investigadoras vigentes.	Oficios
Director(a) de Investigación y Enseñanza	5 6 7 8	Revisa oficios de solicitud de la producción científica de los investigadores y las investigadoras en el periodo, así como la vinculada a protocolos de investigación dirigida a los investigadores y las investigadoras principales. ¿Autoriza los oficios? No: Regresa a la actividad 3. Si: Firma Autoriza oficios. Envía los oficios autorizados a las investigadoras e investigadores y Jefes y jefas de Servicio.	Oficios
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras, investigadores, Jefas y Jefes de servicio)	9 10	Reciben el oficio de solicitud de la producción científica del/la Director (a) de investigación y enseñanza Responden el oficio de solicitud de la producción científica del/la Director (a) de Investigación y enseñanza	Oficio
Director(a) de Investigación y Enseñanza	11	Recibe el oficio de respuesta de la producción científica de las Investigadoras e investigadores, Jefas y Jefes de Servicio	Oficio

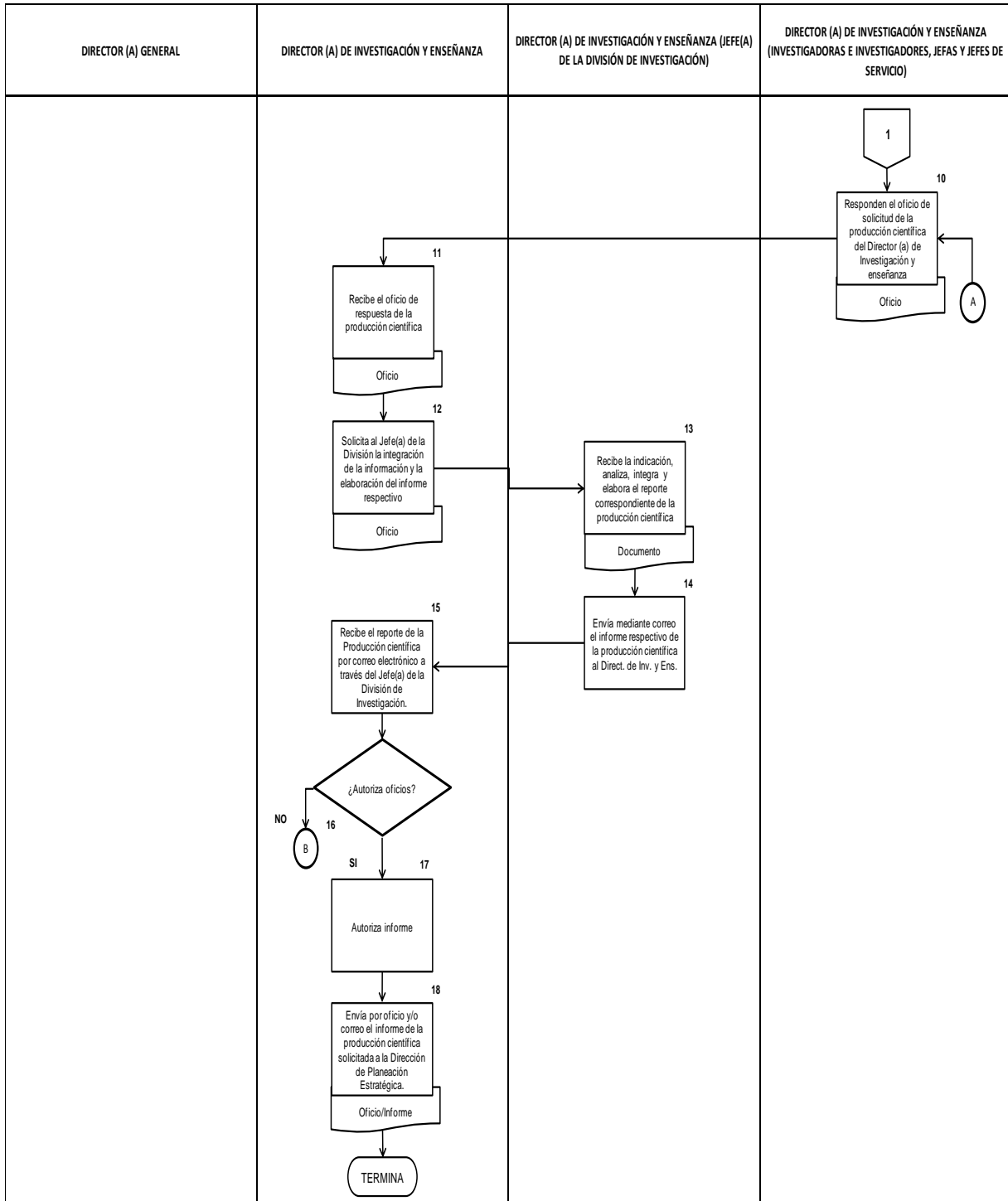
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	10. Procedimiento para la integración del informe trimestral y anual de la producción científica.	




Hoja: 4 de 7

	12	Solicita al/la Jefe(a) de la División la integración de la información y la elaboración del informe respectivo de forma verbal	
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	13	Recibe la indicación, analiza, integra y elabora el reporte correspondiente de la producción científica.	Documento
	14	Envía mediante correo electrónico el informe respectivo de la producción científica al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	15	Recibe el reporte de la Producción científica por correo electrónico a través del/la Jefe(a) de la División de Investigación.	Documento Oficio / Informe
		¿Autoriza informe?	
	16	No: Regresa a la actividad 10	
	17	Si: Autoriza informe	
	18	Envía oficio y/o correo electrónico con el informe de la producción científica solicitada a la Dirección de Planeación Estratégica.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	10. Procedimiento para la integración de los informes trimestral y anual de la producción científica.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de Publicación DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.3 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaria de Salud.	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Informe ejecutivo trimestral de la producción científica.	3 años	Director (a) de Investigación y Enseñanza	N/A
7.2 Oficios de solicitud de la producción científica.	1 año	Director (a) de Investigación y Enseñanza	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Hospital.-** Hospital Juárez de México
- 8.2 **Proyecto.-** Intención de hacer algo y el plan que, a la par, es necesario para realizarlo.
- 8.3 **Protocolo-** Documento de trabajo de investigación que sustenta los antecedentes, hipótesis y justificación de un proyecto de investigación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
Rev. 2	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento para plasmarlo como actualmente se lleva y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 1 de 8
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México		

11.PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL CENSO DE LOS/LAS INVESTIGADORES (AS) DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO


- 1.1 Mantener actualizado el censo del personal adscrito al Hospital, que realiza actividades en investigación, para conocer el desarrollo de la investigación vigente.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la División de Investigación y a los/las investigadores(as) del Hospital quienes son responsables de la difusión y aplicación de este Procedimiento ya que son los generadores del conocimiento que se reporta en la productividad del hospital.
- 2.2 A nivel externo no es aplicable


3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza, es el responsable de la difusión y aplicación de este Procedimiento entre el personal adscrito a la propia Dirección y será para su exclusivo uso y observación o consulta interna.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza la actualización del censo de los recursos humanos que se dedican a la investigación en el Hospital, con plaza de investigador (a) del Hospital y nombramiento vigente de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, o nombramiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores.
- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza, elaborar los oficios requeridos por los/las investigadores (as) para los trámites ante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza, elaborar los oficios requeridos por los/las investigadores (as) para los trámites ante el Sistema Nacional de Investigadores.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza, elaborar los oficios requeridos por los/las investigadores (as) para los trámites ante el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México Hoja: 3 de 8




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Investigación y Enseñanza	1	Recibe oficio o correo electrónico de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. (CCINSHAE) o Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para informar de la Convocatoria para el Ingreso, Promoción o Permanencia de los Investigadoras e Investigadores es en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) o en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).	Oficio o correo electrónico
	2	Revisa y analiza en conjunto con el/la Jefe(a) de la División de Investigación la factibilidad de que los/las investigadores(a) del Hospital participen en la convocatoria para el Ingreso, Promoción o permanencia de los investigadores en el Sistema Institucional de Investigadores o el Sistema Nacional de Investigadores. ¿Es posible participar en la convocatoria vigente?	
	3	No: Termina procedimiento.	
	4	Si: Difunde la convocatoria	
	5	Envía oficio o correo electrónico para informar convocatoria al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza (investigadores e Investigadoras.)	
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras e Investigadores.)	6	Reciben oficio de la convocatoria para el Ingreso, Promoción o Permanencia en el Sistema Institucional de Investigadores (SII) o en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI).	Oficio o correo electrónico Documentación
	7	Atienden los requisitos para participar en la convocatoria respectiva. ¿Atiende el oficio?	
	8	No: Termina procedimiento.	
	9	Si: Envía documentación de acuerdo a requisitos de la convocatoria al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza mediante el sistema electrónico CVIS o CVU, según corresponda.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	10	Recibe documentación de acuerdo a requisitos de la convocatoria mediante el CVIS para el caso del Sistema Institucional de Investigadores o en el acuso de envío para el caso del Sistema Nacional de Investigadores.	Documentación Dictamen
	11	Analiza la documentación del/la investigador(a) para Ingresar, promocionar o permanecer en el	

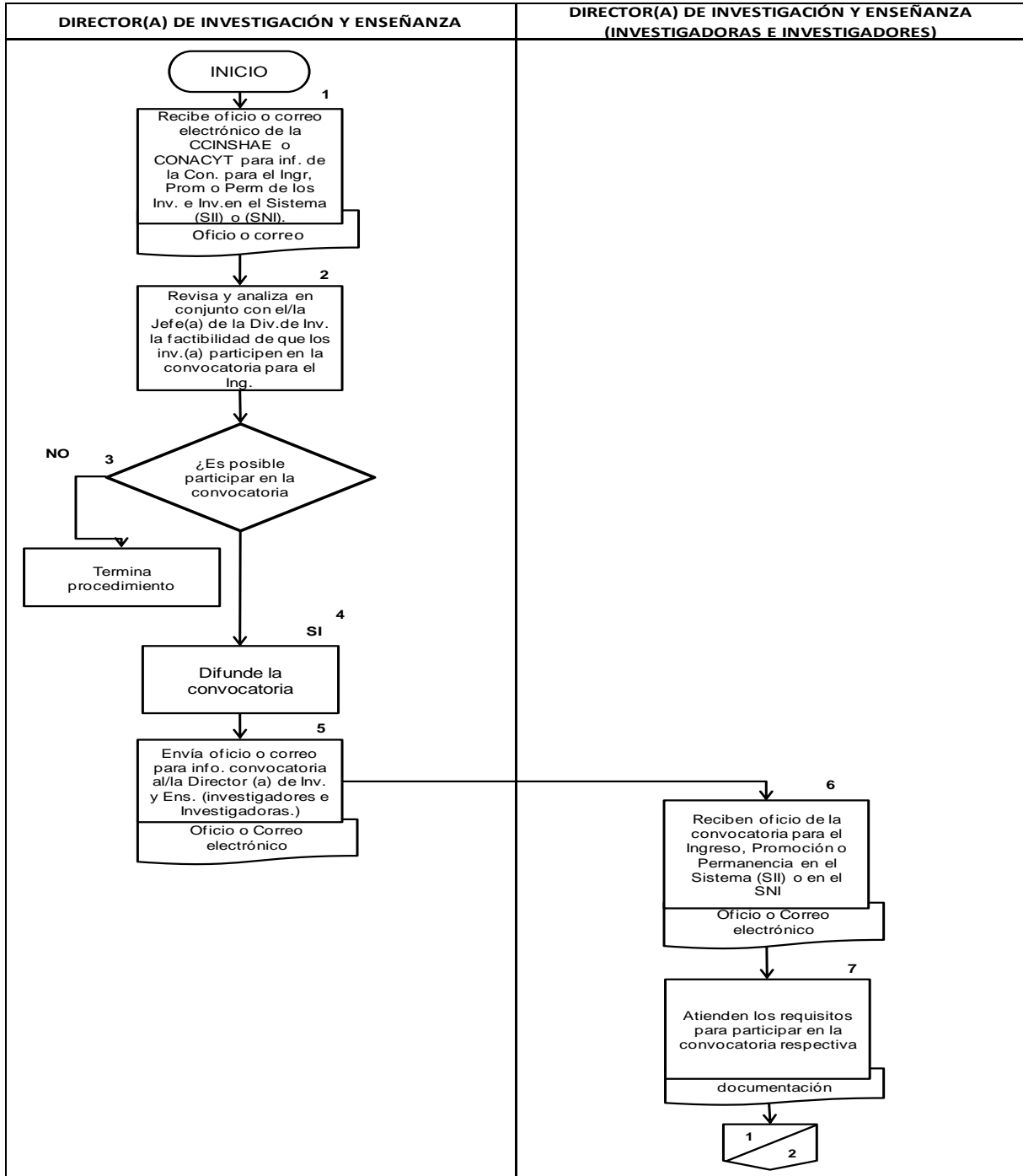
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México




Hoja: 4 de 8

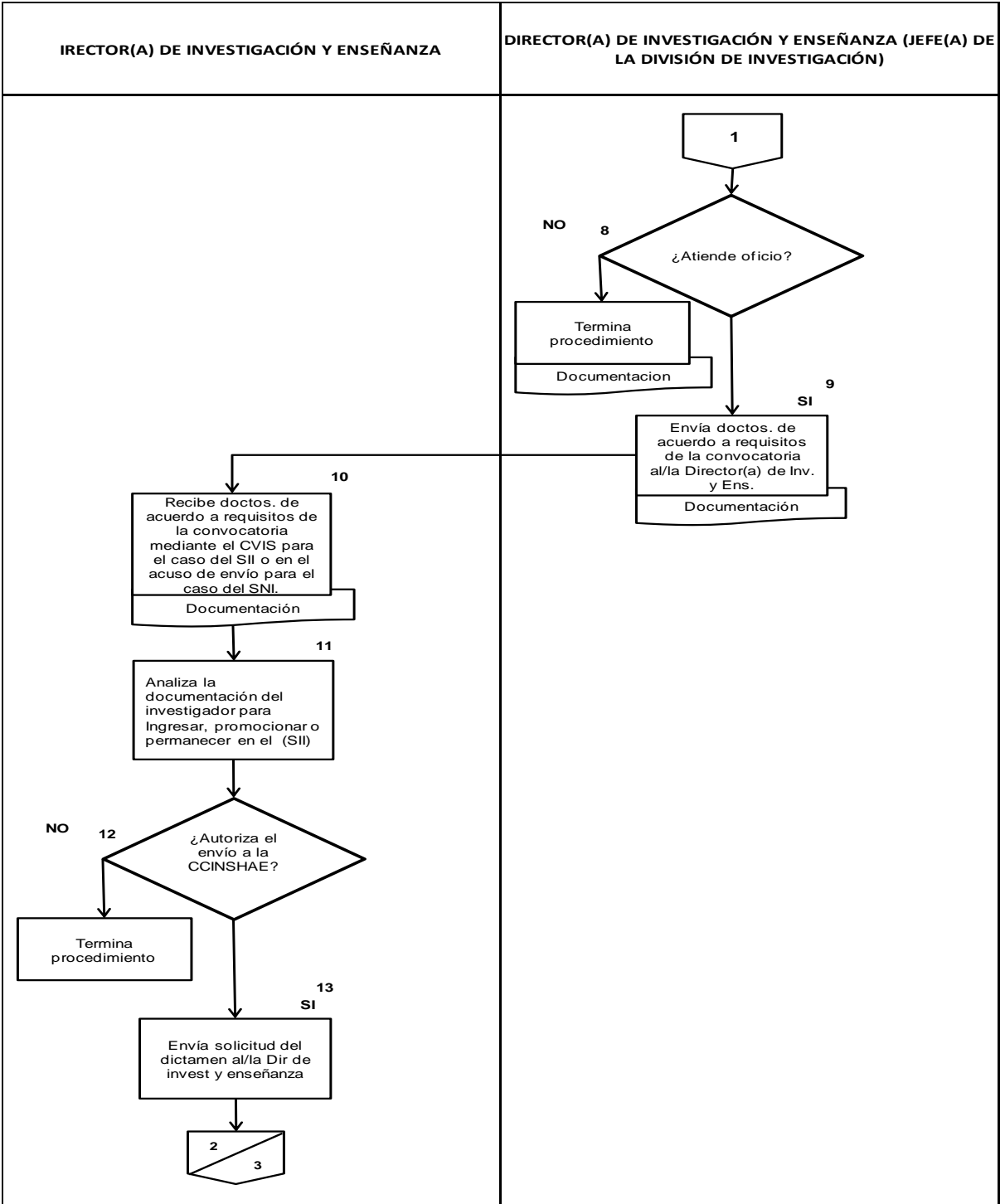
		<p>Sistema Institucional de Investigadores (SII)</p> <p>¿Autoriza el envío a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad?</p> <p>12 No: Termina procedimiento. 13 Si: Continúa procedimiento. 14 Recibe dictamen de la solicitud del/la Investigado (a) por parte de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.</p> <p>¿Es aceptado?</p> <p>15 No: Termina procedimiento. 16 Si: Actualiza censo de investigadores (as) 17 Informa y entrega nombramiento al/la Investigador(a) sobre el dictamen de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad a los investigadores</p>	
<p>Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras e Investigadores.)</p>	18	<p>Recibe nombramiento de ingreso, permanencia o promoción al Sistema Nacional de Investigadores (as) o consulta resultados del Sistema Nacional de Investigadores en sitio de Internet del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	<p>Carta</p>

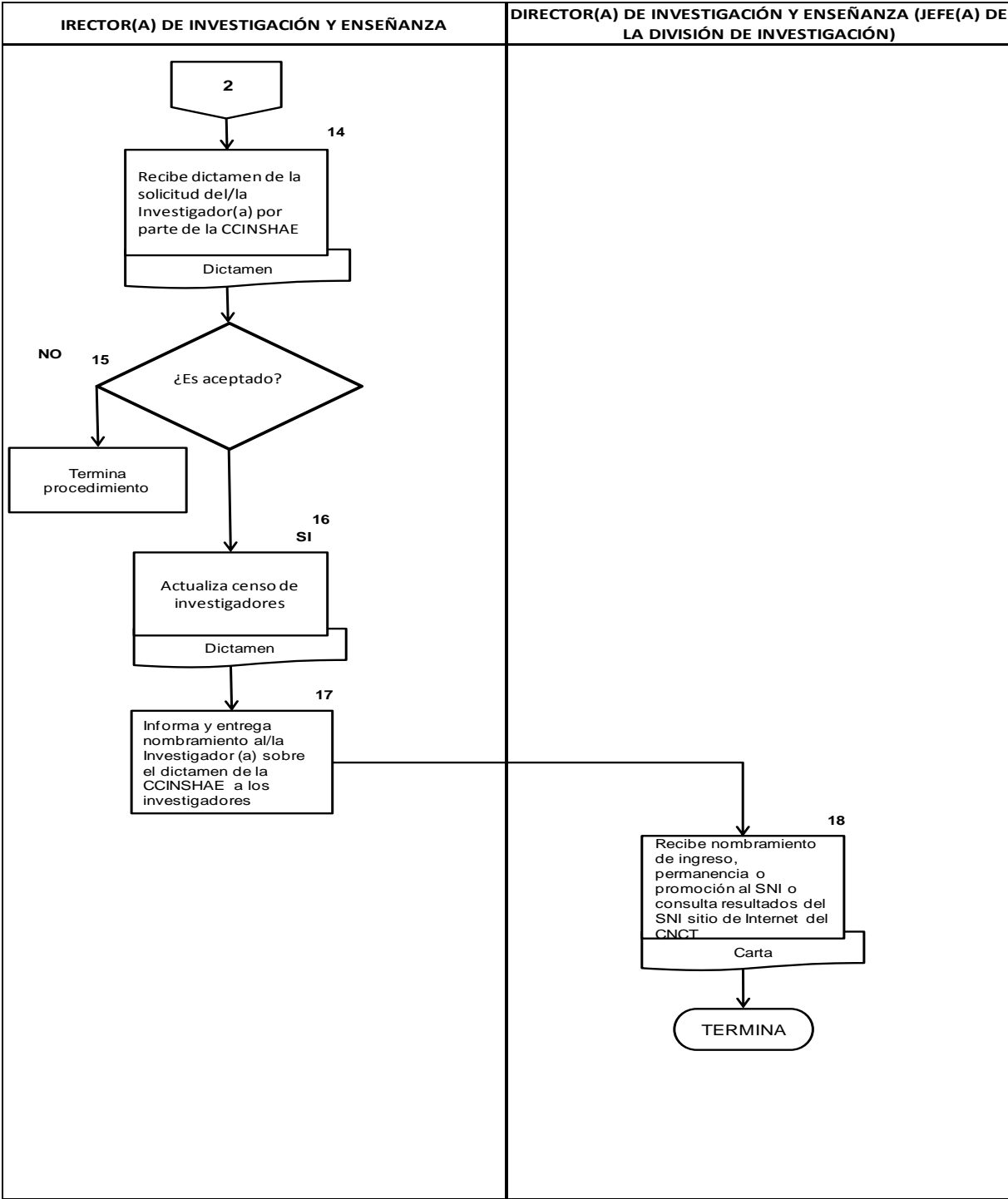
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México.		Hoja: 5 de 8




5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México.		Hoja: 6 de 8





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	11. Procedimiento para la actualización del censo de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016.	Diciembre 2016
6.3 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, octubre 2013	Septiembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Censo de Investigadores	5 años	Director(a) de Investigación y Enseñanza	N/A
7.2 Oficio Dictamen CCINSHAE	5 años	Director(a) de Investigación y Enseñanza	N/A
7.3 Carta oficio SNI	5 años	Director(a) de Investigación y Enseñanza	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 8.2 **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.-** Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- 8.3 **Hospital.-** Hospital Juárez de México
- 8.4 **Investigación.-** Análisis de datos o indicios con el fin de descubrir algo.
- 8.5 **Investigador (a).-** El que se encarga de investigar.
- 8.6 **SNI.-** Sistema Nacional de Investigadores.
- 8.7 **SII.-** Sistema Institucional de Investigadores
- 8.8 **SNI.-** Sistema Nacional de Investigadores
- 8.9 **CVU.-** Curriculum Vitae único del CONACyT
- 8.10 **CVIS.-** Curriculum Vitae de Investigadores en Salud de la CCINSHAE

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Actualización de la participación en convocatorias y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	12. Procedimiento para la asesoría en la presentación de los proyectos de investigación.		Hoja: 1 de 5

12.PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA EN LA PRESENTACIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	12. Procedimiento para la asesoría en la presentación de los proyectos de investigación.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Asesorar a los/las investigadores (as) adscritos (as) al Hospital Juárez de México sobre los requisitos administrativos para registrar protocolos de investigación en la Dirección de Investigación y Enseñanza.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la propia Dirección de Investigación y Enseñanza, a la División de Investigación y las investigadoras e Investigadores del Hospital cuya obligación es la de apoyar en el desarrollo del conocimiento
- 2.2 A nivel externo este procedimiento no es aplicable

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

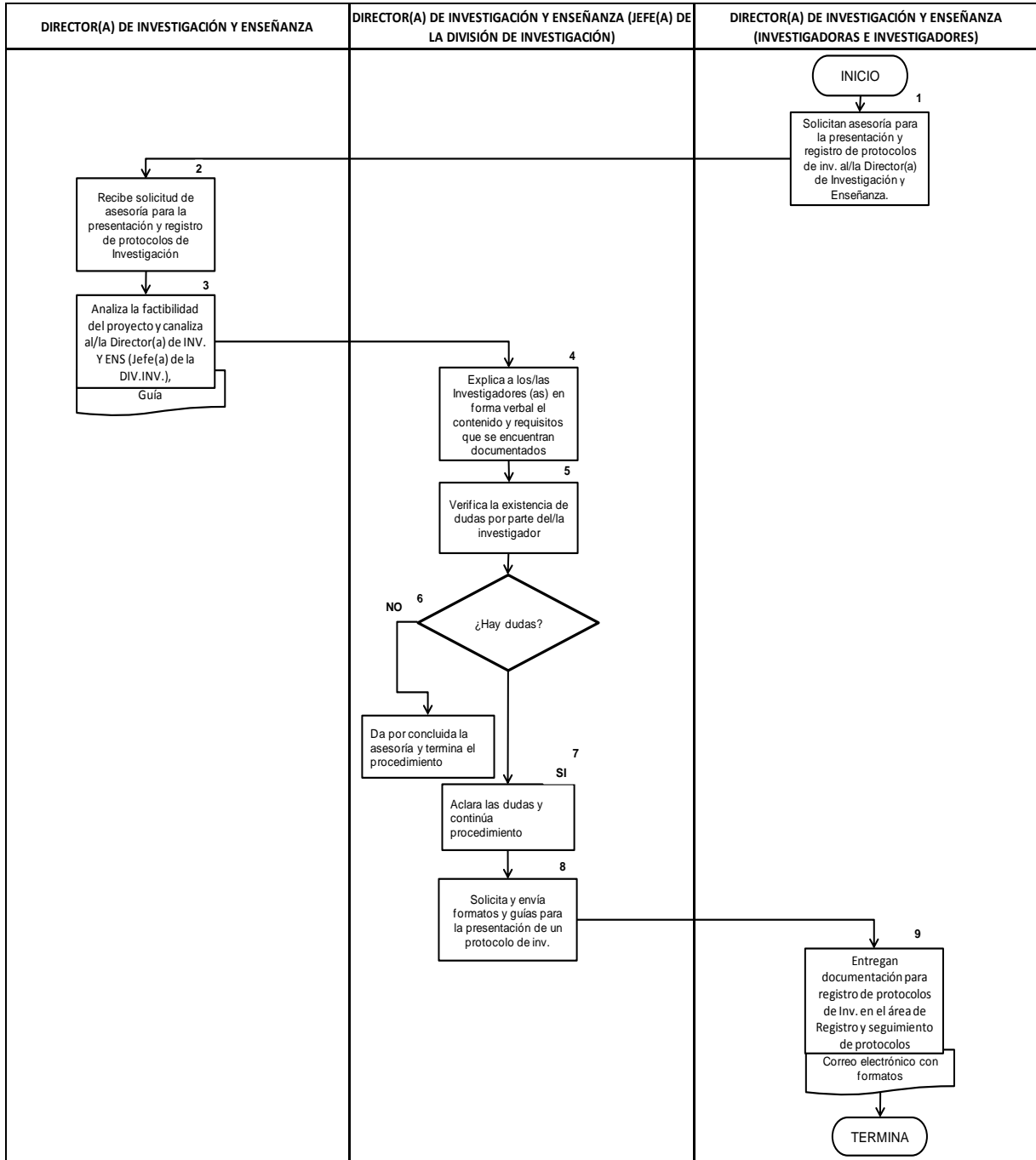
- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza es el responsable de la difusión y aplicación de este procedimiento entre el personal adscrito a la propia Dirección y será para su exclusivo uso y observación o consulta interna.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza es responsable de informar a los/las investigadores (as) las fechas y horarios de recepción de documentos.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza es responsable de aclarar todas las dudas generadas al investigador durante la asesoría.
- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza es responsable de vigilar la vigencia de la guía para la presentación de proyectos de investigación, mediante una estrecha comunicación con el Área de Registro y Seguimiento de Protocolos de la Dirección de Investigación y Enseñanza.
- 3.6 La Dirección de Investigación y Enseñanza deberá otorgar en todo momento asesoría al/la investigador (a) con respeto y cordialidad.




 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	12. Procedimiento para la asesoría en la presentación de los proyectos de investigación. Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras e Investigadores)	1	Solicitan asesoría para la presentación y registro de protocolos de investigación al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	2 3	Recibe solicitud de asesoría para la presentación y registro de protocolos de Investigación. Analiza la factibilidad del proyecto y canaliza al/la Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación), para explicar al investigador el mecanismo de registro de protocolos de Investigación en el Hospital.	Guía
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	4 5 6 7 8	Explica a los/las Investigadores(as) en forma verbal el contenido y requisitos que se encuentran documentados en la guía para la presentación de protocolos de investigación. Verifica la existencia de dudas por parte del/la investigador (a). ¿Hay dudas? No: Da por concluida la asesoría y termina el procedimiento. Si: Aclara las dudas y continúa procedimiento. Solicita correo electrónico del/la investigador (a) y envía por el mismo medio formatos y guías para la presentación de un protocolo de investigación.	Correo electrónico con formatos
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras e Investigadores)	9	Entregan documentación para registro de protocolos de Investigación en el área de Registro y seguimiento se protocolos de Investigación de la Dirección de Investigación y enseñanza. TERMINA PROCEDIMIENTO	Documentación

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	12. Procedimiento para la asesoría en la presentación de los proyectos de investigación.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2017
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016.	Diciembre 2016
6.3 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaria de Salud, octubre 2013	Septiembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Correos electrónicos sobre guías de proyectos	5 años	Director de Investigación y Enseñanza	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Guía para la presentación de proyectos de investigación.**- Documento en formato electrónico que integra todos los requisitos administrativos para presentar proyectos de investigación en la Dirección de Investigación y Enseñanza
- 8.2 **Investigación.**- Análisis de datos o indicios con el fin de descubrir algo.
- 8.3 **Investigador (a).**- El/La que se encarga de investigar.
- 8.4 **Proyecto.**- Intención de hacer algo y el plan que, a la par, es necesario para realizarlo.
- 8.5 **Protocolo.**- Documento de trabajo de investigación que sustenta los antecedentes, hipótesis y justificación de un proyecto de investigación

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Actualización de la participación en protocolos de investigación, se modifica diagrama y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	13. Procedimiento para la organización de seminarios de investigación.		Hoja: 1 de 7

13.PROCEDIMIENTO PARA LA ORGANIZACIÓN DE SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	13. Procedimiento para la organización de seminarios de investigación.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Estructurar un programa anual de seminarios con temas de carácter científico con el fin de, difundir y promover la vinculación de actividades en investigación entre los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la propia Dirección de Investigación y Enseñanza, a la División de Investigación y a las investigadoras e investigadores del Hospital que permitan una correcta difusión de la información de la producción y temática de la División de Investigación
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Dirección de Investigación y enseñanza es el responsable de la difusión y aplicación de este procedimiento entre el personal adscrito a la propia Dirección y será para su exclusivo uso y observación o consulta interna.
- 3.2 La Dirección de Investigación y enseñanza es responsable de difundir el programa anual de seminario, entre los/las investigadores (as) adscritos (as) al Hospital Juárez de México.
- 3.3 La Dirección de Investigación y enseñanza, es responsable de notificar vía correo electrónico a los/las investigadores (as) adscritos (as) al Hospital Juárez de México la cancelación de un seminario.
- 3.4 La Dirección de Investigación y enseñanza, deberá asegurarse que el coordinador de seminario, cuente con la lista de asistencia para la fecha programada.
- 3.5 Es responsabilidad del personal Administrativo del Auditorio, Aula magna y/o aulas de enseñanza, informar al coordinador del seminario, las normas y lineamientos para el uso adecuado del recinto.
- 3.6 Es responsabilidad del personal Administrativo del Auditorio, Aula magna y/o aulas de enseñanza, asegurar el correcto funcionamiento de las instalaciones del recinto.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	13. Procedimiento para la organización de seminarios de investigación.	

Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

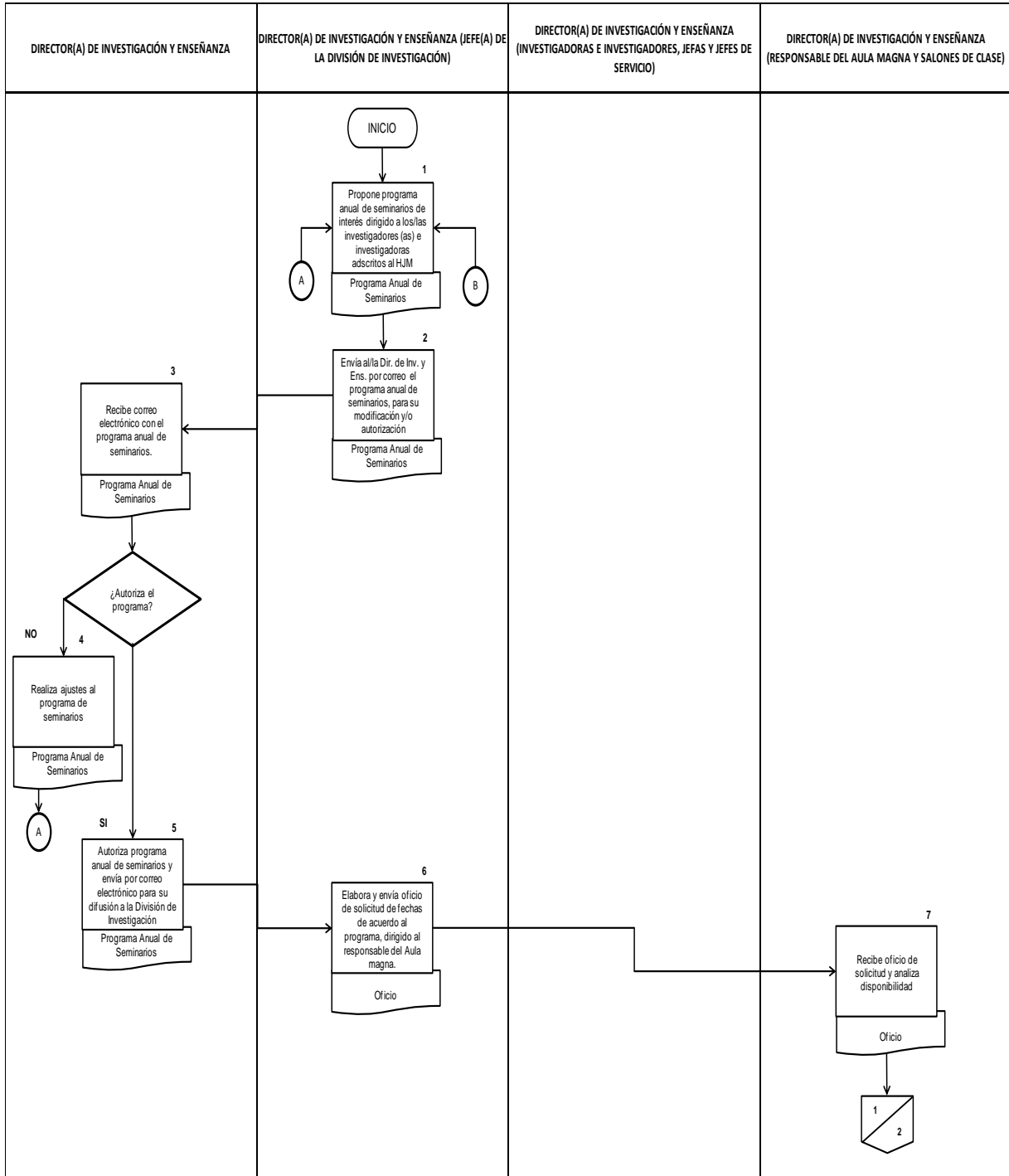
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	1	Propone programa calendarizado anual de seminarios con temas científicos de interés dirigido a las investigadoras e investigadores adscritos (as) al Hospital Juárez de México, y/o responsables de coordinar el seminario	Programa anual de seminarios
	2	Envía al/la Director (a) de Investigación y Enseñanza por correo electrónico el programa anual de seminarios, para su modificación y/o autorización.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	3	Recibe correo electrónico con el programa anual de seminarios.	Programa anual de seminarios
	4	¿Autoriza el programa? No: Realiza ajustes al programa de seminarios y regresa a la actividad 1.	
	5	Si: Autoriza programa anual de seminarios y envía por correo electrónico para su difusión a la División de Investigación.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	6	Elabora y envía oficio de solicitud de fechas de acuerdo al programa anual de seminarios, dirigido al responsable del Aula magna/salones de clase.	Oficio
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Responsable del Aula magna y salones de clase)	7	Recibe oficio de solicitud y analiza disponibilidad ¿Existe disponibilidad del aula magna y/o salones de clase?	Oficio
	8	No: Propone alternativas para que el/la Jefe(a) de la División de Investigación realice ajustes al programa de seminarios y regresa a la actividad 1.	
	9	Si: Confirma disponibilidad al/la Jefe (a) de la División de Investigación.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	10	Elabora correo electrónico y envía programa anual de seminarios calendarizado de acuerdo con las fechas confirmadas a los/las investigadores (as) adscritos (as) al Hospital Juárez de México.	Programa anual de seminarios
Director(a) de Investigación y	11	Reciben correo electrónico y revisa programa anual de seminarios	Programa anual de seminarios

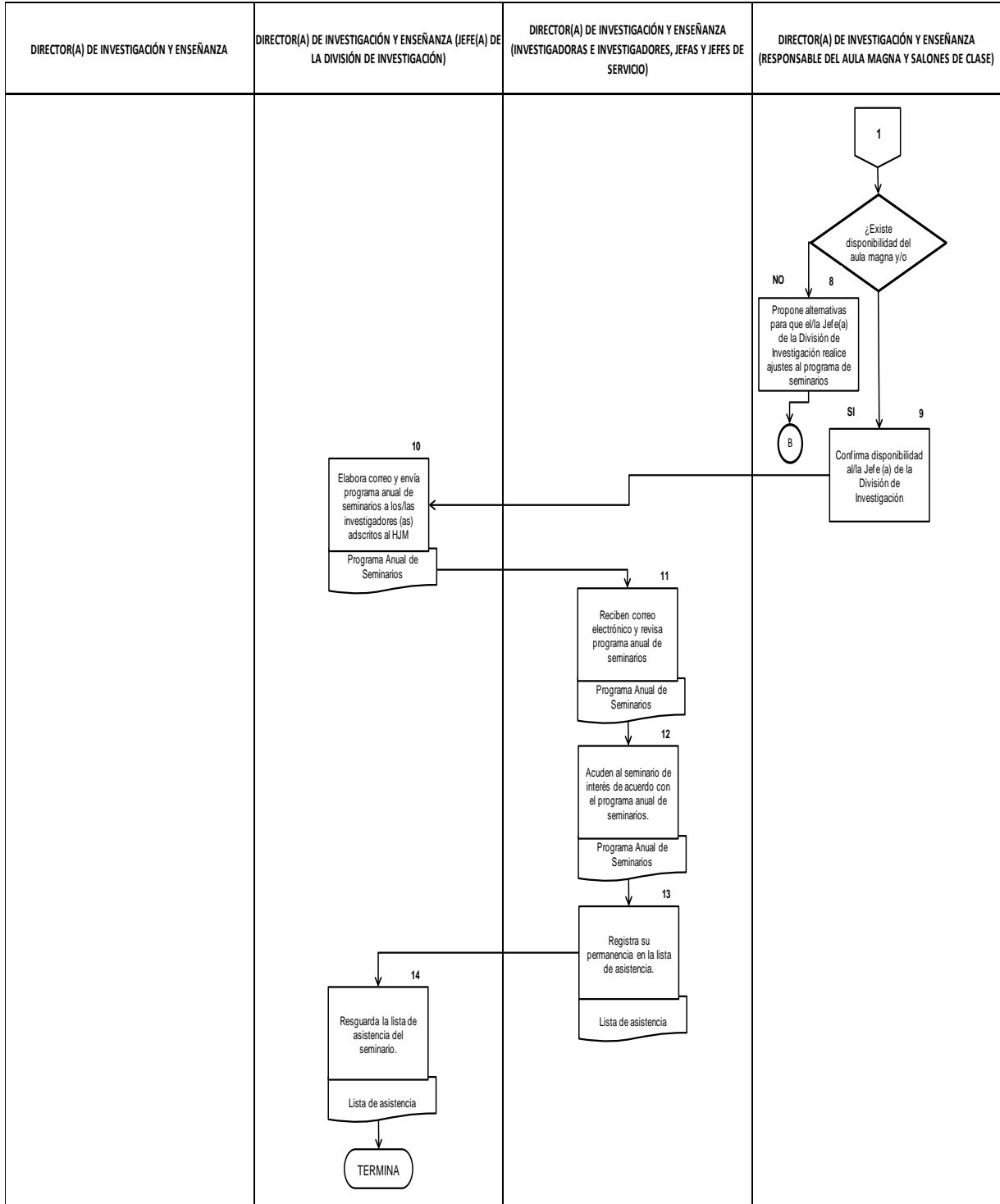
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	13. Procedimiento para la organización de seminarios de investigación.	




Hoja: 4 de 7

Enseñanza (Investigadoras e Investigadores)			
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Investigadoras e Investigadores)	12 13	Acuden al seminario de interés de acuerdo con el programa anual de seminarios. Registra su permanencia en la lista de asistencia.	Programa anual de seminarios Lista de asistencia
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de la División de Investigación)	14	Resguarda la lista de asistencia del seminario.	Lista de asistencia
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	13. Procedimiento para la organización de seminarios de investigación.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.3 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud,	Septiembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Lista de asistencia	1 año	Director(a) de Investigación y Enseñanza	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Investigación.-** Análisis de datos o indicios con el fin de descubrir algo.
- 8.2 **Investigador.-** El que se encarga de investigar.
- 8.3 **Seminario.-** reunión especializada que tiene naturaleza técnica y académica cuyo objetivo es realizar un estudio profundo de determinadas materias con un tratamiento que requiere una interactividad entre los especialistas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Actualización de la participación en seminarios y aplicación del lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	14. Procedimiento para la difusión de Convocatorias de tipo Académico y Científico.		Hoja: 1 de 7

14.PROCEDIMIENTO PARA LA DIFUSIÓN DE CONVOCATORIAS DE TIPO ACADÉMICO Y CIENTÍFICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	14. Procedimiento para la difusión de Convocatorias de tipo Académico y Científico.		Hoja: 2 de 7

1 PROPÓSITO



- 1.1 Informar a los/las investigadores (as) adscritos (as) al Hospital Juárez de México, mediante medios electrónicos, sobre las convocatorias de tipo académico y científico que se ofertan a través de Instituciones externas que ofertan incentivos a la investigación.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a la propia Dirección de Investigación y a la División de Investigación y a los/las investigadores (as) del Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.


3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza es el responsable de la difusión y aplicación de este procedimiento entre el personal adscrito a la propia Dirección y será para su exclusivo uso y observación o consulta interna.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación identificara en diferentes fuentes impresas o electrónicas: convocatorias, invitaciones, promociones del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CCINSHAE, instituciones privadas, nacionales e internacionales, etc. Para impulsar el desarrollo de la investigación.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza buscará en instituciones públicas o privadas apoyo para proyectos registrados en la Dirección de Investigación a los que aplique el procedimiento.
- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación apoyará a los/las investigadores (as) interesados, en las actividades para el trámite de las convocatorias seleccionadas.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	14. Procedimiento para la difusión de Convocatorias de tipo Académico y Científico. Hoja: 3 de 7

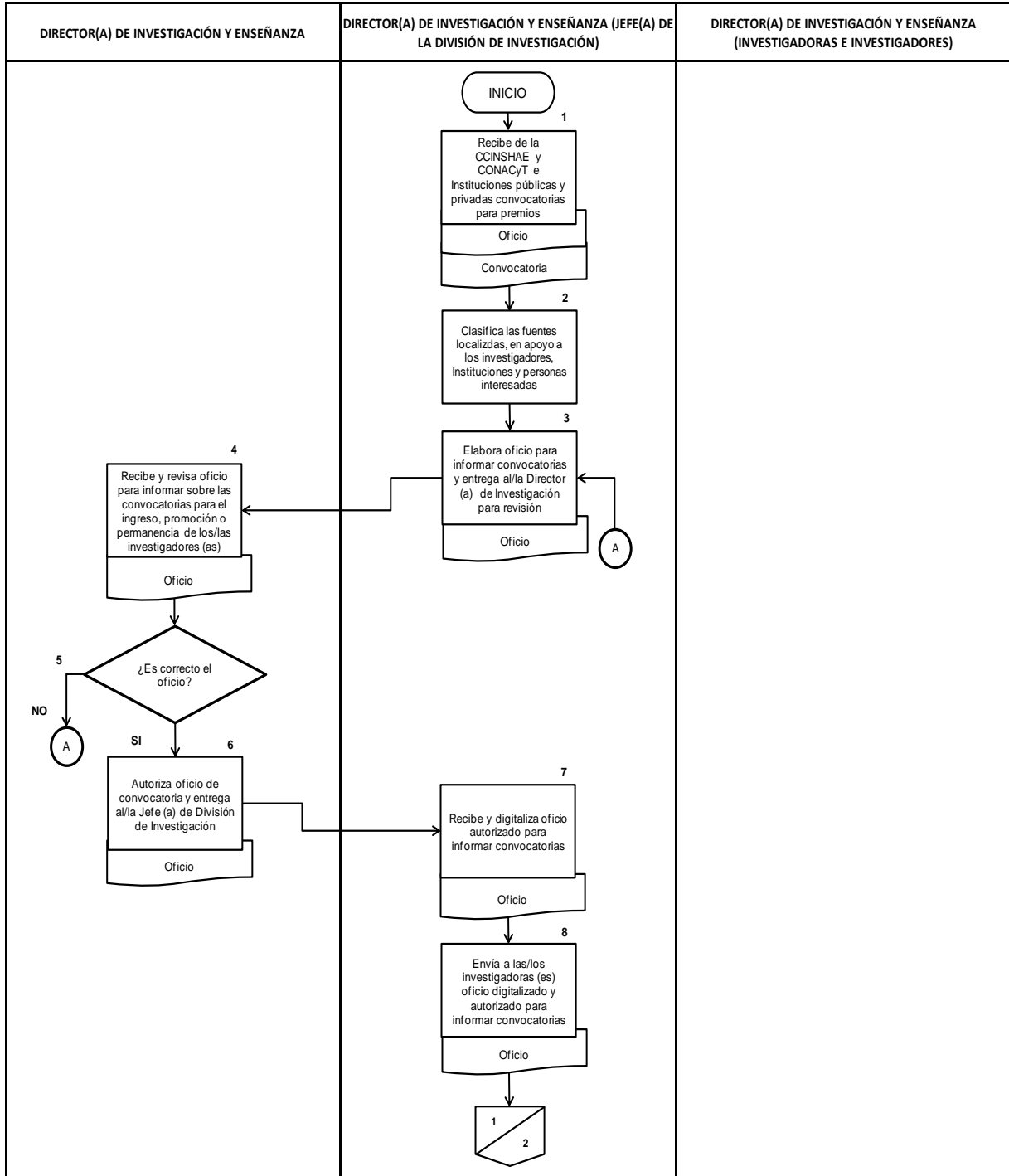
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

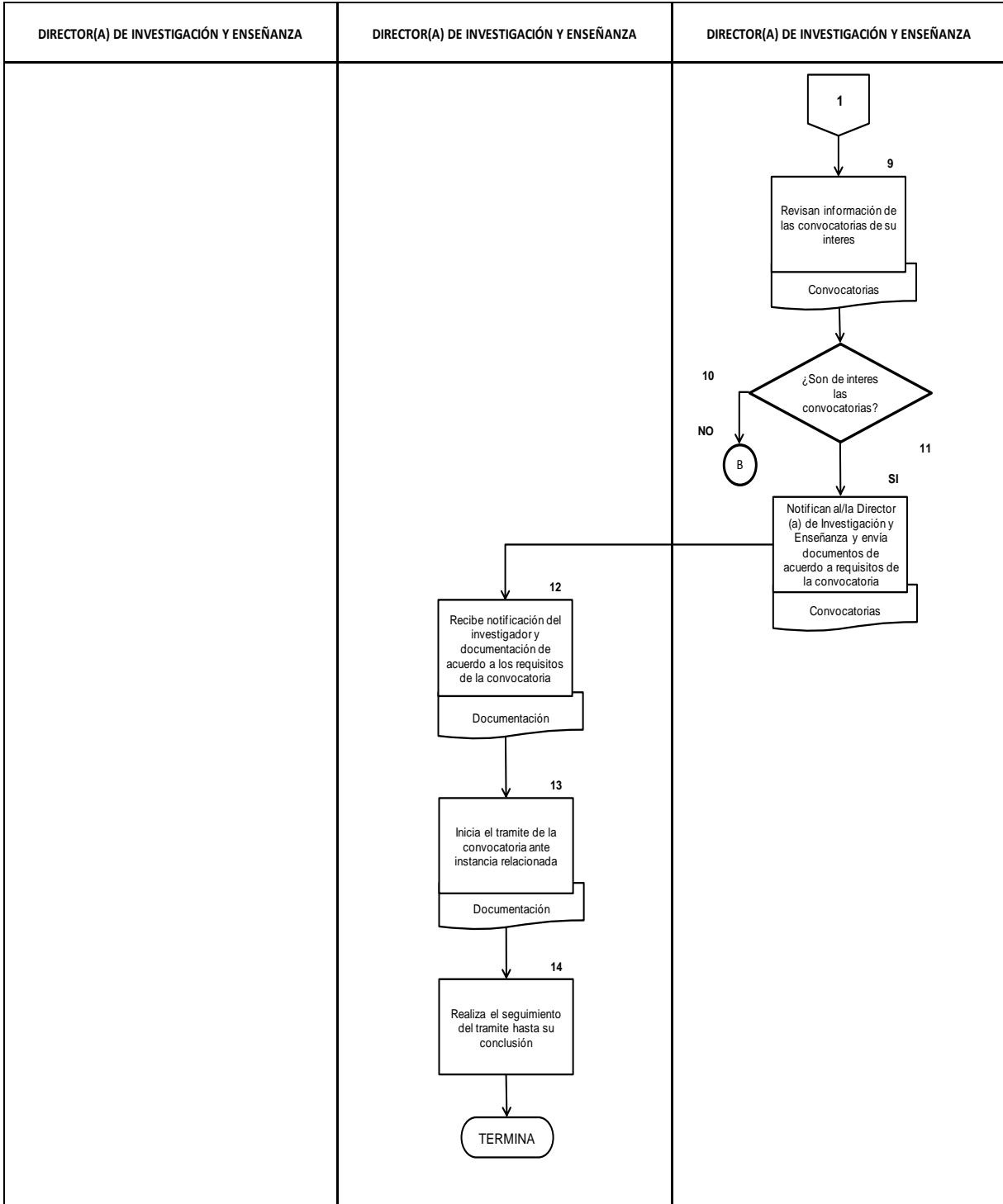
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)	1	Recibe de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y de instituciones públicas y privadas, convocatorias para premios, concursos y/o apoyos financieros para la realización de investigación biomédica, clínica, epidemiológica y sociomédica.	Oficio Convocatorias
	2	Clasifica las fuentes localizadas en: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo a los/las investigadores (as) con Premios, Cursos de Capacitación, Estímulos entre otros. ➤ Instituciones o personas interesadas en Proporcionar apoyo monetario y/o en especie para el desarrollo de proyectos. 	
	3	Elabora oficio para informar convocatorias y entrega al/la directora (a) de Investigación y Enseñanza para revisión.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	4	Recibe y revisa oficio para informar sobre convocatorias para el Ingreso, Promoción o Permanencia de los/las Investigadores (as)	Oficio.
	5	¿Es correcto el oficio? No: Regresa a la actividad 3.	
	6	Si: Autoriza Oficio de convocatorias y entrega al/la Jefe (a) de la División de Investigación para continuar el trámite.	
Jefe(a) de División de Investigación	7	Digitaliza oficio autorizado para informar convocatorias para el Ingreso, Promoción o Permanencia de los/las Investigadores (as).	Oficio.
	8	Envía a las investigadoras e Investigadores oficio digitalizado y autorizado para informar convocatorias, por correo electrónico.	
Investigadoras e investigadores	9	Revisan información de las convocatorias de su interés. ¿Son de interés las convocatorias?	Documentación.
	10	No: Termina procedimiento	
	11	Si: Notifican al/la Director (a) de Investigación y Enseñanza y envía documentación de acuerdo a los requisitos de la convocatoria.	




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	14. Procedimiento para la difusión de Convocatorias de tipo Académico y Científico. Hoja: 4 de 7	

Director(a) de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)	12	Recibe notificación del/la investigador(a) y documentación de acuerdo a los requisitos de la convocatoria.	Documentación.
	13	Inicia el trámite de la convocatoria ante la instancia relacionada.	
	14	Realiza el seguimiento del trámite hasta su conclusión.	
	TERMINA PROCEDIMIENTO		

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	14. Procedimiento para la difusión de Convocatorias de tipo Académico y Científico.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016.	Diciembre 2016
6.3 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaria de Salud, octubre 2013	Septiembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficios de convocatorias	2 años	Dirección de Investigación	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 8.2 **CONACyT.-** Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- 8.3 **Investigación.-** Análisis de datos o indicios con el fin de descubrir algo.
- 8.4 **Proyecto.-** Intención de hacer algo y el plan que, a la par, es necesario para realizarlo.
- 8.5 **Procuración de fondos.-** Obtención de recursos para el desarrollo de la investigación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se aplica el lenguaje incluyente, se realizan modificaciones al procedimiento así como a los diagramas de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.		Hoja: 1 de 9

15.PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO, DICTAMEN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.		Hoja: 2 de 9

1 PROPÓSITO




- 1.1 Registrar y someter al Comité de Investigación los protocolos de investigación y darles seguimiento hasta su conclusión aquellos que fueron aprobados por los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad.

2 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación y Enseñanza en su totalidad, así como a cualquier profesional de la salud del Hospital interesado en realizar proyectos de investigación.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los Profesionales de la Salud de otras instituciones, cuyo perfil sea idóneo para desempeñarse dentro del ámbito de competencia de la Dirección de Investigación y estén interesados en el ejercicio de la Investigación en el área de la Salud.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza, será la única responsable de la difusión y aplicación de este Procedimiento entre el personal adscrito al Hospital.
- 3.2 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza llevar el control diario de los Protocolos que se reciban de parte de los/las investigadores (as) del Hospital Juárez de México, así como el seguimiento que se le dé a dicho Protocolo.
- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza atender de manera pronta todos y cada uno de los Protocolos que se le presenten para coadyuvar con el mejoramiento del servicio prestado por la misma Dirección en lo particular y en el propio Hospital Juárez de México.
- 3.4 El/la Director (a) de Investigación y Enseñanza tendrá la responsabilidad de canalizar los Protocolos que se encuentren debidamente revisados y validados por los comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad para su respectiva dictaminación y Vo.Bo. del/la Director (a) General del Hospital.
- 3.5 En todo momento, será responsabilidad de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, la recepción, revisión, dictaminación y elaboración de las Actas respectivas de los Protocolos que hayan sido canalizados por la propia Dirección de Investigación y Enseñanza.
- 3.6 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza, a través del Área de Registro y Seguimiento de Protocolos, la revisión inicial de los documentos que integran los Protocolos que se reciban, para su posterior canalización a los Comités. No podrán recibirse para su registro protocolos que presenten documentación incompleta.
- 3.7 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza suspender o cancelar cualquier protocolo que a su juicio se desvíe de sus objetivos iniciales sin una justificación aceptable para el Comité de Investigación, así como aquellos casos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.		Hoja: 3 de 9


- que, en su juicio, violen o se desvíen de los lineamientos aprobados por los Comités de Ética en Investigación y de Bioseguridad.
- 3.8 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza la aprobación y seguimiento de los proyectos derivados de convenios con terceros como los de la Industria Farmacéutica.
- 3.9 El Comité Técnico Administrativo de los Recursos para Investigación del Hospital Juárez De México (COTARI) observará, vigilará y dará recomendaciones sobre el uso de los recursos financieros obtenidos de entidades lucrativas, asignados a protocolos de investigación factibles, siempre cuidando no afectar las prioridades del Hospital Juárez de México y que los protocolos hayan sido autorizados por los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad.
- 3.10 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza la supervisión de los contratos, asignación y distribución de los recursos obtenidos de los proyectos derivados de convenios con terceros y vigilar que la información de los mismos sea confidencial, por lo que se manejarán como Información Reservada

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.

Hoja: 4 de 9

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

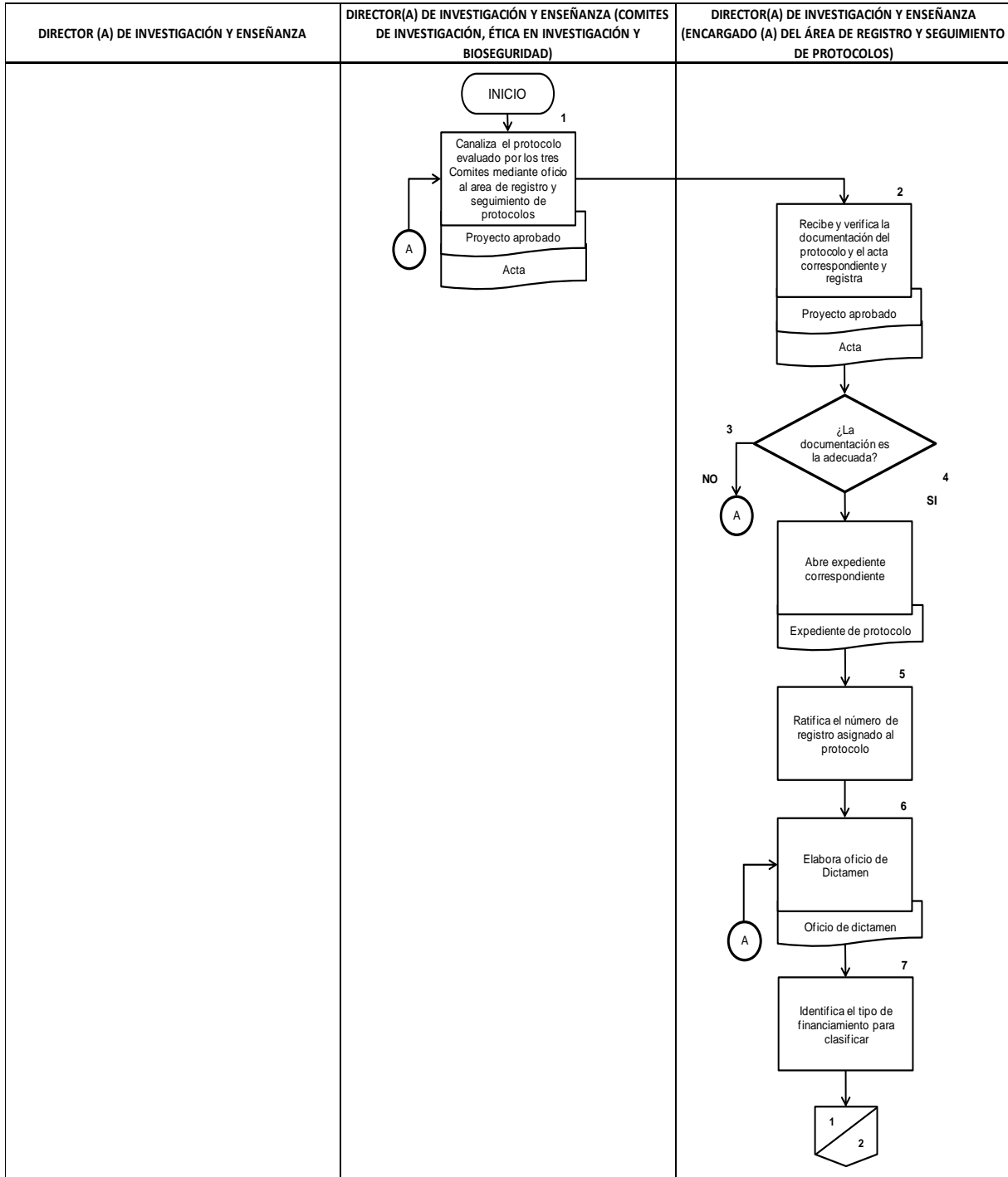
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) de Investigación y Enseñanza /Comité de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad	1	Canalizan el protocolo evaluado por los tres Comités mediante oficio al Área de Registro y Seguimiento de Protocolos de la propia Dirección de Investigación y Enseñanza, para su control, seguimiento y guarda.	Proyecto Aprobado Acta.
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Encargado(a) del Área de Registro y Seguimiento de Protocolos)	2	Recibe y verifica la documentación del protocolo y el Acta correspondiente y registra.	Proyecto Aprobado Acta. Oficio.
	3	¿Documentación es la adecuada?	
	4	No: Regresa a la actividad 1.	
	5	Si: Abre el expediente correspondiente	
	6	Ratifica el número de registro asignado al protocolo.	
	7	Elabora oficio de dictamen.	
	8	Identifica el tipo de financiamiento para clasificar.	
	8	Da de alta en el caso de protocolos autorizados (el protocolo vigente con fecha de aprobación) Envían el oficio de aprobación al/la Director (a) de Investigación y Enseñanza	
Director(a) de Investigación y Enseñanza	9	Recibe, revisa, y firma oficio de aprobación del Protocolo para el Vo.Bo. del/la Director (a) General del Hospital y su envío al Investigador responsable.	Oficio de solicitud.
	10	¿El oficio está elaborado correctamente?	
	11	No: Regresa a la actividad 6. Si: Continúa el procedimiento.	
Director(a) de Investigación y Enseñanza (Encargado(a) del Área de Registro y Seguimiento de Protocolos)	12	Abre expediente de Protocolo y archiva junto con toda la documentación relacionada con el mismo.	Expediente. Documentación Relación de los protocolos Oficio de requerimientos.
	13	En el caso de protocolos con la Industria Farmacéutica es indispensable el convenio donde se especifiquen los puntos en la normatividad vigente. Envía relación de los protocolos patrocinados por la Industria Farmacéutica y empresas no lucrativas así como el oficio de requerimientos a la Dirección de Administración.	
	14	Solicita cada 3 meses avances del protocolo y productos de la investigación por oficio firmado por el/la Director(a) de Investigación y Enseñanza a las Investigadoras e Investigadores	

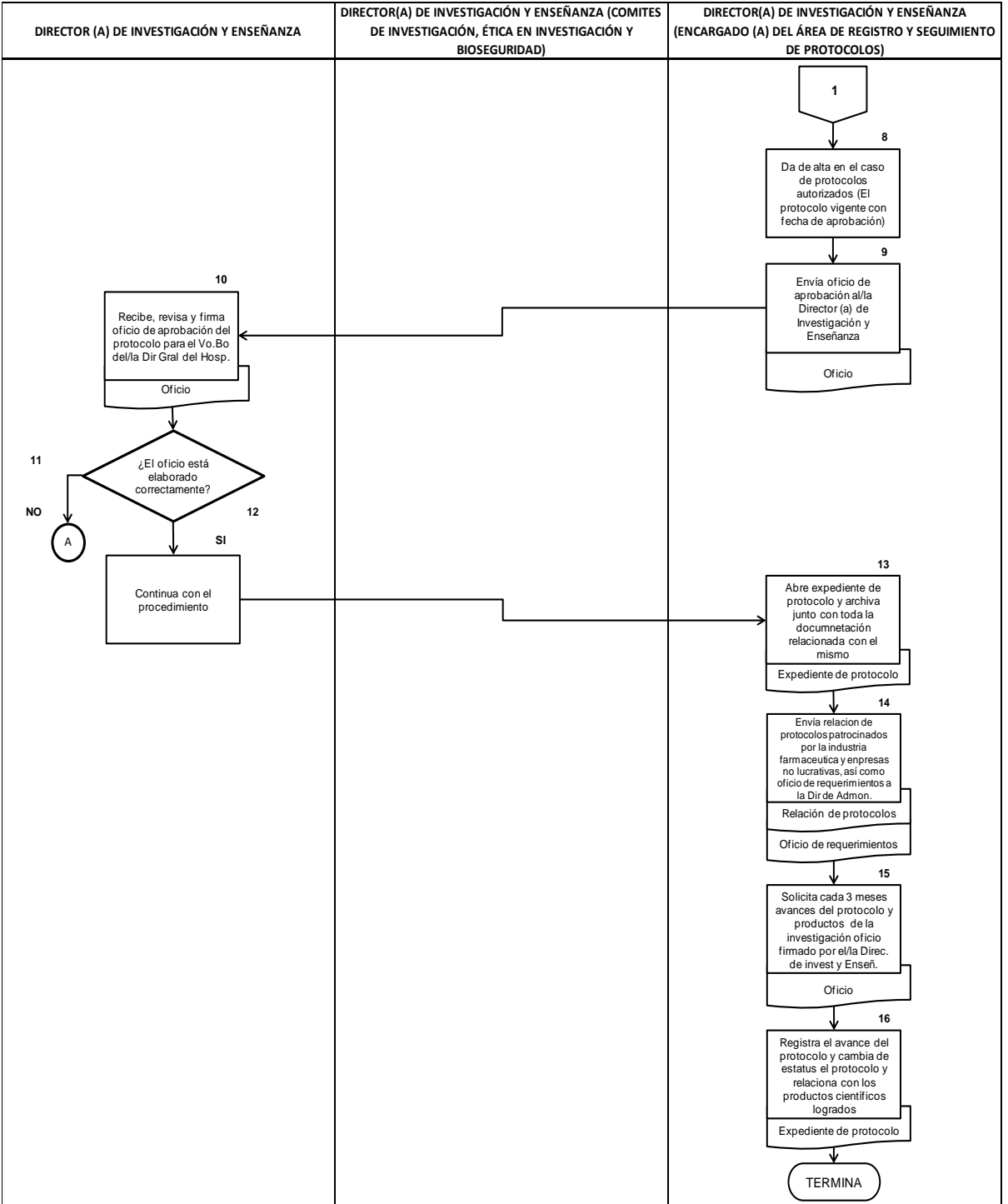
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.	




Hoja: 5 de 9

	15	<p>principales del protocolo. Registra el avance del protocolo y cambia de estatus el protocolo y relaciona con los productos científicos logrados, según sea el caso como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolo en proceso. ➤ Protocolo terminado. ➤ Protocolo suspendido ➤ Protocolo cancelado <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
--	----	---	--

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.		Hoja: 8 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.3 Manual de Procedimientos del Comité de Investigación	20-01-2015
6.4 Políticas y Lineamientos para el Desarrollo de la Investigación Científica	N/A
6.5 Manual de Integración y Funcionamiento del Comité Técnico Administrativo de los Recursos para Investigación del HJM.	N/A

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Protocolo de Investigación	3 años después de su conclusión	Área de Registro y Seguimiento de Protocolos.	N/A
7.2 Protocolo de Investigación con la Industria Farmacéutica	10 años	Área de Registro y Seguimiento de Protocolos.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Investigación:** A estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud, todos estos, ya sea en seres humanos, en animales de laboratorio, en tejidos y células de ellos.
- 8.2 Protocolo de investigación:** Al documento que describe la propuesta de una investigación, estructurado de manera metodológica y sistematizada en sus diferentes fases, y se realiza bajo la responsabilidad, conducción y supervisión de un investigador principal, especificando objetivos y metas por alcanzar en períodos determinados, cumpliendo con la NOM.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Incorporar las facultades del Comité Técnico Administrativo de los Recursos para Investigación del Hospital Juárez de México (COTARI)




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 9 de 9
	15. Procedimiento para el registro, dictamen y seguimiento de los proyectos de Investigación.		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 1 de 8
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.		

16. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO Y EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO



- 1.1 Elaborar el programa anual de trabajo en el que se encuentren definidas las líneas estratégicas de acción, metas y objetivos, que contribuyan al cumplimiento de la misión y visión institucional.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: este procedimiento es aplicable en las áreas que pertenecen a la Dirección de Investigación (Unidad de Enseñanza) o relacionadas con la formación de recursos humanos, educación continua y capacitación que se encuentran en el Hospital Juárez de México.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) elabora el Programa Anual de Trabajo, conforme a la misión y visión institucional del Hospital Juárez de México.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) planea, difunde, desarrolla y evalúa el desarrollo de los programas y/o actividades de internado de pregrado, servicio social, posgrado, educación médica continua y capacitación en el Hospital Juárez de México.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) verifica, supervisa y evalúa el desarrollo del programa anual de actividades, de las diferentes áreas que la integran.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.	

Hoja: 3 de 8



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	1	Consulta los documentos técnico-normativos para la elaboración del programa anual de trabajo.	Manual de Organización del Hospital Juárez.
	2	Instruye a los responsables de las áreas adscritas, en la elaboración del análisis estratégico y programa anual de trabajo.	Manual de Organización Especifico de la Unidad de Enseñanza.
	3	Informa con oficio a los/las responsables de las áreas adscritas, la elaboración del programa anual de trabajo de la Unidad de Enseñanza.	Programa anual de trabajo anterior.
Responsables de las Áreas adscritas	4	Reciben con oficio la instrucción para elaborar el análisis estratégico y programa anual de trabajo.	Análisis estratégico
	5	Elabora el análisis estratégico y programa anual de trabajo de su área.	Proyecto de programa anual de trabajo
	6	Envía con oficio al Titular de la Unidad de Enseñanza, el análisis estratégico y proyecto de programa anual de trabajo.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	7	Recibe con oficio el análisis estratégico y proyecto de programa anual de trabajo y lo analiza. ¿Está alineado con la misión y visión de la Unidad de Enseñanza?	Análisis estratégico Proyecto de programa anual de trabajo
	8	No: Indica modificaciones y regresa a la actividad 4.	
	9	Si: Organiza el programa anual de trabajo de la Unidad de Enseñanza.	
	10	Analiza las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de la Unidad de Enseñanza.	
	11	Define el programa anual de trabajo de la Unidad de Enseñanza.	
	12	Envía con oficio el programa anual de trabajo, al Director General.	
Director/a General del Hospital Juárez de México	13	Recibe con oficio el programa anual de trabajo y lo analiza. ¿Está alineado el programa anual de trabajo con la misión y visión institucional?	Oficio Programa Anual de Trabajo
	14	No: Indica modificaciones y regresa a la actividad 10.	
	15	Si: Autoriza el programa anual de trabajo.	
	16	Informa con oficio la autorización del programa anual de trabajo, al Titular de la Unidad de Enseñanza.	

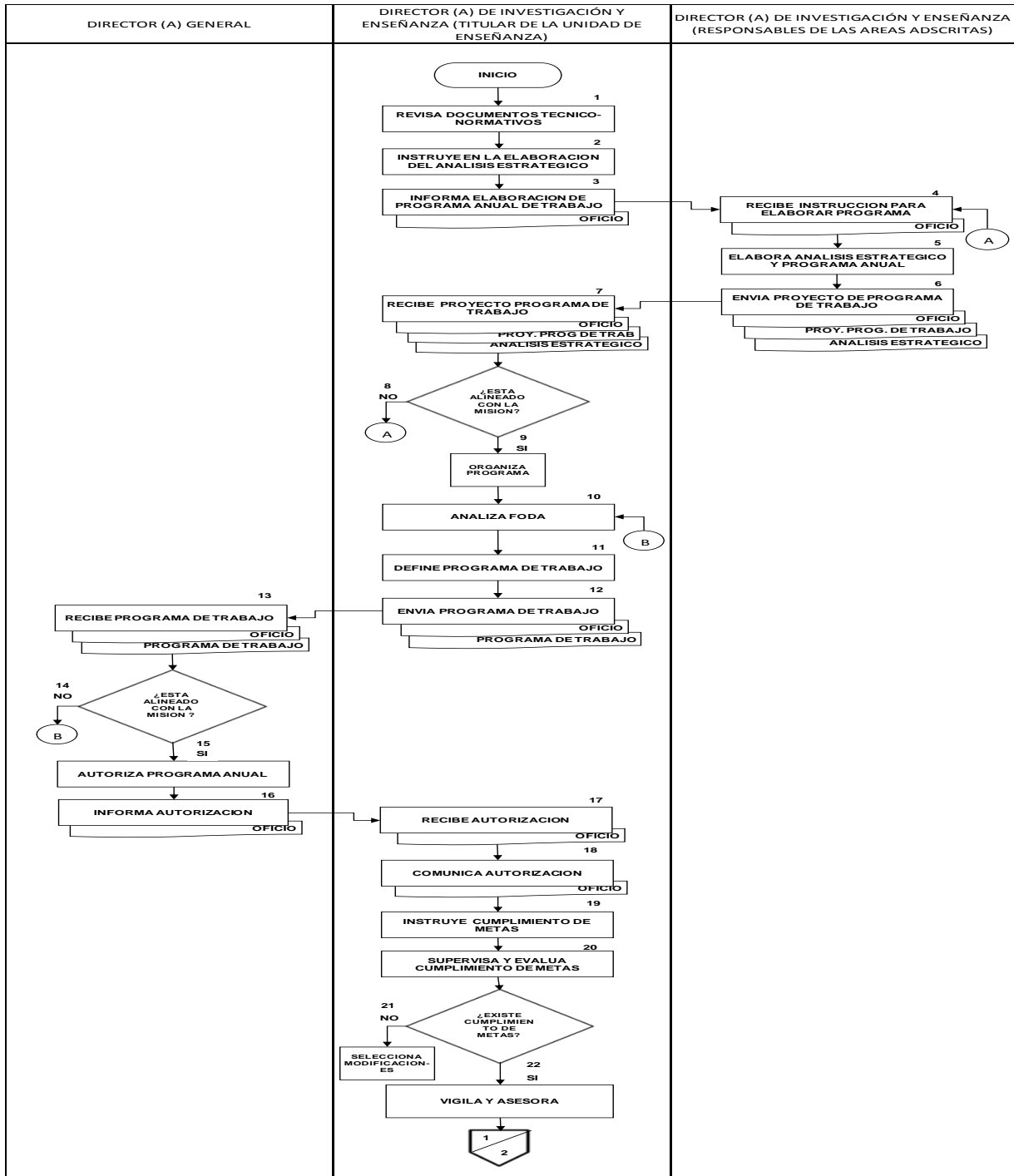
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.	




Hoja: 4 de 8

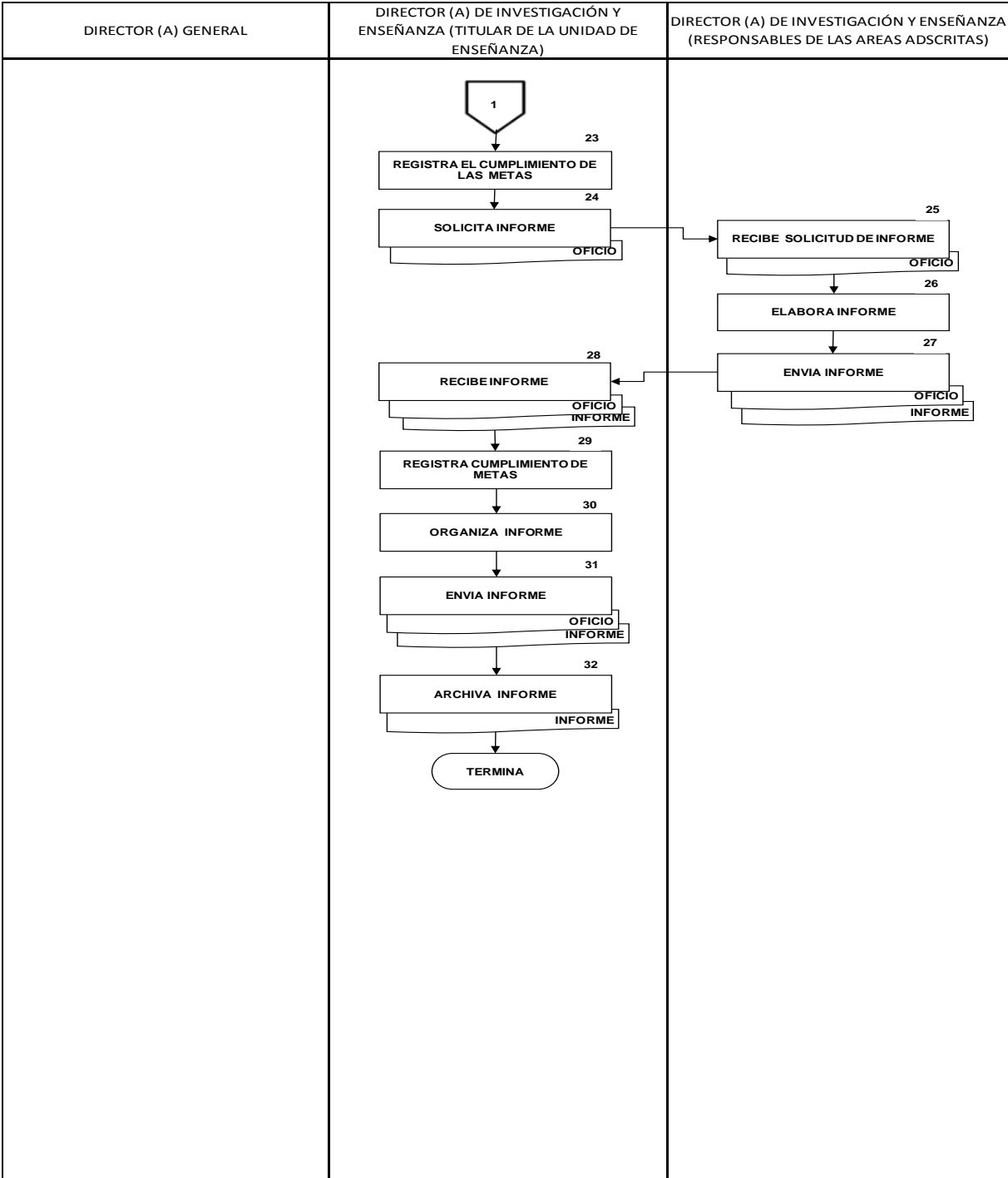
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	17	Recibe con oficio la autorización para el desarrollo del programa anual de trabajo.	Oficio Programa Anual de Trabajo Informe
	18	Comunica con oficio la autorización del programa anual de trabajo, a las áreas adscritas.	
	19	Instruye a los/las responsables de las áreas adscritas, en el cumplimiento de las metas.	
	20	Supervisa y evalúa el cumplimiento de las metas. ¿Existe cumplimiento de las metas?	
	21	No: Selecciona con los/las responsables de las áreas adscritas, las modificaciones convenientes.	
	22	Si: Vigila y asesora en el cumplimiento de las metas.	
	23	Registra el cumplimiento de las metas de las áreas adscritas.	
	24	Solicita con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual, a los responsables de las áreas adscritas.	
Responsables de las Áreas adscritas.	25	Recibe con oficio la solicitud de informe mensual, trimestral, semestral y anual.	Oficio Informe
	26	Elabora informe mensual, trimestral, semestral y anual.	
	27	Envía con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual, al Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	28	Recibe con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual sobre el cumplimiento de las metas.	Oficio Informe
	29	Registra el cumplimiento de las metas de las áreas adscritas.	
	30	Organiza el informe sobre el cumplimiento de las metas de la Unidad de Enseñanza.	
	31	Envía con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual, al Director General.	
	32	Archiva el informe para consulta.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 5 de 8
16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 6 de 8
16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.		Hoja: 7 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2	Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	Publicado en el D.O.F. 26-1-2005
6.3	Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4	Programa anual de trabajo anterior.	Enero, 2015
6.5	Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS



Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa anual de trabajo.	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Metas.** Es la definición concreta de qué se quiere alcanzar en un período determinado.
- 8.2 **Objetivo.** Es la expresión cualitativa y genérica de los fines que se tratan de alcanzar, debe ser definido de manera que pueda ser utilizado como medida de comparación en el momento de la evaluación.
- 8.4 **Política.** Es el conjunto de lineamientos, orientaciones, principios, normas y especificaciones concretas, que responden al análisis de exigencias de desarrollo, que una institución educativa establece y de acuerdo con las cuales dirige funciones sustantivas y adjetivas.
- 8.5 **Programa anual de trabajo:** Instrumento que permite traducir los lineamientos generales de la planeación, en objetivos y metas concretas a desarrollar en el corto plazo, definiendo responsables, temporalidad y especialidad de las acciones, para lo cual se asignan recursos en función de las disponibilidades y necesidades contenidas en los balances de recursos humanos, materiales y financieros.
- 8.6 **Supervisión:** Verificación y comprobación de las actividades emprendidas en el desarrollo de un proceso sistemático de trabajo, acordes con programas y proyectos previamente formulados.



9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	16. Procedimiento para la elaboración y desarrollo del programa anual de trabajo y evaluación del desempeño.		Hoja: 8 de 8

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	17. Procedimiento para la elaboración de necesidades presupuestales.		Hoja: 1 de 5

17.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE NECESIDADES PRESUPUESTALES.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	17. Procedimiento para la elaboración de necesidades presupuestales.		Hoja: 2 de 5

1. PROPÓSITO



- 1.1 Elaborar y presentar el plan presupuestal con el fin de conseguir las metas y actividades planeadas por la Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza).

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: este procedimiento aplica a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) y Dirección de Administración para la asignación y disposición de los recursos presupuestales.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el/la responsable de elaborar y solicitar a la Dirección de Administración la autorización, ampliaciones o transferencias para cubrir las necesidades presupuestales.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el/la responsable de elaborar el proyecto de presupuesto para el ejercicio fiscal correspondiente.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el/la responsable de ajustar el presupuesto para cubrir las necesidades de las áreas que la integran, previa autorización de la Dirección de Administración.

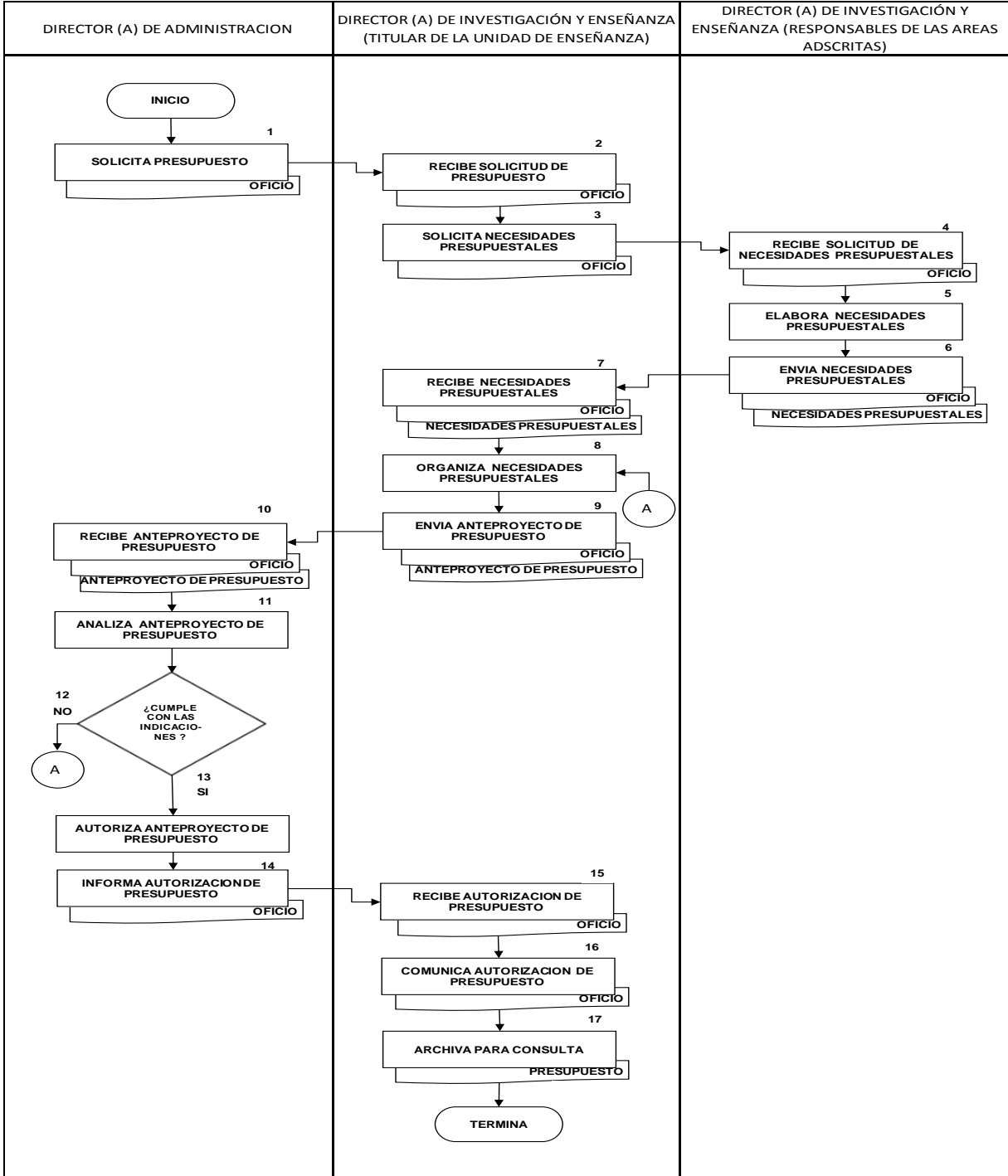
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	17. Procedimiento para la elaboración de necesidades presupuestales.	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Solicita con oficio el presupuesto correspondiente al capítulo 2000 (materiales y suministros), 3000 (necesidades de asesoría y capacitación de empleados) y 5000 (bienes muebles) al Titular de la Unidad de Enseñanza.	Oficio
Director de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	2 3	Recibe con oficio la solicitud de presupuesto. Solicita con oficio a los responsables de las áreas adscritas, las necesidades presupuestales.	Oficio
Responsables de las Áreas adscritas	4 5 6	Reciben con oficio, la solicitud de las necesidades presupuestales de su área. Elabora necesidades presupuestales de acuerdo a la solicitud. Envía con oficio al Titular de la Unidad de Enseñanza, las necesidades presupuestales de su área.	Oficio Necesidades presupuestales
Director de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) Titular de la Unidad de Enseñanza	7 8 9	Recibe con oficio las necesidades presupuestales. Organiza las necesidades de las áreas adscritas, en el anteproyecto de presupuesto de la Unidad de Enseñanza. Envía con oficio el anteproyecto de presupuesto de la Unidad de Enseñanza, a la Dirección de Administración.	Oficio Anteproyecto de presupuesto
Director/a de Administración	10 11 12 13 14	Recibe con oficio el anteproyecto de presupuesto. Analiza el anteproyecto de presupuesto. ¿El anteproyecto de presupuesto cumple con las indicaciones? No: Indica modificaciones y regresa a la actividad 8. Si: Autoriza anteproyecto de presupuesto. Informa con oficio al Titular de la Unidad de Enseñanza, la autorización del presupuesto.	Oficio Anteproyecto de presupuesto
Director de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	15 16 17	Recibe con oficio la autorización del presupuesto. Informa a los responsables de las áreas adscritas la autorización del presupuesto. Archiva para consulta.	Oficio Presupuesto
		TERMINA PROCEDIMIENTO.	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	17. Procedimiento para la elaboración de necesidades presupuestales.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	D.O.F. 26-1-2005
6.3 Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4 Programa de trabajo anterior.	Enero, 2015
6.5 Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Necesidades Presupuestales	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Anteproyecto de presupuesto	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.3 Presupuesto	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.1 Necesidades Presupuestales	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO:** Estimación de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas sustantivos y de apoyo de las dependencias del sector público.
- 8.2 PRESUPUESTO:** Estimación financiera anticipada, generalmente anual, de los egresos e ingresos, necesario para cumplir con los propósitos de un programa determinado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	18. Procedimiento para la solicitud de apoyos y donativos.		Hoja: 1 de 5

18.PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE APOYOS Y DONATIVOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	18. Procedimiento para la solicitud de apoyos y donativos.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Con el fin de apoyar en las actividades planeadas para la enseñanza y alcanzar las metas establecidas, se pretende buscar fuentes alternas de financiamiento y solicitar, entre las instituciones de educación, salud o particulares este soporte a través de recursos económicos o en especie.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza), Dirección de Administración y Dirección General, debido a que son las instancias correspondientes para gestionar y manejar los recursos alternos obtenidos a través de donaciones.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento aplica a las instituciones de educación, salud y particulares que participan como donatarios de bienes o servicios que pueden ser utilizados en apoyo a la enseñanza.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

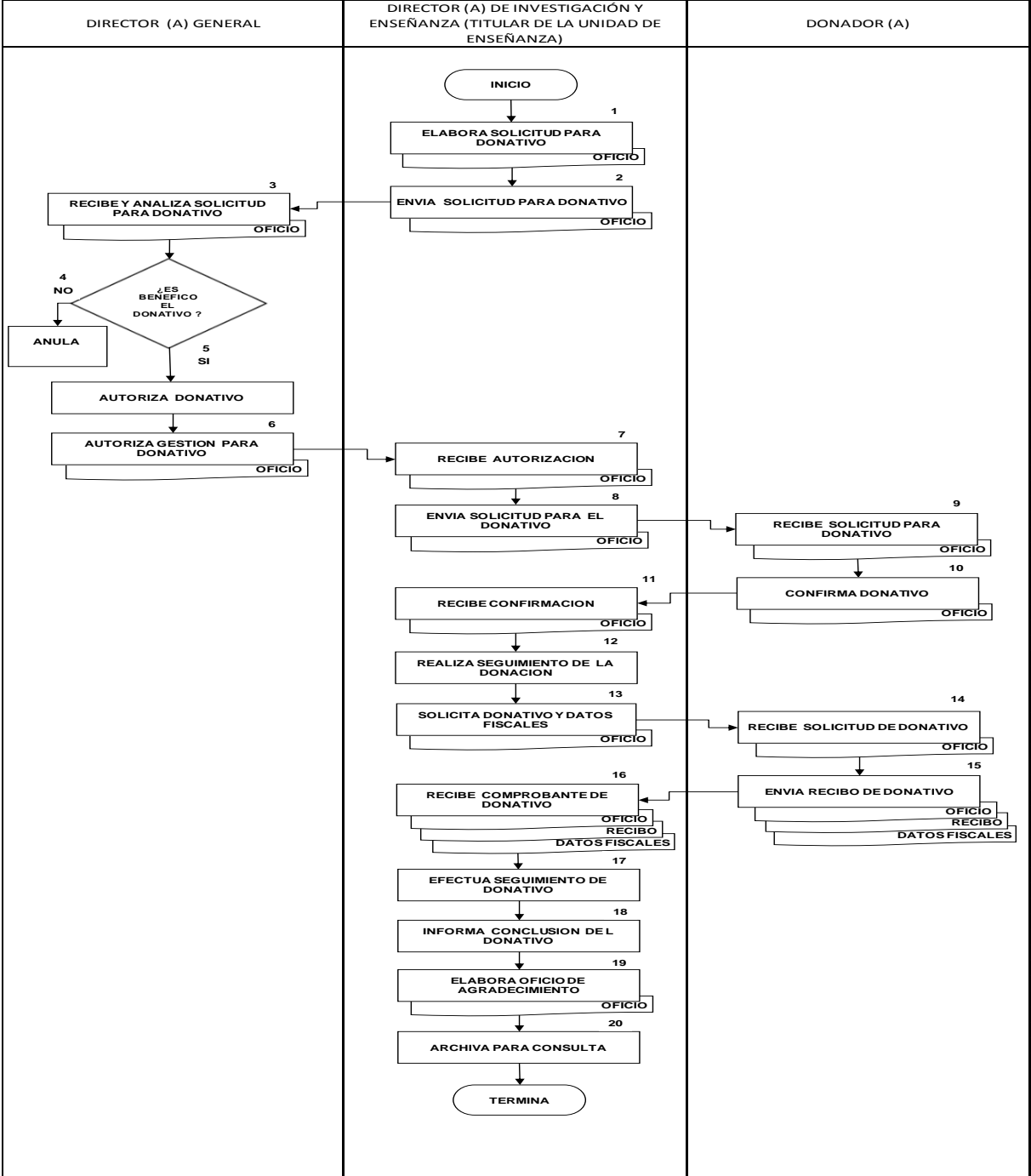
- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) es el/la responsable de solicitar por escrito o realizar las actividades relacionadas para la solicitud o donación por parte de las Instituciones de educación, salud y particulares donantes.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) es el/la responsable de enviar, recibir o realizar los trámites correspondientes con respecto a los documentos requeridos para la autorización de donativos.




 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	18. Procedimiento para la solicitud de apoyos y donativos	Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	1	Elabora oficio para solicitud de donativo.	Oficio
	2	Envía oficio de solicitud de donativo para firma del Director General.	
Director (a) General	3	Recibe y analiza el oficio de solicitud de donativo. ¿Es benéfico el donativo para la institución?	Oficio
	4	No: Anula oficio de solicitud de donativo.	
	5	Si: Autoriza oficio de solicitud de donativo.	
	6	Envía con oficio la autorización para gestionar el donativo, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	7	Recibe con oficio la autorización para gestionar el donativo.	Oficio
	8	Envía con oficio la solicitud, al/la donador (a).	
Donador (a)	9	Recibe el oficio de solicitud del donativo.	Oficio
	10	Confirma con oficio el donativo al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	11	Recibe oficio de confirmación del donativo.	Oficio Recibo de donativo
	12	Realiza seguimiento del donativo.	
	13	Solicita con oficio al/la donador (a), el recibo del donativo y los datos fiscales.	
Donador (a)	14	Recibe con oficio la solicitud del recibo del donativo y de los datos fiscales.	Oficio Recibo de donativo
	15	Envía con oficio al/la Titular de la Unidad de Enseñanza, el recibo de donativo y datos fiscales.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	16	Recibe comprobante de donativo y datos fiscales.	Comprobante de donativo
	17	Efectúa seguimiento para la recepción del donativo.	
	18	Informa la conclusión de la donación al/la Director (a) General.	
	19	Elabora oficio de agradecimiento para la institución o particular donador (a).	
	20	Archiva documentación soporte, para consulta.	
TERMINA PROCEDIMIENTO.			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	18. Procedimiento para la solicitud de apoyos y donativos.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2	Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	D.O.F. 26-1-2005
6.3	Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4	Programa de trabajo anterior.	Enero, 2015
6.5	Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Comprobante de donativo	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Recibo de donativo	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1. **Donación:** Es la entrega voluntaria de algo que se posee.
- 8.2. **Donador.-** Es toda persona física o moral que decide dar de manera voluntaria en beneficio de otros, de sí mismo, y de la comunidad en general.
- 8.3. **Donativo:** Contrato por el cual una persona transfiere gratuitamente una parte o la totalidad de bienes presentes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	19. Procedimiento para el trámite de entrega de constancias.		Hoja: 1 de 5

19.PROCEDIMIENTO PARA EL TRAMITE DE ENTREGA DE CONSTANCIAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	19. Procedimiento para el trámite de entrega de constancias.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Realizar la entrega de las constancias de los cursos de educación continua, capacitación, cursos-taller, congresos y diplomados, con el fin de que cuenten los participantes con un documento autorizado y avalado por la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza), que acredite la actividad académica recibida.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable para la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) e integrantes de la Comisión de Cursos, que requieren de constancias de actividades académicas de educación continua o capacitación.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el responsable de tramitar la firma de las constancias de los participantes que asisten a los cursos, así como las que sean requeridas por las sedes que hayan participado, previo envío de listado de participantes.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el responsable de asignar el número de folio correspondiente y registrar en la libreta de control.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el responsable de entregar la constancia a aquellos participantes que hayan cubierto el 80% de las asistencias.

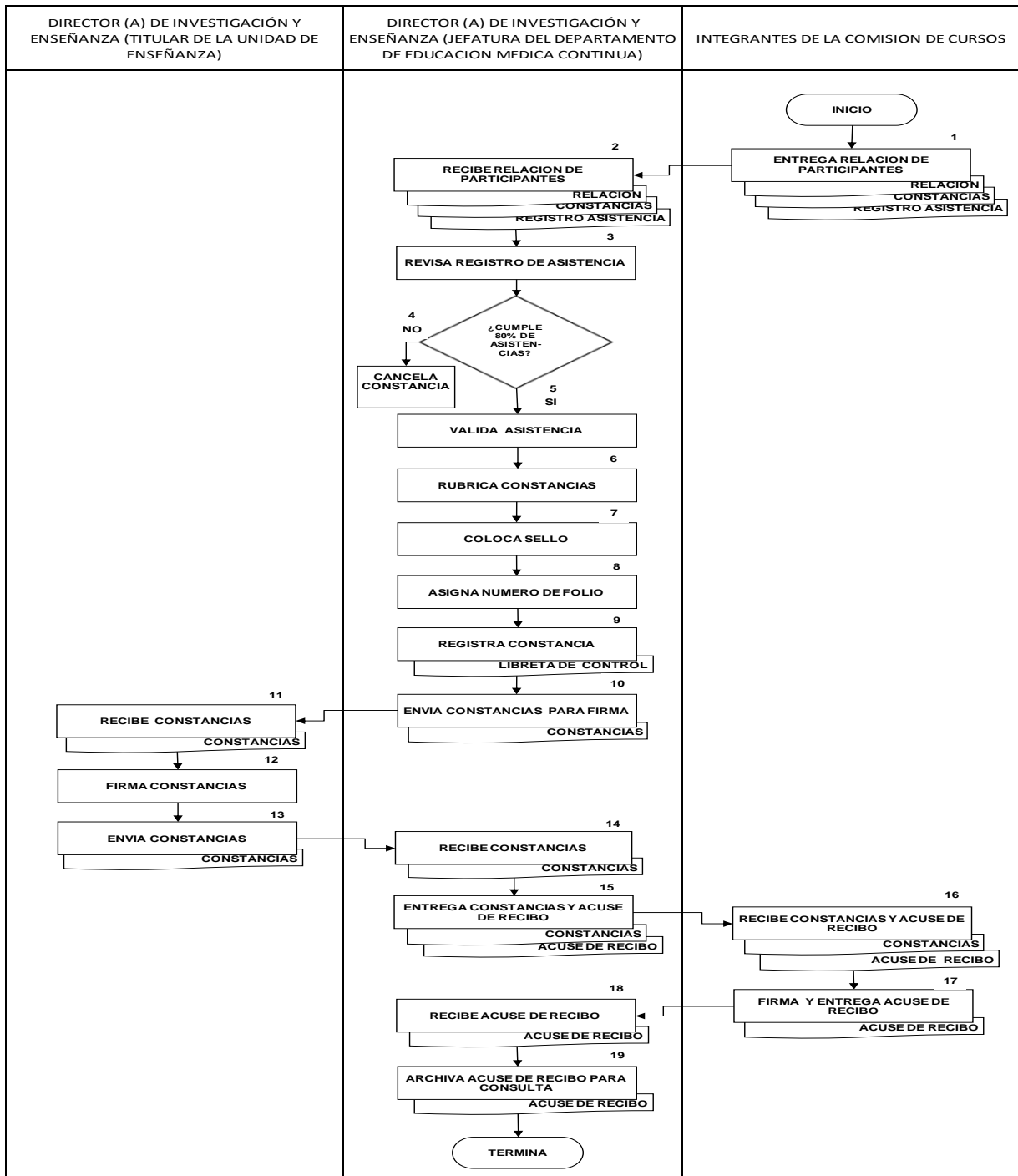
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	19. Procedimiento para el trámite de entrega de constancias.	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Integrante de la Comisión de Cursos	1	Entrega la relación de participantes en los cursos, constancias y registro de asistencia para tramitar la firma, en la Jefatura del Departamento de Educación Médica Continua.	Relación de participantes Constancias Registro de asistencia
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) del Departamento de Educación Médica Continua)	2	Recibe la relación de los participantes, registro de asistencia y constancias para tramitar la firma del/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	Relación de participantes Constancias Registro de asistencia Libreta de control
	3	Revisa el registro de asistencia y compara contra la relación de participantes. ¿El/la participante cumple con el 80% de asistencias registradas?	
	4	No: Cancela la constancia.	
	5	Si: Valida la asistencia del/la participante.	
	6	Rúbrica las constancias.	
	7	Coloca el sello en la parte posterior de la constancia.	
	8	Asigna número de folio consecutivo.	
	9	Registra la constancia en la libreta de control.	
	10	Envía constancias para firma del/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
	Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	11	
12		Firma las constancias.	
13		Envía constancias a la Jefatura de departamento de Educación Médica Continua.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) del Departamento de Educación Médica Continua)	14	Recibe las constancias firmadas.	Constancias Acuse de recibo
	15	Entrega las constancias y acuse de recibo al/la integrante de la Comisión de Cursos.	
Integrante de la Comisión de Cursos	16	Recibe constancias y acuse de recibo.	Acuse de recibo
	17	Firma y entrega acuse de recibo.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) del Departamento de Educación Médica Continua)	18	Recibe acuse de recibo firmado	Acuse de recibo
	19	Archiva acuse de recibo para consulta.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	19. Procedimiento para el trámite de entrega de constancias.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	Publicado en el D.O.F. 26-1-2005
6.3 Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4 Programa de trabajo anterior.	Enero, 2015
6.5 Manual de Organización Especifico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Relación de participantes	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Registro de asistencia	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.3 Libreta de control	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Constancia:** Documento que avala la participación de un sujeto en un evento académico.
- 8.2 **Rúbrica:** Primer rasgo de la firma que se marca en la constancia para avalar el visto bueno de la entrega de la misma.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.		Hoja: 1 de 8

**20.PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER CONVENIO DE COLABORACION
CON INSTITUCIONES DE EDUCACION Y SALUD.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer convenios de colaboración con instituciones del sector educación y salud para mejorar la calidad de los recursos humanos en formación, intercambio académico y colaboración cultural.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza), Área de apoyo pedagógico y Unidad Jurídica, porque son los responsables en la redacción del texto, la concreción del proyecto y de los trámites para cada una de las partes firmantes.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a las instituciones educativas o de salud que solicitan participar o colaborar con el Hospital Juárez de México, para planear y desarrollar actividades académicas, de cooperación institucional o cultural, a través del convenio de colaboración.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es el encargado de elaborar, revisar, actualizar y dictaminar sobre el establecimiento de convenios de colaboración con las instituciones del sector educación y salud.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es responsable de establecer los enlaces correspondientes, con las instituciones de salud y educación, para el establecimiento de convenios de colaboración.
- 3.3. La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es responsable de informar y dar seguimiento de los avances registrados, sobre los convenios de colaboración con instituciones de salud y educación.
- 3.4. La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es responsable de establecer coordinación, con la Unidad Jurídica y diferentes servicios que componen la estructura del Hospital Juárez de México, en materia de convenios de colaboración.
- 3.5 La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza) es responsable de gestionar, ante la Dirección General (Unidad Jurídica) y las diferentes autoridades del Hospital Juárez de México la firma de convenios de colaboración.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.	

Hoja: 3 de 8


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Representante de la Institución solicitante	1	Envía con oficio la solicitud o carta de intención y convenio de colaboración impreso y en archivo electrónico, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	Oficio Convenio de colaboración
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	2	Recibe con oficio la solicitud o carta de intención y convenio de colaboración impreso y archivo electrónico.	Oficio Convenio de colaboración
	3	Envía con oficio el convenio de colaboración impreso y en archivo electrónico para revisión técnica, al responsable del área de Apoyo Pedagógico.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Responsable del área de Apoyo Pedagógico)	4	Recibe con oficio el convenio de colaboración impreso y archivo electrónico, para revisión técnica.	Oficio Convenio de colaboración
	5	Registra la solicitud e identifica al convenio de colaboración.	
	6	Realiza la revisión técnica al convenio de colaboración. ¿El convenio de colaboración tiene recomendaciones?	
	7	No: Envía con oficio el resultado al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
	8	Si: Envía con oficio las observaciones, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	9	Recibe con oficio el resultado de la revisión técnica del convenio de colaboración. ¿El convenio de colaboración continua a la siguiente etapa?	Oficio Convenio de colaboración
	10	No: Envía con oficio las observaciones, al/la representante institucional y regresa a la actividad número 1.	
	11	Si: Envía con oficio el convenio al/la Titular de la Unidad Jurídica, para análisis legal.	
Director (a) General (Titular de la Unidad Jurídica)	12	Recibe con oficio la solicitud y convenio de colaboración, para el análisis legal.	Oficio
	13	Realiza el análisis legal al convenio de colaboración. ¿El convenio de colaboración tiene recomendaciones?	
	14	No: Envía el resultado al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.	

Hoja: 4 de 8

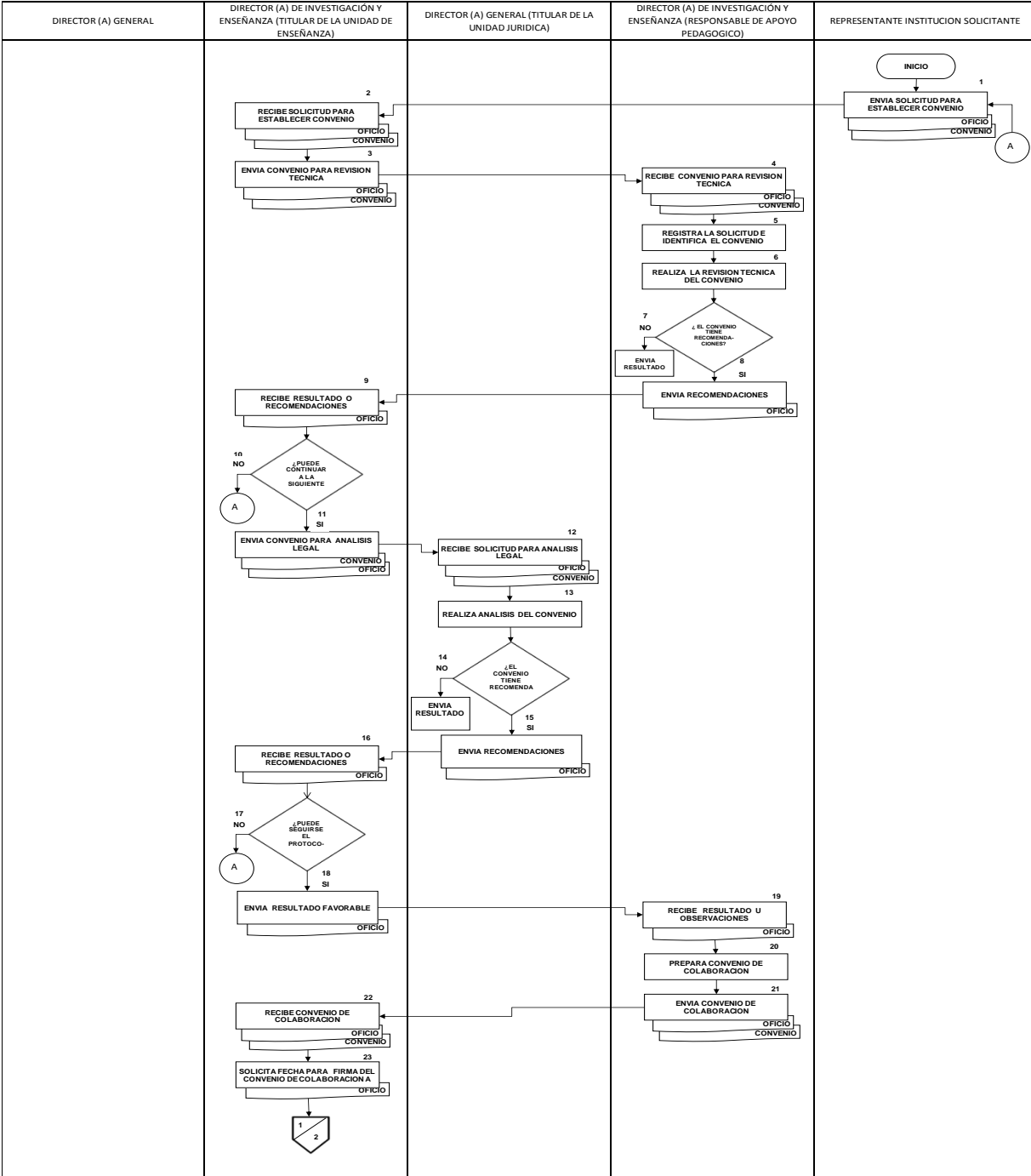
	15	Si: Envía con oficio las observaciones, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	16	Recibe con oficio el análisis legal al convenio de colaboración. ¿Puede seguirse el protocolo para la firma del convenio de colaboración?	Oficio
	17	No: Envía con oficio las observaciones, al/la representante institucional y regresa a la actividad número 1.	
	18	Si: Envía con oficio el resultado favorable al/la representante de la institución solicitante.	
Representante de la Institución solicitante	19	Recibe con oficio el resultado favorable de dictamen legal.	Oficio Convenio de colaboración
	20	Prepara convenio de colaboración para firma.	
	21	Envía con oficio al/la Titular de la Unidad de Enseñanza, el convenio de colaboración en cuatro originales para firma.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	22	Recibe con oficio el convenio de colaboración, en cuatro originales.	Oficio Convenio de colaboración
	23	Solicita por oficio al/la directora (a) General, la fecha para la firma del convenio de colaboración.	
Director/a General	24	Recibe por oficio la solicitud de la fecha para la firma del convenio de colaboración.	Convenio de colaboración Oficio
	25	Envía por oficio la fecha para la firma del convenio de colaboración, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	26	Recibe con oficio la fecha para la firma del convenio de colaboración.	Convenio de colaboración Oficio
	27	Envía por oficio la fecha para la firma del convenio de colaboración, al/la representante de la institución solicitante.	
Representante de la Institución solicitante	28	Recibe con oficio la fecha para la firma del convenio de colaboración.	Convenio de colaboración Oficio
	29	Confirma con oficio su asistencia para la firma del convenio de colaboración, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza	30	Recibe confirmación de asistencia para la firma del convenio de colaboración.	Convenio de colaboración
	31	Organiza la actividad para la firma del convenio	

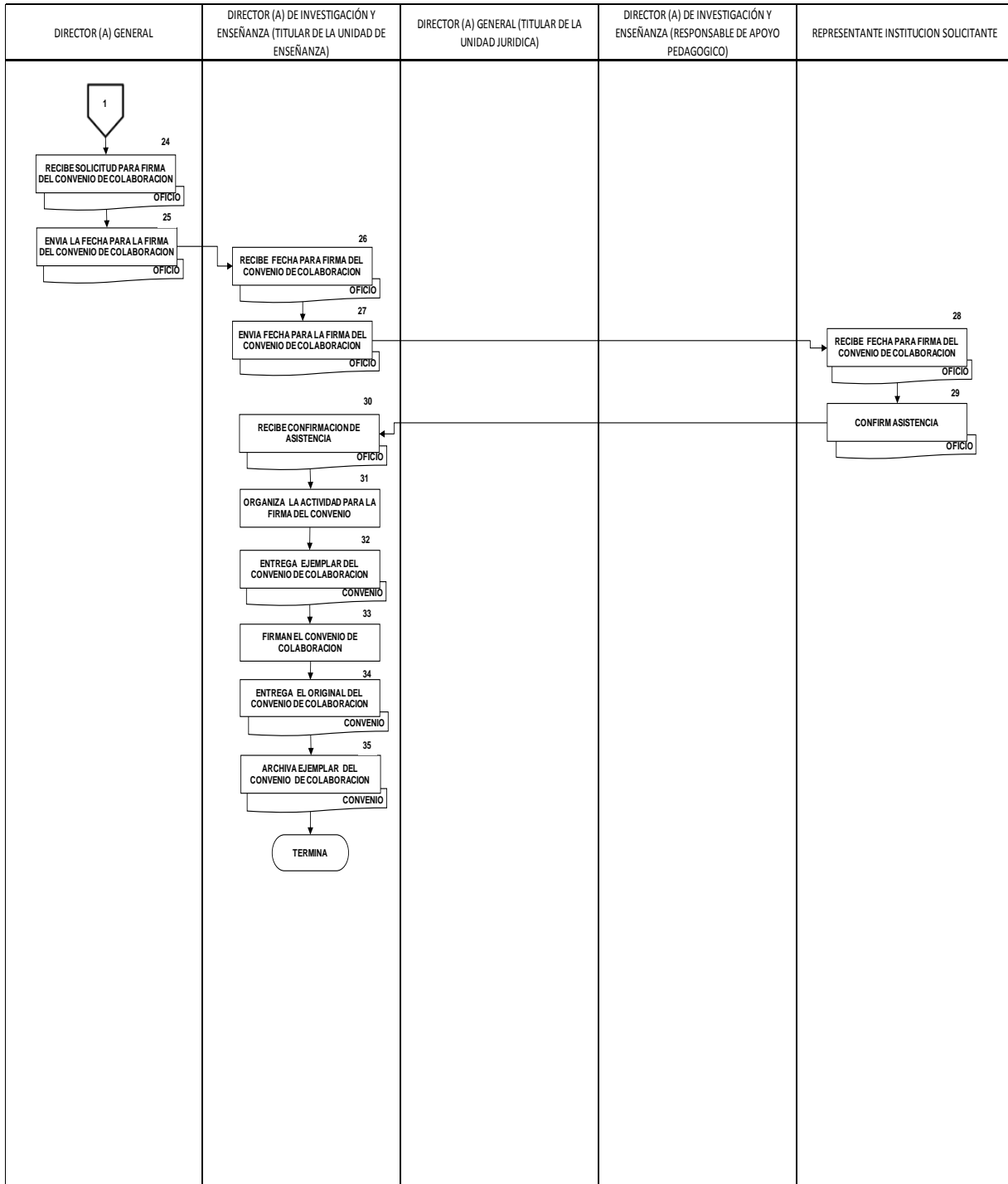
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.	




Hoja: 5 de 8

(Titular de la Unidad de Enseñanza)	32	Entrega a los/las representantes institucionales, la carpeta con el ejemplar del convenio de colaboración para su firma.	
	33	Firma con los/las representantes institucionales el convenio de colaboración en cuatro originales.	
	34	Entrega a cada representante institucional un original del convenio de colaboración firmado.	
	35	Archiva un ejemplar del convenio de colaboración para consulta.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO.	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	20. Procedimiento para establecer convenio de colaboración con Instituciones de Educación y Salud.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	D.O.F. 26-1-2005
6.3 Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4 Programa de trabajo anterior.	Enero, 2015
6.5 Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Convenio de colaboración	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Oficio	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Carta de intención.** Instrumento expositivo de motivos y posibles áreas de colaboración por y en las que se solicita el establecimiento de un Convenio y/o Acuerdo.
- 8.2 **Convenio.-** Es todo acto de celebración de un acuerdo de cooperación, suscrito en instrumento formal y de modo institucional, en el que figura la parte interesada y una contraparte signataria; y que en el tenor, se manifiesta la voluntad y el compromiso por desarrollar actividades de interés común relacionadas con temas académicos, científicos y de investigación, y culturales.
- 8.3 **Representante institucional.** Toda aquella persona física o moral que solicita apoyo en gestión de Convenios y/o Acuerdos de colaboración.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 1 de 11

21.PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTOS EN LA UNIDAD DE ENSEÑANZA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 2 de 11

1 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer los lineamientos en las áreas que integran la Unidad de Enseñanza para el servicio de recepción, clasificación y distribución de la correspondencia interna y externa, desde su origen hasta su disposición final, que permita asegurar la comunicación interna y coadyuve para la oportuna toma de decisiones.

2 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a las áreas de estructura, personal de la Unidad de Enseñanza y la documentación de origen externo e interno, para asegurar que permanezca legible, fácil de identificar y disponible, además de los controles para la elaboración, cambios, revisión y aprobación de la documentación.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) es responsable de cumplir con los lineamientos para el manejo de la correspondencia, establecidos por la Ley de Transparencia y acceso a la información.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) es responsable de la recepción, registro, clasificación y distribución de la correspondencia interna y externa.
- 3.3 Todo documento que ingrese a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) se considera oficial, de acuerdo con la legislación vigente, y se le dará el trámite que institucionalmente le corresponda con la debida discreción y eficiencia.
- 3.4 La correspondencia de entrada y de salida se debe registrar a través del sistema de control documental.
- 3.5 Para la radicación de la correspondencia interna y externa de documentos, la numeración se debe asignar en estricto orden de recepción de los documentos y no se repetirán números de radicado en ningún oficio.
- 3.6 No se deben reservar números de radicación, ni haber números repetidos, enmendados, corregidos o tachados.
- 3.7 Al comenzar cada año, se inicia la radicación consecutiva a partir del número uno (01), utilizando sistemas manuales, mecánicos o automatizados.
- 3.8 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) y los/las responsables de las áreas que la integran deben conservar los documentos oficialmente generados o recibidos en el curso de sus trámites, así como conservarlos permanentemente ordenados para garantizar su fácil localización y consulta.


 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 3 de 11

- 3.9 Será responsabilidad del área a la que se le turne la documentación, darle respuesta en los términos y plazos solicitados.
- 3.10 Los oficios de respuesta, deberán indicar el control de gestión que se está contestando y marcar copia a todos los involucrados, indicando el folio que se está atendiendo.
- 3.11 Será responsabilidad de cada área la recepción de correspondencia, archivar y resguardar los acuses de control de gestión y acuses de oficios entregados.
- 3.12 Los receptores o destinatarios de los documentos serán responsables de determinar las modalidades del trámite que corresponde a los asuntos e informar semanalmente sobre el estado que guardan los asuntos en trámite.
- 3.13 Concluido el trámite el documento, junto con su respuesta y otros documentos se apegara a los lineamientos de archivos en trámite los cuales serán turnados al responsable de archivo para su integración y concentración correspondiente.
- 3.14 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) y las áreas que la integran deberán transferir sistemáticamente al Centro de Archivo y Acopio del Hospital Juárez de México la documentación archivada que concluye su ciclo vital para el desahogo de los trámites.
- 3.15 Las áreas responsables deberán controlar eficazmente el manejo y uso de los documentos, evitando la sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidas de la documentación oficial, notificando cualquier irregularidad que detecten al respecto, para que se proceda de acuerdo a las disposiciones legales y administrativas vigentes.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza. Hoja: 4 de 11

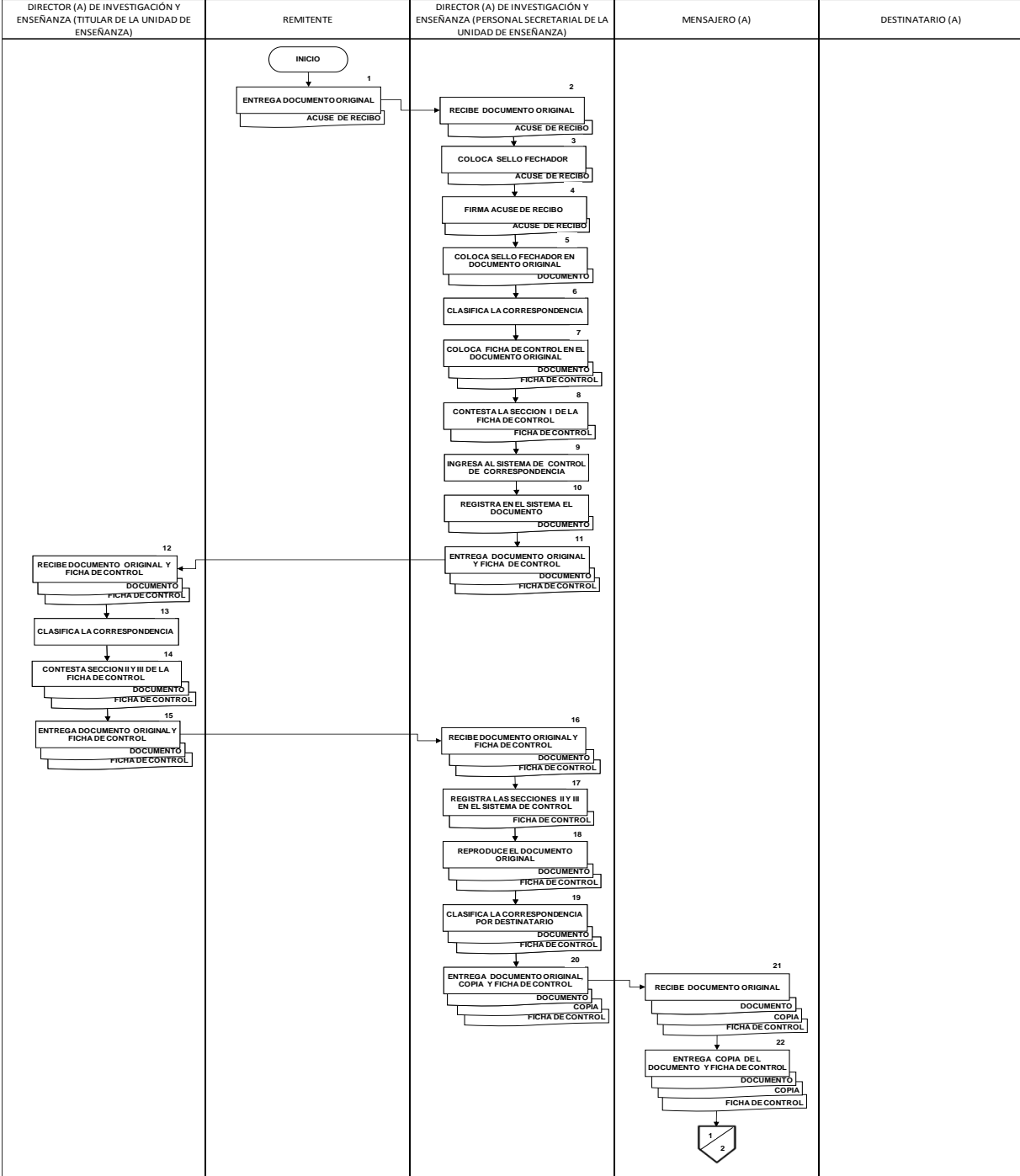
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

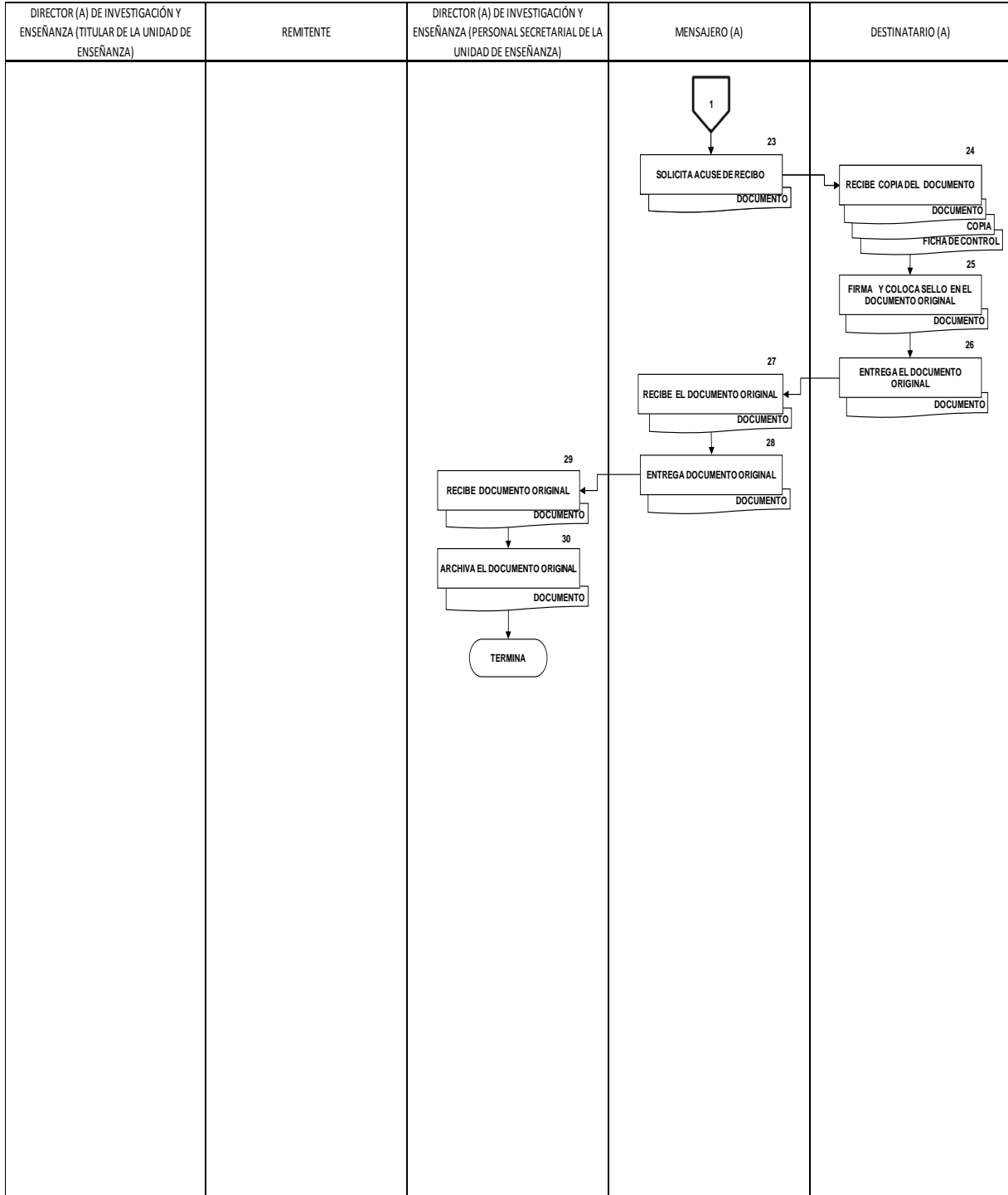
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Remitente	1	Entrega el documento original y el acuse de recibo, al personal Secretarial de la Unidad de Enseñanza.	Documento original Acuse de recibo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Personal Secretarial de la Unidad de Enseñanza)	2	Recibe el documento original y el acuse de recibo.	Documento original
	3	Coloca el sello fechador en el acuse de recibo.	Acuse de recibo
	4	Firma el acuse de recibo y lo entrega al mensajero (a).	Formato de control de correspondencia.
	5	Coloca el sello fechador en el documento original.	
	6	Clasifica la correspondencia, por destinatario.	
	7	Coloca la Formato de control de correspondencia en cada documento original de entrada.	
	8	Contesta la SECCION I del Formato de Control de Correspondencia.	
	9	Ingresa al Sistema de Control de Correspondencia.	
	10	Registra en el Sistema de Control de Correspondencia el documento, (señalando: Folio destinatario, asunto, procedencia, descripción, fecha de recepción) etc.	
	11	Entrega el documento original con Formato de Control de Correspondencia, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
	Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	12	Recibe documento original con el Formato de Control de Correspondencia.
13		Clasifica la correspondencia de acuerdo con la prioridad de destino y naturaleza del asunto.	Formato de control de correspondencia
14		Contesta la SECCION II y III de la Formato de Control de Correspondencia.	
15		Entrega documento original y Formato de Control de Correspondencia, al personal secretarial de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Personal Secretarial de la Unidad de Enseñanza)	16	Recibe documento original y Formato de Control de Correspondencia.	Documento original
	17	Registra en el Sistema de Control de Correspondencia, la información de las SECCIONES II y III .	Formato de control de correspondencia.
	18	Reproduce el documento original y coloca el Formato de Control de Correspondencia.	Acuse de recibo.
	19	Clasifica la correspondencia por destinatario.	
	20	Entrega al mensajero documento original, copia y Formato de Control de Correspondencia, para su distribución.	
Mensajero (a)	21	Recibe documento original, copia y Formato de	Documento




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza. Hoja: 5 de 11	

	22	Control de Correspondencia. Entrega al destinatario documento original, copia y Formato de Control de Correspondencia.	original Copia
	23	Solicita en el documento original, el acuse de recibo.	Formato de control de correspondencia.
Destinatario (a)	24	Recibe documento original, copia y Formato de Control de Correspondencia.	Documento original
	25	Firma y coloca sello en el documento original como acuse de recibo.	Copia
	26	Entrega el documento original al mensajero.	Formato de control de correspondencia.
Mensajero (a)	27	Recibe el documento original	Documento original
	28	Entrega el documento original al personal Secretarial de la Unidad de Enseñanza.	original
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Personal Secretarial de la Unidad de Enseñanza)	29	Recibe el documento original.	Documento original
	30	Archiva el documento original para su consulta.	original
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 8 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	Publicado en el D.O.F. 26-1-2005
6.3 Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4 Programa Anual de Trabajo.	Enero, 2015
6.5 Manual de Organización Especifico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Formato de control de correspondencia.	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Acuse.-** Acción y efecto de acusar recibo, sellar o firmar de recibido un documento
- 8.2. **Archivo:** Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, su forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, o como fuentes de la historia.
- 8.3. **Asunto.-** Corresponde al tema, motivo, argumento, materia, cuestión, negocio o persona de que se trata un expediente o documento de archivo y que se genera en consecuencia de una acción administrativa.
- 8.4. **Clasificar la correspondencia:** Seleccionar por tipo de correspondencia (documentos): administrativa y registral para dar una respuesta efectiva de acuerdo con su contenido.
- 8.5. **Correspondencia:** Flujo de información (documentos) que ingresan y salen de la organización, mediante los cuales el cliente interno o los clientes externos registran, solicitan, entregan y administran información.
- 8.7. **Correspondencia Externa:** Es la que cursa entre la institución y otras entidades o particulares. A demás entre empleados de la misma, siempre que se encuentren localizados en diferente ciudad.
- 8.6. **Correspondencia Interna:** Es toda comunicación que cursa entre dependencias, por razones del servicio y en desarrollo de las funciones asignadas.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 9 de 11




- 8.8. Documento:** Información registrada en un soporte, cualquiera sea su forma o el medio utilizado que sirve de consulta.
- 8.9. Envío de correspondencia:** Acción mediante la cual los oficios, documentos, paquetes o cajas, se entregan a otras Unidades y/o instituciones.
- 8.10. Folio.** Pieza documental numerada que forma parte de un documento de archivo o expediente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato para control de correspondencia.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 10 de 11

10.1 FORMATO PARA CONTROL DE CORRESPONDENCIA.

SECCION I.- IDENTIFICACION.

NUMERO DE FOLIO:

1.- Fecha:	2.- Asunto:
3.- Remitente:	4.- Numero de oficio:




SECCION II ENVIADO A:

1.- Posgrado	()	2.- Ciclos Clínicos, Pregrado y Servicio Social	()
3.- Educación Médica Continua	()	4.- Capacitación y Desarrollo	()

SECCION III INSTRUCCIÓN:

1.- Analizar e informar	()	2.- Asistir	()
3.- Asistir en representación	()	4.- Preparar oficio de respuesta	()
5.- Para acordar	()	6.- Presentar propuesta	()
7.- Presentar comentarios	()	8.- Para su difusión	()
9.- Otro. Especificar	()	10.- Fecha para su atención/respuesta:	()

ACUSE DE RECIBO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	21. Procedimiento para la gestión de documentos en la Unidad de Enseñanza.		Hoja: 11 de 11

INSTRUCTIVO DE LLENADO

El formato para el control de gestión de documentos, es el resumen de la captura de la documentación que ingresa a través de la Unidad de Enseñanza, el cual se deben contener:

SECCION I. IDENTIFICACION.

FOLIO: Escribir el Número de Control de Gestión con el que se registra el documento.

1.- FECHA: Escribir la fecha en que se recibe el documento.

2.- ASUNTO: Escribir el propósito del documento que se recibe.

3.-REMITENTE: Escribir el nombre o cargo la persona o institución, que envía el documento.

4.- NÚMERO DE OFICIO: Escribir el número que se encuentra asignado en el documento que se recibe.



SECCION II. ENVIADO A:

En esta sección se debe marcar con una X en el paréntesis correspondiente, el área a la que se dirige el documento.




SECCION III. INSTRUCCIÓN.

En esta sección debe marcarse con una X el trámite que tendrá que realizar el responsable del área, además de escribir la fecha para para su atención o contestación.

ACUSE DE RECIBO: En esta sección se coloca el sello, la fecha y firma de la persona responsable que recibe el documento.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.		Hoja: 1 de 11

22. PROCEDIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTIMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.		Hoja: 2 de 11

1 PROPÓSITO



- 1.1 Disponer del procedimiento que permita regular el concurso del personal adscrito al Hospital Juárez de México en actividades de mejoramiento continuo del desempeño, productividad y superación profesional, para participar en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: este procedimiento es aplicable al personal (médico, enfermería, químicos, trabajadores sociales y otras disciplinas), que proporciona atención directa a los usuarios de los diferentes servicios del hospital.
- 2.2 A nivel externo: no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) es responsable de informar, aplicar, gestionar y dar seguimiento a los lineamientos y normatividad establecidos en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.
- 3.2 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) es ejecutora de la operación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud en el Hospital Juárez de México.
- 3.3 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) es responsable de publicar las fechas para inscripción, recepción de solicitudes y documentos, de los participantes en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	

Hoja: 3 de 11



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	1	PRIMERA ETAPA (INSCRIPCIÓN) Publica la convocatoria de la primera etapa del programa.	Convocatoria
Participante	2 3 4 5 6 7 8	Revisa la convocatoria. Ingresa a la dirección electrónica www.calidad.salud.gob.mx o http://dgces.salud.gob.mx/incentivos . Contesta en línea el formato de inscripción. Imprime el comprobante de inscripción. Imprime la clave de acceso al expediente electrónico. Firma el comprobante de inscripción. Entrega copia del comprobante de inscripción con firma autógrafa y dos impresiones del Formato Lista de Cotejo (PECD05), al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	Comprobante de inscripción. Clave de acceso al expediente electrónico. Formato Lista de Cotejo (PECD05).
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	9 10 11	Recibe el comprobante de inscripción y dos impresiones del Formato Lista de Cotejo (PECD05). Escribe en el comprobante la fecha, el nombre y firma de la persona que recibe. Entrega comprobante de inscripción, al participante.	Comprobante de inscripción Formato Lista de Cotejo (PECD05).
Participante	12 13	Recibe el comprobante de inscripción. Ingresa en su expediente electrónico, los siguientes documentos escaneados: 1) Talón de pago de la primera o segunda quincena del mes de enero del año de evaluación. 2) Nombramiento o equivalente institucional o constancia de servicios 3) Comprobante de estudios: constancias del máximo nivel académico o documento que avale el nivel académico requerido. 4) Cédula profesional.	Talón de pago Nombramiento o equivalente institucional o constancia de servicios. Comprobante de estudios. Cédula profesional.
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	14 15 16	Revisa los documentos colocados en el expediente electrónico. Valida la aceptación en el proceso de evaluación. Solicita a los participantes, verificar su registro.	Talón de pago Nombramiento o equivalente institucional o constancia de servicios.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	



Hoja: 4 de 11

			Comprobante de estudios. Cédula profesional
Participante	17 18 19 20 21	Consulta la página Web del programa. Revisa la relación de folios del personal aceptado en el proceso de evaluación. ¿El participante acredita la etapa? NO: Realiza aclaraciones. SI: Continúa a la siguiente etapa. Espera el aviso del/la Titular de la Unidad de Enseñanza, para iniciar la etapa de evaluación.	Relación de Folios.
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	22	SEGUNDA ETAPA (EVALUACION) Publica el aviso con la fecha de inicio de la segunda etapa.	Aviso
Participante	23 24 25 26	Revisa el aviso para el inicio de la segunda etapa. Ingresa en su expediente electrónico los siguientes documentos escaneados: 1) Constancias y/o diplomas como asistente a actividades de capacitación y educación continua realizadas entre enero y junio 2) Constancias, diplomas y/o documentación como instructor o ponente en actividades de capacitación y/o educación continua validadas por el área de enseñanza de la Unidad. 3) Constancias y/o diplomas como asistente o ponente en actividades de capacitación. 4) Constancia de participación en proyectos de investigación. 5) Certificación correspondiente a su especialidad o profesión. 6) Documento vigente como miembro activo de alguna asociación académica. 7) Integra en su expediente físico, otras evidencias de su desempeño.	Constancias como asistente Constancias como instructor Constancias como asistente o ponente en actividades de capacitación y educación continua Constancia de participación en proyectos de investigación Certificación en su especialidad o profesión Documento como miembro activo de alguna asociación académica Otras evidencias de su desempeño. Cédula de Autoevaluación (Formato PECD-

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	




Hoja: 5 de 11

			06). Acuse de recibo.
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	27 28 29 30	Recibe documentos originales y el acuse de recibo. Valida los documentos originales. Firma y entrega el acuse de recibo. Envía con oficio la relación de participantes y/o números de folios a los responsables de la Subdirección de Recursos y Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria para su validación.	Oficio Relación de participantes
Subdirector de Recursos Humanos	31 32 33	Recibe con oficio la relación de participantes o números de folios participantes. Contesta en línea el Formato PECD-02. Informa al/la Titular de la Unidad de Enseñanza, el fin de la actividad.	Oficio Relación de folios participantes
Director (a) de Planeación Estratégica (Titular de la Unidad de Gestión de la Calidad y Seguridad Hospitalaria)	34 35 36	Recibe con oficio la relación de participantes o números de folios participantes. Contesta en línea la Cédula de Evaluación de Seguridad del Paciente y Compromiso con la Mejora Continua PECD-12. Informa al/la Titular de la Unidad de Enseñanza, el fin de la actividad.	Oficio Relación de folios participantes Formato PECD-12
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	37 38	Recibe comunicado que finaliza la actividad. Publica el aviso con la fecha de inicio de la tercera etapa.	Aviso
Participante	39 40 41 42	Consulta su permanencia en el proceso de evaluación. ¿El participante acredita la etapa? NO: Presenta inconformidad. SI: Continúa en la siguiente etapa. TERCERA ETAPA (Seguimiento): Coloca en el expediente electrónico, los siguientes documentos escaneados: 1) Constancias y/o diplomas como asistente a actividades de capacitación y educación continua de Julio a Noviembre. 2) Constancias, diplomas y/o documentación como instructor o ponente en actividades de capacitación y/o educación continua de Julio a Noviembre. 3) Constancias y/o diplomas como asistente o	Constancias como asistente Constancias como instructor Constancias como asistente o ponente. Formato PECD-12

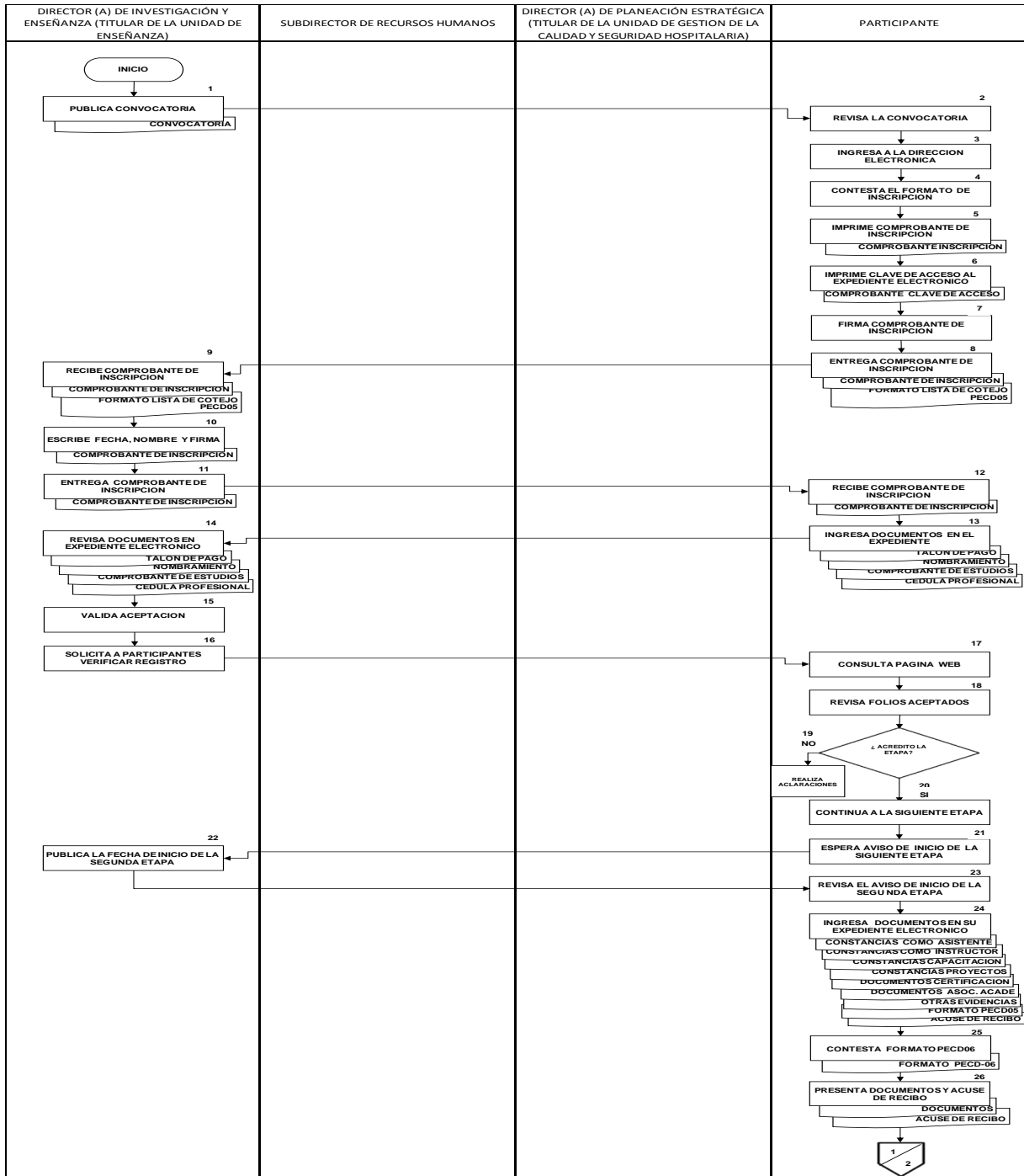
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	

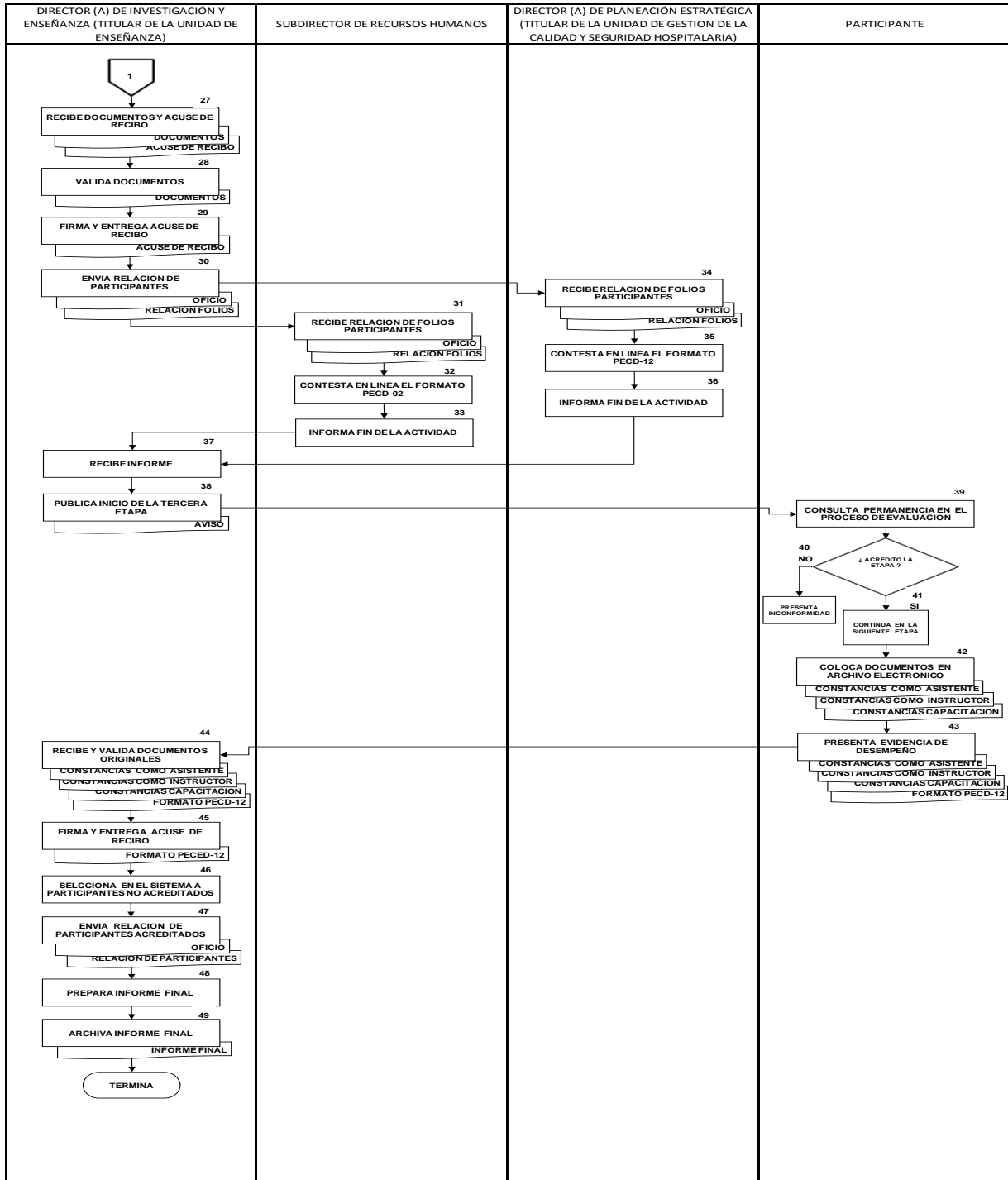
Hoja: 6 de 11




	43	<p>ponente en actividades de capacitación relativos a Calidad de los Servicios de Salud de Julio a Noviembre.</p> <p>Presenta al/la Titular de la Unidad de Enseñanza los documentos originales que acrediten la evidencia del desempeño y el Formato PECD-12, como acuse de recibo.</p>	
<p>Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)</p>	44	<p>Recibe y valida los documentos originales.</p> <p>1) Constancias y/o diplomas como asistente a actividades de capacitación y educación continua de Julio a Noviembre.</p> <p>2) Constancias, diplomas y/o documentación como instructor o ponente en actividades de capacitación y/o educación continua de Julio a Noviembre.</p> <p>3) Constancias y/o diplomas como asistente o ponente en actividades de capacitación relativos a Calidad de los Servicios de Salud de Julio a Noviembre.</p> <p>Formato PECD-12, como acuse de recibo.</p>	<p>Constancias como asistente</p> <p>Constancias como instructor</p> <p>Constancias como asistente o ponente.</p> <p>Formato PECD-12</p> <p>Oficio Relación de participantes acreditados.</p> <p>Informe Final.</p>
	45	<p>Firma y entrega el acuse de recibo. Formato PECD-12.</p>	
	46	<p>Selecciona en el sistema de información a los participantes que no acreditaron la etapa.</p>	
	47	<p>Envía con oficio la relación de participantes que acreditaron la etapa, a la Subdirección de Recursos Humanos</p>	
	48	<p>Prepara el informe final.</p>	
	49	<p>Archiva informe para consulta.</p>	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 7 de 11
22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO








 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.		Hoja: 9 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	D.O.F. 26-1-2005
6.3 Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4 Programa Anual de Trabajo.	Enero, 2015
6.5 Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Convocatoria	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.2 Aviso	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.3 Oficio	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.4 Relación de participantes acreditados	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.5 Informe final.	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A
7.6 Formato PECD-02).	5 años	Subdirector de Recursos Humanos.	N/A
7.7 Relación de participantes acreditados	5 años	Subdirector de Recursos Humanos.	N/A
7.8 Comprobante de inscripción	5 años	Participante	N/A
7.9 Lista de Cotejo (PECD05).	5 años	Participante	N/A
7.10 Cédula de Autoevaluación (Formato PECD-	5 años	Participante	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.		Hoja: 10 de 11



06).				
7.11	Formato PECD-12	5 años	Participante	N/A
7.12	Talón de pago Nombramiento o equivalente institucional o constancia de servicios.	5 años	Participante	N/A
7.13	Comprobante de estudios. Cédula profesional.	No aplica	No aplica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1. **Catálogo de Evidencias.** Listado en que se describen los documentos oficiales que deben presentarse para sustentar la calificación del personal participante de acuerdo con su institución de adscripción y disciplina.
- 8.2. **Cédula de Evaluación del Desempeño.-** Formato concentrador de las evidencias para otorgar el puntaje por criterio del personal participante en el programa.
- 8.3. **Cotejo, Lista de.-** Formato oficial que relaciona los documentos que debe integrarse en cada expediente técnico y datos que faciliten su consulta.
- 8.4. **Datos personales.** La información concerniente a una persona física, identificada o identificable, referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, etc.
- 8.5. **Documentación Oficial.-** Para efectos de la evaluación de este programa es todo documento, preferentemente en papel membretado, que forma parte de los procesos administrativos establecidos en la institución y/o unidad, en que se registran las actividades de los trabajadores y/o reflejan las mismas en forma clara y precisa, los cuales cuentan con nombre, cargo y firma de la persona competente para validar, autorizar y confirmar su contenido. No debe contener tachaduras ni enmendaduras.
- 8.6. **Evaluación:** Proceso cuantitativo y cualitativo para determinar los resultados de la supervisión, de acuerdo a los objetivos, metas, normas y comparar los resultados contra un estándar establecido previamente.
- 8.7. **Expediente Técnico.** Es el conjunto de documentos requeridos por la normativa del Programa, que permiten verificar que el trabajador reúne los requisitos necesarios para participar y en su caso ser acreedor del estímulo. Para efectos del programa cada participante contará con un expediente electrónico y un expediente físico
- 8.9. **Nombramiento.** Documento en que la institución asigna plaza, código funcional y puesto al trabajador.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	22. Procedimiento para la operación del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.		Hoja: 11 de 11

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO
No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 1 de 7
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		

23.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO.



- 1.1. Disponer del documento normativo que permita al/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza y a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), planear, coordinar y supervisar actividades de manera conjunta, para el cumplimiento del programa anual de trabajo.

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud y Unidad de Enseñanza.
- 2.2. A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1. La Dirección de Investigación y Enseñanza (Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), debe elaborar el Programa Anual de Trabajo, bajo la supervisión del Titular de la Unidad de Enseñanza.
- 3.2. Corresponde al/la directora (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) coordinar y supervisar las actividades académico-administrativas, que se realizan en la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.
- 3.3. La Unidad de Enseñanza, es el área facultada para emitir las indicaciones necesarias para la corrección de desviaciones en el programa anual de trabajo o en las actividades académico-administrativas dentro de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.
- 3.4. Corresponde a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, dar seguimiento a las recomendaciones, así como de realizar las medidas preventivas y correctivas, emitidas por la Unidad de Enseñanza.
- 3.5. La Dirección de Investigación y Enseñanza (El/la Titular de la Unidad de Enseñanza junto con la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), se encargarán de verificar el cumplimiento del programa anual de trabajo.
- 3.6. La Dirección de Investigación y Enseñanza (La Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), informará mensualmente a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) sobre las acciones realizadas, el cumplimiento de metas, indicadores o resultados, con el fin de disponer con información suficiente para la toma conjunta de decisiones.
- 3.7. Cualquier documento o información pronunciada hacia el exterior por la Dirección de Investigación y Enseñanza (Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), deberá ser consultada previamente con el Titular de la Unidad de Enseñanza.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.

Hoja: 3 de 7



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Director (a) Técnica de la Escuela de Enfermería)	1	Prepara el proyecto de programa anual de trabajo.	Oficio Proyecto de programa anual de trabajo
	2	Envía con oficio al/la Titular de la Unidad de Enseñanza, el proyecto de Programa Anual de Trabajo, para su autorización.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	3	Recibe con oficio el proyecto de programa anual de trabajo y analiza. ¿Está alineado con la misión y visión de la Unidad de Enseñanza?	Oficio Proyecto de programa anual de trabajo
	4	No: Indica modificaciones y regresa a la actividad número 1.	
	5	Si: Autoriza el proyecto de programa anual de trabajo.	
	6	Informa con oficio a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería, la autorización del programa anual de trabajo.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Director (a) Técnica de la Escuela de Enfermería)	7	Recibe con oficio la autorización del programa anual de trabajo.	Oficio Programa Anual de Trabajo Informe mensual, trimestral, semestral y anual.
	8	Instruye a los responsables de las áreas adscritas a la Escuela de Enfermería, en el cumplimiento del programa de trabajo.	
	9	Registra el cumplimiento del programa anual de trabajo.	
	10	Elabora informe mensual, trimestral, semestral y anual.	
	11	Envía con oficio al/la Titular de la Unidad de Enseñanza el informe mensual, trimestral, semestral y anual.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	12	Recibe con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual sobre el cumplimiento del programa anual de trabajo.	Oficio Informe mensual, trimestral, semestral y anual. Archivo
	13	Analiza el informe mensual, trimestral, semestral y anual sobre el cumplimiento del programa anual de trabajo. ¿Cumple con las metas e indicadores establecidos?	
	14	No: Selecciona con la Dirección Técnica estrategias convenientes.	
	15	Si: Registra el porcentaje de cumplimiento del programa anual de trabajo.	
	16	Integra metas e indicadores de la Escuela de Enfermería al informe de la Unidad de	

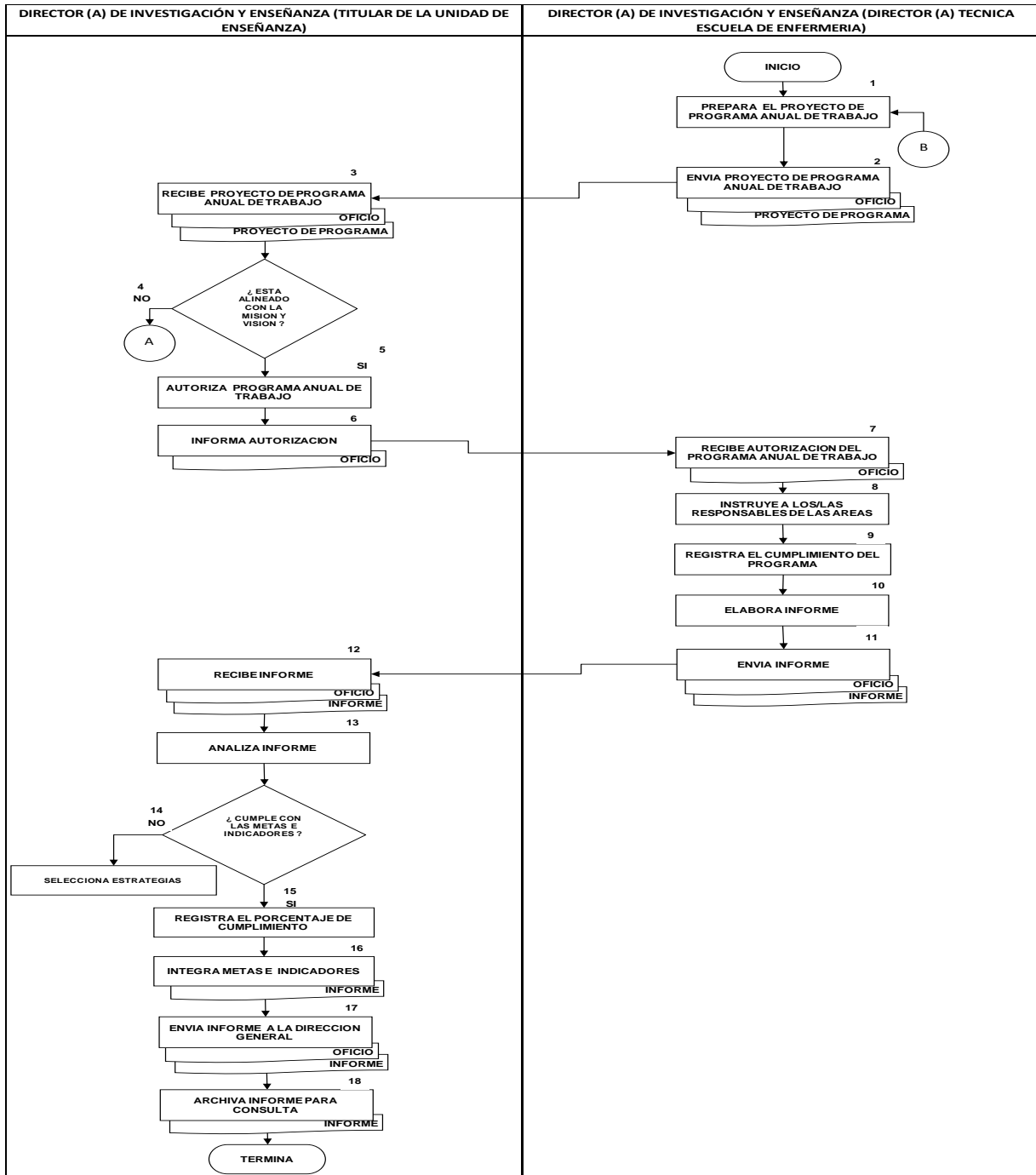
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.	




Hoja: 4 de 7

	17	Enseñanza. Envía con oficio el informe mensual, trimestral, semestral y anual, a la Dirección General.	
	18	Archiva el informe para consulta.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 5 de 7
23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 6 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2	Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	Publicado en el D.O.F. 26-1-2005
6.3	Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4	Programa Anual de Trabajo.	Enero, 2015
6.5	Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza	Diciembre, 2016

7. REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	Oficios

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1. **Asesoría:** Es una función de consejo y ayuda al personal supervisado, para corregir las condiciones de incumplimiento identificadas durante la supervisión.
- 8.2. **Evaluación.** Proceso cuantitativo y cualitativo para determinar los resultados de la supervisión, de acuerdo a los objetivos, metas, normas y comparar los resultados contra un estándar establecido previamente.
- 8.3. **Metas:** Cuantificación de los objetivos a lograr en los ámbitos temporal y espacial, sus componentes son la descripción, la unidad de medida y el monto.
- 8.4. **Programa Anual de Trabajo.-** Es un instrumento de gestión que viabiliza la ejecución del Proyecto Institucional, contiene un conjunto de acciones o actividades organizadas y calendarizadas que la comunidad debe realizar para alcanzar los objetivos propuestos.
- 8.5. **Supervisión.-** Técnica mediante la cual se capta, procesa y registra la información necesaria para determinar la situación verdadera de una realidad dada, misma que, sometida a un método de análisis, refleja las desviaciones respecto a los estándares, metas y normatividad establecidas, permitiendo definir la aplicación de la acción correctiva correspondiente a fin de que las actividades realizadas, se apeguen a las planificadas.




9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente al procedimiento




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		Hoja: 7 de 7
	23. Procedimiento para supervisar el programa anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 1 de 10

24.PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EL DESARROLLO DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 2 de 10

1. PROPÓSITO




- 1.1 Analizar y evaluar los registros en el desarrollo del plan anual de trabajo y la operación de las actividades académico-administrativas de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, para detectar oportunamente desviaciones en las normas y procedimientos, para realizar las recomendaciones necesarias y dar seguimiento al cumplimiento en los plazos establecidos para su corrección.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a las coordinaciones que pertenecen a la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud).
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento no aplica.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Este procedimiento sirve de guía a la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza y la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), para el desarrollo de las actividades de evaluación.
- 3.2. Las actividades de evaluación deben tener como características: la oportunidad, resolutive, sistemática, reconocimiento de los aciertos, identificación de las desviaciones y de las necesidades no satisfechas de recursos (insumos, materiales y financieros), así como de otros obstáculos que incidan en la prestación del servicio educativo.
- 3.3. Es responsabilidad del/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Unidad de Enseñanza) emitir observaciones y recomendaciones, para la corrección de las desviaciones en el funcionamiento de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.
- 3.4. La fecha de supervisión y asesoría puede estar sujeta a cambio de acuerdo a las disposiciones emitidas por el/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza), que serán comunicadas con oportunidad a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.
- 3.5. el/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) realizará la visita de supervisión y asesoría a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, durante los primeros diez días después de concluir cada semestre, con el fin de realizar el análisis de las actividades desarrolladas o para el seguimiento de acuerdos.
- 3.6. La evaluación debe realizarse conforme al análisis de la información reportada, considerando las siguientes categorías: Proceso de selección de alumnos de primer ingreso, registro de alumnos, número de pasantes en servicio social, número de egresos, eficiencia terminal, titulación, instalaciones físicas, contratación de profesores de tiempo parcial, evaluación docente, convenios de colaboración, campos clínicos,

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 3 de 10

biblioteca, reglamentos, número de eventos y participantes en los cursos de educación continua, sistema de universidad abierta, planta docente, y personal administrativo.



- 3.7. Durante la evaluación se deben utilizar los instrumentos de recolección de información que presenta este procedimiento.
- 3.8. El/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza) emitirá el informe y comunicará los resultados a la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, acordando las acciones y fechas de cumplimiento.
- 3.9. Corresponde al/la Director (a) de Investigación y Enseñanza (Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud), vigilar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos y dar seguimiento a las observaciones y/o recomendaciones.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.

Hoja: 4 de 10

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

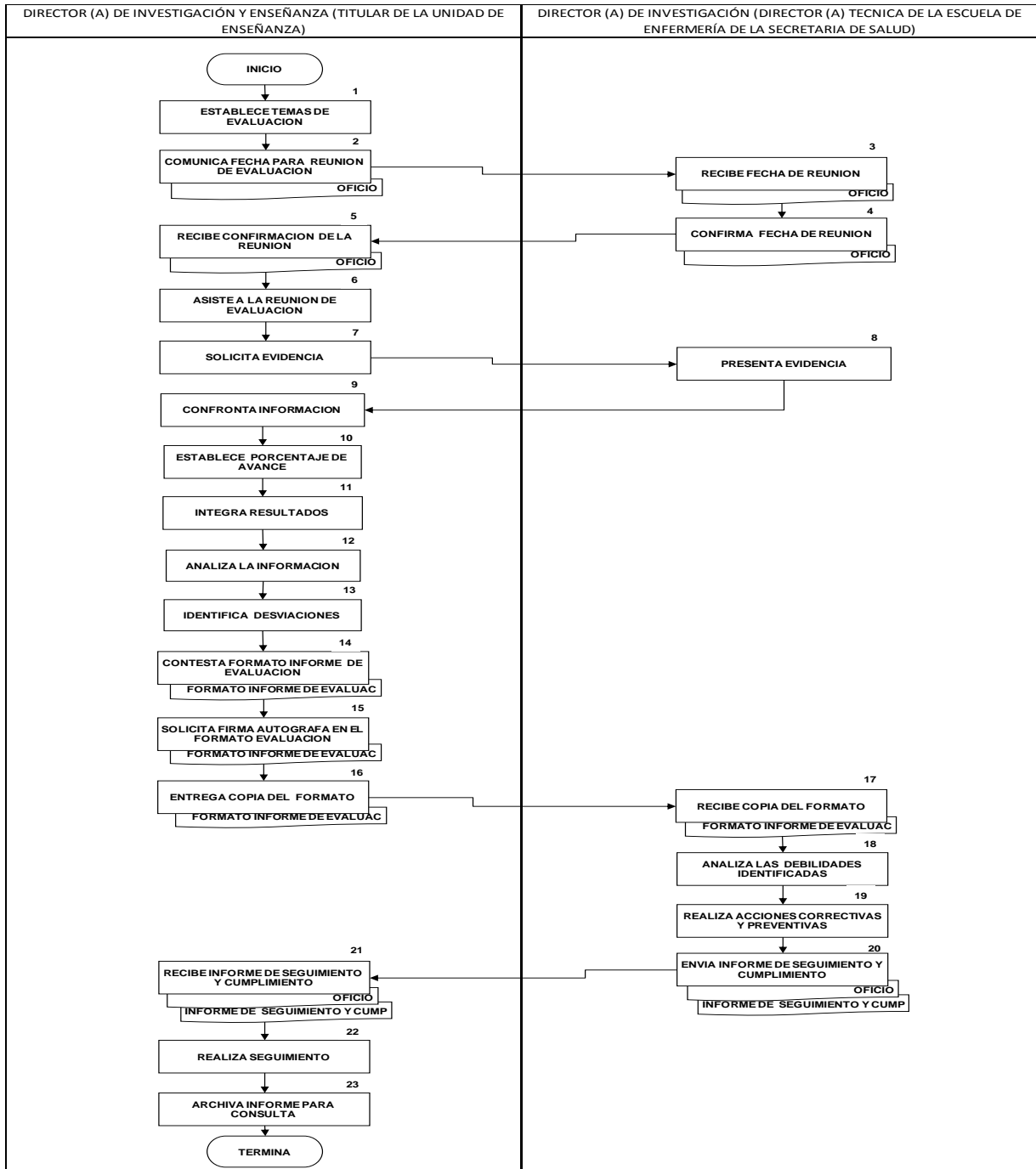
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	1	Establece con la Dirección Técnica de la Escuela de Enfermería, los temas, metas e indicadores motivo de la evaluación.	Oficio para Reunión de Evaluación
	2	Comunica con oficio a la Dirección Técnica la fecha y hora para la reunión de evaluación.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Director (a) Técnica de la Escuela de Enfermería)	3	Recibe con oficio la fecha de la reunión de evaluación.	Oficio para Reunión de Evaluación
	4	Confirma con oficio al/la Titular de la Unidad de Enseñanza la fecha y hora para la reunión de evaluación.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	5	Recibe oficio de confirmación	Oficio para Reunión de Evaluación
	6	Asiste a la reunión de evaluación a Escuela de Enfermería en la fecha y hora señaladas.	
	7	Solicita a la Dirección Técnica evidencia de los indicadores y/o metas acordados.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Director (a) Técnica de la Escuela de Enfermería)	8	Presenta evidencia del desarrollo y resultados de los indicadores y/o metas solicitados, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	9	Confronta el porcentaje de avance de las actividades realizadas con lo programado.	Formato: Informe de Evaluación.
	10	Establece el porcentaje de avance al comparar el logro alcanzado con el indicador y /o meta prevista para el período.	
	11	Integra los resultados para determinar el índice de desempeño.	
	12	Analiza la información en comparación con las normas, lineamientos o estándares de desempeño.	
	13	Identifica desviaciones u omisiones y áreas de mayor problemática.	
	14	Contesta con la Dirección Técnica, el Formato Informe de Evaluación por duplicado.	
	15	Solicita la firma autógrafa de la Dirección Técnica,	




 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.	

Hoja: 5 de 10

	16	en el Formato: Informe de Evaluación. Entrega copia del Formato Informe de Evaluación a la Dirección Técnica.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Director (a) Técnica de la Escuela de Enfermería)	17	Recibe copia del Formato Informe de Evaluación.	Oficio Informe de seguimiento y cumplimiento Formato: Informe de Evaluación. Informe de seguimiento y cumplimiento.
	18	Analiza las debilidades identificadas.	
	19	Realiza acciones correctivas, preventivas o de mejora mediata e inmediata.	
	20	Envía con oficio el informe de seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones del área evaluada, al/la Titular de la Unidad de Enseñanza.	
Director (a) de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	21	Recibe con oficio el informe de seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones realizadas.	Oficio Informe de seguimiento y cumplimiento.
	22	Realiza el seguimiento a las recomendaciones de la evaluación.	
	23	Archiva el informe para consulta y/o seguimiento de las recomendaciones.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO.	

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 7 de 10

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2	Decreto de creación del Hospital Juárez de México.	Publicado en el D.O.F. 26-1-2005
6.3	Manual de Organización del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.4	Programa Anual de Trabajo.	Enero, 2015
6.5	Manual de Organización Específico de la Unidad de Enseñanza.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1. Informe de seguimiento y cumplimiento de la supervisión	5 años	Dirección de Investigación y Enseñanza (Titular de la Unidad de Enseñanza)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1. Asesoría:** Es una función de consejo y ayuda al personal supervisado, para corregir las condiciones de incumplimiento identificadas durante la supervisión.
- 8.2. Evaluación.** Proceso cuantitativo y cualitativo para determinar los resultados de la supervisión, de acuerdo a los objetivos, metas, normas y comparar los resultados contra un estándar establecido previamente.
- 8.3. Metas:** Cuantificación de los objetivos a lograr en los ámbitos temporal y espacial, sus componentes son la descripción, la unidad de medida y el monto.
- 8.4. Supervisión.-** Técnica mediante la cual se capta, procesa y registra la información necesaria para determinar la situación verdadera de una realidad dada, misma que, sometida a un método de análisis, refleja las desviaciones respecto a los estándares, metas y normatividad establecidas, permitiendo definir la aplicación de la acción correctiva correspondiente a fin de que las actividades realizadas, se apeguen a las planificadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se actualiza procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 formato: informe de evaluación de la unidad de enseñanza de la escuela de enfermería de la secretaria de salud.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 8 de 10




10.1 FORMATO: INFORME DE EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARIA DE SALUD

INFORME DE EVALUACION UNIDAD DE ENSEÑANZA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD

FECHA: _____

DESCRIPCION DE LA SITUACION ENCONTRADA	RECOMENDACIONES O ALTERNATIVAS DE SOLUCION	RESPONSABLE	PLAZO DE CUMPLIMIENTO

ELABORO _____ VALIDO _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 9 de 10

INSTRUCTIVO FORMATO: INFORME DE EVALUACION

FECHA DE EVALUACIÓN.- Escribir la fecha (día, mes y año) en que se llevó a cabo la reunión de evaluación.

SITUACIÓN ENCONTRADA.- Describir de manera objetiva y precisa, la problemática detectada y sus causas. La verificación se hará sobre actividades y los recursos técnicos, humanos, materiales y equipo de la unidad evaluada.




RECOMENDACIONES.- Describir las acciones planeadas para resolver la problemática encontrada.

RESPONSABLE.- Escribir el nombre del responsable del área evaluada.

PLAZO DEL CUMPLIMIENTO.- Indicar el tiempo para resolver la problemática encontrada.



ELABORÓ.- Indicar el nombre y firma de la persona que elaboró el informe de evaluación. **(TITULAR DE LA UNIDA DE ENSEÑANZA).**

VALIDÓ.- Escribir el nombre y firma de la persona que validó el informe de evaluación. **(DIRECTOR TÉCNICO).**




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA		
	24. Procedimiento para evaluar el desarrollo del plan anual de trabajo de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud.		Hoja: 10 de 10

CRITERIOS DE EVALUACION

- 1.- Proceso de selección de alumnos (as) de primer ingreso
- 2.- Registro de alumnos(as),
- 3.- Matricula
- 4.- Número de alumnos (as) no acreditados.
- 5.- Número de egresos
- 6.- Número de pasantes en servicio social
- 7.- Eficiencia terminal
- 8.- Titulación
- 9.- Campos clínicos
- 10.- Biblioteca
- 11.- Evaluación docente
- 12.- Contratación de profesores (as) de tiempo parcial
- 13.- Planta docente
- 14.- Personal administrativo
- 15.- Instalaciones físicas
- 16.- Número de participantes en los cursos de educación continúa
- 17.- Numero de ingresos
- 18.- Matricula en el sistema de universidad abierta
- 19.- Numero de egresos en el sistema de universidad abierta
- 20.- Número de Titulados en el sistema de universidad abierta

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 1 de 13

25.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 2 de 13

1 PROPÓSITO

1.1 Contar con una herramienta que permita ordenar y sistematizar la información relevante, para dar cumplimiento a los objetivos, metas, estrategias, líneas de acción e indicadores comprometidos a corto, mediano o largo plazo.

2 ALCANCE

2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al/la Director (a) General por ser quien revisa y valida el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y a las Direcciones de Área, ya que son los responsables de elaborarlo.

2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a la Junta de Gobierno ya que es el Órgano que aprueba el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 La Comisión Coordinadora es la responsable de entregar al/la Prosecretario (a) de la Junta de Gobierno, los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

3.2 El/la Prosecretario (a) de la Junta de Gobierno, es el responsable de entregar al/la Director (a) de Planeación Estratégica los lineamientos y/o el guion emitido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para elaborar el Programa Anual de Trabajo.

3.3 Las Direcciones de Área, son las responsables de elaborar su Programa Anual de Trabajo de acuerdo al ámbito de su competencia y enviarlo al/la Director (a) de Planeación Estratégica para su revisión.



3.4 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, es el responsable de revisar e integrar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

3.5 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, es el responsable de elaborar la "Solicitud de acuerdo" para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México, en la Primera Sesión Ordinaria de la Junta de la Gobierno.


3.6 La Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México es la responsable de aprobar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México, conforme a la normatividad vigente.

3.7 Las Direcciones de Área, son las responsables de resguardar la evidencia documental que sustente la información y las cifras comprometidas en su Programa Anual de Trabajo.

3.8 Las Direcciones de Área, son las responsables de elaborar sus indicadores y metas comprometidas en el Programa Anual de Trabajo y, contar con la memoria de cálculo y factores que consideraron para estimarlas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 3 de 13



- 3.9 Las Direcciones de Área, son las responsables de elaborar la gráfica de gantt y calendarizar las actividades del cumplimiento de las estrategias y líneas de acción, comprometidas en el Programa Quinquenal del Director General.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica, es el responsable de informar a la Junta de Gobierno el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo del Director General de forma semestral y anual.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

Hoja: 4 de 13



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1	Entrega en la primera reunión de Prosecretarios (as) de la Junta de Gobierno oficio y/o correo electrónico con los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
Prosecretario (a) de la Junta de Gobierno	2	Recibe oficio y/o correo electrónico con los lineamientos y/o guion para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
	3	Envía oficio y/o correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica, con los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
Director (a) de Planeación Estratégica	4	Recibe oficio y/o correo electrónico con los lineamientos y/o guion para la elaboración del Programa Anual de Trabajo e instruye al/la jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, hacer la difusión y gestionar con las Direcciones de Área la elaboración de su Programa Anual de Trabajo.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	5	Recibe instrucción y envía oficio y/o correo electrónico a los/las Directores/as de Área, con los lineamientos y/o guion para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
Directores (as) de Área	6	Reciben oficio y/o correo electrónico con los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo.	Oficio y/o correo electrónico Lineamientos y/o guion
	7	Elaboran propuesta del Programa Anual de Trabajo de la Dirección de su competencia de acuerdo a los lineamientos y/o guion.	Propuesta del Programa Anual de Trabajo Lineamientos y/o guion
	8	Envían oficio y/o correo electrónico al/la Director/a	Oficio y/o correo

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	


Hoja: 5 de 13

		de Planeación Estratégica con la propuesta del Programa Anual de Trabajo.	electrónico Propuesta del Programa Anual de Trabajo
Director (a) de Planeación Estratégica	9	Recibe por oficio y/o correo electrónico de las Direcciones de Área, las propuestas del Programa Anual de Trabajo para su revisión de acuerdo a los lineamientos y/o guion e instruye al/la jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, revisar los Programas Anuales de Trabajo de las Direcciones de Área, e integrar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Oficio y/o correo electrónico Propuesta del Programa Anual de Trabajo
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	10	Revisa e integra el Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área. ¿El Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área está elaborado y contiene los aspectos solicitados de acuerdo a los lineamientos y/o guion?	Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área
	11	No: Sugiere correcciones a los Directores/as de Área y regresa a la actividad 7.	
	12	Si: Integra los Programas de Trabajo de las Direcciones de Área y elabora la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
	13	Envía por oficio y/o correo electrónico la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México al/la Director (a) de Planeación Estratégica.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Director (a) de Planeación Estratégica	14	Recibe oficio y/o correo electrónico del/la jefe (a) Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, con la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México

 	PROCEDIMIENTO		
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		

Hoja: 6 de 13

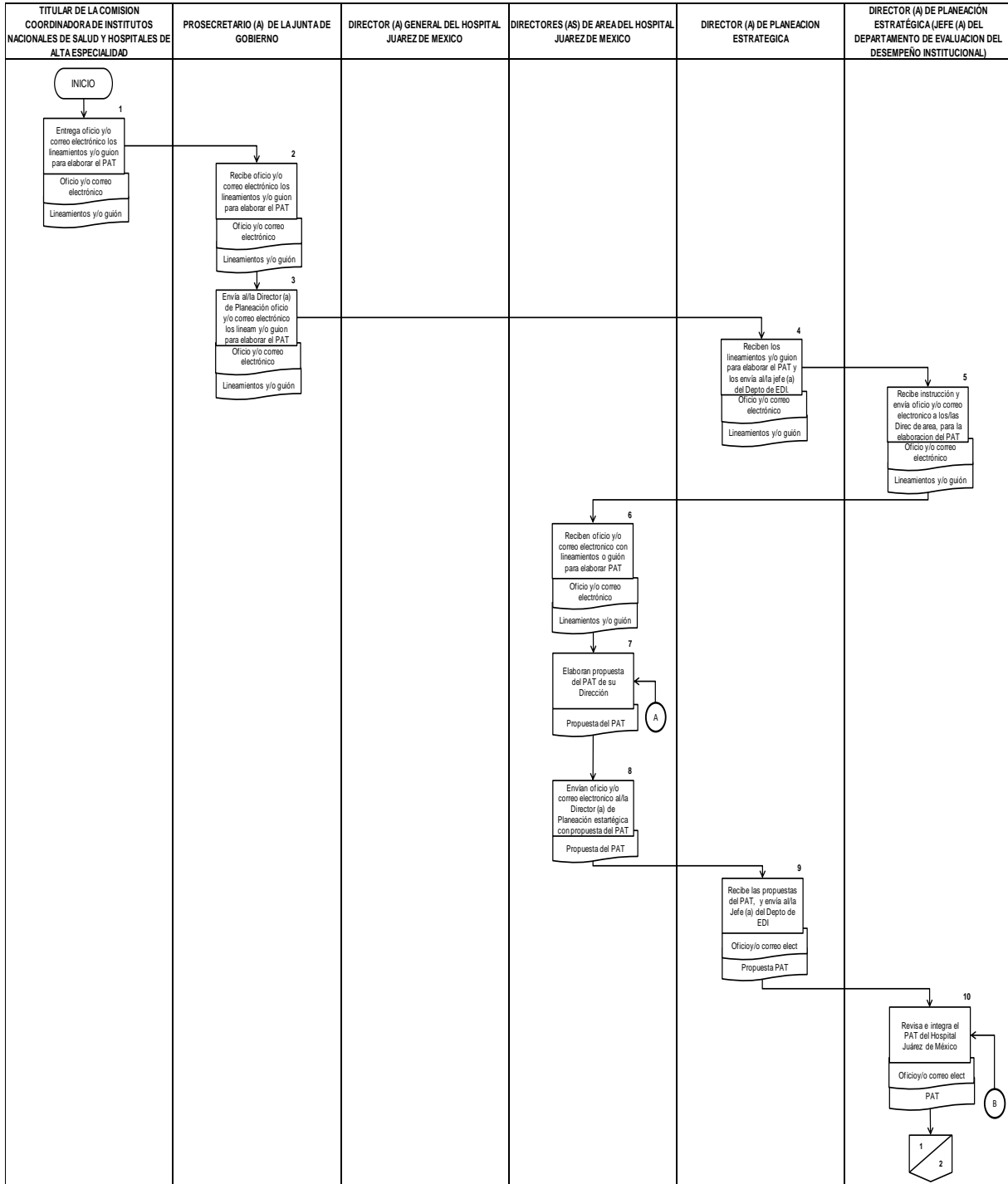
	15	Envía oficio y/o correo electrónico a los Directores (as) de Área, con el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México preliminar para su revisión y validación.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Directores (as) de Área	16	Reciben oficio y/o correo electrónico del/la Director (a) de Planeación Estratégica, con el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México preliminar para su revisión y validación.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
	17	Revisan el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México preliminar.	Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
	18	Envían por oficio y/o correo electrónico al/la Director/a de Planeación Estratégica, la validación correspondiente del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Director (a) de Planeación Estratégica	19	Recibe por oficio y/o correo electrónico de las Direcciones de Área, la validación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México e instruye al Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, integrar la versión final del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Oficio y/o correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	20	Elabora la versión final del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y lo turna al/la Director (a) de Planeación Estratégica.	Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Director (a) de Planeación Estratégica	21	Recibe la versión final del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y lo remite al/la directora (a) General.	Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México
Director (a) General	22	Recibe y revisa el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	Programa Anual de Trabajo del

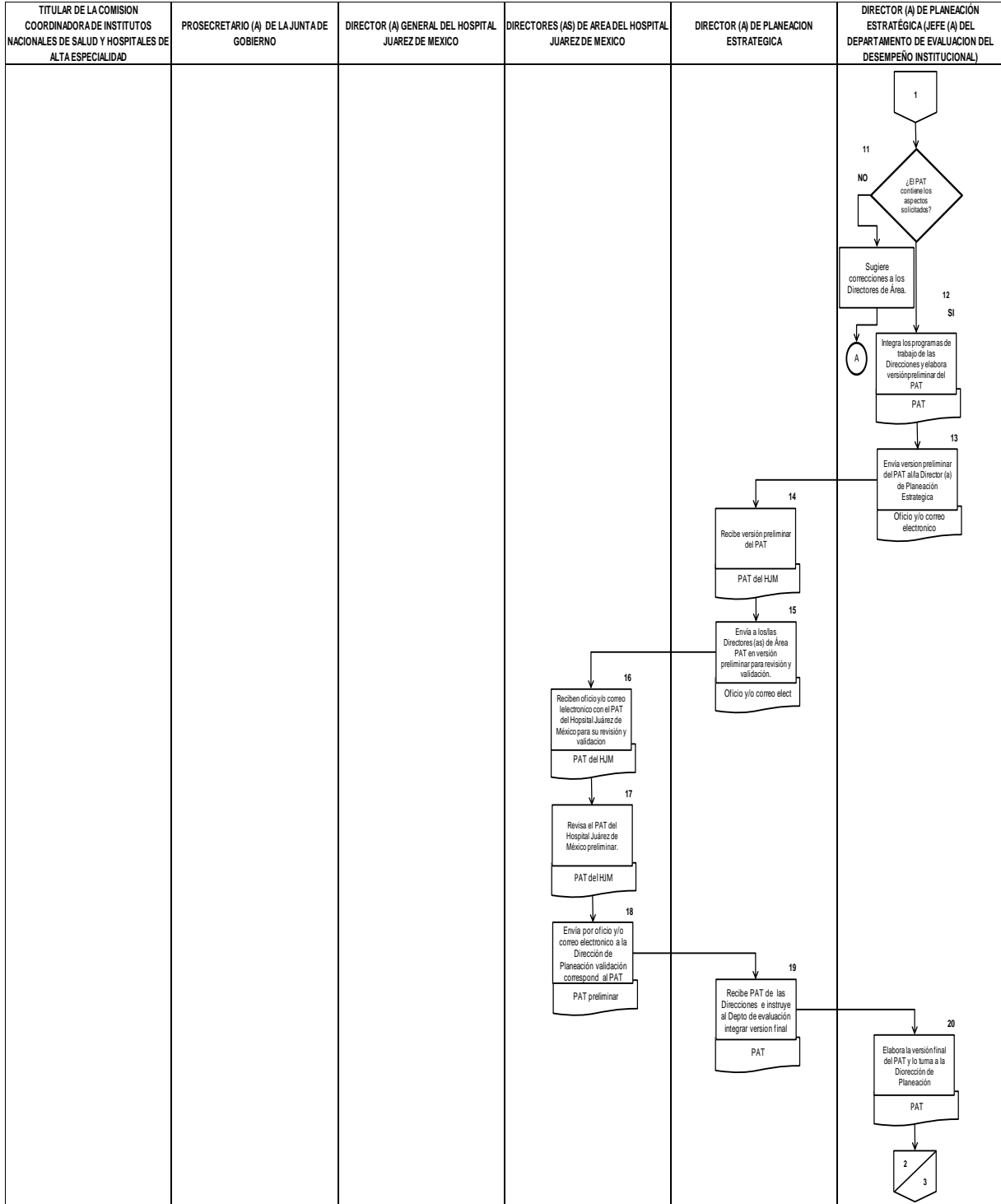
	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

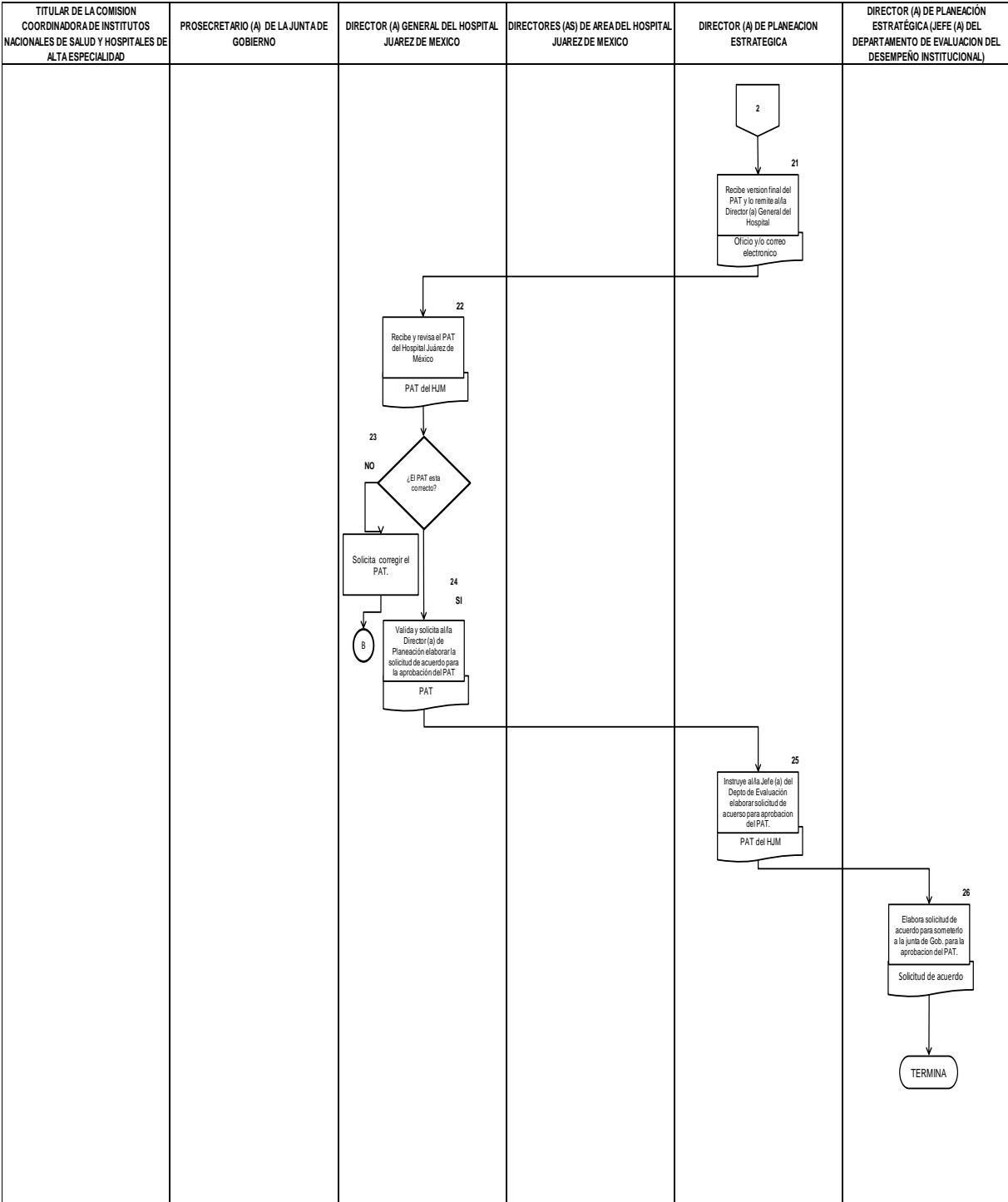
Hoja: 7 de 13




		<p>¿El Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México está correcto?</p> <p>23 No: Solicita corregir el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y regresa a la actividad 10.</p> <p>24 Si: Valida y solicita al Director/a de Planeación Estratégica, elaborar la solicitud de acuerdo para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.</p>	<p>Hospital Juárez de México</p> <p>Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México</p> <p>Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México</p>
Director (a) de Planeación Estratégica	25	Instruye al/la jefe (a) Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, elaborar la solicitud de acuerdo para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	26	<p>Elabora la solicitud de acuerdo para someterla a la Junta de Gobierno para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México, conforme a la normatividad vigente.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Solicitud de acuerdo

5 DIAGRAMA DE FLUJO







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 11 de 13

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guías Técnicas para la elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección de Planeación Estratégica	Diciembre, 2016
6.3 Lineamientos para elaboración del Programa Anual de Trabajo	N/A
6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Jefe/a del Área de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.2 Lineamientos	5 años	Jefe/a del Área de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.3 Programa Anual de Trabajo	5 años	Jefe/a del Área de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.4 Carpeta de la H. Junta de Gobierno	5 años	Jefe/a del Área de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Junta de Gobierno:** Es el órgano supremo del Organismo, tendrá a su cargo la determinación de sus políticas y normas estratégicas, así como la supervisión y el control general de sus actividades.
- 8.2 Directores (as) de Área:** Dirección de Investigación, Médica, Planeación Estratégica, Administración y Unidad de Enseñanza del Hospital Juárez de México.
- 8.3 Programa Anual de Trabajo:** Es un instrumento de gestión de corto plazo que viabiliza la ejecución del Proyecto Institucional.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	El procedimiento cambia de responsable, del Área de Organización y Gestión de Procesos al Área de Evaluación del Desempeño Institucional.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 12 de 13

10.1 LINEAMIENTOS Y/O GUIÓN PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

GUIÓN PARA ELABORAR PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO 20XX




El Programa Anual de Trabajo que se presenta para autorización de la Junta de Gobierno es un documento ejecutivo, sintético independiente a la versión que elaboran detalladamente, pormenorizada para seguimiento y evaluación institucional.

Este documento debe informar por programa presupuestario para las áreas sustantivas y administrativas, los objetivos, estrategias, líneas de acción, metas e indicadores que se estima realizar en año, considerando los recursos presupuestales autorizados para el ejercicio fiscal. Este programa deberá ser medible y auditable a través de los resultados que se expresen a través de indicadores y sus metas por lo que se sugiere que se tomen, en los casos que corresponda la MIR, Numeralia y los anexos estadísticos que ya se informan a través de los sistemas de información ya probados en la entidad. Es importante resaltar que se debe mejorar la eficiencia en el ejercicio del presupuesto.

El desarrollo del Programa Anual de Trabajo debe considerarse como un proceso continuo que requiere una constante supervisión y retroalimentación acerca de cómo se están cumpliendo los objetivos y funcionando las estrategias instrumentadas con el presupuesto destinado en el periodo. Durante el ejercicio se tiene que monitorear los resultados que se obtienen vinculados con los recursos presupuestales ejercidos en el periodo.

El documento ejecutivo tendrá una extensión máxima de 20 cuartillas, independientemente de sus anexos, y contendrá al menos los siguientes aspectos sugeridos:

1. Introducción (1cuartilla)
2. Marco legal y de referencia respecto al cual fue formulado. (1cuartilla)
3. Alineación con las prioridades Nacionales, sectoriales e institucionales
 - a. Alineación al Plan Nacional de Desarrollo, Programa Sectorial de Salud 2013-2018. La alineación a los Programas de Acción Específicos de Medicina de Alta Especialidad y de Investigación en Salud
 - b. Programa para un Gobierno Cercano y Moderno
 - c. Plan Quinquenal de la Dirección General de la entidad cuando aplique
 - d. Acuerdo General para el Intercambio de Servicios de Salud
 - e. Medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos (DOF 10 die 2012)
 - f. El presupuesto anual 20XX de la institución
4. Misión
5. Visión
6. Problemática y situación institucional

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	25. Procedimiento para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.		Hoja: 13 de 13

Análisis (FODA) sintético por actividad sustantiva y de administración a partir del análisis estratégico, identificando la **Situación interna (Fortalezas y Debilidades)** y el **Ambiente externo (Oportunidades y Amenazas)**, por cada programa, estableciendo las estrategias necesarias para abordarlos, como a continuación se señala:



Estrategias (FO)	Estrategias (DO)
usar Fortalezas para aprovechar las oportunidades	vencer Debilidades aprovechando Oportunidades
Estrategias (FA)	Estrategias (DA)
uso de Fortalezas para evitar las Amenazas	reducir al mínimo las Debilidades para evitar Amenazas

Se presentará sólo aquellos elementos identificados como relevantes para el desempeño estratégico institucional no los operativos.




7. Programa Anual de Trabajo 20XX.

- Dividido por actividad sustantiva (Investigación, Enseñanza, Asistencia Médica) considerando los aspectos administrativos y presupuestales
- Objetivos generales por programa
- Objetivos específicos
- Estrategias
- Líneas de acción y proyectos específicos
- Metas
- Indicadores de productividad, estándares de calidad y metas 20XX
- Otras prioridades especificadas en alguno de los anexos del PEF 20XX (equidad de género, programa transversal, Gobierno Cercano y Moderno entre otros)

Es indispensable señalar que el Programa Anual de Trabajo es un documento de evaluable, de rendición de cuentas, por lo cual es auditable, en consecuencia todos los compromisos deben ser reflejados objetivamente, con el soporte de las áreas ejecutoras. No es un documento Administrativo intrascendente, particularmente ahora que existe una mayor evaluación del desempeño, particularmente en las revisiones de las instancias como la Auditoría Superior de la Federación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		Hoja: 1 de 15

26. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		Hoja: 2 de 15

1. PROPÓSITO




- 1.1 Establecer el mecanismo para llevar a cabo el trámite de revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México, para someterlo ante Junta de Gobierno del Hospital.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al/la Director (a) General, por ser quien instruye al/la Director (a) de Planeación Estratégica llevar a cabo las acciones para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico y a los/las Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de área y Titular del Órgano Interno de Control, ya que son los responsables de elaborar y/o modificar el Estatuto Orgánico del Hospital.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a la Junta de Gobierno del Hospital, por ser responsable de autorizar el Estatuto Orgánico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar por medio del Área de Análisis de Procesos y Transparencia a los/las Directores (as), Subdirectores (as) y Titular del Órgano Interno de Control que realicen la revisión y propuestas de modificación al estatuto orgánico.
- 3.2 Los/las Directores (as), Subdirectores (as) y Titular del Órgano Interno de Control son responsables de revisar y proponer las modificaciones correspondientes a su ámbito de aplicación.
- 3.3 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de convocar por medio del/la Jefe (a) de Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia a los Directores, Subdirectores y Titular del Órgano Interno de Control que para revisar y discutir integralmente las propuestas de todo el estatuto orgánico.
- 3.4 El/la Directora (a) de Planeación Estratégica (Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia) es responsable de consolidar las propuestas de modificación al Estatuto Orgánico.
- 3.5 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar por medio del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia la validación del Estatuto Orgánico por parte del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).
- 3.6 El Comité de Mejora de Regulatoria Interna (COMERI) es responsable de revisar y validar el Estatuto Orgánico.
- 3.7 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de realizar por medio del Área de Análisis de Procesos y Transparencia el acuerdo de modificación de Estatuto Orgánico para ser sometido a la Junta de Gobierno del Hospital.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		Hoja: 3 de 15



- 3.8 El/la Directora (a) de Planeación Estratégica (Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia) es responsable de elaborar el acuerdo de modificación del Estatuto Orgánico y enviarlo a visto bueno al/la Director (a) de Planeación Estratégica.
- 3.9 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de revisar y validar el acuerdo de modificación del Estatuto Orgánico.
- 3.10 El/la Directora (a) de Planeación Estratégica (Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia) es responsable de enviar el acuerdo de modificación validado a la Jefa del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional para que sea incluido en la carpeta que será presentada en la Junta de Gobierno
- 3.11 El/la Directora (a) de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional) es responsable de incluir el acuerdo de modificación de Estatuto Orgánico en la carpeta para la Junta de Gobierno.
- 3.12 La Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México es responsable de revisar y autorizar las modificaciones al Estatuto Orgánico.
- 3.13 El/la Directora (a) de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional) es responsable de notificar y enviar la autorización a la Dirección de Planeación Estratégica
- 3.14 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar por medio del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia la publicación del Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación a la Dirección de Administración enviando la leyenda de publicación correspondiente.
- 3.15 El/la Director (a) de Administración es responsable de girar sus instrucciones al Departamento de Abastecimiento para realizar las gestiones correspondientes para publicar el Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación.
- 3.16 El/la Director (a) de Administración (Departamento de Abastecimiento) es responsable de realizar las gestiones correspondientes para publicar el estatuto orgánico en el Diario Oficial de la Federación.

	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	

Hoja: 4 de 15


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) General del Hospital Juárez de México	1	Instruye mediante oficio y/o correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica para coordinar las acciones necesarias para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital.	Oficio y/o correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica	2	Recibe mediante oficio y/o correo electrónico la instrucción para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico.	Oficio y/o correo electrónico
	3	Instruye mediante oficio y/o correo electrónico al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia para que solicite la elaboración de propuestas para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	4	Recibe mediante oficio y/o correo electrónico la instrucción para elaboración de propuestas para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico.	Oficio y/o correo electrónico
	5	Solicita a través de oficio la elaboración de propuestas para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico a los/las Directores (as) de área, Subdirectores (as) y Titular del Órgano Interno de Control	
Directores (as) Subdirectores (as) y Titular del Órgano Interno de Control	6	Reciben mediante oficio la solicitud para la elaboración de propuestas para la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital.	Oficio Propuestas de modificación
	7	Realizan propuestas de modificación correspondiente.	
	8	Envían mediante oficio al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia la propuesta para incluirla en la revisión y actualización final.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	9	Recibe propuestas y verifica contenido. ¿Es correcto el contenido?	Propuestas
	10	No Regresa a la Actividad 6	
	11	Si Integra la propuesta de revisión y actualización del Estatuto Orgánico, y la envía al/la Director (a) de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica	12	Recibe la propuesta de modificación al Estatuto Orgánico y la revisa.	Propuesta Oficio
	13	Revisa la propuesta integrada del estatuto orgánico.	
	14	Instruye al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia para generar el oficio de convocatoria para revisar la propuesta en	

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	


Hoja: 5 de 15

		conjunto con el personal de estructura.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	15	Recibe instrucción para generar el oficio de convocatoria para revisar las propuestas en conjunto con el personal de estructura	Oficio
	16	Solicita mediante oficio fecha en la agenda del/la Director (a) General.	
	17	Elabora oficio de convocatoria	
	18	Envía oficio al personal de estructura	
Directores (a) Subdirectores (as) y Titular del Órgano Interno de Control	19	Reciben convocatoria.	Oficio Propuesta del Estatuto
	20	Acuden a la reunión y analizan el documento integrado ¿Están de acuerdo con la propuesta de modificación?	
	21	No: Realizan en el instante las modificaciones correspondientes	
	22	Si: Autorizan las modificaciones y se acuerda que la Dirección de Planeación Estratégica envíe el documento al Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) para su validación.	
Director (a) de Planeación Estratégica	23	Instruye al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia genere oficio de convocatoria al Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI) para validación del Estatuto Orgánico.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	24	Recibe instrucción.	Oficio
	25	Elabora oficio dirigido Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI)	
	26	Envía oficio solicitando la validación del Estatuto Orgánico al Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI)	
Integrantes de Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI)	27	Recibe solicitud	Oficio
	28	Revisa el Estatuto Orgánico	
	29	Emite la validación correspondiente al/la Director (a) de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica	30	Recibe validación.	Oficio
	31	Instruye al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia generar el acuerdo de modificación para someterse a la Junta de Gobierno del Hospital.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de	32	Recibe instrucción	Acuerdo de modificación
	33	Elabora acuerdo de modificación	
	34	Envía acuerdo a la Dirección de Planeación Estratégica para validación	

	PROCEDIMIENTO		
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		

Hoja: 6 de 15

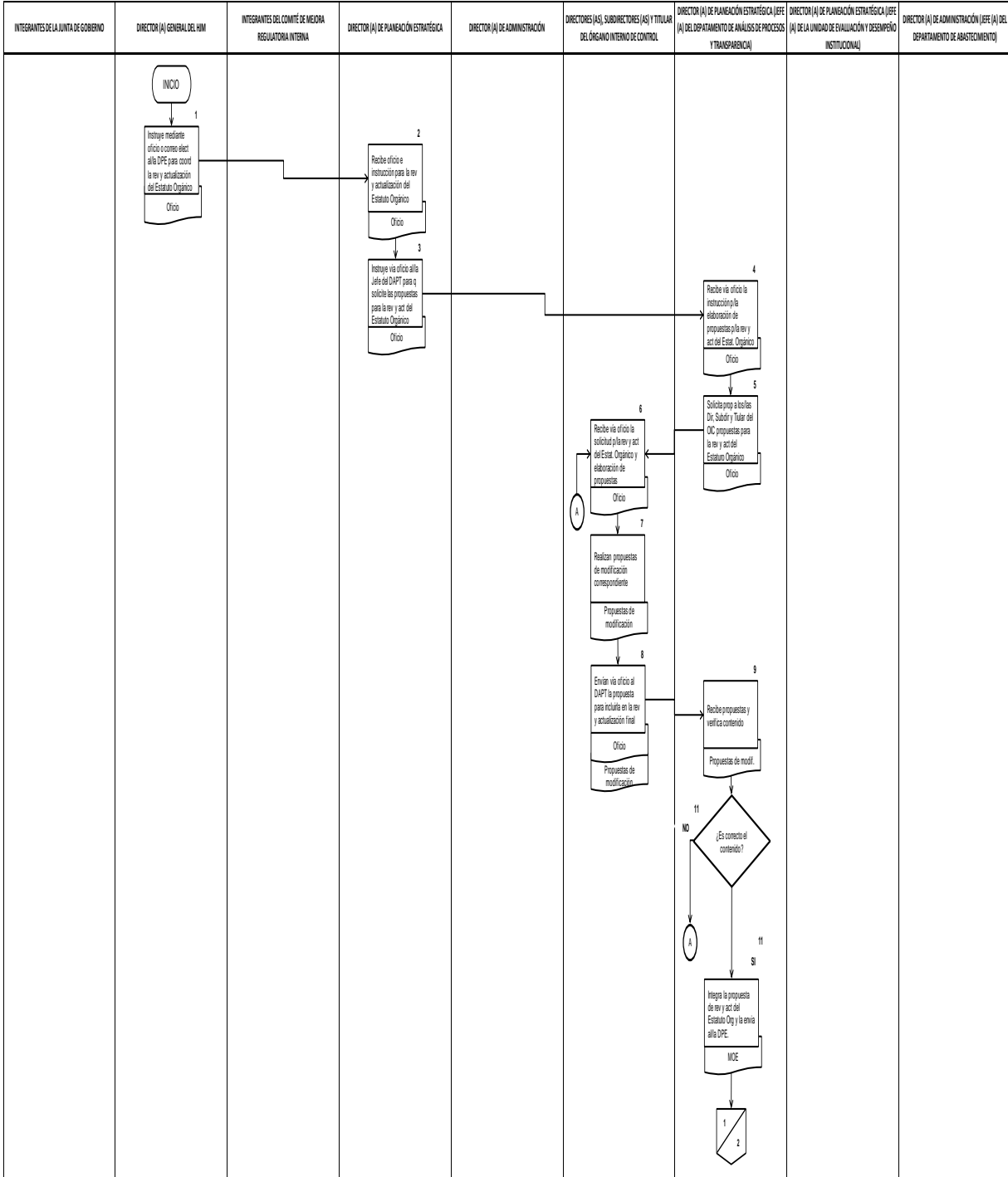
Análisis de Procesos y Transparencia)			
Director (a) de Planeación Estratégica	35 36 37	Recibe acuerdo de modificación Revisa el acuerdo de modificación Valida el acuerdo de modificación e instruye al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia enviar el acuerdo al Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional.	Acuerdo de modificación
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	38	Recibe instrucción y envía acuerdo de modificación validado al Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional	Acuerdo de modificación
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional)	39 40 41	Recibe acuerdo de modificación. Integra el acuerdo en la carpeta que será presentada en la Junta de Gobierno. Envía carpeta de acuerdos para autorización de la Junta de Gobierno.	Acuerdo de modificación Carpeta de acuerdos
Junta de Gobierno	42 43 44 45	Recibe carpeta de acuerdos Revisa acuerdo de modificación del estatuto orgánico ¿Autoriza el nuevo Estatuto Orgánico? No: Indica observaciones a corregir para ser autorizado, regresa a la actividad 20. Si: Aprueban en acta el nuevo Estatuto Orgánico.	Carpeta de acuerdos Estatuto Orgánico Acta de aprobación
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional)	46	Notifica vía oficio a la Dirección de Planeación la autorización del nuevo estatuto orgánico.	Oficio
Director (a) de Planeación Estratégica	47 48	Recibe notificación vía oficio de autorización del Estatuto Orgánico. Instruye al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia para solicitar la publicación del Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF)	Oficio

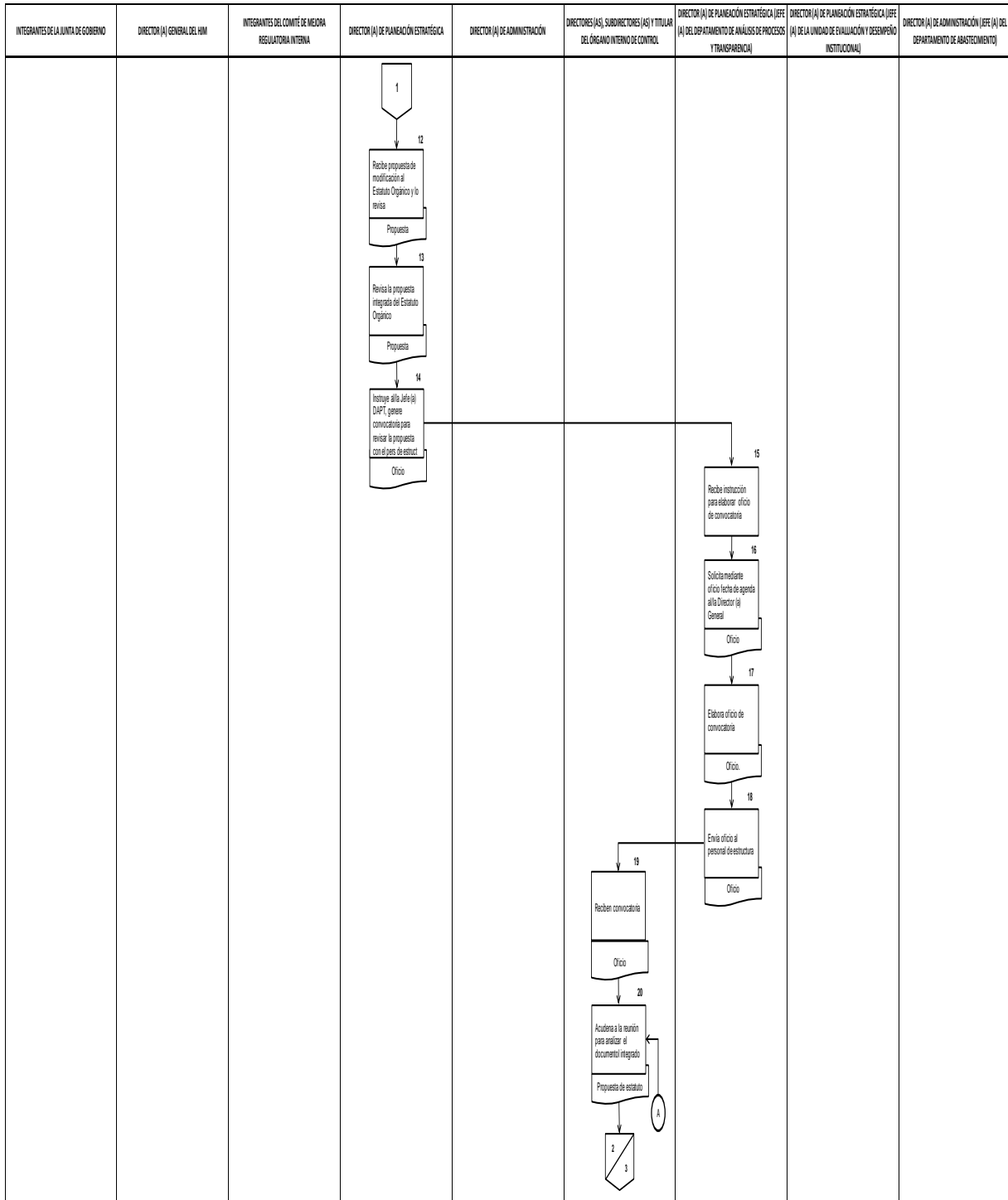
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	

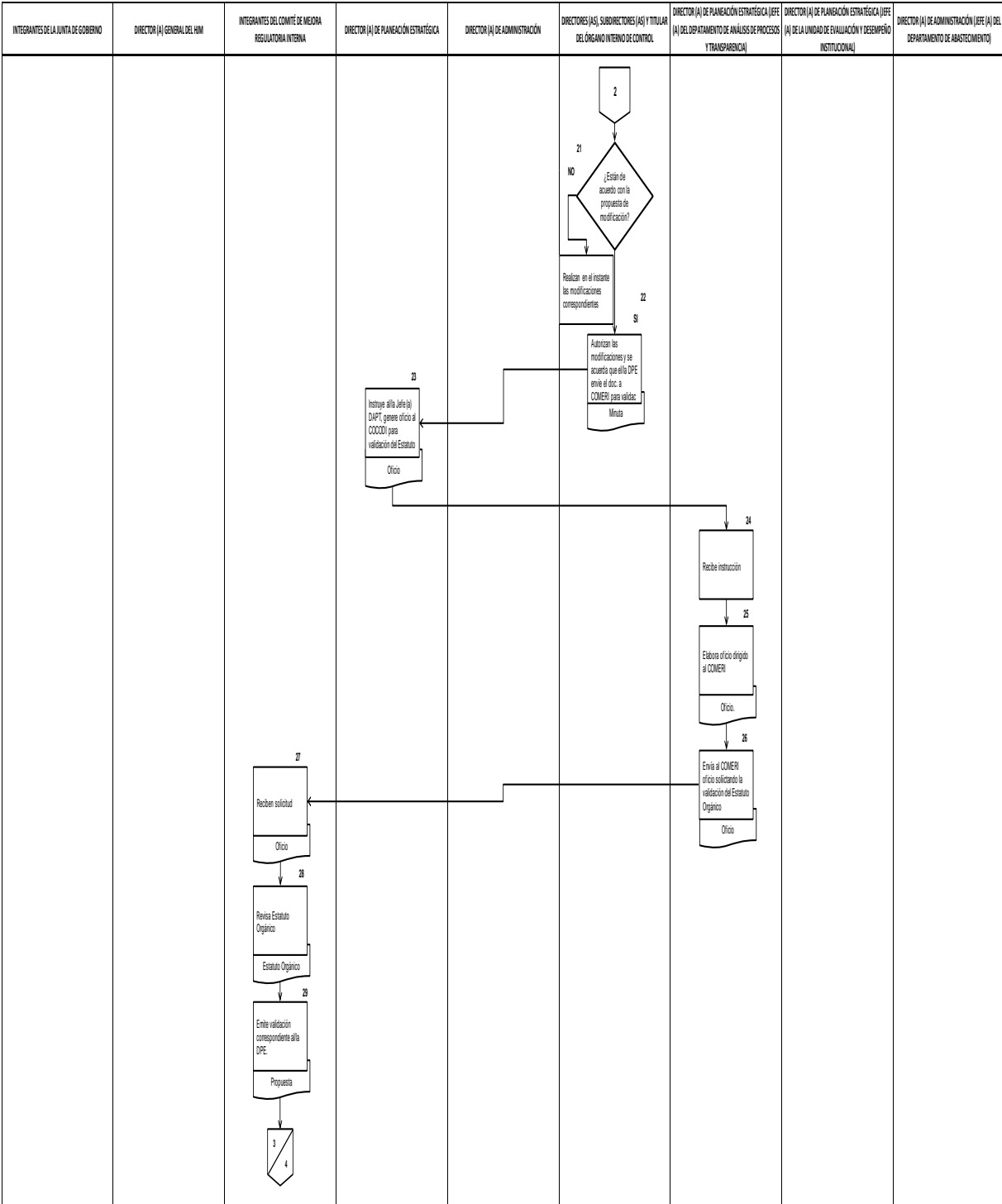
Hoja: 7 de 15

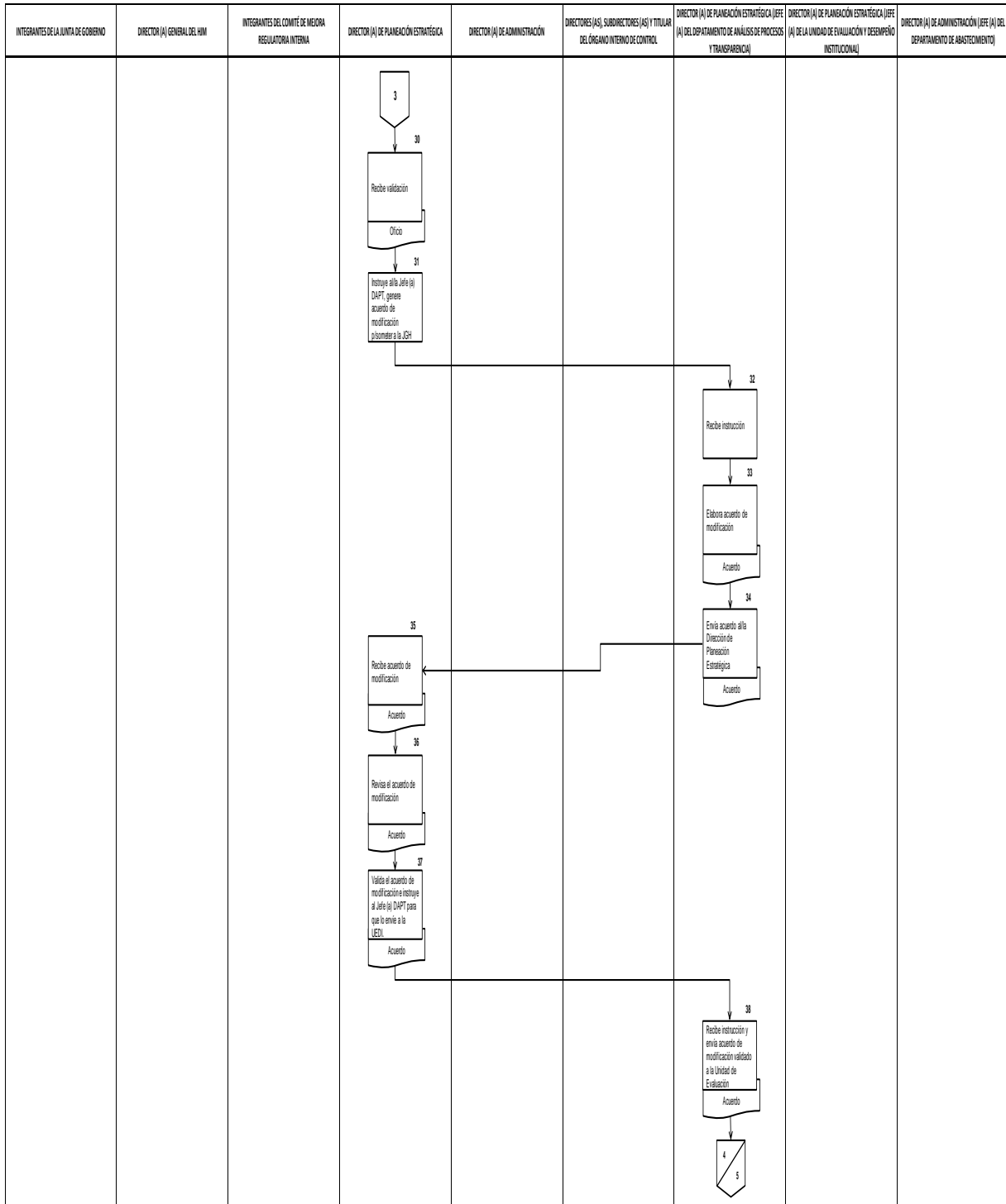
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	49 50	Recibe instrucción. Solicita por oficio a la Dirección de Administración se realicen las gestiones correspondientes para la publicación Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF).	Oficio Estatuto Orgánico
Director (a) de Administración	51 52	Recibe oficio de solicitud para la publicación Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF) Gira instrucciones al/la jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para realizar lo correspondiente para publicar el nuevo Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF)	Oficio Estatuto Orgánico
Director (a) de Administración (Jefe (a) del Departamento de abastecimiento)	53 54 55	Recibe instrucción para publicar el nuevo Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF) Realiza las gestiones correspondientes para publicar el Estatuto en el Diario Oficial de la Federación (DOF) Notifica al/la Director (a) de Planeación Estratégica que el estatuto orgánico fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF)	Oficio Estatuto Orgánico
Director (a) de Planeación Estratégica	56 57	Recibe notificación vía oficio de la publicación del Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (DOF) Difunde el Estatuto Orgánico autorizado y publicado a los/las Directores (as) de área para que lo difundan al interior de sus áreas	Oficio Estatuto Orgánico
TERMINA PROCEDIMIENTO			

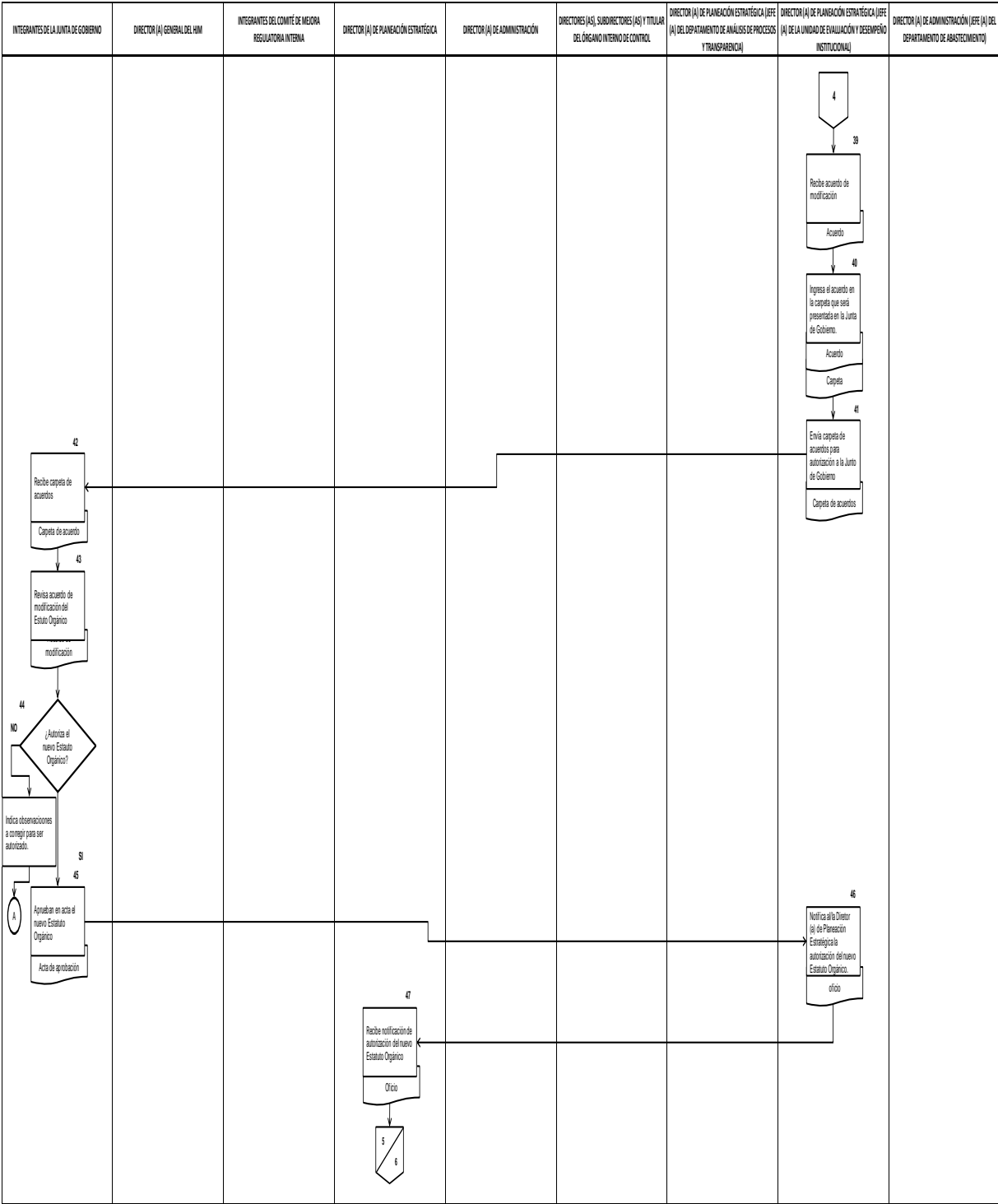
5 DIAGRAMA DE FLUJO

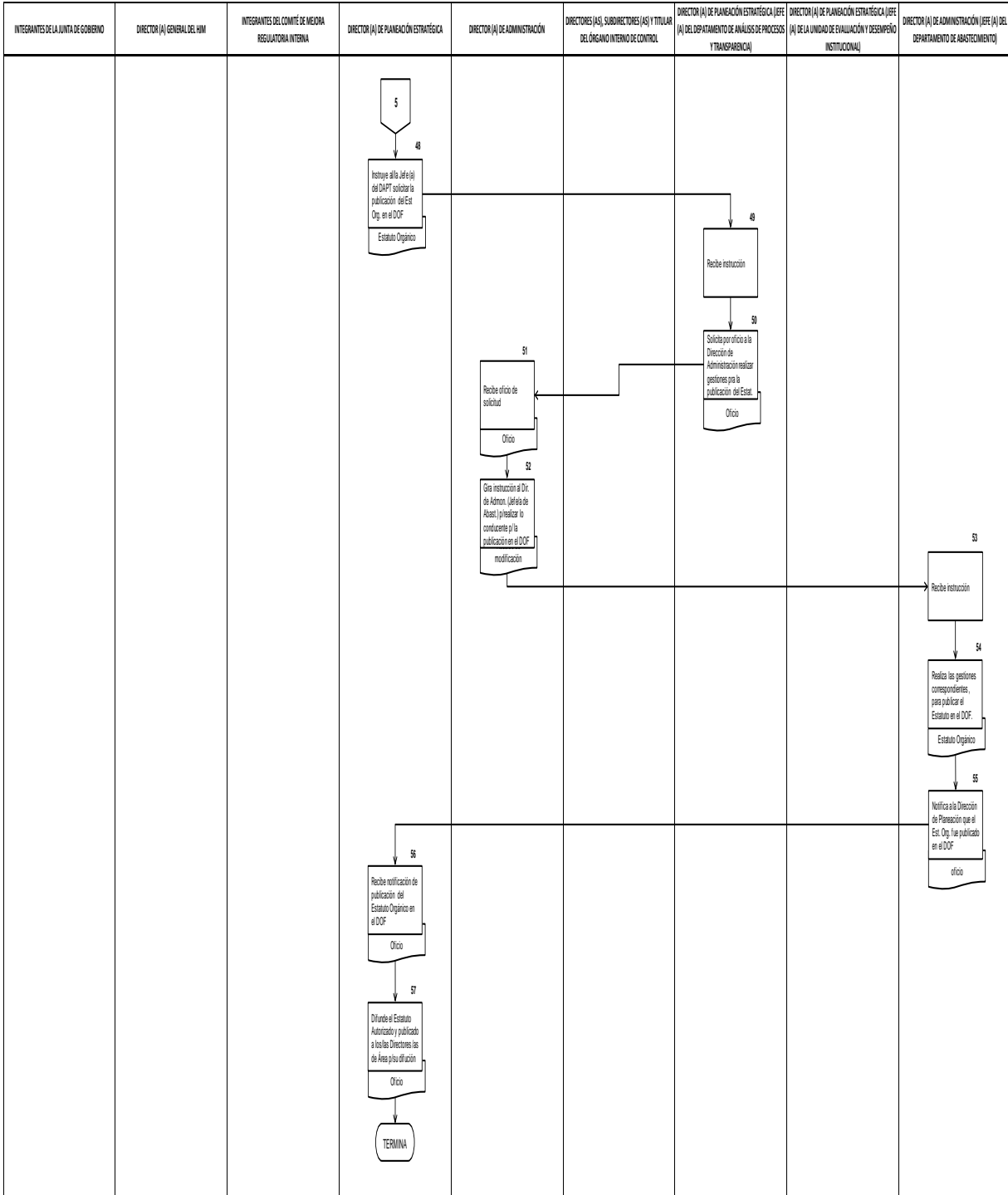















 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		Hoja: 14 de 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. Septiembre, 2013.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Especifico de la Dirección de Planeación Estratégica.	Diciembre, 2016
6.3 Lineamientos para la elaboración de Propuestas de Modificación al Estatuto Orgánico	N/A
6.4 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficios	5 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.2 Memorándum	5 años	Área de Organización y Gestión de Procesos	N/A
7.3 Propuesta de modificación al Estatuto Orgánico	5 años	Área de Organización y Gestión de Procesos	N/A
7.4 Solicitud de acuerdo	5 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.5 Oficio de autorización	5 años	Dirección General	N/A
7.6 Nuevo Estatuto Orgánico del Hospital	5 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Guía Técnica para Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos:** Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de sus Propuestas de Elaboración y Actualización de Manuales de Organización y Procedimientos.
- 8.2 Lineamientos:** Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto que sirve como guía para la presentación de Propuestas de Modificación Estructural.
- 8.3 Manual:** Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
- 8.4 Manual de Organización:** Documento que describe las funciones de cada una de las unidades de mando que integran la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.
- 8.5 Planeación Estratégica:** Es una herramienta por excelencia de la Gerencia Estratégica, consiste en la búsqueda de una o más ventajas competitivas de la organización y la formulación y puesta en marcha de estrategias permitiendo crear o

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	26. Procedimiento para llevar a cabo la revisión y actualización del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.		Hoja: 15 de 15

preservar sus ventajas, todo esto en función de la Misión y de sus objetivos, del medio ambiente y sus presiones y de los recursos disponibles.



- 8.6 Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones relacionadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se modifican actividades del procedimiento, se complementan políticas de operación, se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 1 de 19

27.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 2 de 19

1. PROPÓSITO




- 1.1 Coordinar y establecer asesorías para la elaboración, actualización y autorización del Manual de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a las Direcciones, Subdirecciones de área y el Órgano Interno de Control. (Estructura Orgánica), ya que son estas las Áreas autorizadas en la Estructura Orgánica. Aplica al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológicas por ser quien publica la información en el portal del Hospital y al Comité de Mejora de Regulatoria Interna, por ser quien autoriza los manuales a nivel interno.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, debido a que es la instancia encargada de autorizar los Manuales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Planeación Estrategia a través del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia establecerá la coordinación, asesoría y validación de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de las diferentes áreas del Hospital.
- 3.2 El Manual de Organización Específico y de Procedimientos de las diferentes áreas del Hospital deberán apegarse a las Guías Técnicas autorizadas por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización Específico y Procedimientos.
- 3.3 Las Direcciones, Subdirecciones y Órgano Interno de Control son responsables de actualizar y realizar las modificaciones correspondientes en sus Manuales de Organización Específicos y Manuales de Procedimientos.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estrategia a través del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia, será la responsable de la consolidación del Manual de Organización Específico y de Procedimientos, los cuales deberán actualizar cada año a partir de la fecha en que fue validado y autorizado y/o cuando existan cambios en la estructura orgánica del Hospital o modificaciones en el Estatuto Orgánico del mismo.
- 3.5 El contenido del Manual de Organización Específico deberá abordar los objetivos y funciones de acuerdo con la estructura autorizada.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estrategia a través del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia es responsable de realizar el trámite de autorización y registro de manuales generales (hasta el nivel de subdirección) ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 3 de 19



- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de la difusión del manual de Organización Específico y de Procedimientos, la cual se realizará una vez que sean emitidas las opiniones favorables por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y autorizados por la junta de gobierno.
- 3.8 La Dirección de Planeación Estrategia a través del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia es responsable de resguardar los originales de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos autorizados.

	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.	

Hoja: 4 de 19


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) General de Programación, Organización y Presupuesto	1	Envía con oficio las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización Específico y Procedimientos al/la Director (a) General del Hospital.	Oficio Guías Técnicas
Director (a) General del Hospital Juárez de México	2	Recibe con oficio las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y Procedimientos	Oficio Guías Técnicas
	3	Envía oficio con Guías Técnicas al/la directora (a) de Planeación Estratégica.	
Director (a) de Planeación Estratégica	4	Recibe con oficio las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y Procedimientos en medio magnético	Oficio Guías Técnicas
	5	Envía las Guías Técnicas en medio electrónico al Área de Análisis de Procesos y Transparencia.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	6	Recibe Guías Técnicas para la elaboración y actualización de manuales.	Oficio Guías Técnicas Cronograma
	7	Envía Guías Técnicas por oficio a las Direcciones de área, Subdirecciones Administrativas y Órgano Interno de Control para actualizar el Manual de Organización Específico y de Procedimientos	
	8	Envía el cronograma para la revisión y actualización de los manuales correspondientes	
Directores (as) de área, Subdirectores (as) Administrativos y Titular del Órgano Interno de Control	9	Reciben mediante oficio las Guías Técnicas y cronograma de trabajo	Oficio Guías Técnicas Cronograma Propuestas de Manuales
	10	Revisan las Guías Técnicas y modifican sus manuales.	
	11	Acuden al Área de Análisis de Procesos y Transparencia de acuerdo al cronograma establecido con las propuestas de sus manuales corregidos	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	12	Recibe y verifica las propuestas de los manuales de las diferentes áreas con base en las listas de Verificación de Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos ¿Los manuales cumplen con lo establecido en las guías técnicas?	Propuestas de Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos Oficio Listas de Verificación
	13	No: Solicita a las Direcciones de Área, Subdirecciones Administrativas y Titular del Órgano Interno de Control adecuaciones conforme a observaciones específicas y regresa a la actividad 8	
	14	Si: Valida los manuales de organización	

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.	




Hoja: 5 de 19

	15	especifico y de procedimientos, mediante sello y firma.	
	16	Compila los manuales de Organización Específico y de Procedimientos	
	16	Envía Manuales mediante oficio firmado por el/la Director (a) General del Hospital al/la Directora (a) General de Programación, Organización y Presupuesto para opinión técnica favorable.	
Director (a) General de Programación, Organización y Presupuesto	17	Recibe oficio y manuales para opinión técnica favorable	Manuales de Organización y de Procedimientos Oficio de Opinión Técnica favorable
	18	¿Los manuales están elaborados de acuerdo a las guías técnicas?	
	19	No: Emite observaciones para modificaciones a través de minuta, al Área de Análisis de Procesos y Transparencia Si: Emite el oficio de opinión técnica favorable y lo envía al Director General del Hospital	
Director (a) General del Hospital Juárez de México	20	Recibe oficio de opinión técnica favorable de los manuales de Organización Específico y de Procedimientos.	Oficio de Opinión Técnica favorable Oficio Manuales de Organización y de Procedimientos
	21	Envía oficio con opinión técnica favorable del Manual de Organización Específico y de Procedimientos al/la Director (a) de Planeación Estratégica.	
Integrantes del Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI)	22	Recibe mediante oficio los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos para su validación y aprobación	Oficio Manuales de Organización y de Procedimientos
	23	Valida Manuales e instruye al/la director (a) de Planeación Estratégica para que envíe los Manuales aprobados al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica para ser publicados en la página del Hospital.	
Director (a) de Planeación Estratégica	24	Recibe instrucción y solicita al Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia realizar las gestiones para su publicación	Solicitud de publicación
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	25	Recibe instrucción para realizar las gestiones de publicación de los Manuales.	Manual de Organización Específico y de Procedimientos Oficio
	26	Envía al/la Jefe (a) Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica solicitud de publicación en la página de internet del Hospital los Manuales de Organización Específico y Procedimiento autorizados	
	27	Envía a las Direcciones de área, Subdirecciones Administrativas y al OIC, los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos autorizados para que se difundan en sus	

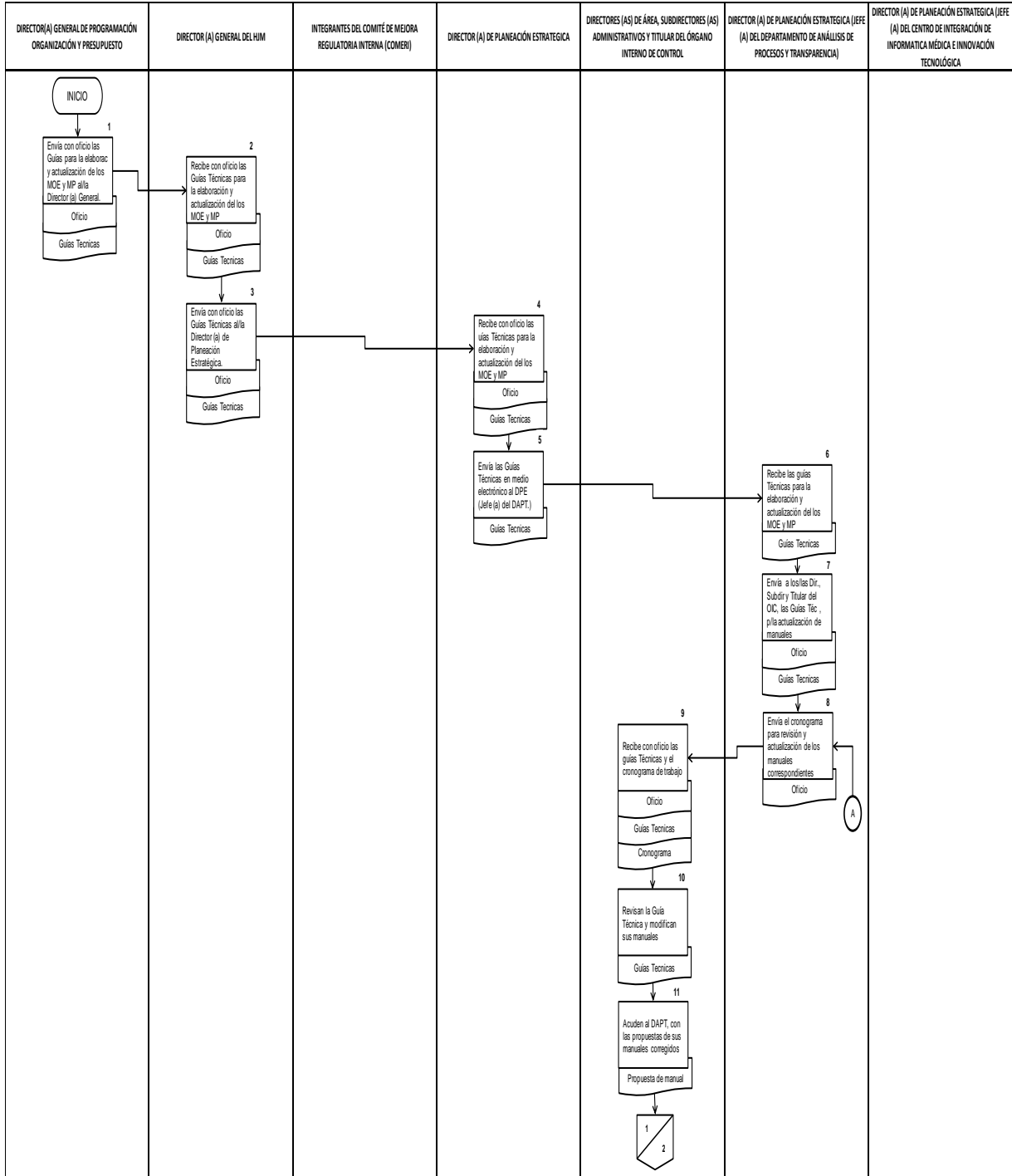
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.	




Hoja: 6 de 19

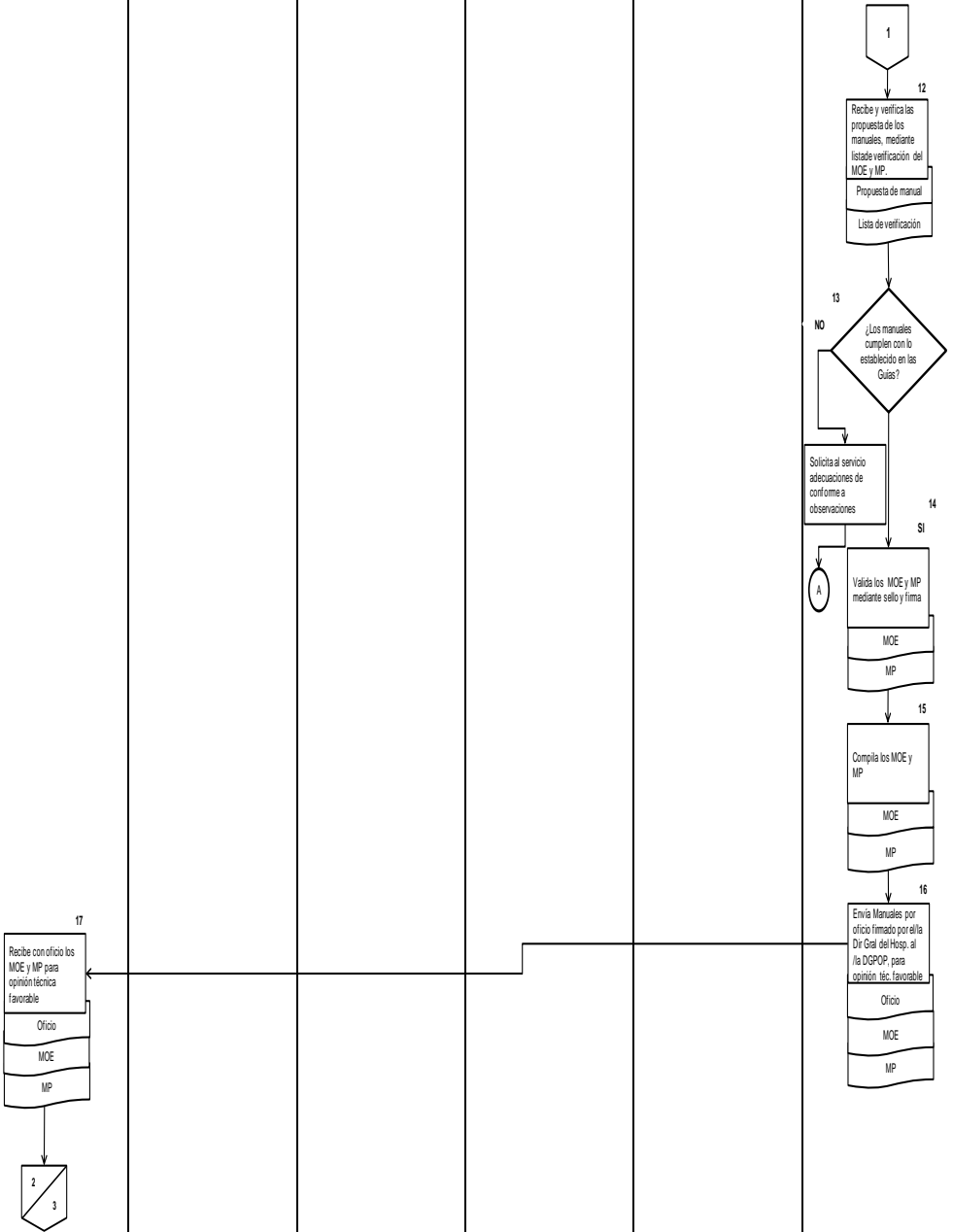
		servicios.	
Director (a) de Planeación Estratégica	28	Recibe Manual de Organización Específico y de Procedimientos	Manual de Organización Específico y de Procedimientos
(Jefe (a) del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica CIIMEIT)	29	Publica la información en el portal del Hospital.	
	30	Informa mediante oficio al/la Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia que el Manual de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital han sido publicados.	Oficio
Director (a) de Planeación Estratégica	31	Recibe oficio en el que se indica que han sido publicados los manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital.	Acuse
(Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia)	32	Firma acuse de recibo, informa al/la Director (a) de Planeación Estratégica la publicación e indica al personal adscrito al servicio archivar.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 7 de 19

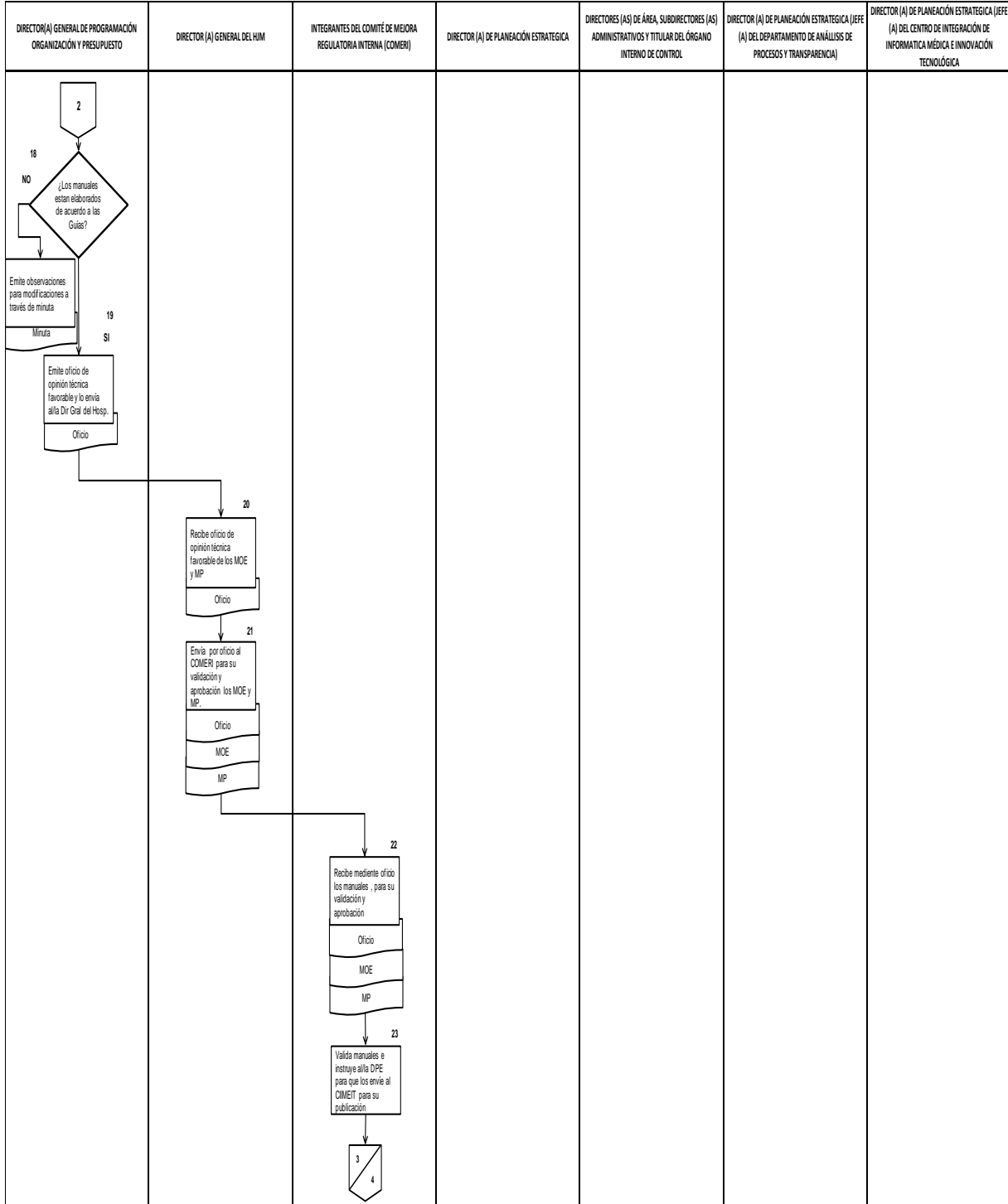
5 DIAGRAMA DE FLUJO

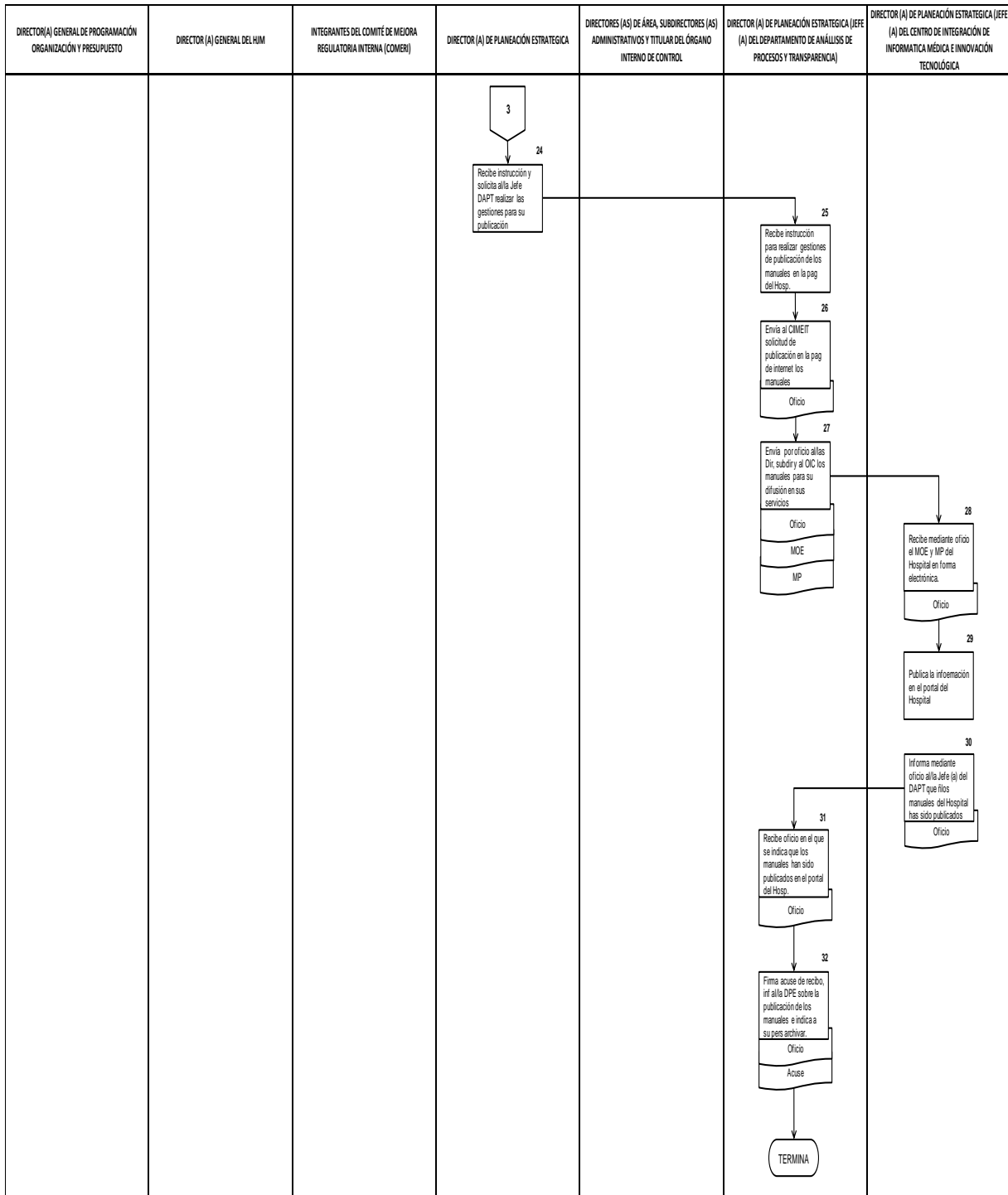





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 8 de 19

DIRECTOR(A) GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HIM	INTEGRANTES DEL COMITÉ DE MEJORA REGULATORIA INTERNA (COMERI)	DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	DIRECTORES (AS) DE ÁREA, SUBDIRECTORES (AS) ADMINISTRATIVOS Y TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE PROCESOS Y TRANSPARENCIA)	DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (JEFE (A) DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN DE INFORMATICA MÉDICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA)
					 <pre> graph TD 1[1] --> 12[12: Recibe y verifica las propuestas de los manuales, mediante listado verificación del MOE y MP. Propuesta de manual. Lista de verificación.] 12 --> 13{13: ¿Los manuales cumplen con lo establecido en las Guías?} 13 -- NO --> 14[14: Valida los MOE y MP mediante sello y firma. MOE. MP.] 13 -- SI --> 14 14 --> 15[15: Cumpla los MOE y MP. MOE. MP.] 15 --> 16[16: Envía Manuales por oficio firmado por el/la Dir. Gen. del Hosp. al/la DGPOP, para opinión téc. favorable. Oficio. MOE. MP.] 16 --> 17[17: Recibe con oficio los MOE y MP para opinión técnica favorable. Oficio. MOE. MP.] 17 --> 23{2/3} </pre>	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 9 de 19





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 11 de 19

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección de Planeación Estratégica	Diciembre, 2016
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	3 años	Área de Análisis de Procesos y Transparencia	N/A
7.2 Guías Técnicas	5 años	Área de Análisis de Procesos y Transparencia	N/A
7.3 Propuestas de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos	3 años	Área de Análisis de Procesos y Transparencia	N/A
7.4 Lista de verificación para el análisis de MOE	2 años	Área de Análisis de Procesos y Transparencia	F-3002-01
7.5 Lista de verificación para el análisis de MOE	2 años	Área de Análisis de Procesos y Transparencia	F-3002-02

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Lineamientos.**- Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de las propuestas de modificaciones estructurales del Hospital.
- 8.2 **Manual.**- Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
- 8.3 **Manual de Organización Específico.**- Describe las funciones de cada una de las unidades de mando que integra la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.
- 8.4 **Norma.**- Ordenamiento imperativo y específico de acción que persigue un fin determinado, con la característica de ser rígido en su aplicación.
- 8.5 **Procedimiento.**- Sucesión Cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		Hoja: 12 de 19
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Noviembre, 2016	Se agregan actividades en el procedimiento, se modifican y agregan políticas de operación.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Lista de verificación para el análisis de Manuales de Organización Específicos
- 10.2 Lista de verificación para el análisis de Manuales de Procedimientos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 13 de 19

10.1 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICOS

Área o servicio revisada: _____ Fecha: _____
 Hora: _____ Analista: _____

MANUAL DE ORGANIZACIÓN ESPECIFICO

1. Portada	Cumple	No cumple
1.1 Fecha de actualización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Índice	Cumple	No cumple
¿Contiene: Introducción, Objetivo, I. Antecedentes, II. Marco Jurídico, III. Misión y Visión, IV. Atribuciones, V. Organigrama, VI. Descripción de Funciones, VII. Glosario y VIII. Anexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

3. Introducción	Cumple	No cumple
3.1 ¿Expone motivos y propósitos que dan origen a la elaboración y/o actualización del MOE y explica el contenido de forma general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ¿Incluye información de cómo se usará?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ¿Menciona quienes intervinieron en la elaboración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ¿Razones por las que se actualiza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ¿Menciona medio de difusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

4. Objetivo	Cumple	No cumple
4.1 ¿Indica los resultados que el área o servicio pretende alcanzar con la implementación del documento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Observaciones: _____

5. Antecedentes	Cumple	No cumple
5.1 ¿Describe de forma cronológica aspectos relevantes de la evolución del área o servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Marco Jurídico	Cumple	No cumple
6.1 Leyenda general del marco jurídico del HJM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 ¿Contiene el Marco Jurídico Especifico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 ¿Los ordenamientos están jerarquizados con base en la guía? Constitución, Tratados internacionales, Leyes, Códigos, Reglamentos, Decretos, Normas, Acuerdos, Convenios, Circulares u oficios, Manuales Guías, Catálogos, otras disposiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 ¿Contiene fecha de publicación y ultima reforma en el DOF?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

7. Misión y Visión	Cumple	No cumple
7.1 Misión		
7.1.1 ¿Incluye la razón de ser del área o servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.2 Responde a ¿Quiénes somos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.3 Responde a ¿Qué hacemos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.4 Responde a ¿Por qué o para qué lo hacemos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.5 Responde a ¿Para quién lo hacemos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 14 de 19

MANUAL DE ORGÁNIZACIÓN ESPECIFICO

	Cumple	No cumple
7.1.6 ¿Inicia en verbo en su modo infinitivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

	Cumple	No cumple
7.2 Visión		
7.2.1 ¿Representa el escenario deseado por el área o servicio en un tiempo determinado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.2 Responde a ¿Cómo será el servicio cuando haya madurado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.3 Responde a ¿Cuáles serán los principales servicios que ofrezca ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.4 Responde a ¿Quiénes trabajarán en el servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.5 ¿Inicia en verbo en su modo infinitivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

	Cumple	No cumple
8. Atribuciones		
8.1¿Transcribe textualmente las facultades conferidas del Decreto de creación o Estatuto Orgánico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		



	Cumple	No cumple
9. Organigrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Descripción de funciones		
10.1 Objetivo		
10.1.1 ¿Menciona cual es propósito que pretende alcanzar a fin de contribuir a logro de la misión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.2¿Inicia en verbo en modo infinitivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Funciones		
10.2.1 ¿Están ordenadas de acuerdo a su importancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.2¿Las funciones están relacionadas con los procedimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.3¿Inician en verbo en modo infinitivo y de acuerdo a anexo 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2.2¿Mencionan qué y para qué se hace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

	Cumple	No cumple
11. Glosario		
11.1 ¿Explica términos técnicos de difícil comprensión utilizados dentro del manual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1 ¿Se enuncian en orden alfabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

	Cumple	No cumple
12. Anexos		
12.1 ¿Integra documentos que fortalecen el objetivo principal del MOE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 ¿Contiene el control de cambios en la versión del MOE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 ¿Contiene el control de emisión del MOE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		




Nombre y Firma del Jefe del Servicio

Nombre y Firma del analista

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 15 de 19

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. **Área o servicio revisada:** Colocar el nombre completo del servicio que se esta revisando
2. **Fecha:** Colocar la fecha en la que se realiza la revisión dd/mm/aa
3. **Hora:** Colocar la hora en la que se realiza la revisión hh:mm
4. **Analista:** Colocar el nombre completo de la persona que realiza la revisión
5. **Rubros a evaluar, Portada, Índice, Introducción, Objetivo, Antecedentes, Marco Jurídico, Misión, Visión, Atribuciones, Organigrama, Funciones, Objetivo, Glosario y Anexos:** Colocar una cruz o paloma dentro del rubro de Cumple o no Cumple para casa aspecto evaluado, con base en la descripción contenida en cada campo del formato.
6. **Observaciones:** Describir los hallazgos encontrados en la revisión de cada rubro específico
7. **Nombre y firma del Jefe de servicio:** Escribir el nombre completo del jefe o persona designada para acudir a la revisión de sus manuales y colocar firma autógrafa
8. **Nombre y firma del analista:** Escribir el nombre completo la persona que realiza la revisión de los manuales

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 16 de 19

10.2 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

Área o servicio revisada: _____ Fecha: _____

Hora: _____ Analista: _____

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

	Cumple	No cumple
1. Portada		
1.1 Fecha de actualización		

	Cumple	No cumple
2. Índice		
¿Contiene: Introducción, I. Objetivo del manual, II. Marco Jurídico, III. Procedimientos y Procedimientos Transversales, IV. Anexos?		

Observaciones: _____

	Cumple	No cumple
3. Introducción		
3.1 ¿Expone motivos y propósitos que dan origen a la elaboración y/o actualización del MP y explica el contenido de forma general?		
3.2 ¿Incluye información de cómo se usará?		
3.3 ¿Menciona quienes intervinieron en la elaboración?		
3.4 ¿Razones por las que se actualiza?		
3.5 ¿Menciona medio de difusión?		

Observaciones: _____




	Cumple	No cumple
4. Objetivo del manual		
4.1 ¿Indica los resultados que el área o servicio pretende alcanzar con la implementación del documento?		
4.2 ¿Indica el qué, cómo y para qué servirá el MP?		

Observaciones: _____

	Cumple	No cumple
5. Marco Jurídico		
5.1 Leyenda general del marco jurídico del HJM		
5.2 ¿Contiene el Marco Jurídico Específico?		
5.3 ¿Los ordenamientos están jerarquizados con base en la guía? Constitución, Tratados internacionales, Leyes, Códigos, Reglamentos, Decretos, Normas, Acuerdos, Convenios, Circulares u oficios, Manuales Guías, Catálogos, otras disposiciones		
5.4 ¿Contiene fecha de publicación y ultima reforma en el DOF?		

Observaciones: _____

	Cumple	No cumple
6. Procedimientos		
6.1 Nombre y num del procedimiento de acuerdo al índice		
6.2. Propósito (resultado que se quiere alcanzar con su aplicación)		
6.2.1 Responde a ¿Qué se hace?		
6.2.2 Responde a ¿En que función o campo de especialidad se hace?		
6.2.3 Responde a ¿Para qué se hace?		
6.2.4 Responde a ¿Para quién se hace?		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 17 de 19

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS




6.3 Alcance	Cumple	No cumple
6.3.1 A nivel interno. Menciona la denominación textual de las áreas que intervienen en el procedimiento y por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3.2 A nivel externo. Menciona la denominación textual de las dependencias o involucrados externos que intervienen en el procedimiento y por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

6.4 Políticas de operación, normas y lineamientos	Cumple	No cumple
Establecen los criterios para definir los flujos de trabajo del modelo de operación, parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos definidos para cada uno de los procesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

6.5 Descripción del procedimiento	Cumple	No cumple
Es la narración cronológica y secuencial de cada una de las actividades que se realizan dentro de un procedimiento, agrupadas por		
6.5.1 Explica quién, qué, cómo, dónde y cuándo se realizan las actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.2 ¿Menciona de quien recibe documentos en caso de aplicar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.3 ¿La actividad se redacta con verbo en tiempo presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.4 ¿Describe responsables en las actividades del procedimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.5 ¿Las actividades se encuentran numeradas en secuencia lógica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.6 ¿Están indicados los documentos generados en la actividad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.7 ¿Indica el responsable al que se envía un documento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5.8 ¿Los procedimientos están acordes a las funciones del MOE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.6 Diagrama de flujo	Cumple	No cumple
Establece la secuencia lógica mediante la cual se desarrolla un procedimiento representada de forma gráfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones:		

6.7 Documentos de referencia	Cumple	No cumple
6.7.1 ¿Contiene el nombre de cada documento utilizado y generado en las actividades del procedimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7.2 ¿Indica el código asignado al documento cuando aplique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Registros (doctos. de evidencia de las actividades realizadas)	Cumple	No cumple
6.8.1 ¿contiene registro, tiempo y responsable de conservación y código?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 18 de 19

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Observaciones:

6.9 Glosario	Cumple	No cumple
9.9.1 ¿Explica términos técnicos de difícil comprensión utilizados dentro del manual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9.2 ¿Se enuncian en orden alfabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

6.10 Cambios de versión en el procedimiento	Cumple	No cumple
6.10.1 Contiene el num de revisión, fecha act. Y descripción del cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Observaciones:

6.11 Anexos del procedimientos (incluye anexos en cada proc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Control de Emisión (Elaboró, Revisó * y Autorizó * (*Superior jerarquico de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:



Nombre y Firma del Jefe del Servicio

Nombre y Firma del analista




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	27. Procedimiento para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.		Hoja: 19 de 19

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. **Área o servicio revisada:** Colocar el nombre completo del servicio que se está revisando
2. **Fecha:** Colocar la fecha en la que se realiza la revisión dd/mm/aa
3. **Hora:** Colocar la hora en la que se realiza la revisión hh:mm
4. **Analista:** Colocar el nombre completo de la persona que realiza la revisión
5. **Rubros a evaluar, Portada, Índice, Introducción, Objetivo, Marco Jurídico, Procedimientos, Propósito, Alcance, Políticas, Descripción, Diagrama de Flujo, Documentos de Referencia, Registros, Glosario, Cambios de Versión, Anexos, Control de emisión,;** Colocar una cruz o paloma dentro del rubro de Cumple o No Cumple para cada aspecto evaluado, con base en la descripción contenida en cada campo del formato.
6. **Observaciones:** Describir los hallazgos encontrados en la revisión de cada rubro específico
7. **Nombre y firma del Jefe de servicio:** Escribir el nombre completo del jefe o persona designada para acudir a la revisión de sus manuales y colocar firma autógrafa
8. **Nombre y firma del analista:** Escribir el nombre completo la persona que realiza la revisión de los manuales.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 1 de 17

28.PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO




- 1.1 Dar a conocer a las instancias correspondientes el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General y a las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, por coadyuvar en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la H. Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud (SS), Órgano Interno de Control (OIC), Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud (CCINSHAE), Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPOP), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Secretaría de la Función Pública (SFP) y Auditoría Superior de la Federación (ASF), por ser las instancias que dan seguimiento al cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, es la responsable de enviar a los Titulares de Planeación de las entidades los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios”, y el formato establecido para el reporte del cumplimiento de las metas institucionales de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.2 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, son las responsables de dar cumplimiento a las metas de los indicadores de desempeño que conforman la MIR y contar con la evidencia documental de la información reportada y de su resguardo respectivo.
- 3.3 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, son las responsables de alimentar el tablero de indicadores hospitalarios mensualmente a los 10 días naturales del mes siguiente, con los avances del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.4 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de solicitar a las Direcciones de Área el reporte del cumplimiento de las metas de forma trimestral, avance al mes de mayo, semestral y anual, así como de informar los resultados a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).
- 3.5 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, son las responsables de requisitar el formato de reporte del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño con base en los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 3 de 17

los Programas presupuestarios”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



- 3.6 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable que la información que presentan las Direcciones de Área, sea congruente y consistente con lo programado.
- 3.7 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de informar a las instancias superiores el avance del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la MIR.
- 3.8 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de subir la información en el tablero de indicadores hospitalarios, el reporte del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados de forma trimestral, semestral y anual, aprobado por el Comité de Control y Desempeño Institucional y la H. Junta de Gobierno.
- 3.9 Las Direcciones de Área en conjunto con el Titular de la Dirección de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México son los responsables de realizar el análisis del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, evaluando los avances y en su caso presentar alternativas de solución en el retroceso de las metas.
- 3.10 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de elaborar el reporte del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), del cumplimiento de las metas de indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, en los anexos III y IV para informar de manera semestral y anual a la H. Junta de Gobierno.
- 3.11 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de solicitar al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIMEIT), se publiquen los resultados del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados en el Portal Institucional del Hospital Juárez de México, con la finalidad de transparentar los resultados obtenidos, dando cumplimiento al artículo 28, fracción VI, del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre de 2015.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.

Hoja: 4 de 17



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1	Envía por correo electrónico los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios", a los Titulares de Planeación de las entidades.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Director (a) de Planeación Estratégica	2	Recibe correo y turna mediante correo electrónico los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, para su cumplimiento e instruye notificarlos a las Direcciones de Área responsables de los programas presupuestarios.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	3	Recibe correo y envía mediante correo electrónico los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios", a los/las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México para su conocimiento, aplicación y cumplimiento.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Titulares de Direcciones de Área	4	Reciben correo electrónico con los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios" y queda a la espera de recibir el	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.	



Hoja: 5 de 17

		formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo" para el reporte completo de los indicadores.	metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	5	Envía mediante correo electrónico a los Titulares de Planeación de las entidades, el formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo" para informar el cumplimiento de las metas institucionales y ordena reportar los indicadores de acuerdo a la calendarización establecida en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales aplicables.	Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo
Director (a) de Planeación Estratégica	6	Recibe correo electrónico con el formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo" y lo turna al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional para su cumplimiento, y le instruye se pre-requisite el formato en el rubro de meta original y enviar el formato a los titulares de las Direcciones de Área.	Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	7	Requisita el formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo" de los programas presupuestales aplicables, en el rubro de meta original con las metas comprometidas de acuerdo al periodo de reporte (trimestral, en el mes de mayo, semestral y anual).	Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo
	8	Envía mediante correo electrónico a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México, el formato pre-requisitado "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo", incluyendo el ejemplo de la explicación a la variación del comportamiento del indicador.	Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo
Titulares de Direcciones de Área	9	Reciben correo electrónico con el formato pre-requisitado "Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo" y	Correo electrónico Formato Matriz de

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.	



Hoja: 6 de 17

	10	<p>completan el llenado en el rubro meta alcanzada de cada una de las variables de los indicadores, explicando la variación del cumplimiento de la meta.</p> <p>Envían mediante correo electrónico el formato “Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo” requisitado en su totalidad al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México para su revisión.</p>	<p>Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo</p> <p>Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo</p>
<p>Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)</p>	11	<p>Recibe correo electrónico, revisa y verifica que la información del formato “Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo” requisitado en su totalidad este correcta y completa.</p> <p>¿El reporte de indicadores es correcto?</p>	<p>Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo</p>
	12	<p>No: Sugiere correcciones a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México y regresa a la actividad 9.</p>	
	13	<p>Sí: Envía mediante correo electrónico el reporte de indicadores en el formato “Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo”, al/la Director (a) de la Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.</p>	<p>Correo electrónico Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Avance de Metas del periodo</p>
<p>Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	14	<p>Recibe correo electrónico y revisa que el reporte de indicadores este correcto y completo.</p> <p>¿El reporte de indicadores esta correcto?</p>	<p>Correo electrónico</p>
	15	<p>No: Retroalimenta con observaciones y sugerencias, vía correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica y regresa a la actividad 11.</p>	<p>Correo electrónico</p>
	16	<p>Sí: Notifica mediante correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica del</p>	<p>Correo electrónico</p>

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.	

Hoja: 7 de 17

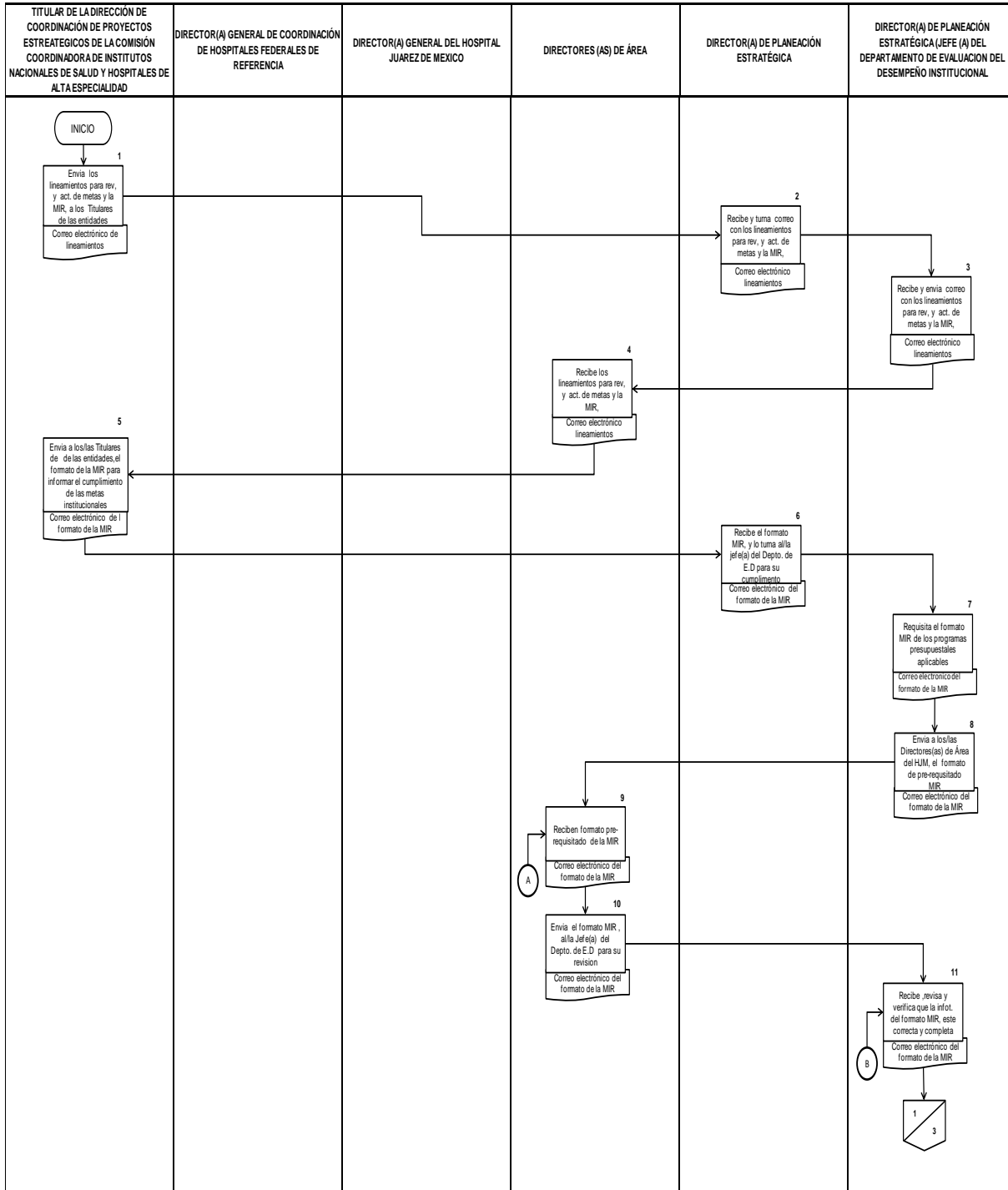
		Hospital Juárez de México, que no se tienen comentarios u observaciones, por lo que el reporte se tomará como versión definitiva.	
Director (a) de Planeación Estratégica	17	Recibe correo con la notificación de que se aceptó la versión definitiva del cumplimiento del reporte de indicadores y lo turna al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, e instruye notificar a los titulares de las Direcciones de Área y elaborar el reporte para presentarlo en el Comité de Control y Desempeño Institucional.	Correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	18	Recibe correo electrónico y notifica mediante correo electrónico a los Titulares de las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, que el reporte de indicadores fue tomado como versión definitiva.	Correo electrónico
	19	Integra en el formato establecido el informe del reporte de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados de acuerdo al periodo de reporte (trimestral, avance a mayo, semestral y anual), para presentarlo en el Comité de Control y Desempeño Institucional y lo turna mediante correo electrónico para Vo.Bo. del/la Director (a) de Planeación Estratégica.	Correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica	20	Recibe informe por correo electrónico y lo envía al/la Director (a) de Administración para presentarlo en la Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional, e instruye al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional elaborar oficio para firma del/la Director (a) General, para enviar el reporte de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, al Director General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia.	Correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño)	21	Elabora oficio para firma del/la Director (a) General adjuntando el disco compacto con el informe del reporte de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, y lo turna al Director General.	Oficio CD

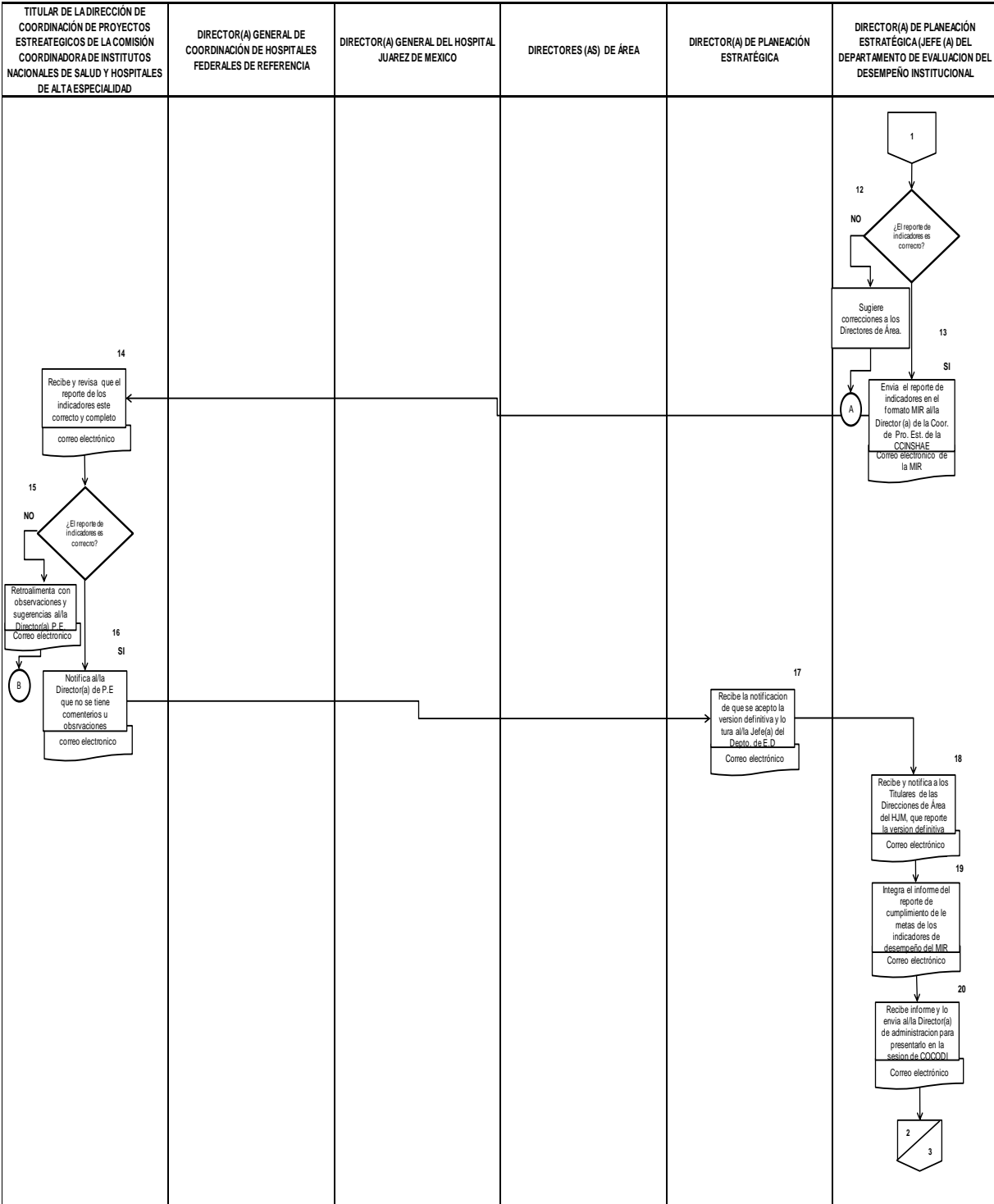
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.	

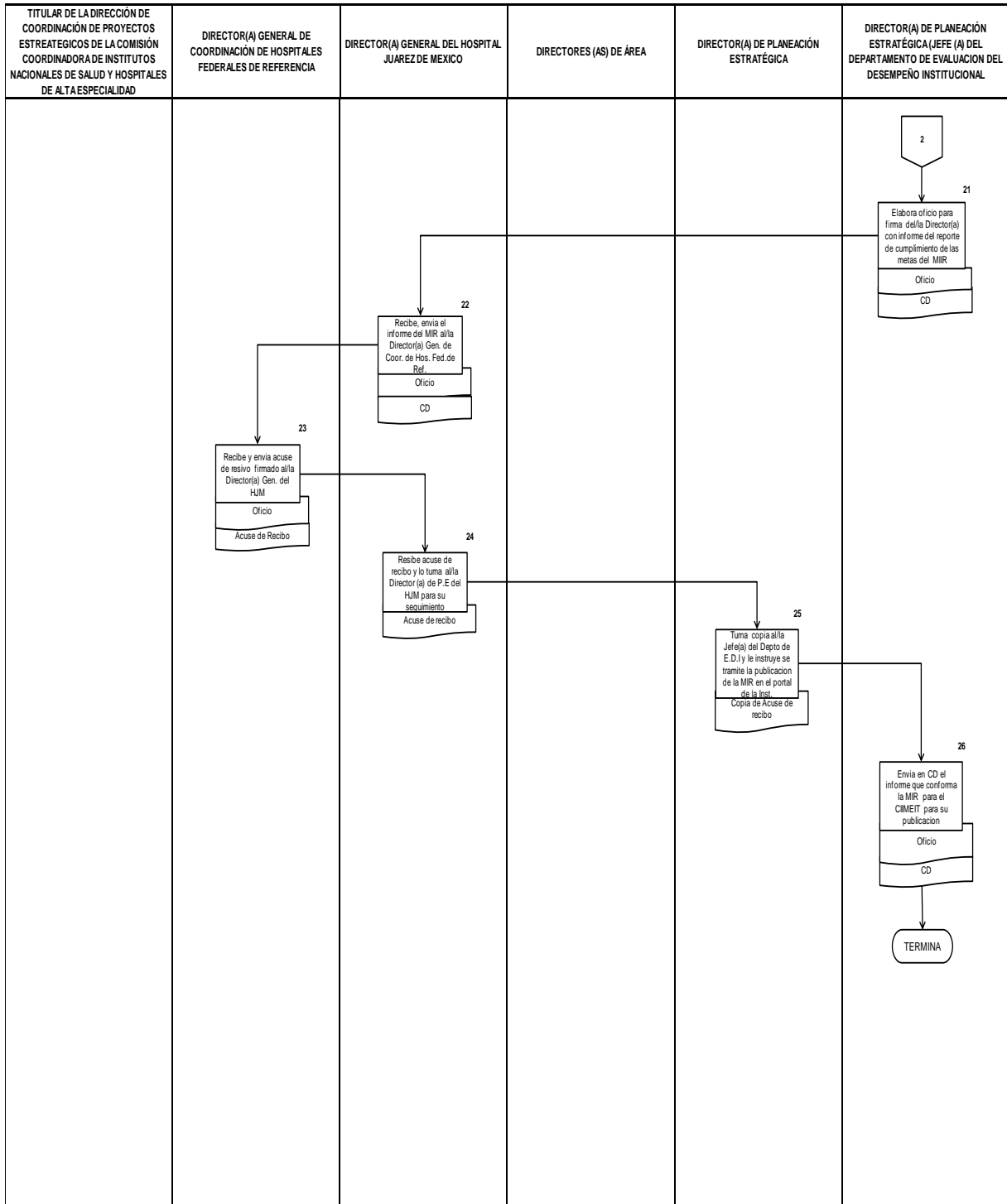
Hoja: 8 de 17




Institucional)			
Director (a) General	22	Recibe, envía mediante oficio el disco compacto con el informe del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, al/la Director (a) General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia.	Oficio CD
Director (a) General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia	23	Recibe oficio y envía acuse de recibo firmado al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.	Oficio Acuse de recibo
Director (a) General	24	Recibe acuse de recibo y lo turna al/la Director (a) de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México para su seguimiento.	Acuse de recibo
Director (a) de Planeación Estratégica	25	Turna copia del acuse al/la Jefe (a) del Área de Evaluación del Desempeño Institucional y le instruye se tramite la publicación del informe de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados en el portal institucional.	Copia de acuse de recibo
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	26	Envía mediante oficio el disco compacto con el informe del cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados, al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), para su publicación en el Portal Institucional del Hospital Juárez de México.	Oficio CD
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 12 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal de las Entidades Paraestatales Artículos 47, 48, 49, 50 y 59	Última reforma publicada en DOF el 18-12-2015
6.2 Ley de Planeación Artículos 16, 17, 22, 24, 27 y 29	Última reforma publicada el 28-11-2016
6.3 Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales Artículos 15, 22, 23, 27, 30 y 31	Última reforma publicada DOF 23-11-2010
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Artículos 12 y 20	Última reforma publicada DOF 10-01-2011
6.5 Manual de Organización General de la Secretaría de Salud	Última reforma publicada DOF 17-08-2012
6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.7 Manual de Organización Específico de la Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	Diciembre, 2016
6.8 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México Artículos 6, 8, 16, 32, 33 y 35	Última reforma publicada DOF 17-10-2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre, 2013
6.10 Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios	Fecha de publicación 14 de octubre de 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Reporte de avances de cumplimiento de las metas institucionales (reporte de indicadores MIR)	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.2 Oficio de reporte de indicadores	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.
- 8.2 CIIMEIT.-** Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica.
- 8.3 COCODI.-** Comité de Control y Desempeño Institucional.
- 8.4 DGCHFR.-** Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 13 de 17




- 8.5 DGPOP.-** Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- 8.6 Directores (as) de Área.-** Dirección Médica, Dirección de Investigación, Director de Planeación Estratégica, Dirección de Administración y Titular de la Unidad de Enseñanza del Hospital Juárez de México.
- 8.7 Evaluación del desempeño:** hacer una estimación cuantitativa y cualitativa, por parte de los jefes inmediatos, del grado de eficacia con que los trabajadores llevan a cabo las actividades, objetivos y responsabilidades en sus puestos de trabajo.
- 8.8 Indicadores de desempeño:** Parámetro de medición que permite dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los objetivos de la actividad institucional o el programa especial.
- 8.9 Portal Institucional.-** Pagina Web del Hospital Juárez de México.
- 8.10 Sentido del indicador:** se refiere al sentido que debe tener el comportamiento del indicador para medir su avance. El sentido de un indicador permite conocer cuando un resultado representa un desempeño positivo o uno negativo. Puede tener un sentido descendente o ascendente.
- 8.11 SFP.-** Secretaría de la Función Pública.
- 8.12 SHCP.-** Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 8.13 Sistema de Evaluación del Desempeño (SED):** Es un componente clave del PbR y se encuentra fundamentado en la Fracción 51, del Artículo 2 de la Ley Federal de Presupuesto. Permite la valoración objetiva del desempeño de los programas y las políticas públicas a través de la verificación del cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores estratégicos y de gestión para:
- o Conocer los resultados del ejercicio de los recursos y el impacto social de los programas.
 - o 2. Identificar la eficacia, eficiencia, economía calidad del gasto.
 - o 3. Mejorar la calidad del gasto mediante una mayor productividad y eficiencia de los procesos gubernamentales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Febrero 2015	Nueva creación.
2	Diciembre, 2016	Se agrega control de cambios, desarrollo de actividades y funciones específicas del procedimiento, la inclusión de los formatos que se derivan del procedimiento así como la aplicación del lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1. Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios.
- 10.2. Formato “matriz de indicadores para resultados, avance de metas del periodo”

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 14 de 17

10.1 LINEAMIENTOS PARA LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE METAS, MEJORA, CALENDARIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS.



Subsecretaría de Egresos
Unidad de Evaluación del Desempeño

2016

Oficio No. 419-A-16- **0102**

Página 1 de 16

México, D. F. a 11 de enero de 2016

ACT. CÉSAR JAVIER CAMPA CAMPOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO "A"

ACT. ALEJANDRO SIBAJA RÍOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO "B"




P R E S E N T E S

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3; 6; 7; 13; 16, primer párrafo; 42, fracción II; 45, cuarto párrafo; 107; 110 y 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 6; 9; 10, fracción VIII; 24; 25; 181, primer párrafo; 283, fracciones I y III; 286; 287; 294; 303 y 304, fracción IV, de su Reglamento; 2, fracción XII y 7 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 28 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016; numeral 30 del Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2013, y 63 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se comunican los siguientes:

Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios 2016

I. Disposiciones Generales

1. Los presentes Lineamientos tienen por objeto regular el proceso de revisión y actualización de metas de los indicadores estratégicos y de gestión de la Matriz de Indicadores para Resultados; del registro del calendario y los avances en el cumplimiento de las metas de los indicadores; para registrar la mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados; así como del registro de la Matriz de Indicadores para Resultados en el caso de los Programas presupuestarios nuevos y de las Fichas de Indicadores de Desempeño de los Programas presupuestarios exentos de registrar una Matriz de Indicadores para Resultados, correspondientes al Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 15 de 17

SHCP
SECRETARÍA DE HACIENDA
Y CRÉDITO PÚBLICO



Subsecretaría de Egresos
Unidad de Evaluación del Desempeño

5010

Oficio No. 419-A-16- **0102**

Página 16 de 16

y Administrativa, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, así como de las empresas productivas del Estado.

A T E N T A M E N T E



EL TITULAR DE LA UNIDAD

JOSÉ ÁNGEL MEJÍA MARTÍNEZ DEL CAMPO




C.C.P. LIC. FERNANDO GALINDO FAVELA.- SUBSECRETARIO DE EGRESOS, SHCP.- PRESENTE.
C. TITULARES DE UNIDAD DE LA SUBSECRETARÍA DE EGRESOS, SHCP.- PRESENTES.
MTRA. JULIETA Y. FERNÁNDEZ UGALDE.- DIRECTORA GENERAL JURÍDICA DE EGRESOS, SHCP.- PRESENTE.
DR. GONZALO HERNÁNDEZ LICONA.- SECRETARIO EJECUTIVO DEL CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL.-PRESENTE.
LIC. ALEJANDRO VALENCIA LOPEZ.- TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA, SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA-PRESENTE.

Av. Constituyentes 1001, Edificio C1, Piso 1, Ala sur. Col. Belén de las Flores, Del. Álvaro Obregón. CP.01110.México, DF.
Tel. +52 (55) 3688 5221 www.hacienda.gob.mx

10.2 FORMATO “MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS, AVANCE DE METAS DEL PERIODO”



COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD		
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD	MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)	 
Coordinación de Proyectos Estratégicos		
	<u>AVANCE DE METAS PERÍODO (1) XXXXXX</u>	
Clave entidad/unidad:	<u>(2)</u>	
Entidad/unidad:	<u>(3)</u>	
PP: (4)		
		Fecha: 07/06/2016 17:26

No. de Ind.	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	META		VARIACIÓN		EXPLICACIÓN DE VARIACIONES
		ORIGINAL	ALCANZADO	ABSOLUTA	%	
		(1)	(2)	(2) - (1)	(2/1) X 100	
INDICADOR	(6)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13) CAUSA DE LAS VARIACIONES EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES RESPECTO A SU PROGRAMACIÓN ORIGINAL ^{1/}
(5) VARIABLE 1	(7)					(14) EFECTO EN LA POBLACIÓN OBJETIVO DEL PROGRAMA POR LAS VARIABLES EN LAS METAS COMPROMETIDAS EN EL INDICADOR Y SUS VARIABLES
VARIABLE 2	(8)					(15) OTROS MOTIVOS. CUANDO APLIQUE, SEÑALARÁ LOS FACTORES PRESUPESTALES QUE AFECTARON EL DESARROLLO DEL INDICADOR




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	28. Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño.		Hoja: 17 de 17

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1) Periodo y año del reporte de indicadores.
- 2) Clave de la entidad.
- 3) Nombre de la entidad.
- 4) Nombre del Programa Presupuestal.
- 5) Número del indicador de acuerdo al establecido en la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 6) Nombre y formula del indicador.
- 7) Nombre de la primera variable del indicador.
- 8) Nombre de la segunda variable del indicador.
- 9) Meta del indicador de acuerdo a la programación y calendarización establecida en la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 10) Meta del indicador alcanzada durante el periodo de reporte.
- 11) Variación absoluta de acuerdo a los resultados obtenidos en las dos variables.
- 12) Variación porcentual de acuerdo a los resultados obtenidos en las dos variables.
- 13) Causa de las variaciones en los resultados obtenidos en el indicador y sus variables respecto a su programación original.
- 14) Efecto en la población objetivo del programa por las variables en las metas comprometidas en el indicador y sus variables.
- 15) Otros motivos. cuando aplique, señalará los factores presupuestales que afectaron el desarrollo del indicador.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 1 de 24

29.PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN DE METAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 2 de 24

1. PROPÓSITO



- 1.1 Contar con la programación y calendarización de las metas institucionales de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), de los Programas presupuestarios (Pp) previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y comprometidas en el Programa Anual de Trabajo de la Dirección General, para evaluar el desempeño de la Institución.

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno, El procedimiento es aplicable a la Dirección General y a las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, por coadyuvar en la programación y cumplimiento de las metas institucionales de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 2.2 A nivel externo, El procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Secretaría de la Función Pública (SFP); y a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud (DGPOP), por ser las instancias que evalúan el desempeño de la institución.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, es la responsable de enviar a los Titulares de Planeación de las entidades, los “Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación” y los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios” emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para la actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados de los programas presupuestales autorizados para el Hospital.
- 3.2 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional es el responsable anualmente de realizar la concertación de la Estructura Programática Individual, emitida por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con la finalidad de comprometer indicadores que midan el desempeño institucional.
- 3.3 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, son las responsables de coadyuvar con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados e indicadores de desempeño de los programas presupuestales, previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
- 3.4 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, es la responsable de enviar a los Titulares de Planeación de las entidades, la Matriz final de Indicadores para Resultados, esquemas conceptuales y fichas técnicas de los indicadores.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 3 de 24



- 3.5 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, son las responsables de programar anualmente las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados por programa presupuestal y resguardar el sustento documental de su cálculo, basándose en el presupuesto, población potencial, objetivo y atendida, datos históricos, capacidad del área o factores internos y externos aplicables.
- 3.6 El Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional del Hospital Juárez de México, es el responsable de enviar la programación y calendarización de las metas establecidas por las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	29. Procedimiento para la programación de metas



Hoja: 4 de 24

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	1	Envía por correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México, los "Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación", emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	Correo electrónico Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación
Director (a) de Planeación Estratégica	2	Recibe correo electrónico y lo remite al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional y le instruye revisar la Estructura Programática Individual del Hospital Juárez de México.	Correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	3	Recibe correo electrónico y revisa los "Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación", emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	Correo electrónico Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación
	4	Revisa con las Direcciones de Área que la Estructura Programática Individual del Hospital Juárez de México, precargada en el Sistema Web de Integración Programática y Presupuestal de la Secretaría de Salud, cuente con los Programas Presupuestables e Institucionales aplicables al Hospital.	Estructura Programática Individual
	5	Realiza la concertación de la Estructura Programática Individual del Hospital Juárez de México, de acuerdo al calendario general de actividades del proceso de programación y presupuestación, y queda a la espera de recibir los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios".	Estructura Programática Individual
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la	6	Envía por correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México, los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	29. Procedimiento para la programación de metas Hoja: 5 de 24	


Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad		Resultados de los Programas presupuestarios”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales, previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.	metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Director (a) de Planeación Estratégica	7	Recibe correo y turna mediante correo electrónico al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales, previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
	8	Instruye al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional el cumplimiento de los Lineamientos.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	9	Recibe correo electrónico y revisa los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
	10	Envía mediante correo electrónico a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México, los “Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios”, emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados e	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	29. Procedimiento para la programación de metas Hoja: 6 de 24	


		Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales, previstos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.	Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Directores (as) de Área	11	Reciben correo electrónico de los "Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios" y se coordinan de acuerdo a las fechas estipuladas por el/la Director (a) de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, para la revisión de la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	Correo electrónico Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	12	Realiza reuniones con los Titulares de Área responsables de los Programas Presupuestales, para la revisión y actualización de la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	
	13	Envía mediante correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica los resultados de la revisión y actualización de las matrices de indicadores, junto con las fichas técnicas y los esquemas conceptuales, para elaborar la programación y calendarización de las metas respectivas.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados Fichas técnicas Esquemas conceptuales
	14	Solicita mediante correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica, la programación y calendarización de metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados
Director (a) de Planeación Estratégica	15	Recibe correo y lo remite al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, e instruye elaborar conjuntamente con los Titulares de la Direcciones de Área, la programación y calendarización de las metas.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del	16	Recibe correo y envía mediante correo electrónico a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México, el formato establecido de la Matriz de Indicadores para Resultados, esquemas conceptuales y ficha técnica de cada indicador.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados Esquemas

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	29. Procedimiento para la programación de metas	Hoja: 7 de 24

Desempeño Institucional)	17	Solicita mediante correo electrónico a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México, la programación y calendarización de las metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	conceptuales Fichas técnicas Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados
Directores (as) de Área	18	Reciben correo electrónico y revisan conjuntamente con los responsables de cada uno de los indicadores la Matriz de Indicadores para Resultados, esquemas conceptuales y ficha técnica de cada indicador.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados Esquemas conceptuales Fichas técnicas
	19	Analizan conjuntamente con la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) el presupuesto, los datos históricos del comportamiento de las metas, capacidad física del área, y factores internos y externos aplicables.	Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
	20	Realizan conjuntamente con la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) el presupuesto, la programación y calendarización de las metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	21	Envían mediante correo electrónico al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional), la programación y calendarización de metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales para su revisión.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
	22	Recibe correo electrónico y revisa la programación y calendarización de las metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
			¿La programación y calendarización es correcta?

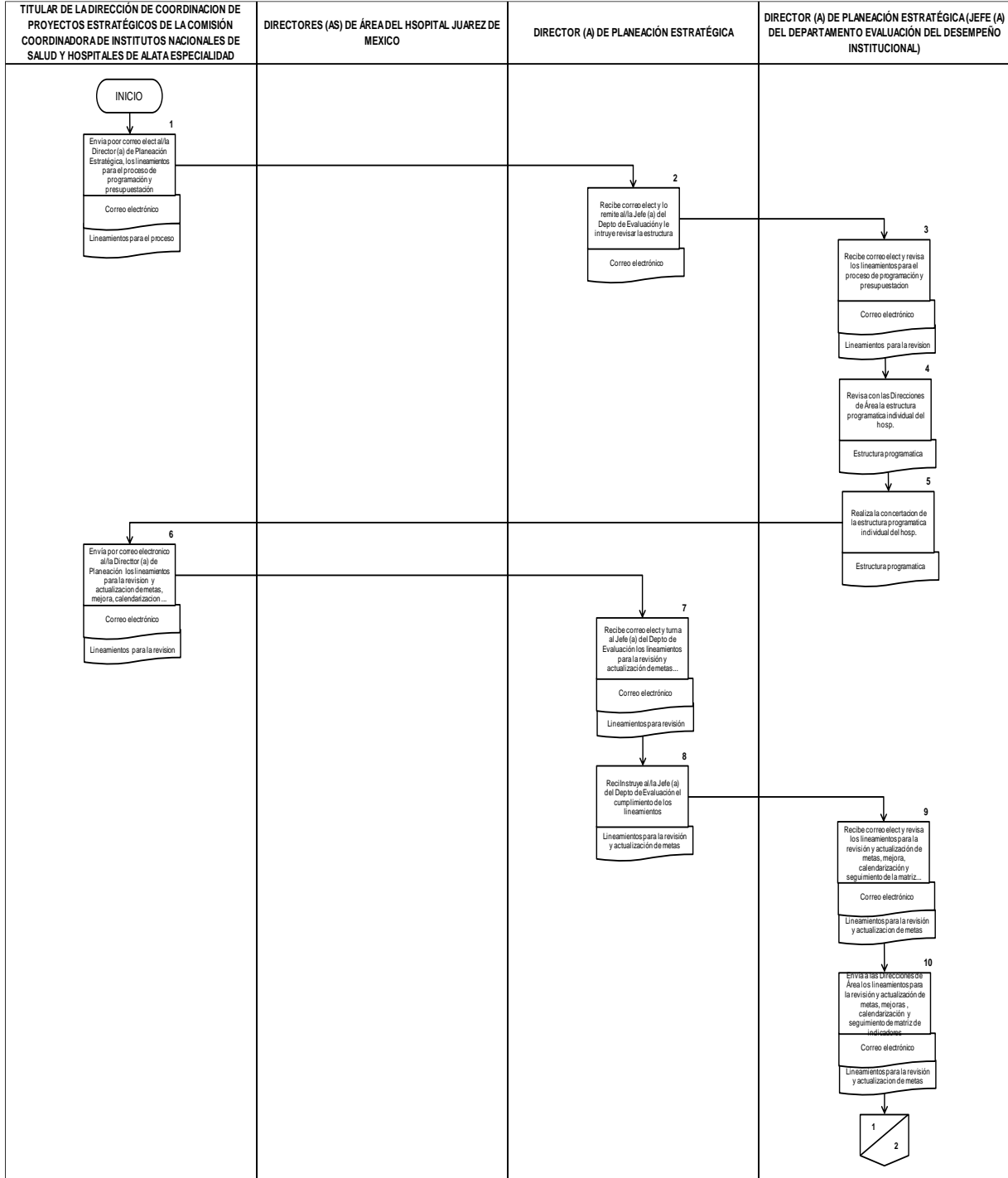
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	29. Procedimiento para la programación de metas	Hoja: 8 de 24

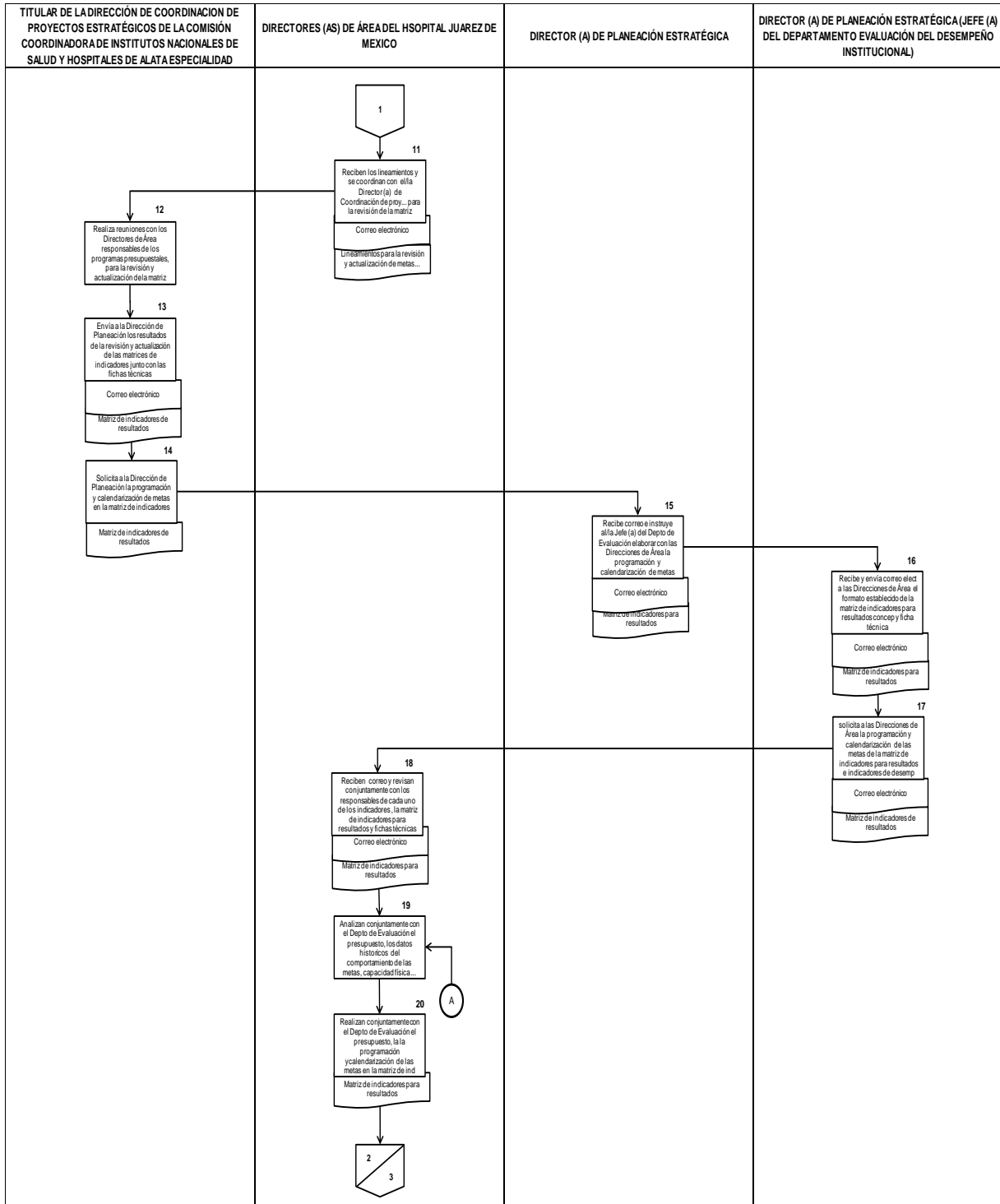
	23	No: Sugiere correcciones a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México y regresa a la actividad 19.	
	24	Sí: Envía mediante correo electrónico, la programación y calendarización de las metas en la Matriz de Indicadores para Resultados e Indicadores de Desempeño de los programas presupuestales, al Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
Titular de la Dirección de Coordinación de Proyectos Estratégicos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	25	Recibe correo electrónico, revisa y verifica que la programación y calendarización de metas este correcta y completa en la Matriz de Indicadores para Resultados. ¿La programación y calendarización de las metas está correcta?	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
	26	No: Envía mediante correo electrónico observaciones al/la Director (a) de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México y regresa a la actividad 22.	Correo electrónico
	27	Si: Notifica vía correo electrónico al Titular de la Dirección de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México, que la programación y calendarización de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados están correctas, las cuales se tomarán como definitivas.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados (programación y calendarización)
	28	Envía mediante correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México, las metas y fichas técnicas definitivas que quedaron comprometidas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los programas presupuestales.	Correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados Fichas técnicas
Director (a) de Planeación Estratégica	29	Recibe correos electrónicos y los turna al/la Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional.	Correo electrónico
Director (a) de	30	Recibe correos electrónicos y notifica mediante	Correo

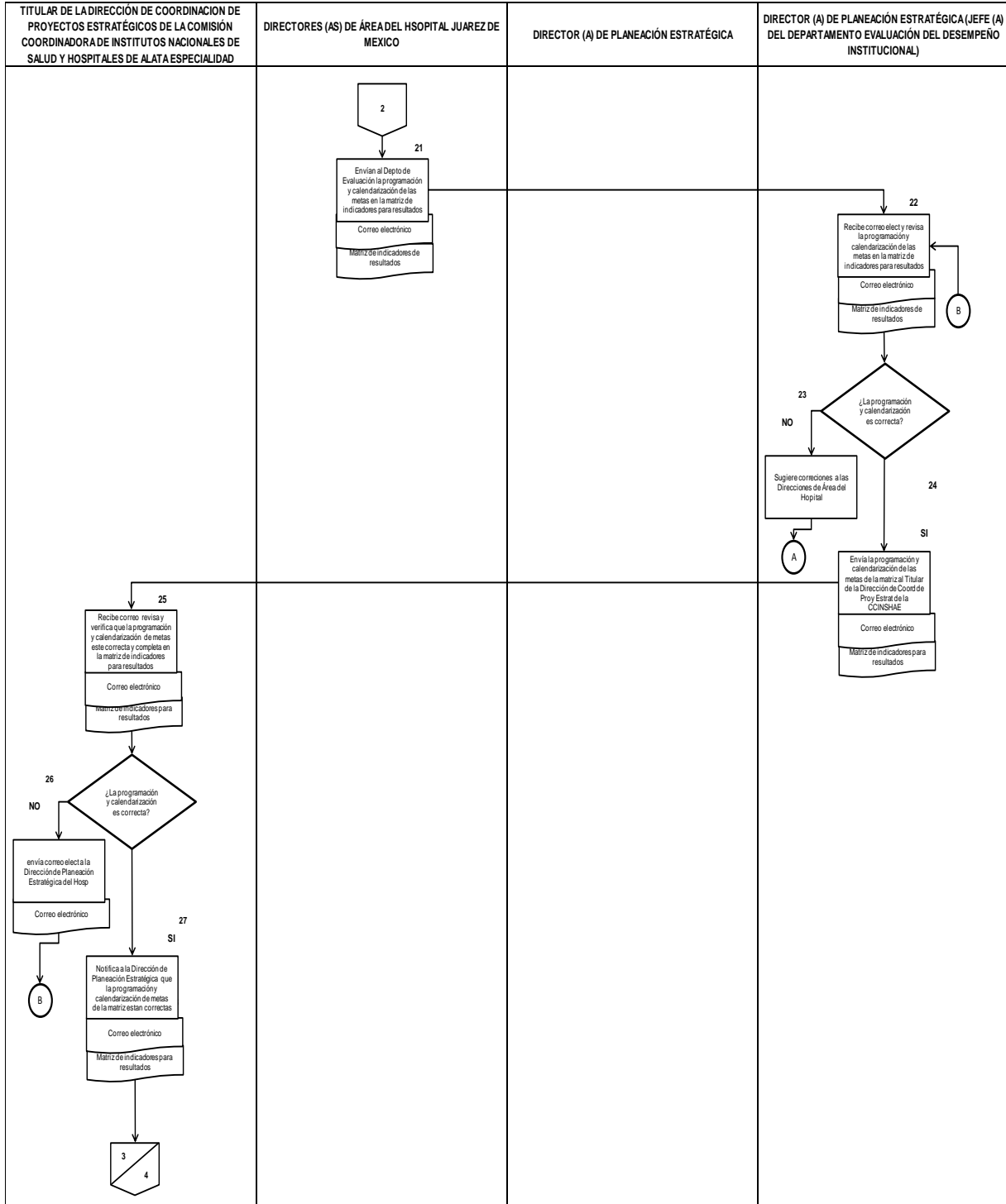
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	29. Procedimiento para la programación de metas Hoja: 9 de 24	

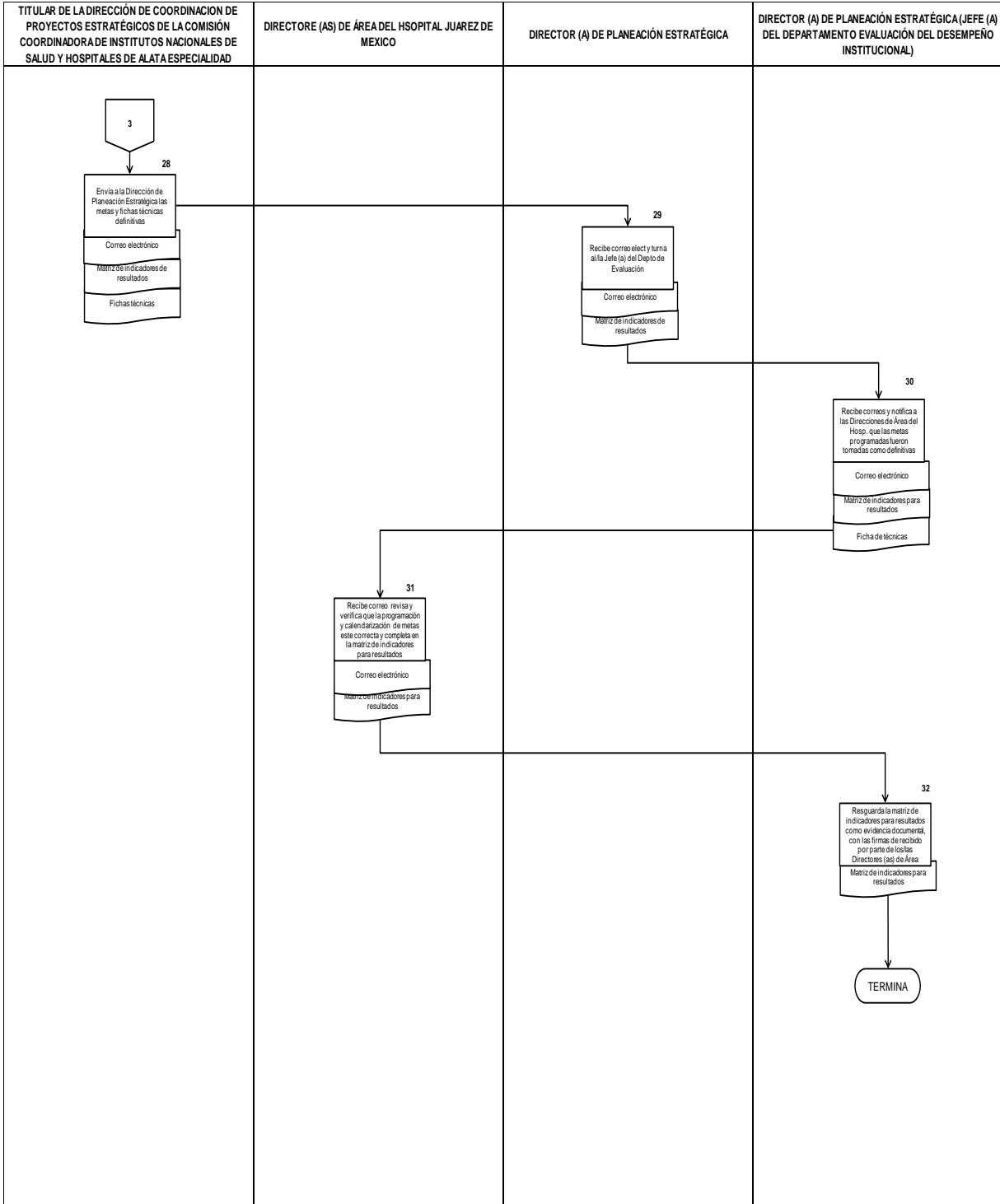
Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)		oficio y/o correo electrónico a los/las Directores (as) de Área del Hospital Juárez de México, que las metas programadas, fueron tomadas como definitivas, y les entrega las metas y fichas técnicas definitivas que quedaron comprometidas ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los programas presupuestales para su conocimiento.	electrónico Oficio Matriz de Indicadores para Resultados Fichas técnicas
Directores (as) de Área	31	Reciben oficio y/o correo electrónico y firman de recibido la Matriz de Indicadores para Resultados.	Oficio y/o correo electrónico Matriz de Indicadores para Resultados
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	32	Resguarda la Matriz de Indicadores para Resultados como evidencia documental con las firmas de recibido por parte de los/las Directores (as) de Área.	Matriz de Indicadores para Resultados
TERMINA PROCEDIMIENTO			




5 DIAGRAMA DE FLUJO












 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 14 de 24

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal de las Entidades Paraestatales Artículos 8, 11, 47, 48, 49, 50, 57, 58 y 59	Última reforma publicada DOF 18-12-2015
6.2 Ley de Planeación Artículos 14, 15, 16, 17, 22, 24, 27 y 29	Última reforma publicada el 28-11- 2016
6.3 Ley de los Institutos Nacionales de Salud Artículo 16	Última reforma publicada DOF 27-01-2015
6.4 Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales Artículos 15, 22, 24, 25, 27 y 30	Última Reforma DOF 23-11- 2010
6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Artículos 11, 12, 20, 20 Bis y 27	Última Reforma DOF 2-02- 2010.
6.6 Manual de Organización General de la Secretaría de Salud	2016
6.7 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.8 Manual de Organización Específico de la Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	Diciembre, 2016
6.9 Decreto de Creación del Hospital Juárez de México Artículos 7 y 19	26 de enero de 2005
6.10 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México Artículos 6, 8, 16, 32, 33 y 35	Publicación en el DOF 17 de octubre de 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Matriz de Indicadores para Resultados	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.2 Estructura Programática Individual.	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.3 Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios.	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.4 Ficha Técnica emitida por la CCINSHAE.	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.5 Esquema emitido por	5 años	Departamento de	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 15 de 24

la CCINSHAE.		Evaluación del Desempeño Institucional	
--------------	--	--	--

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 8.1 **CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.
- 8.2 **DGPOP.-** Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- 8.3 **Directores (as) de Área.-** Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración y Titular de la Unidad de Enseñanza.
- 8.4 **Entidades.-** Organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos públicos que, de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, sean considerados entidades paraestatales.
- 8.5 **Ficha Técnica.-** Documento en forma de sumario que contiene la descripción de cada indicador y sus variables de manera detallada.
- 8.6 **HJM.-** Hospital Juárez de México.
- 8.7 **Indicadores de Desempeño.-** Conjunto de indicadores estratégicos y de gestión
- 8.8 **MIR.-** Matriz de Indicadores para Resultados.
- 8.9 **OIC.-** Órgano Interno de Control.
- 8.10 **Pp's.-** Programas presupuestales.
- 8.11 **SHCP.-** Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 8.12 **SSA.-** Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Febrero 2015	Nueva creación.
2	Diciembre, 2016	Se agrega cambios en el desarrollo de actividades y funciones específicas del procedimiento, así como la inclusión de los formatos que se derivan del procedimiento.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación.
- 10.2 Estructura Programática Individual.
- 10.3 Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios.
- 10.4 Matriz de Indicadores para Resultados.
- 10.5 Esquema emitido por la CCINSHAE.
- 10.6 Ficha Técnica emitida por la CCINSHAE.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 16 de 24

10.1 LINEAMIENTOS PARA EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN.



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. 307-A.- **2292**
México, D. F. a 22 de junio de 2015

ACT. CÉSAR JAVIER CAMPA CAMPOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN
Y PRESUPUESTO "A"

ACT. ALEJANDRO SIBAJA RÍOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN
Y PRESUPUESTO "B"

P R E S E N T E S

Con fundamento en los artículos 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3, 6, 7, 13, 24, 25, 27, 28, 29, 34 y 42 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), 1, 3, 7, 9, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 49, 56 y 58 de su Reglamento, y 62 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se comunican los siguientes:

LINEAMIENTOS PARA EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL 2016

I. Lineamientos Generales y Calendario de Actividades

Objeto

1. Establecer los aspectos generales que las dependencias y entidades deberán observar en el proceso de programación y presupuestación para el ejercicio fiscal 2016.




Ámbito de aplicación

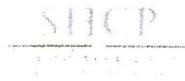
2. Los presentes lineamientos son aplicables para las dependencias que se encuentran referidas en el artículo 2, fracción VIII de la LFPRH, así como para las entidades de la Administración Pública Federal (APF).

Los poderes Legislativo y Judicial, los entes autónomos, las empresas productivas del Estado, el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, se sujetarán en lo conducente a estos lineamientos a fin de lograr la congruencia requerida en cumplimiento a lo dispuesto en la LFPRH y demás disposiciones aplicables.

Av. Constituyentes 1001, Edificio "B", piso 6, Col. Belén de las Flores, Del. Álvaro Obregón, CP. 01110, México, D.F.
Tel.: (55) 3688 4915 www.shcp.gob.mx

X
↗

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 17 de 24



Subsecretaría de Egresos
Unidad de Política y Control Presupuestario

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Oficio No. 307-A.- **2292**
Página 11 de 12

VI. Disposiciones Finales

Interpretación de las normas y lineamientos y casos no previstos

21. La UPCP, la UED y la UI serán las facultadas para interpretar, en sus ámbitos respectivos de competencia, los presentes lineamientos, así para como resolver los casos no previstos.

Difusión por vía electrónica

22. Los presentes lineamientos se encuentran disponibles en la página de Internet de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en la siguiente dirección electrónica:

http://www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/PEF/programacion/Paginas/programacion_presupuestacion_2016.aspx

En términos de lo anteriormente señalado, solicito atentamente su apoyo a efecto de comunicar el contenido de este oficio a las dependencias y entidades bajo su coordinación sectorial. Asimismo, se solicita a la Dirección General de Programación y Presupuesto "A" hacer del conocimiento el contenido del presente oficio a los poderes Legislativo y Judicial y a los entes autónomos, así como al Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa y al Instituto Nacional de Estadística y Geografía.




Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL TITULAR



A. ISAAC GAMBOA LOZANO




Unidad de Política y Control Presupuestario
Tel: 5633475-4945

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA			
	29. Procedimiento para la programación de metas.			Hoja: 18 de 24

10.2 ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA INDIVIDUAL.

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA INDIVIDUAL (EPI)

UR: NAW											
UR	FI	FN	SF	RG	AI	PP	PI	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	PMP	SITUACIÓN
NAW								Hospital Juárez de México	Ofrecer asistencia médico quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional.		
NAW	1							GOBIERNO			
NAW	1	3						COORDINACIÓN DE LA POLÍTICA DE GOBIERNO			
NAW	1	3	4					Función pública			
NAW	1	3	4	0				Sin Programa			
NAW	1	3	4	0	1			Función pública y buen gobierno			
NAW	1	3	4	0	1	0001		Actividades de apoyo a la función pública y buen gobierno	Atender los asuntos en materia de quejas y responsabilidades, desarrollo administrativo y mejora de la gestión pública, auditorías a programas de impacto a la ciudadanía, transparencia del servicio profesional de carrera y asesoramiento en los procesos de adquisiciones, arrendamientos y servicios.		
NAW	1	3	4	0	1	0001	AU010	Auditar a la gestión pública y mejorar procesos	Contribuir a consolidar una institución honesta, eficiente y transparente, en la que se promueva la participación de los usuarios, proporcionando asistencia médica quirúrgica de alta especialidad, confiable y humana	Actividades	Autorizado
NAW	1	3	4	0	1	0001	SP010	Servicios personales	No requiere objetivo	Actividades	Autorizado
NAW	1	3	4	0	1	0001	SPG00	Gasto de operación asociado a Servicios Personales	No requiere objetivo	Actividades	Autorizado
NAW	2							DESARROLLO SOCIAL			
NAW	2	3						SALUD			
NAW	2	3	2					Prestación de Servicios de Salud a la Persona			
NAW	2	3	2	0				Sin Programa			
NAW	2	3	2	0	18			Prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud organizados e integrados			
NAW	2	3	2	0	18	E023		Atención a la Salud	Contribuir a satisfacer la demanda de servicios especializados de salud de la población que presenta el Sector Salud.		
NAW	2	3	2	0	18	E023	AM030	Otorgar atención ambulatoria	Proporcionar atención médico quirúrgica a los pacientes ambulatorios que acuden al Hospital con el fin de reestablecer y mejorar su salud	Servicios o Productos	Autorizado
NAW	2	3	2	0	18	E023	AM040	Otorgar atención hospitalaria	Proporcionar atención médico quirúrgica a los pacientes que acuden al Hospital con el fin de reestablecer y mejorar su salud	Servicios o Productos	Autorizado
NAW	2	3	2	0	18	E023	AM050	Fortalecer la organización para la prestación de servicios en salud	Cumplir con el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, Programa de Modelo de Gestión Hospitalaria, Proyecto de Farmacia Hospitalaria, Proyecto de Referencia y Contrarreferencia y el Proyecto del Expediente Clínico Electrónico	Servicios o Productos	Autorizado
NAW	2	3	2	0	18	E023	AM060	Fortalecimiento de la calidad de la atención médica y auditoría clínica	Garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, mediante la administración eficiente y eficaz de los recursos asignados.	Procesos	Autorizado
NAW	2	3	2	0	18	E023	AM080	Diagnóstico y tratamiento de padecimientos oncológicos	Garantizar la atención médica a los pacientes con padecimientos oncológicos, en particular cáncer en niños y adolescentes, cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer testicular.	Procesos	Autorizado

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 19 de 24

10.3 LINEAMIENTOS PARA LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE METAS, MEJORA, CALENDARIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS.



Subsecretaría de Egresos
Unidad de Evaluación del Desempeño

2014

Oficio No. 419-A-16- **0102**

Página 1 de 16

México, D. F. a 11 de enero de 2016

ACT. CÉSAR JAVIER CAMPA CAMPOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO "A"

ACT. ALEJANDRO SIBAJA RÍOS
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO "B"

P R E S E N T E S

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3; 6; 7; 13; 16, primer párrafo; 42, fracción II; 45, cuarto párrafo; 107; 110 y 111 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 6; 9; 10, fracción VIII; 24; 25; 181, primer párrafo; 283, fracciones I y III; 286; 287; 294; 303 y 304, fracción IV, de su Reglamento; 2, fracción XII y 7 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 28 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016; numeral 30 del Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2013, y 63 del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se comunican los siguientes:




Lineamientos para la revisión y actualización de metas, mejora, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas presupuestarios 2016

I. Disposiciones Generales

1. Los presentes Lineamientos tienen por objeto regular el proceso de revisión y actualización de metas de los indicadores estratégicos y de gestión de la Matriz de Indicadores para Resultados; del registro del calendario y los avances en el cumplimiento de las metas de los indicadores; para registrar la mejora de la Matriz de Indicadores para Resultados; así como del registro de la Matriz de Indicadores para Resultados en el caso de los Programas presupuestarios nuevos y de las Fichas de Indicadores de Desempeño de los Programas presupuestarios exentos de registrar una Matriz de Indicadores para Resultados, correspondientes al Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016.




10 4 MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS.

COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD		MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR)												 			
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD																	
Coordinación de Proyectos Estratégicos		PP: (1) XXXX															
		<u>Programación y Calendarización Ejercicio (2) XXXX</u>															
Clave entidad/unidad:		(3)															
Entidad/unidad:		(4)															
Nivel MML: (5)		En cada periodo de reporte se registre el valor acumulado del indicador, cuando proceda se mantiene constante												Fecha: 07/06/2016 13:32			
No. Ind.	DEFINICION DEL INDICADOR	Estimado Cierre	Meta Programada 20XX												Meta	Estimación	Estimación
		(10) XXXX	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Annual	(12) 20XX	20XX
(6)	INDICADOR (7)	0.0			(11) 0.0		0.0	0.0			0.0			0.0	0.0	0.0	0.0
	VARIABLE 1 (8)														0		
	VARIABLE 2 (9)														0		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 21 de 24

Instructivo de llenado

- 1) Nombre del Programa Presupuestal.
- 2) Año de la programación de metas.
- 3) Clave de la entidad.
- 4) Nombre de la entidad.
- 5) Nivel del indicador.
- 6) Número consecutivo del indicador.
- 7) Nombre y formula del indicador.
- 8) Nombre de la primera variable del indicador.
- 9) Nombre de la segunda variable del indicador.
- 10) Estimación de metas al cierre del año inmediato anterior a la programación.
- 11) Programación de metas de acuerdo a la periodicidad establecida (trimestral, semestral o anual).
- 12) Estimación de metas del año posterior, establecido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

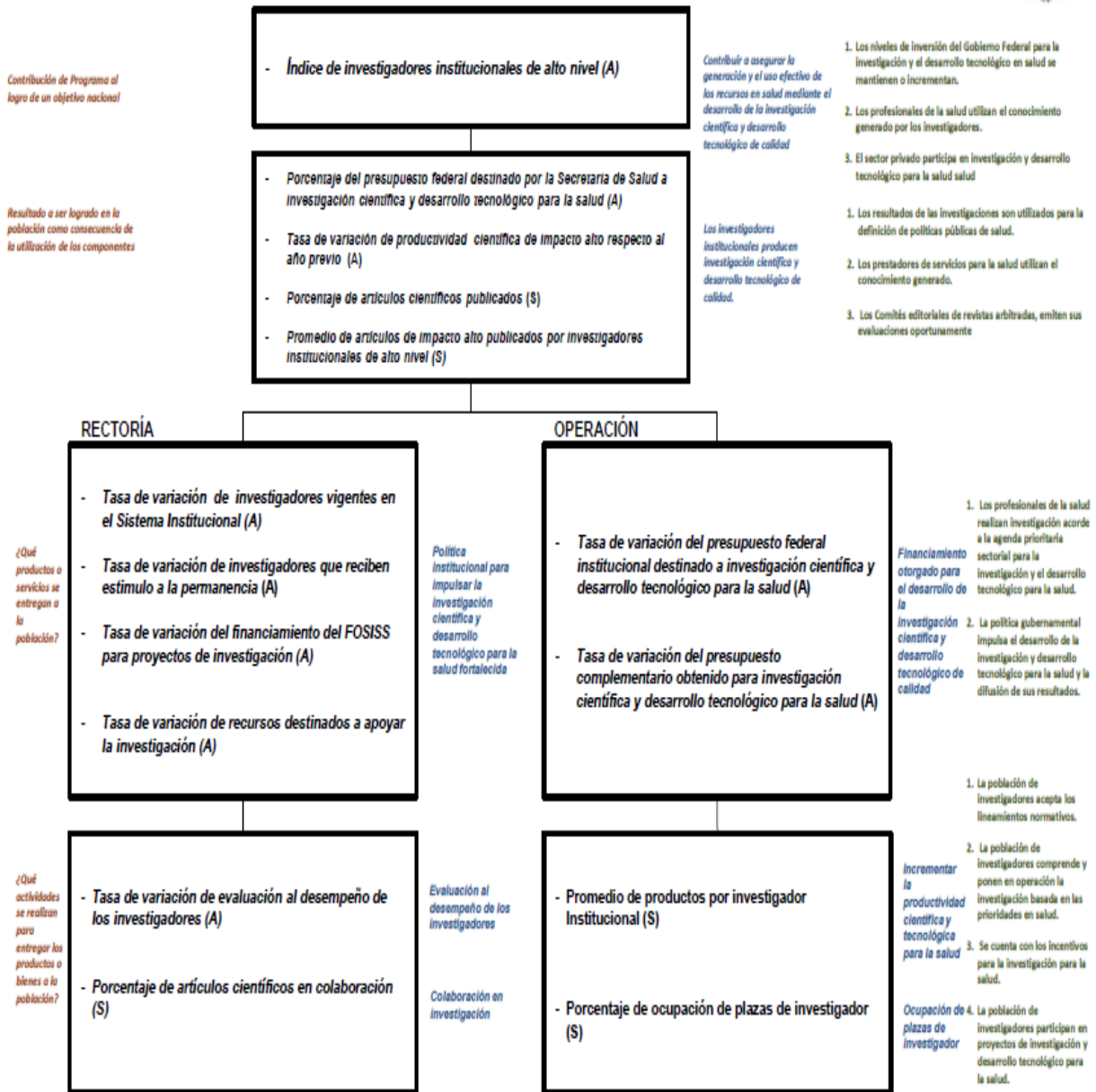
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 22 de 24




10.5 ESQUEMA EMITIDO POR LA CCINSHAE. (EJEMPLO PROGRAMA PRESUPUESTAL E022)

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad
Coordinación de Proyectos Estratégicos



Matriz de Indicadores para Resultados 2016
PP E022 "Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud"






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 23 de 24



10.6 FICHA TÉCNICA EMITIDA POR LA CCINSHAE. (EJEMPLO PROGRAMA PRESUPUESTAL E023)

MATRIZ DE INDICADORES 2016 DEL PROGRAMA E023 “ATENCIÓN A LA SALUD” FICHA TÉCNICA




Porcentaje de pacientes referidos por las instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional						
1. Datos de relación del indicador						
Programa presupuestario	E023		Identificador del programa	E023		
Unidad responsable del programa presupuestario Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad						
Clasificación del programa presupuestario Prestación de Servicios Públicos						
Cobertura Población que requiere servicios de atención médica especializa						
Prioridades						
Objetivo: (Fin, Propósito, Componente o Actividad): Fin: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante la atención a la demanda de servicios especializados que se presenta a los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad en coordinación con la red de servicios						
2. Datos de identificación del indicador						
Nombre del indicador:			Identificador del indicador	1		
Porcentaje de pacientes referidos por instituciones públicas de salud a los que se les apertura expediente clínico institucional			No. de indicador 1			
Dimensión a medir:			Definición:			
Eficiencia			Este indicador tiene como propósito evaluar que se otorgue un acceso efectivo a servicios de salud especializados a través de la interacción de las instituciones del sector salud para brindar la atención médica de acuerdo a la complejidad del padecimiento.			
Método de cálculo:			Unidad de medida:			
Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación / Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación x 100			Porcentaje			
Desagregación geográfica: Nacional			Frecuencia de medición: Trimestral			
3. Características del indicador						
Claridad	Relevancia	Economía	Monitoreables	Adecuado	Aporte Marginal	
1	1	1	1	1	Si	
Justificación de las características:						
Claridad: El indicador es preciso e inequívoco						
Relevancia: Evalúa la orientación de las unidades hospitalarias respecto al cumplimiento de su función como instituciones de referencia por su alta capacidad resolutive en el Sistema Nacional de Salud y el funcionamiento de las redes públicas de servicios de salud						
Economía: El indicador está presente en los sistemas de información institucionales						
Monitoreable: El indicador puede ser verificado en los sistemas de información institucionales						

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	29. Procedimiento para la programación de metas.		Hoja: 24 de 24

Adecuado: El indicador es adecuado, permite valorar la contribución del programa			
Aporte Marginal: Permite evaluar de manera indirecta el uso adecuado de los servicios públicos de salud de acuerdo al nivel resolutivo			
Serie de información disponible: 2015			
Responsable del indicador: CCINSHAE, entidades ejecutoras del programa			
4. Determinación de metas			
Línea base, valor y fecha (año y período)		Meta y período de cumplimiento	
Valor	Año	Valor	
31.6	2015	Período de cumplimiento Mzo-Jun-Sep-Dic	
Período Mzo-Jun-Sep-Dic		Parámetros de semaforización	
Comportamiento del indicador hacia la meta		Verde	
Ascendente		Amarillo	
Factibilidad Razonable		Rojo	
95% <=X <= 105%		90% <=X < 95%	
		ó	
		105% <X <= 110%	
		X < 90%	
		ó	
		X > 110%	
5. Características de las variables (metadatos)			
Variables		Descripción de la variable	
Nombre		Descripción de la variable	
V1 Número de pacientes que han sido referidos por instituciones públicas de salud a los cuales se les apertura expediente clínico institucional en el periodo de evaluación		Expedientes clínicos aperturados en el periodo de evaluación con referencia de una institución pública de salud	
V2 Total de pacientes a los cuales se les apertura expediente clínico en el periodo de evaluación		Total de expedientes clínicos aperturados en el periodo de evaluación	
Fuentes (medios de verificación):		Unidad de medida	
Informe Institucional área de Trabajo Social y/o Atención al Usuario		Paciente de primera vez referido	
Informe Institucional área de Trabajo Social y/o Atención al Usuario		Paciente de primera vez	
Desagregación geográfica Nacional (Cobertura del programa)		Frecuencia Trimestral	
Método de recopilación de datos Explotación de registro administrativo		Fecha de disponibilidad de información Marzo 2017 (Definitivo)	
6. Referencias adicionales			
Referencia internacional		Serie estadística	
Gráfica del comportamiento del indicador			
Expedientes aperturados se refiere a expedientes abiertos por primera vez a los pacientes referidos para otorgar servicios médicos en los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 1 de 8

30.PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 2 de 8

1. PROPÓSITO



- 1.1 Dar a conocer a las instancias correspondientes los resultados y avances de las metas del cumplimiento del Programa Anual de Trabajo del/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, por ser responsable de dar a conocer los resultados y avances a instancias externas y a las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México, por coadyuvar en el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud (SS), Órgano Interno de Control (OIC), Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud (CCINSHAE), Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPOP), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Auditoría Superior de la Federación (ASF) y Secretaría de la Función Pública (SFP), por ser las instancias que dan seguimiento al cumplimiento del Programa Anual de Trabajo.



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México son las responsables de dar cumplimiento a las Estrategias y Líneas de Acción comprometidas en el Programa Quinquenal del Director General a corto, mediano y largo plazo.
- 3.2 La Dirección de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México es el responsable de dar seguimiento semestralmente y anualmente al Programa Quinquenal por estrategia y línea de acción e informar su cumplimiento a la Junta de Gobierno.
- 3.3 Las Direcciones de Área del Hospital Juárez de México son las responsables de contar con la evidencia documental que avale el cumplimiento de las Estrategias y Líneas de Acción comprometidas en el Programa Anual de Trabajo de la Dirección General.
- 3.4 Las Direcciones de Área en conjunto con el Titular de la Dirección de Planeación Estratégica del Hospital Juárez de México son los responsables de realizar el análisis del cumplimiento de las Estrategias y Líneas de Acción comprometidas a corto, mediano y largo plazo.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) del Hospital Juárez de México es el responsable de solicitar al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIMEIT), se publique en el Portal Institucional, el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México autorizado por la Junta de Gobierno.

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.	
		Hoja: 3 de 8

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

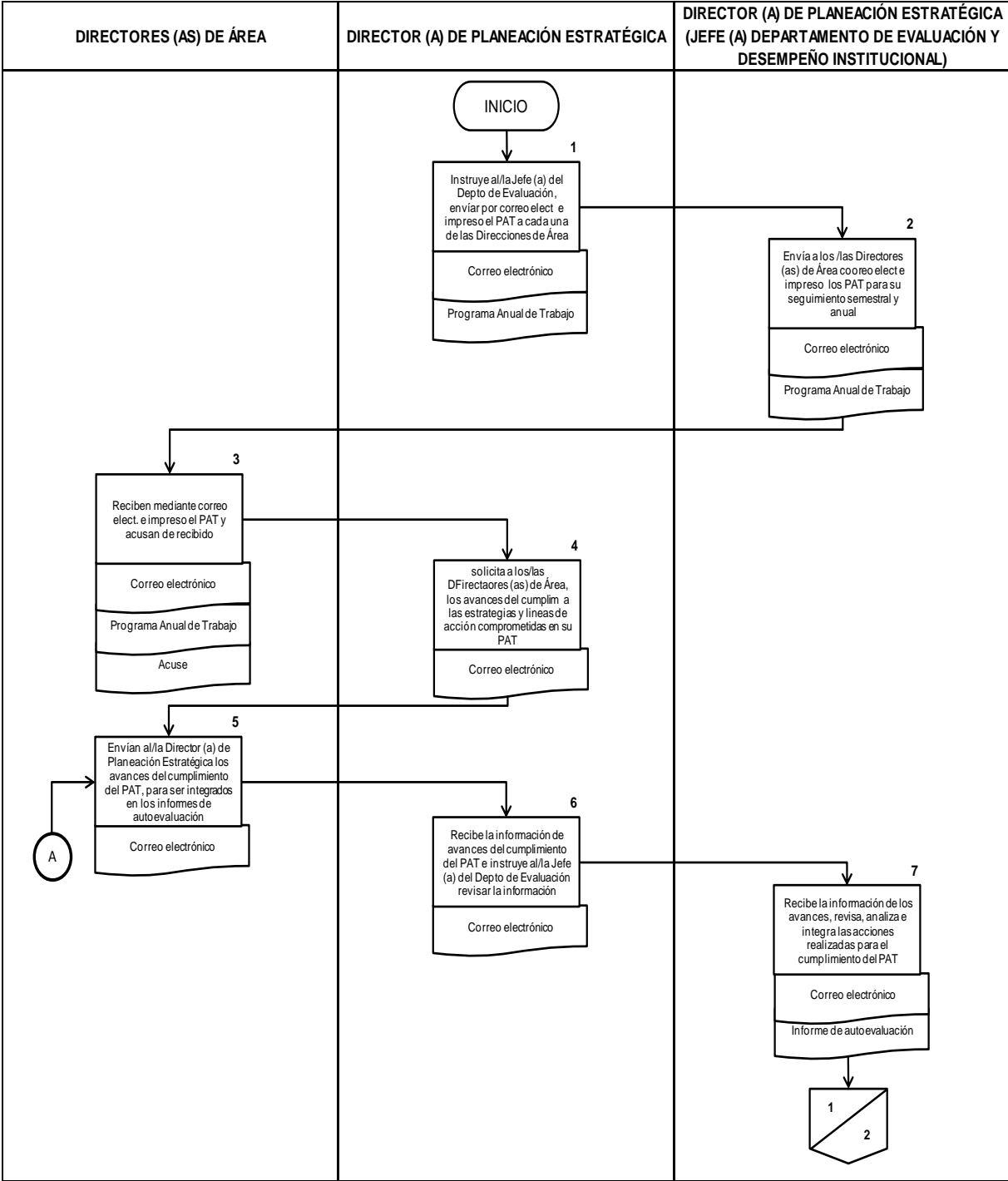
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Planeación Estratégica	1	Instruye al Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, enviar por correo electrónico e impreso, el Programa Anual de Trabajo del/la Director (a) General autorizado por la Junta de Gobierno y el Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de área, para su seguimiento y cumplimiento.	Correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Director General Programa Anual de Trabajo de cada Dirección de área
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	2	Envía a los/las Directores (as) de área por correo electrónico e impreso, los Programas Anuales de Trabajo, para su seguimiento semestral y anual.	Correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Director General Programa Anual de Trabajo de cada Dirección de área
Directores (as) de área	3	Reciben mediante correo electrónico y en impreso los Programas Anuales de Trabajo, y acusan de recibido.	Correo electrónico Programa Anual de Trabajo del Director General Programa Anual de Trabajo de cada Dirección de área
Director (a) de Planeación Estratégica	4	Solicita mediante correo electrónico a los/las Directores (as) de área, los avances del cumplimiento a las Estrategias y Líneas de Acción comprometidas en su Programa Anual de Trabajo.	Correo electrónico
Directores (as) de área	5	Envían mediante correo electrónico al/la Director (a) de Planeación Estratégica, los avances de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo para ser integrados en los informes de autoevaluación.	Correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica	6	Recibe mediante correo electrónico, la información de avances del cumplimiento del Programa Anual de Trabajo e instruye al Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, revisar la congruencia de la información con lo comprometido en los Programas Anuales de Trabajo para ser	Correo electrónico




 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.	

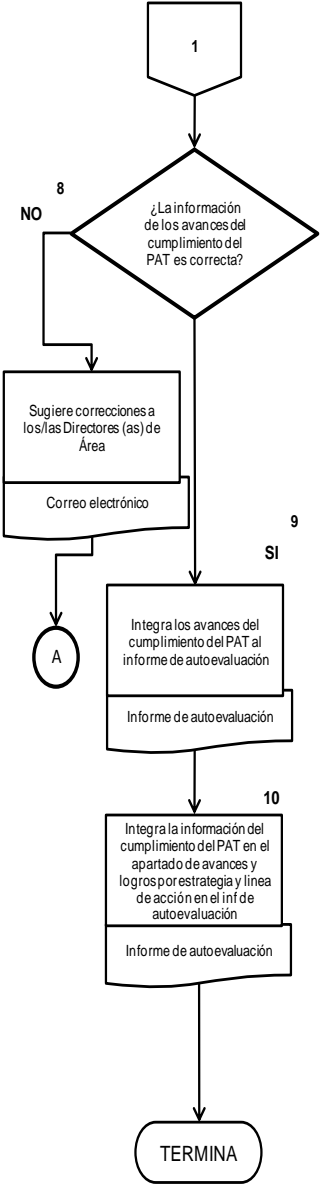
Hoja: 4 de 8




		presentado en los Informes de Autoevaluación a la Junta de Gobierno.	
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)	7	Recibe la información de los avances, revisa, analiza e integra las acciones realizadas para el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de área.	Correo electrónico Informe de autoevaluación
		¿La información de los avances de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo, es correcta?	
	8	No: Sugiere correcciones a los/las Directores (as) de área y regresa a la actividad 5.	
	9	Sí: Integra los avances de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo al Informe de Autoevaluación.	
	10	Integra la información del cumplimiento del Programa Anual de Trabajo, en el apartado de Avances y logros por estrategia y línea de acción en el Informe de Autoevaluación, para presentarlo ante la Junta de Gobierno.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 6 de 8

DIRECTORES (AS) DE ÁREA	DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	DIRECTOR (A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (JEFE (A) DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL)
		 <pre> graph TD 1{{1}} --> D{¿La información de los avances del cumplimiento del PAT es correcta?} D -- NO --> P1[Sugiere correcciones a los/las Directores (as) de Área] P1 --> O1[Correo electrónico] O1 --> A((A)) D -- SI --> P2[Integra los avances del cumplimiento del PAT al informe de autoevaluación] P2 --> O2[Informe de autoevaluación] O2 --> 9((9)) 9 --> P3[Integra la información del cumplimiento del PAT en el apartado de avances y logros por estrategia y línea de acción en el InI de autoevaluación] P3 --> O3[Informe de autoevaluación] O3 --> 10((10)) 10 --> T([TERMINA]) </pre>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 7 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Artículos 47, 48, 49, 50 y 59	Última reforma publicada en el DOF 18-12-2015
6.2 Ley de Planeación, Artículos 16, 17, 22, 24, 27 y 29	Última reforma publicada en el DOF 28-11-2016
6.3 Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Artículos 15, 22, 23, 27, 30 y 31	Última reforma publicada en el DOF 23-11-2010
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículos 12 y 20	Última reforma publicada en el DOF 02-02-2010
6.5 Manual de Organización General de la Secretaría de Salud	2016
6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.7 Manual de Organización Específico de la Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	Diciembre, 2016
6.8 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. Artículos 6, 8, 16, 32, 33 y 35	Publicación en el DOF 17-10-2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Reporte de avances de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A
7.2 Correo electrónico del cumplimiento y seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.	5 años	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 CIIMEIT.-** Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica.
- 8.2 CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.
- 8.3 Directores (as) de Área.-** Dirección Médica, Dirección de Investigación, Director de Planeación Estratégica, Dirección de Administración y Titular de la Unidad de Enseñanza del Hospital Juárez de México.
- 8.4 Portal Institucional.-** Pagina Web del Hospital Juárez de México.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	30. Procedimiento para el seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 8 de 8

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	Febrero 2015	Nueva creación.
2	Diciembre, 2016	El procedimiento cambia de responsable, del Departamento de Organización y Gestión de Procesos al Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	31. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.		Hoja: 1 de 9

31.PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR AUDITORIAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	31. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



- 1.1 Contar con una herramienta que permita llevar un control de gestión y supervisión de la División de Calidad y Apoyo a la Atención adscrita a la Dirección de Planeación Estratégica con la finalidad de que se cumpla con los objetivos, metas, estrategias, líneas de acción e indicadores comprometidos a corto, mediano o largo plazo por parte de la Dirección.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica, así como a la División de Calidad y Apoyo a la Atención, y al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente, por ser quienes darán cumplimiento a las actividades y funciones que coadyuven en las de la Dirección.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar e instruir a la División de Calidad y Apoyo a la Atención y/o el Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente el cumplimiento de las funciones y actividades inherentes a sus área de responsabilidad alineados a las Funciones de la Dirección.
- 3.2 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de turnar a la División de Calidad y Apoyo a la Atención o al Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente por medio de Volantes de Trámite, o en su caso por oficio o correo electrónico, las solicitudes o instrucciones que emitan la Dirección General y Direcciones de área del Hospital Juárez de México, así como de las Entidades externas que soliciten se realice alguna actividad o acción relacionada directa o indirectamente con sus funciones.
- 3.3 El (la) jefe (a) de la División de Calidad y Apoyo a la Atención y el jefe (a) del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente, es responsable de atender y dar cumplimiento a las instrucciones o solicitudes emitidas por la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios o correos electrónicos según corresponda.
- 3.4 El (la) Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de convocar a reuniones periódicas con los Jefes de Área adscritos a la Dirección con la finalidad de supervisar y revisar los avances y pendientes que cada área tiene para dar cumplimiento a lo solicitado.
- 3.5 Los (as) jefes (as) de la División de Calidad y Apoyo a la Atención y del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente son responsables de informar los avances y en su caso los pendientes correspondientes en cada una de las solicitudes realizadas por la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.6 El (la) Director (a) de Planeación Estratégica es responsable emitir observaciones o instrucciones correspondientes para que sean atendidos los pendientes reportados por la División de Calidad y Apoyo a la Atención o el servicio de Calidad y Seguridad del Paciente.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	31. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.

Hoja: 3 de 9

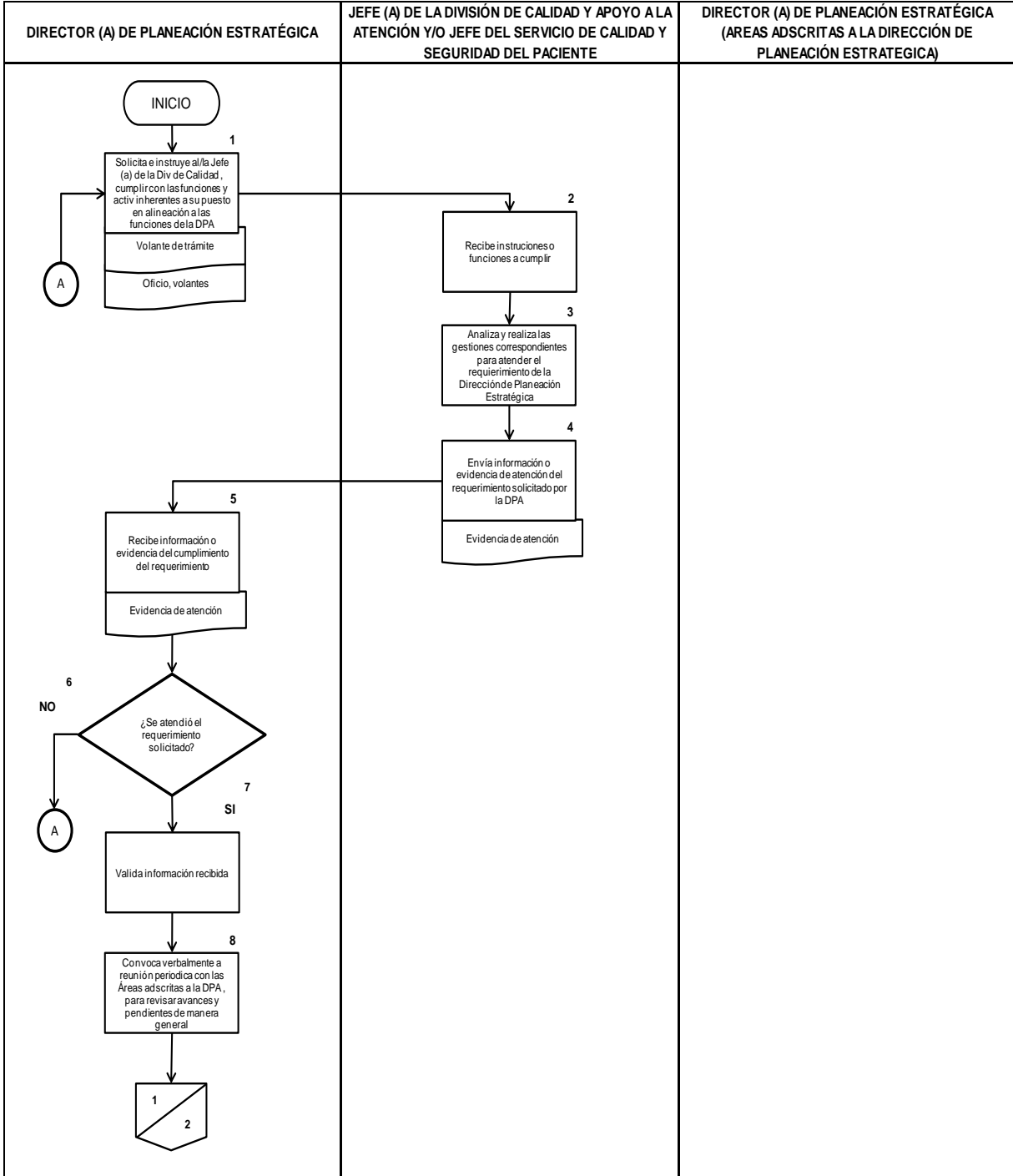
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

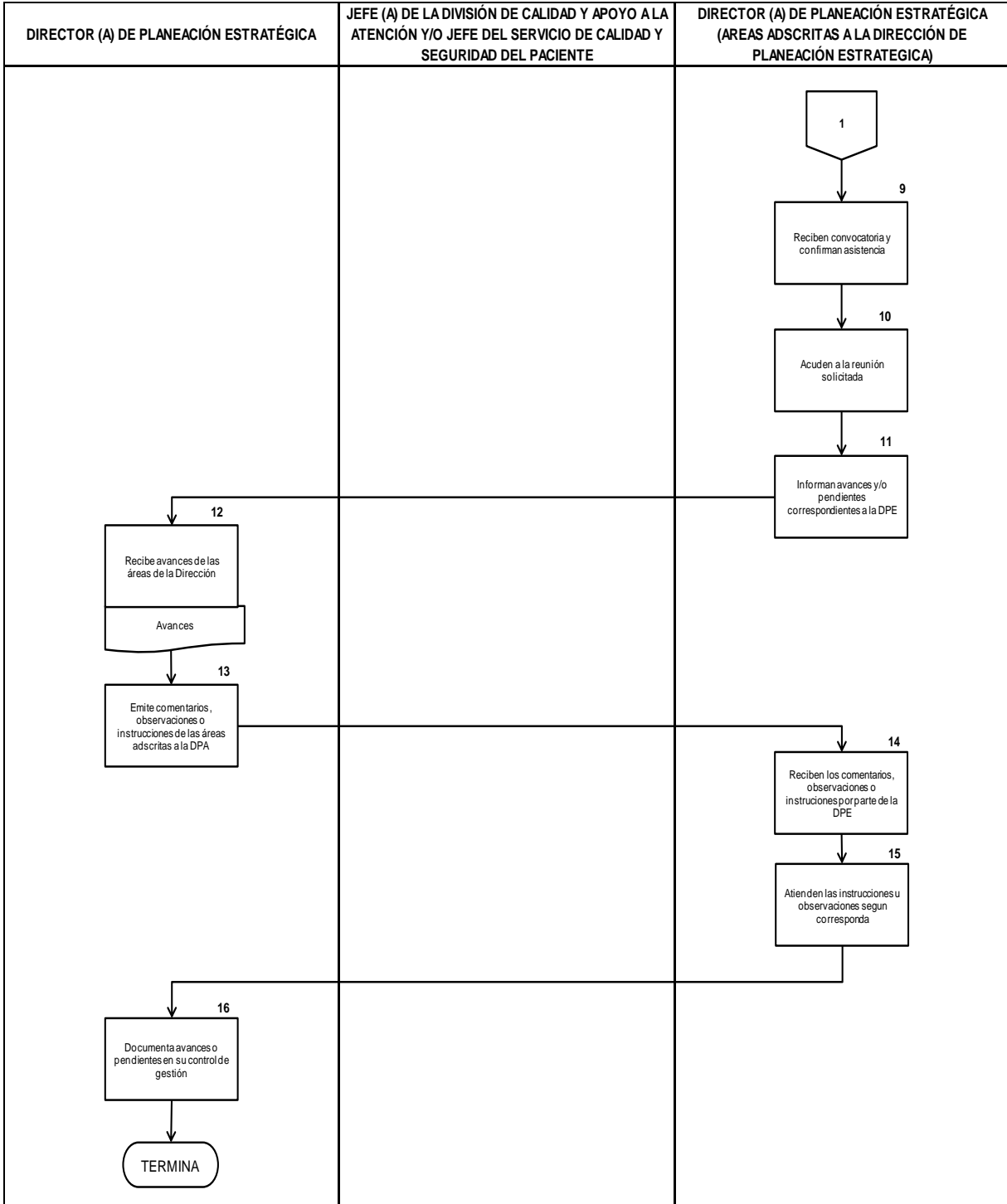
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Planeación Estratégica	1	Solicita e instruye a la División de Calidad y Servicios de Apoyo o al servicio de Calidad y Seguridad del Paciente cumplir las funciones y actividades inherentes a su puesto en alineación a las funciones de la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios, volantes o correo electrónico	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
Jefe (a) de la División de Calidad y Apoyo a la Atención y/o Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente	2	Recibe instrucciones o funciones a cumplir.	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
	3	Analiza y realiza las gestiones correspondientes para atender el requerimiento de la Dirección de Planeación Estratégica	
	4	Envía información o evidencia de atención del requerimiento solicitado por la Dirección de Planeación Estratégica	Evidencia de atención
Director (a) de Planeación Estratégica	5	Recibe información o evidencia del cumplimiento del requerimiento	Evidencia de atención
		¿Se atendió el requerimiento solicitado?	
	6	No: Regresa a la actividad 1	
	7	Si: Valida información recibida	
Director (a) de Planeación Estratégica (Áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	8	Convoca verbalmente a reunión periódica con las áreas Adscritas a la Dirección para revisar avances y pendientes de manera general	
	9	Reciben convocatoria y confirman asistencia a reunión	
	10 11	Acuden a la reunión solicitada Informan avances y/o pendientes correspondientes a la Dirección de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica	12	Recibe avances y/o pendientes de las áreas de la Dirección	
	13	Emite comentarios, observaciones o instrucciones a las áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación	14	Reciben comentarios, observaciones o instrucciones por parte de la Dirección de	




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	31. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.	
		Hoja: 4 de 9

Estratégica (Áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	15	Planeación Estratégica Atienden las instrucciones u observaciones según corresponda	
Director (a) de Planeación Estratégica	16	Documenta avances o pendientes en su control de gestión TERMINA PROCEDIMIENTO	Control de gestión

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	31.- Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.		Hoja: 7 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guías Técnicas para la elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Especifico de la Dirección de Planeación Estratégica.	Diciembre, 2016
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.2 Volantes de trámite	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.3 Correo electrónico	1 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.4 Control de gestión	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Oficio:** Documento oficial por el cual se emiten instrucciones, requerimientos, información, comunicación entre otros.
- 8.2 Volante de Trámite:** Documento con el cual la Dirección de Planeación Estratégica turna a los servicios adscritos a la misma, los requerimientos necesarios para el cumplimiento de las meta, indicadores y objetivos institucionales, entre otros.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2016	Nueva creación




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Volante de Trámite

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	31.- Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.		Hoja: 8 de 9

10.1 VOLANTE DE TRÁMITE

	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA VOLANTE DE TRÁMITE
	FOLIO _____ / _____
Delegado a:	Departamento de Evaluación del Desempeño Institución () Centro de Integración de Informática Médica () e Innovación Tecnológica Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia () Unidad de Transparencia () División de Calidad y Apoyo a la Atención () Seguridad del Paciente () Protección Civil ()
Instrucción:	Atención procedente () Para su conocimiento () Analizar e Informar a la Dir. Planeación Estratégica () Asistir y entregar Nota Informativa () Asistir en representación de D.P.E. y entregar N.I. () Preparar respuesta y firmar () Preparar respuesta para firma de la D.P.E. () Para difundir () Otra _____ _____
Remitente: Fecha compromiso: _____ No. de Oficio: _____ Observaciones: _____ _____ _____	
AL CONTESTAR ESTE DOCUMENTO. FAVOR DE MARCAR COPIA A LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E. SEÑALANDO: EN ATENCIÓN AL FOLIO _____ _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	31.- Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la División de Calidad y Apoyo a la Atención.		Hoja: 9 de 9

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE VOLANTE DE TRÁMITE

Folio: Este campo será llenado por el personal administrativo de la Dirección de Planeación Estratégica y corresponde al número consecutivo de volantes que sean emitidos a las diversas áreas de la Dirección, comenzando en 001 hasta “n” número de volantes.

Delegado a: Marcar con una cruz o paloma el o los servicios a los que sea turnado el volante de trámite de acuerdo al listado de áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica

Instrucción: Marcar con una cruz o paloma la o las instrucciones a realizar por las áreas seleccionadas en el rubro “delegado a”



Otra: En caso de alguna instrucción especial que no se incluya en el listado, describir la acción a realizar en este campo de manera escrita

Remitente: Escribir la persona o área que solicita alguna acción por parte de la Dirección o de las áreas adscritas a la misma




Fecha compromiso: Escribir la fecha en la que se deberá dar respuesta al volante de trámite

No. De oficio: En caso de aplicar, escribir el oficio con el solicitante sea atendido el requerimiento

Observaciones: Describir alguna observación especial referente al volante de trámite.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.		Hoja: 1 de 10

32.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CENTRO DE INTEGRACIÓN INFORMÁTICA MÉDICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.		Hoja: 2 de 10

1. PROPÓSITO



- 1.1 Contar con una herramienta que permita llevar un control de gestión y supervisión del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica adscrito a la Dirección de Planeación Estratégica con la finalidad de que se cumpla con los objetivos, metas, estrategias, líneas de acción e indicadores comprometidos a corto, mediano o largo plazo por parte de la Dirección.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica, así como del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica, por ser quien dará cumplimiento a las actividades y funciones que coadyuven en las de la Dirección.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar e instruir a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica) el cumplimiento de las funciones y actividades inherentes a su área de responsabilidad alineados a las Funciones de la Dirección.
- 3.2 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de turnar a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica) por medio de Volantes de Trámite, o en su caso por oficio o correo electrónico, las solicitudes o instrucciones que emitan la Dirección General y Direcciones de área del Hospital Juárez de México, así como de las Entidades externas que soliciten se realice alguna actividad o acción relacionada directa o indirectamente con sus funciones.
- 3.3 La Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica), es responsable de atender y dar cumplimiento a las instrucciones o solicitudes emitidas por la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios o correos electrónicos según corresponda.
- 3.4 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de convocar a reuniones periódicas con las Áreas adscritas a la Dirección con la finalidad de supervisar y revisar los avances y pendientes que cada área tiene para dar cumplimiento a lo solicitado.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica), es responsable de informar los avances y en su caso los pendientes correspondientes en cada una de las solicitudes realizadas por la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.6 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable emitir observaciones o instrucciones correspondientes para que sean atendidos los pendientes reportados

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.		Hoja: 3 de 10

por la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica).

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.	

Hoja: 4 de 10

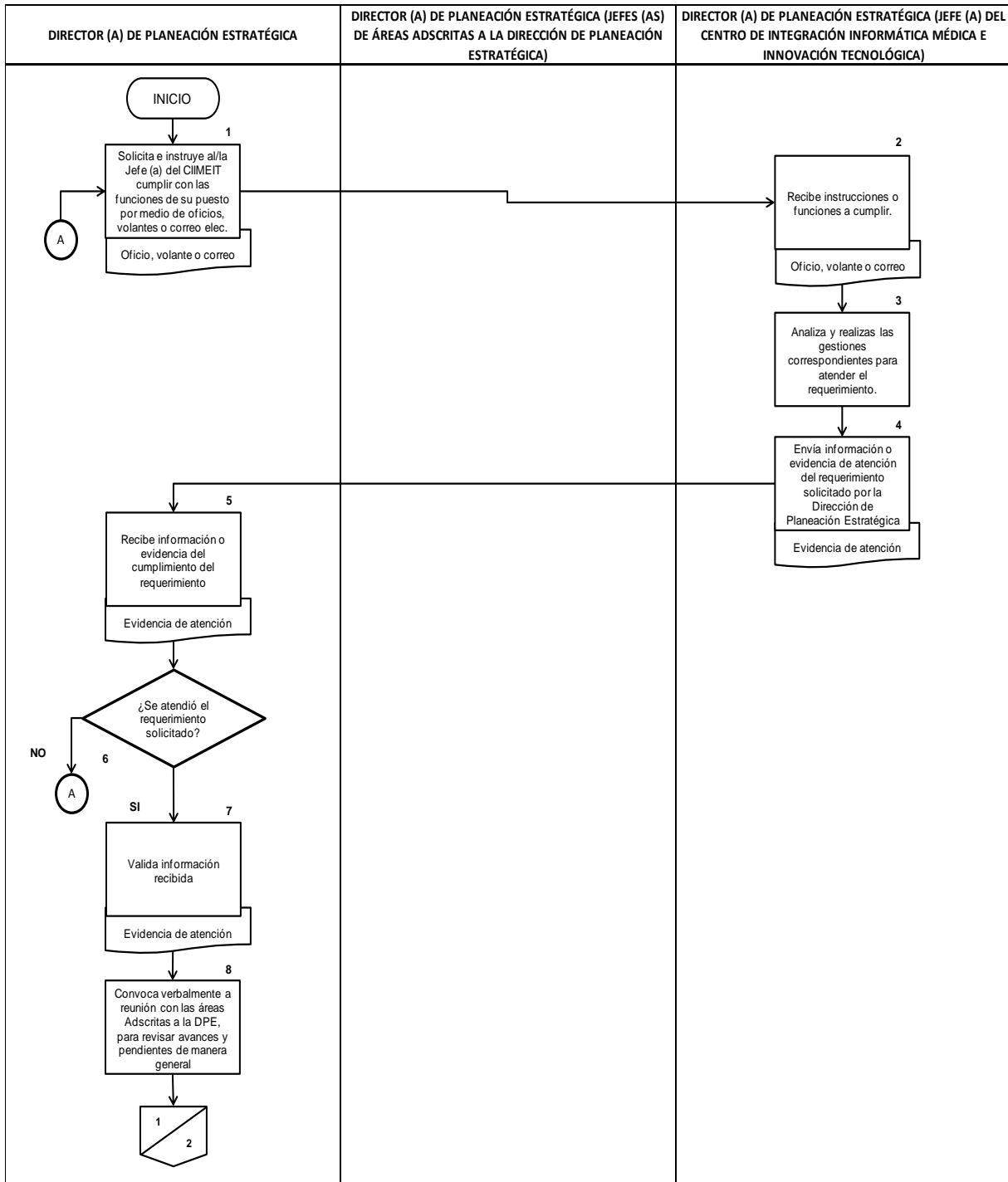
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Planeación Estratégica	1	Solicita e instruye al Jefe (a) del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica cumplir las funciones y actividades inherentes a su puesto en alineación a las funciones de la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios, volantes o correo electrónico.	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica)	2	Recibe instrucciones o funciones a cumplir.	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
	3	Analiza y realiza las gestiones correspondientes para atender el requerimiento de la Dirección de Planeación Estratégica	
	4	Envía información o evidencia de atención del requerimiento solicitado por la Dirección de Planeación Estratégica	Evidencia de atención
Director (a) de Planeación Estratégica	5	Recibe información o evidencia del cumplimiento del requerimiento	Evidencia de atención
		¿Se atendió el requerimiento solicitado?	
	6	No: Regresa a la actividad 1	
	7	Si: Valida información recibida	
Director (a) de Planeación Estratégica (Áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	8	Convoca verbalmente a reunión periódica con las áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica, para revisar avances y pendientes de manera general	
	9	Reciben convocatoria y confirman asistencia a reunión, convocada por la Dirección de Planeación Estratégica.	
	10 11	Acuden a la reunión solicitada Informan avances y/o pendientes correspondientes al/la Director (a) de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica	12	Recibe avances y/o pendientes de las áreas de la Dirección de Planeación Estratégica	
	13	Emite comentarios, observaciones o instrucciones a las áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica	

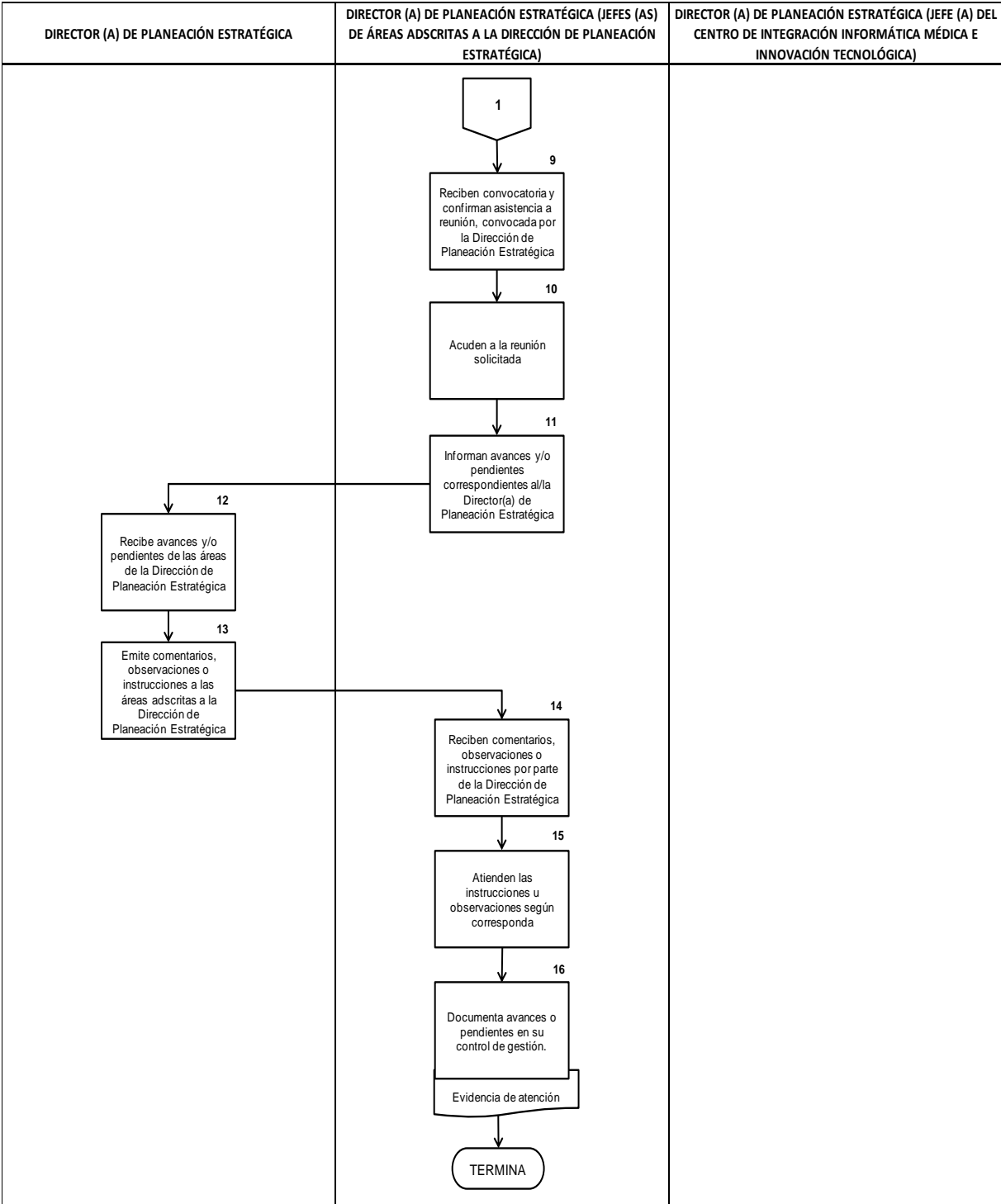
	PROCEDIMIENTO		
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica.		
Hoja: 5 de 10			




Director (a) de Planeación Estratégica (Áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	14	Reciben comentarios, observaciones o instrucciones por parte de la Dirección de Planeación Estratégica	
	15	Atienden las instrucciones u observaciones según corresponda	
Director (a) de Planeación Estratégica	16	Documenta avances o pendientes en su control de gestión. TERMINA PROCEDIMIENTO	Control de gestión

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica		Hoja: 7 de 10



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica		Hoja: 8 de 10

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guías Técnicas para la elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Especifico de la Dirección de Planeación Estratégica	Diciembre, 2016
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.2 Volantes de trámite	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.3 Correo electrónico	1 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.4 Control de gestión	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Oficio:** Documento oficial por el cual se emiten instrucciones, requerimientos, información, comunicación entre otros.
- 8.2 Volante de Trámite:** Documento con el cual la Dirección de Planeación Estratégica turna a los servicios adscritos a la misma, los requerimientos necesarios para el cumplimiento de las meta, indicadores y objetivos institucionales, entre otros.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2016	Nueva creación




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Volante de Trámite.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica		Hoja: 9 de 10

10.1 VOLANTE DE TRÁMITE

	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA VOLANTE DE TRÁMITE
	FOLIO _____ / _____
Delegado a:	Departamento de Evaluación del Desempeño Institución () Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica () Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia () Unidad de Transparencia () División de Calidad y Apoyo a la Atención Seguridad del Paciente () Protección Civil ()
Instrucción:	Atención procedente () Para su conocimiento () Analizar e Informar a la Dir. Planeación Estratégica () Asistir y entregar Nota Informativa () Asistir en representación de D.P.E. y entregar N.I. () Preparar respuesta y firmar () Preparar respuesta para firma de la D.P.E. () Para difundir () Otra _____ _____
Remitente: Fecha compromiso: _____ No. de Oficio: _____ Observaciones: _____ _____ _____	
AL CONTESTAR ESTE DOCUMENTO. FAVOR DE MARCAR COPIA A LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E. SEÑALANDO: EN ATENCIÓN AL FOLIO _____ _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	32. Procedimiento para la supervisión y seguimiento del Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica		Hoja: 10 de 10

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE VOLANTE DE TRÁMITE

Folio: Este campo será llenado por el personal administrativo de la Dirección de Planeación Estratégica y corresponde al número consecutivo de volantes que sean emitidos a las diversas áreas de la Dirección, comenzando en 001 hasta “n” número de volantes.

Delegado a: Marcar con una cruz o paloma el o los servicios a los que sea turnado el volante de trámite de acuerdo al listado de áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica

Instrucción: Marcar con una cruz o paloma la o las instrucciones a realizar por las áreas seleccionadas en el rubro “delegado a”



Otra: En caso de alguna instrucción especial que no se incluya en el listado, describir la acción a realizar en este campo de manera escrita

Remitente: Escribir la persona o área que solicita alguna acción por parte de la Dirección o de las áreas adscritas a la misma




Fecha compromiso: Escribir la fecha en la que se deberá dar respuesta al volante de trámite

No. De oficio: En caso de aplicar, escribir el oficio con el solicitante sea atendido el requerimiento

Observaciones: Describir alguna observación especial referente al volante de trámite

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia		Hoja: 1 de 9

33.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



- 1.1 Contar con una herramienta que permita llevar un control de gestión y supervisión de la Unidad de Transparencia adscrita a la Dirección de Planeación Estratégica con la finalidad de que se cumpla con los objetivos, metas, estrategias, líneas de acción e indicadores comprometidos a corto, mediano o largo plazo por parte de la Dirección de Planeación Estratégica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica, al Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia y a la Unidad de Transparencia, por ser quienes darán cumplimiento a las actividades que coadyuven en las funciones de la Dirección de Planeación Estratégica.
- 2.2 A nivel externo: No aplica


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de solicitar e instruir al/la Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia) el cumplimiento de las funciones y actividades inherentes a su área de responsabilidad alineados a las Funciones de la Dirección.
- 3.2 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de turnar instruir al/la Jefe (a) del (Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia y/o a la Unidad de Transparencia) por medio de Volantes de Trámite, o en su caso por oficio o correo electrónico, las solicitudes o instrucciones que emitan la Dirección General y Direcciones de área del Hospital Juárez de México, así como de las Entidades externas que soliciten se realice alguna actividad o acción relacionada directa o indirectamente con sus funciones.
- 3.3 El Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia y/o la Unidad de Transparencia, es responsable de atender y dar cumplimiento a las instrucciones o solicitudes emitidas por la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios o correos electrónicos según corresponda.
- 3.4 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable de convocar a reuniones periódicas con las Áreas adscritas a la Dirección con la finalidad de supervisar y revisar los avances y pendientes que cada área tiene para dar cumplimiento a lo solicitado.
- 3.5 El Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia y/o la Unidad de Transparencia, es responsable de informar los avances y en su caso los pendientes correspondientes en cada una de las solicitudes realizadas por la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.6 El/la Director (a) de Planeación Estratégica es responsable emitir observaciones o instrucciones correspondientes para que sean atendidos los pendientes reportados por el Centro de Integración Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT).

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia. Hoja: 3 de 9

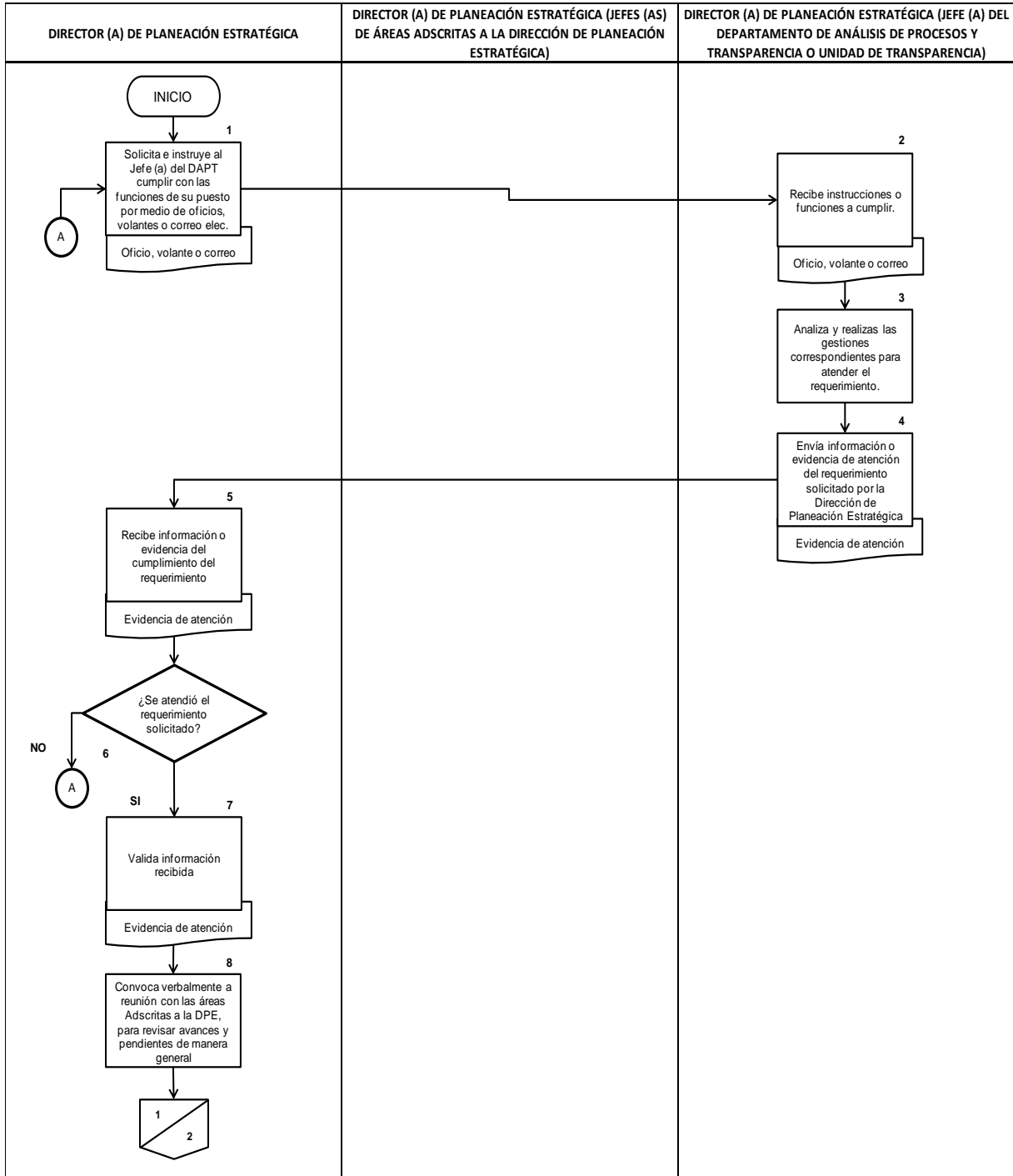
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

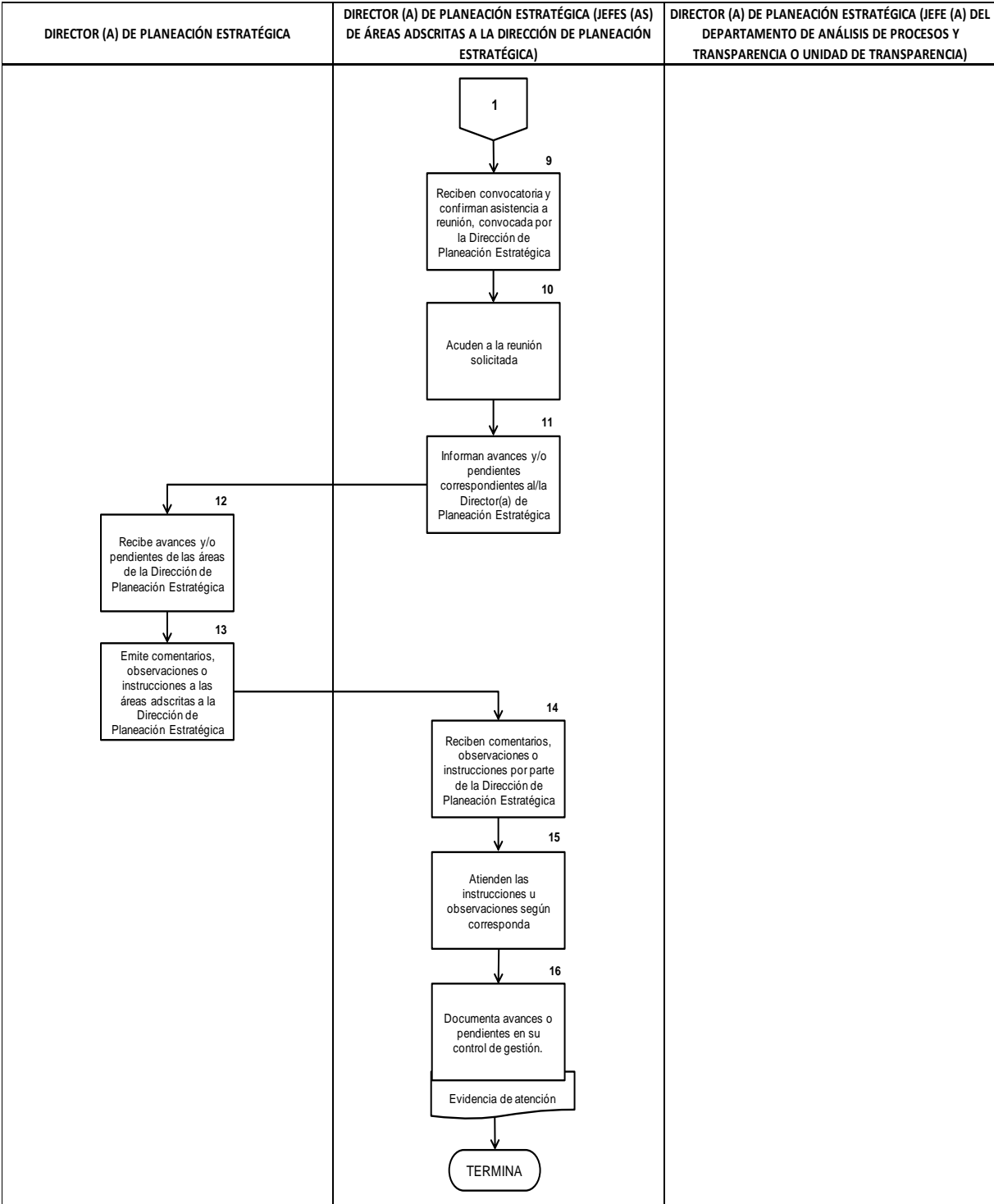
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Planeación Estratégica	1	Solicita e instruye al/la Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia y/o al/la Coordinador (a) Operativo (a) de la Unidad de Transparencia cumplir las funciones y actividades inherentes a su puesto en alineación a las funciones de la Dirección de Planeación Estratégica por medio de oficios, volantes o correo electrónico.	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia o Unidad de Transparencia)	2	Recibe instrucciones o funciones a cumplir.	Volante de trámite, Oficio o correo electrónico
	3	Analiza y realiza las gestiones correspondientes para atender el requerimiento de la Dirección de Planeación Estratégica	
	4	Envía información o evidencia de atención del requerimiento solicitado por la Dirección de Planeación Estratégica	Evidencia de atención
Director (a) de Planeación Estratégica	5	Recibe información o evidencia del cumplimiento del requerimiento	Evidencia de atención
		¿Se atendió el requerimiento solicitado?	
	6	No: Regresa a la actividad 1	
	7	Si: Valida información recibida	
Director (a) de Planeación Estratégica (Áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	8	Convoca verbalmente a reunión periódica con las áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica para revisar avances y pendientes de manera general	
	9	Reciben convocatoria y confirman asistencia a reunión con la Dirección de Planeación Estratégica.	
	10 11	Acuden a la reunión solicitada Informan avances y/o pendientes correspondientes a la Dirección de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica	12	Recibe avances y/o pendientes de las áreas de la Dirección de Planeación Estratégica.	
	13	Emite comentarios, observaciones o	




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia. Hoja: 4 de 9	

		instrucciones a las áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica	
Director (a) de Planeación Estratégica (Áreas Adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica)	14	Reciben comentarios, observaciones o instrucciones por parte de la Dirección de Planeación Estratégica	
	15	Atienden las instrucciones u observaciones según corresponda	
Director (a) de Planeación Estratégica	16	Documenta avances o pendientes en su control de gestión	Control de gestión
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia		Hoja: 7 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guías Técnicas para la elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaria de Salud 2013	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Especifico de la Dirección de Planeación Estratégica	Diciembre, 2016
6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.2 Volantes de trámite	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.3 Correo electrónico	1 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A
7.4 Control de gestión	2 años	Dirección de Planeación Estratégica	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Oficio:** Documento oficial por el cual se emiten instrucciones, requerimientos, información, comunicación entre otros.
- 8.2 Volante de Trámite:** Documento con el cual la Dirección de Planeación Estratégica turna a los servicios adscritos a la misma, los requerimientos necesarios para el cumplimiento de las meta, indicadores y objetivos institucionales, entre otros.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO


Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2016	Nueva creación




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Volante de Trámite.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia		Hoja: 8 de 9

10.1 VOLANTE DE TRÁMITE

	HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA VOLANTE DE TRÁMITE
	FOLIO _____ / _____
Delegado a:	Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional () Centro de Integración de Informática Médica () e Innovación Tecnológica Departamento de Análisis de Procesos y Transparencia () Unidad de Transparencia () División de Calidad y Apoyo a la Atención () Seguridad del Paciente () Protección Civil ()
Instrucción:	Atención procedente () Para su conocimiento () Analizar e Informar a la Dir. Planeación Estratégica () Asistir y entregar Nota Informativa () Asistir en representación de D.P.E. y entregar N.I. () Preparar respuesta y firmar () Preparar respuesta para firma de la D.P.E. () Para difundir () Otra _____ _____
Remitente: Fecha compromiso: _____ No. de Oficio: _____ Observaciones: _____ _____ _____	
AL CONTESTAR ESTE DOCUMENTO. FAVOR DE MARCAR COPIA A LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E. SEÑALANDO: EN ATENCIÓN AL FOLIO _____ _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 1
	DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	33. Procedimiento para la supervisión y seguimiento de la Unidad de Transparencia		Hoja: 9 de 9

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE VOLANTE DE TRÁMITE

Folio: Este campo será llenado por el personal administrativo de la Dirección de Planeación Estratégica y corresponde al número consecutivo de volantes que sean emitidos a las diversas áreas de la Dirección, comenzando en 001 hasta “n” número de volantes.

Delegado a: Marcar con una cruz o paloma el o los servicios a los que sea turnado el volante de trámite de acuerdo al listado de áreas adscritas a la Dirección de Planeación Estratégica

Instrucción: Marcar con una cruz o paloma la o las instrucciones a realizar por las áreas seleccionadas en el rubro “delegado a”




Otra: En caso de alguna instrucción especial que no se incluya en el listado, describir la acción a realizar en este campo de manera escrita

Remitente: Escribir la persona o área que solicita alguna acción por parte de la Dirección o de las áreas adscritas a la misma




Fecha compromiso: Escribir la fecha en la que se deberá dar respuesta al volante de trámite

No. De oficio: En caso de aplicar, escribir el oficio con el solicitan sea atendido el requerimiento

Observaciones: Describir alguna observación especial referente al volante de trámite.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	34. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital.		Hoja: 1 de 7

34.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO AL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	34. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar que las Subdirecciones Administrativas (Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento) realicen de manera oportuna las actividades correspondientes para ejercer de manera eficiente el presupuesto anual autorizado al Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración porque es la responsable de supervisar el ejercicio del Presupuesto autorizado al Hospital y a las Subdirecciones Administrativas (Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento) quienes son responsables de realizar las actividades para el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Recursos Financieros elabore y envíe en tiempo y forma el Anteproyecto de Presupuesto, a través de la Coordinadora de Sector ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para su autorización. Asimismo, supervisará que se presente ante la Junta de Gobierno para su autorización.
- 3.2 La Dirección de Administración enviará a las Subdirecciones Administrativas el Presupuesto anual autorizado para su conocimiento y aplicación dentro del ámbito de su competencia.
- 3.3 La Dirección de Administración deberá vigilar que las Subdirecciones Administrativas lleven a cabo las actividades correspondientes, que permitan ejercer de manera eficiente el Presupuesto autorizado del Hospital. Asimismo, vigilará que la Subdirección de Recursos Financieros presente ante la Junta de Gobierno la solicitud de autorización del ejercicio del presupuesto.
- 3.4 La Dirección de Administración supervisará que se elaboren en tiempo y forma el Estado del Ejercicio del Presupuesto y los Estados Financieros.
- 3.5 La Dirección de Administración vigilará que se realicen en tiempo y forma las adecuaciones presupuestales que correspondan, evitando se generen subejercicios.
- 3.6 La Dirección de Administración supervisará que los pedidos y contratos, pago a proveedores, así como las retribuciones al personal, sean devengados conforme a la normatividad correspondiente y al presupuesto autorizado.
- 3.7 La Dirección de Administración deberá vigilar que se informe de manera oportuna los requerimientos sobre la situación financiera y presupuestal que soliciten las dependencias, entidades y/o instancias fiscalizadoras.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
	34. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital. Hoja: 3 de 7

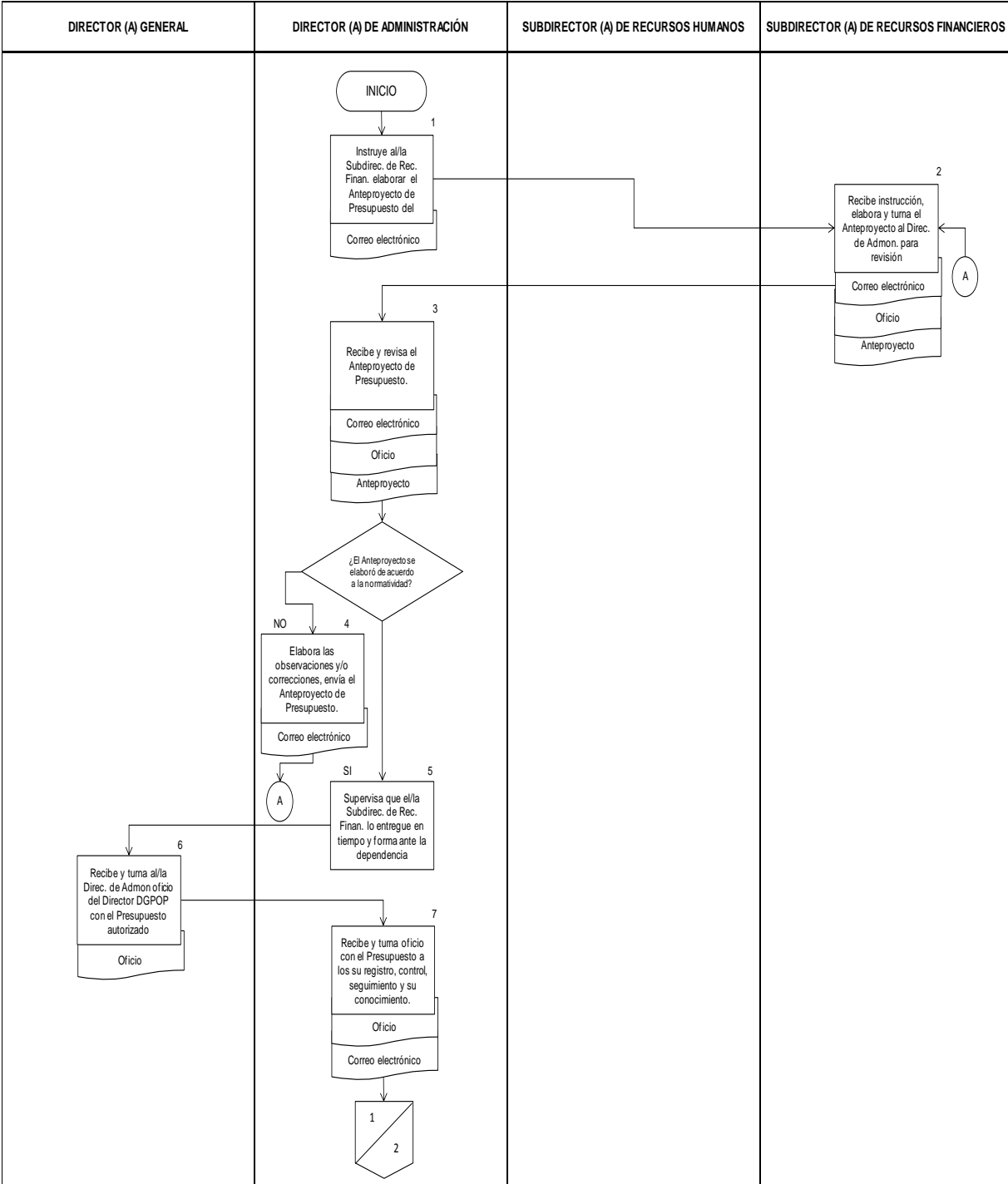
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

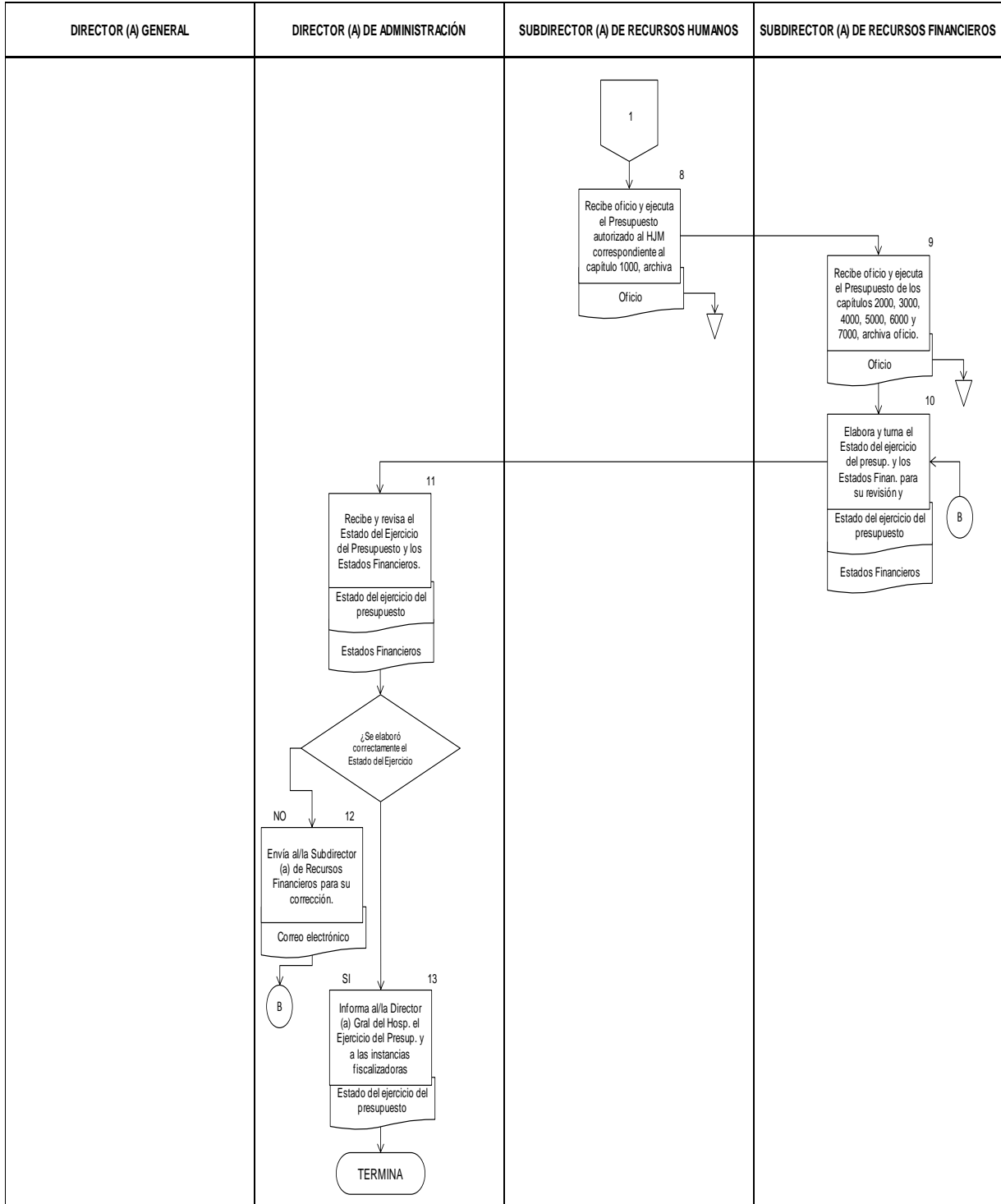
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector (a) de Recursos Financieros elaborar el Anteproyecto de Presupuesto del Hospital.	.Correo electrónico
Subdirector (a) de Recursos Financieros	2	Recibe instrucción, elabora y turna el Anteproyecto de Presupuesto al/la Director (a) de Administración para su revisión.	.Correo electrónico .Oficio .Anteproyecto de Presupuesto.
Director (a) de Administración	3	Recibe y revisa el Anteproyecto de Presupuesto. ¿El Anteproyecto de Presupuesto se elaboró de acuerdo a la normatividad correspondiente?	.Oficio .Anteproyecto de Presupuesto. .Correo electrónico.
	4	No: Elabora las observaciones y/o correcciones, envía el Anteproyecto de Presupuesto, regresa a la actividad No.2.	
	5	Si: Supervisa que el/la Subdirector (a) de Recursos Financieros lo entregue en tiempo y forma ante la dependencia correspondiente.	
Director (a) General	6	Recibe y turna al/la Director (a) de Administración oficio girado por el Director (a) General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) con el Presupuesto anual autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).	.Oficio
Director (a) de Administración	7	Recibe y turna oficio con el Presupuesto Autorizado a los/las Subdirectores (as) de Recursos Humanos y de Recursos Financieros para su registro, control y seguimiento; asimismo a los/las Subdirectores (as) de Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento para su conocimiento.	.Oficio .Correo electrónico
Subdirector (a) de Recursos Humanos	8	Recibe oficio y ejecuta el Presupuesto autorizado al Hospital correspondiente al capítulo 1000, archiva oficio.	.Oficio
Subdirector (a) de Recursos Financieros	9	Recibe oficio y ejecuta el Presupuesto autorizado al Hospital correspondientes a los capítulos 2000, 3000, 4000, 5000, 6000 y 7000, archiva oficio.	.Oficio .Correo electrónico. .Estado del ejercicio del presupuesto .Estados Financieros
	10	Elabora y turna el Estado del ejercicio del presupuesto y los Estados Financieros al/la Director (a) de Administración para su revisión y autorización.	




	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	34. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital. Hoja: 4 de 7	

Director (a) de Administración	11	Recibe y revisa el Estado del Ejercicio del Presupuesto y los Estados Financieros.	.Oficio .Correo electrónico .Estado del Ejercicio del Presupuesto .Estados Financieros
		¿Se elaboró correctamente el Estado del Ejercicio Presupuestal?	
	12	No: Envía al/la Subdirector (a) de Recursos Financieros para su corrección, regresa a la actividad 10.	
	13	Si: Informa al/la Director (a) General del Hospital el Ejercicio del Presupuesto; asimismo a las instancias fiscalizadoras que lo soliciten.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO.	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	34. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado al Hospital.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio de autorización de Presupuesto.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirectores (as) de Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento.	N/A
7.2 Estado del Ejercicio Presupuestal	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector (a) de Recursos Financieros.	N/A
7.3 Estados Financieros	5 años	Director(a) de Administración y Subdirector (a) de Recursos Financieros.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Adecuación Presupuestal.-** Traspaso, ampliación o reducción de recursos presupuestales.
- 8.2 Estado del Ejercicio del Presupuesto.-** Reporte de la situación de los recursos federales y propios del Hospital.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo, se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN</p>		
	<p>35. Procedimiento para para supervisar la distribución de la plantilla autorizada al Hospital.</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 5</p>

35.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTILLA AUTORIZADA AL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	35. Procedimiento para para supervisar la distribución de la plantilla autorizada al Hospital.		Hoja: 2 de 5

1. PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar que la Subdirección de Recursos Humanos realice de manera eficiente y oportuna las actividades necesarias para la distribución de la plantilla autorizada del Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Administración como encargada de supervisar la correcta distribución de la plantilla autorizada al Hospital y a la Subdirección de Recursos Humanos responsable de realizar las actividades para la distribución de la plantilla autorizada, de acuerdo a las necesidades del Hospital.
- 2.2 A nivel externo: no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Dirección de Administración será la responsable de enviar a la Subdirección de Recursos Humanos la plantilla del personal autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para su distribución.
- 3.2 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Recursos Humanos realice la actualización de información correspondiente a la plantilla en el Sistema de Aprobación y Registro de Estructuras de Organización (SAREO), asimismo en el Registro Único de Servidores Públicos (RUSP).
- 3.3 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Recursos Humanos lleve a cabo las actividades que permitan distribuir de manera eficiente y oportuna la plantilla del personal y de acuerdo a las necesidades del Hospital.
- 3.4 La Dirección de Administración deberá enviar a la Subdirección de Recursos Humanos la información referente a los movimientos del personal y será la responsable de firmar la documentación correspondiente para su autorización.
- 3.5 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Recursos Humanos formalice en tiempo y forma y de acuerdo a la normatividad correspondiente, los movimientos del personal (altas, bajas, cambios de adscripción), permisos, licencias y estímulos del personal).
- 3.6 La Dirección de Administración supervisará que se realice en tiempo y forma el proceso de pago por sueldos y prestaciones del personal.
- 3.7 La Dirección de Administración participará junto con la Dirección General, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Investigación y Enseñanza, en la elaboración de programas de capacitación para el personal del Hospital de acuerdo a las necesidades de las áreas.
- 3.8 La Dirección de Administración participará en conjunto con la Dirección General y la Dirección de Planeación Estratégica en la reorganización, fusión y desaparición de áreas y servicios, de acuerdo a las necesidades del Hospital.

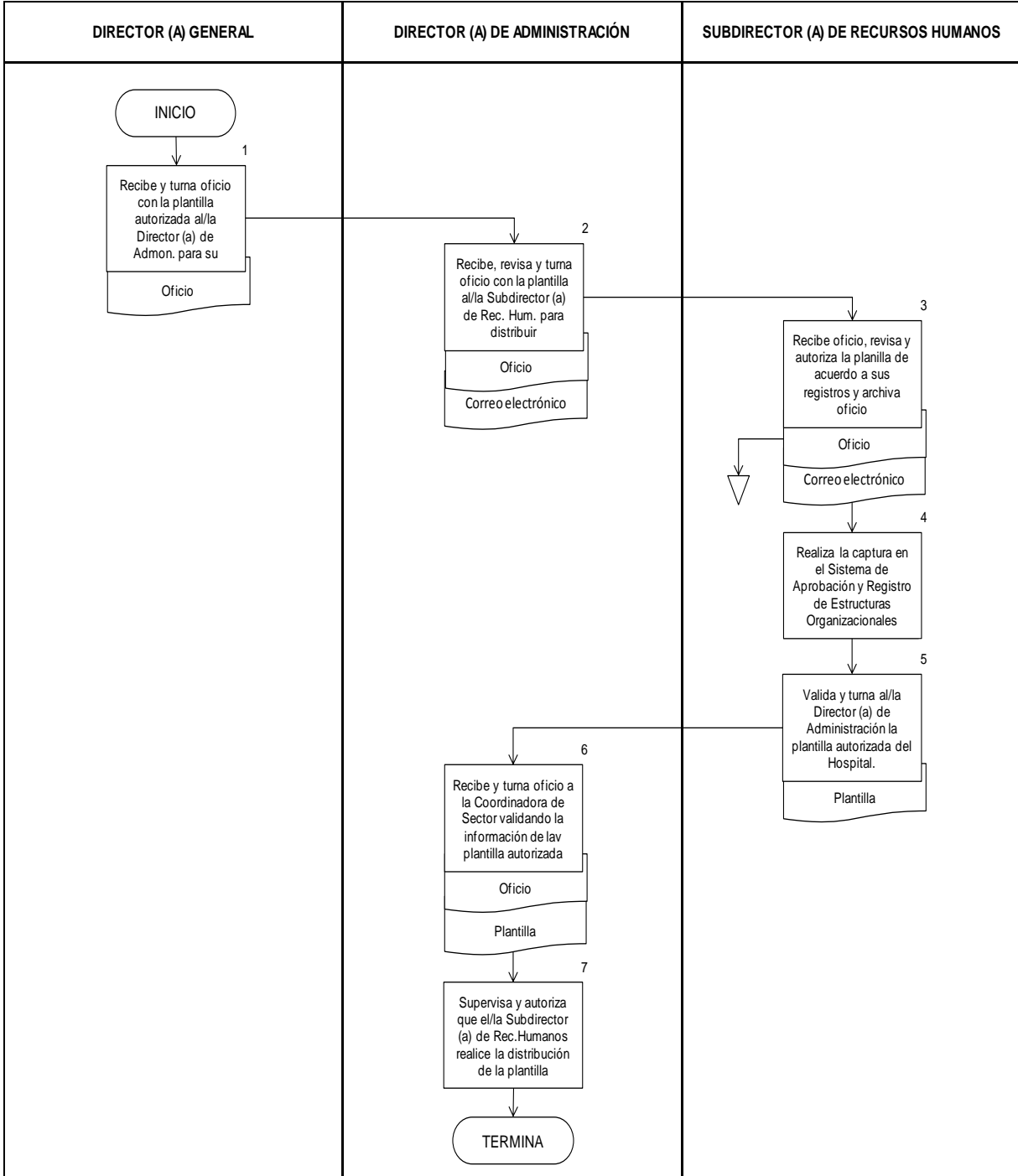
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	35. Procedimiento para para supervisar la distribución de la plantilla autorizada al Hospital.	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General (a)	1	Recibe y turna oficio girado por la Coordinadora de Sector, con la plantilla autorizada al Hospital por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al/la Director (a) de Administración para su verificación.	.Oficio
Director (a) de Administración	2	Recibe, verifica y turna oficio con la plantilla autorizada al Hospital, al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos para su distribución.	.Oficio. .Correo electrónico
Subdirector (a) de Recursos Humanos	3	Recibe oficio y revisa la plantilla autorizada al Hospital, de acuerdo con la información relacionada a los registros de movimientos de plaza, cambios de adscripción, alta, baja y relación de plazas de nueva creación, archiva oficio.	.Oficio. .Correo electrónico
	4	Realiza la captura en el Sistema de Aprobación y Registro de Estructuras Organizacionales (SAREO).	
	5	Valida y turna al/la Director (a) de Administración la plantilla autorizada del Hospital.	
Director (a) de Administración	6	Recibe y turna oficio a la Coordinadora de Sector validando la información correspondiente a la plantilla autorizada al Hospital.	.Oficio .Plantilla de personal .Correo electrónico
	7	Supervisa y autoriza que el/la Subdirector (a) de Recursos Humanos realice la distribución de la plantilla del personal de acuerdo a las necesidades prioritarias de los servicios del Hospital.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	35. Procedimiento para para supervisar la distribución de la plantilla autorizada al Hospital.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración	Diciembre, 2016
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio de autorización de plantilla.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector (a) de Recursos Humanos.	N/A
7.2 Acuse de validación de plantilla autorizada	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector (a) de Recursos Humanos.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Plantilla.-** Instrumento de información que contiene la relación de los trabajadores que laboran en una unidad administrativa, señalando el puesto que ocupan y sueldo que perciben.
- 8.2 Sueldos.-** Es la percepción que tiene asignada un puesto, la cual considera deducciones por aportaciones de seguridad social e impuestos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 1 de 8
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.		

36.PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DEL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.		Hoja: 2 de 8

1. PROPÓSITO




- 1.1 Supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios realice de manera oportuna y eficiente los procedimientos para la adquisición de bienes y contratación de servicios conforme a las necesidades de las áreas del Hospital, para brindar una atención de calidad a los/la usuarios (as).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Administración como responsable de autorizar la adquisición de bienes y contratación de servicios que necesita el Hospital; a la Dirección Médica, a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección de Investigación y Enseñanza que son áreas encargadas del uso adecuado de los bienes adquiridos y/o servicios contratados y a las Subdirecciones de Recursos Financieros, Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento que son las encargadas de ejecutar los procesos para la adquisición de los bienes y contratación de servicios.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios elabore en tiempo y con base en los requerimientos de los servicios el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). Asimismo, supervisará que se presente ante la Junta de Gobierno para su autorización y se difunda a través de los medios correspondientes.
- 3.2 La Dirección de Administración vigilará que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios realice de manera eficiente los procedimientos de contratación (Licitaciones Públicas, Adjudicaciones Directas, Invitación a cuando menos tres personas, entre otras) y de acuerdo a la normatividad correspondiente.
- 3.3 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios elabore, revise y formalice en tiempo y forma los pedidos y contratos que sean celebrados.
- 3.4 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios resguarde las garantías que aseguren el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los proveedores en los pedidos y contratos que sean celebrados.
- 3.5 La Dirección de Administración deberá supervisar que se calculen y apliquen en tiempo las sanciones económicas a los proveedores que no entreguen el bien o servicio en el plazo establecido y/o la calidad no coincida con lo pactado.
- 3.6 La Dirección de Administración vigilará que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios realice la actualización de las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios (POBALINES) del Hospital. Asimismo, serán presentadas para el visto bueno ante el Comité de

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.		Hoja: 3 de 8

Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, para su autorización ante la Junta de Gobierno y difundidas a través de los medios que correspondan.



- 3.7 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios realice de manera óptima las actividades que permitan un eficiente control de entradas y salidas a los almacenes por los bienes que sean adquiridos.
- 3.8 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios vigile se lleven a cabo de manera eficiente los servicios contratados para el Hospital.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.

Hoja: 4 de 8

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

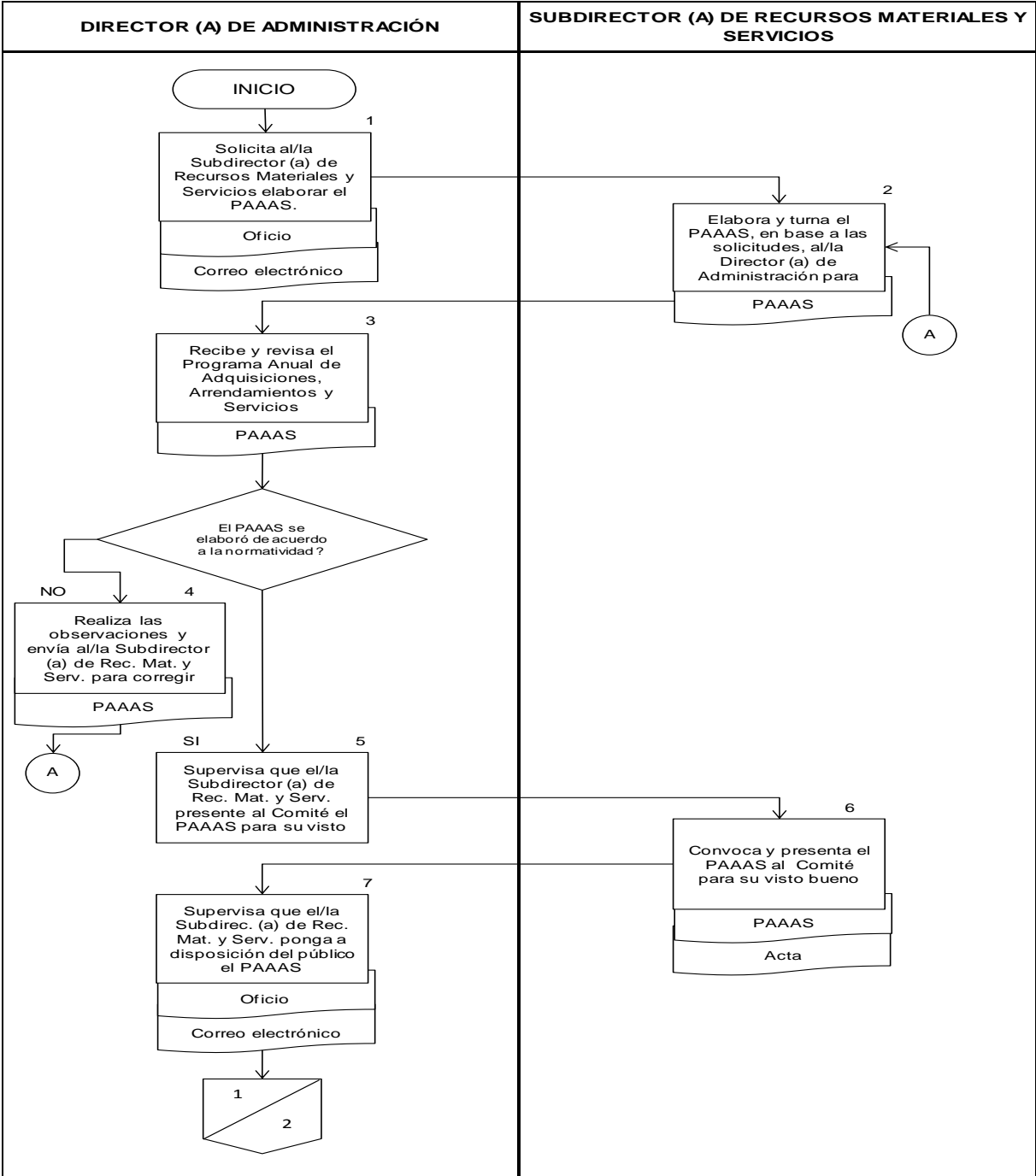
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Solicita al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios elaborar el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.	.Oficio .Correo electrónico.
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	2	Elabora y turna el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, en base a las solicitudes de los servicios del Hospital, al Director (a) de Administración para su revisión.	.Oficio. .Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios .Correo electrónico
Director (a) de Administración	3	Recibe y revisa el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.	.Oficio. .Correo electrónico
	4	¿El Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios se elaboró de acuerdo a la normatividad correspondiente? No: Realiza las observaciones correspondientes y envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios para su corrección, regresa a la actividad No. 2.	.Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios .Minuta
	5	Si: Supervisa que el/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios presente ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios para su visto bueno.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	6	Convoca y presenta el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios para su visto bueno.	.Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios .Acta.
Director (a) de Administración	7	Supervisa que el/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios ponga a disposición del público en general a través del sistema COMPRANET el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, asimismo sea publicado en la página del Hospital.	.Oficio .Correo electrónico
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	8	Realiza los procesos para la ejecución del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (contrataciones, formalización de pedidos y contratos, aplicación de sanciones, entre otros) y los envía al/la	.Oficios .Solicitudes .Reportes .Correo electrónico

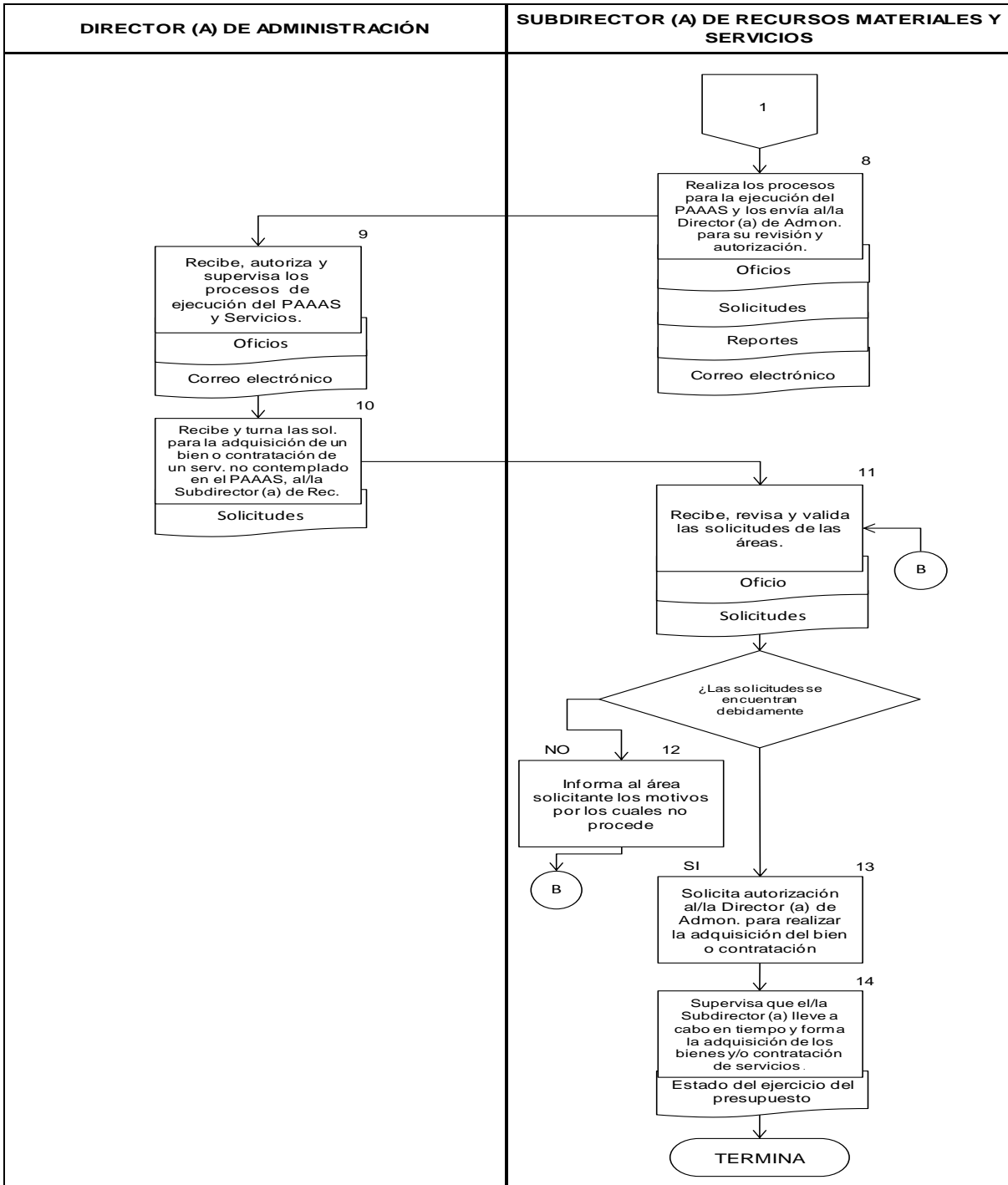
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.	




Hoja: 5 de 8

		Director (a) de Administración para su revisión y autorización.	
Director (a) de Administración	9	Recibe, autoriza y supervisa los procesos de ejecución del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.	.Oficios .Solicitudes .Correo electrónico
	10	Recibe y turna las solicitudes de las áreas para la adquisición de un bien o contratación de un servicio no contemplado en el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, al/la Subdirector de Recursos Materiales y Servicios para su revisión.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	11	Recibe, revisa y valida las solicitudes de las áreas. ¿Las solicitudes se encuentran debidamente sustentadas?	.Oficio. .Solicitudes
	12	No: Informa al área solicitante los motivos por los cuales no procede, regresa a la actividad No.11	
	13	Si: Solicita autorización al/la Director (a) de Administración para realizar la adquisición del bien o contratación de servicio según corresponda.	
Director (a) de Administración	14	Supervisa que el/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios lleve a cabo en tiempo y forma la adquisición de los bienes y/o contratación de servicios solicitados por las áreas, de acuerdo a las necesidades prioritarias del Hospital. TERMINA PROCEDIMIENTO	.Solicitudes

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 8 de 8
	36. Procedimiento para la autorización de la adquisición de bienes y contratación de servicios del Hospital.		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2	Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016
6.3	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud de autorización del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 PAAAS:** Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- 8.2 COMPRANET:** Sistema electrónico que tiene el objetivo de simplificar, transparentar, modernizar y establecer un adecuado proceso de contratación de servicios, bienes, arrendamientos y obra pública de las dependencias y entidades de la Administración Pública.
- 8.3 Licitación pública:** procedimiento jurídico-administrativo por virtud del cual la Administración Pública elige a la persona con la cual habrá de celebrar un convenio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 1 de 7
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.		

37.PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO EFECTUADO A LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento realice de manera oportuna las actividades de mantenimiento preventivo y/o correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Administración por ser la responsable de supervisar y autorizar los trabajos de mantenimiento a la infraestructura y equipamiento del Hospital, a la Dirección Médica, a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección de Investigación y Enseñanza, las cuales son responsables del uso eficiente de la infraestructura y equipamiento del Hospital, así como de solicitar el mantenimiento a la infraestructura y equipamiento, y a las Subdirecciones de Recursos Financieros, Recursos Materiales y Servicios y de Conservación y Mantenimiento que son las áreas encargadas de ejecutar los procesos para realizar el mantenimiento a la infraestructura y equipamiento.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


- 3.1 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento lleve a cabo de manera eficiente las actividades que permitan que la infraestructura y el equipo del Hospital se encuentren en condiciones óptimas para su funcionamiento.
- 3.2 La Dirección de Administración deberá supervisar que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento elabore en base a un Diagnóstico y ejecute su Programa Anual de Mantenimiento (correctivo y preventivo) a la infraestructura y equipo del Hospital.
- 3.3 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento atienda en forma oportuna las solicitudes de servicio que realicen las áreas.
- 3.4 La Dirección de Administración supervisará que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de seguimiento oportuno a los indicadores y recursos autorizados a su programa presupuestal.
- 3.5 La Dirección de Administración vigilará que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento promueva con las diversas áreas del Hospital la elaboración de proyectos de inversión para la sustitución y/o renovación de infraestructura o equipamiento del Hospital.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.

Hoja: 3 de 7




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Solicita al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento elaborar el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento del Hospital.	.Oficio. .Correo electrónico
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	2	Elabora y turna el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento, con base en los diagnósticos realizados y las necesidades de las áreas, al/la Director (a) de Administración para su validación.	.Oficio .Correo electrónico .Programa de mantenimiento
Director (a) de Administración	3	Recibe, valida y envía el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento del Hospital, al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento para su ejecución.	.Oficio .Correo electrónico .Programa de mantenimiento
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	4	Recibe y ejecuta el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento del Hospital.	.Oficio .Correo electrónico .Programa de mantenimiento .Solicitudes.
	5	Reporta al/la Director (a) de Administración las acciones realizadas del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital.	
Director (a) de Administración	6	Recibe y supervisa los avances reportados del/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento.	.Oficio .Correo electrónico. .Solicitudes
	7	Recibe y turna las solicitudes de las áreas para realizar mantenimientos que no se encuentren dentro del Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento para su revisión.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	8	Recibe y valida las solicitudes de las áreas. ¿Las solicitudes se encuentran debidamente sustentadas?	.Oficio .Solicitudes
	9	No: Expone a las áreas los motivos por los cuales no se puede realizar su solicitud, regresa a la actividad No.8.	
	10	Si: Envía y solicita al/la Director (a) de Administración su autorización para realizar el mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura y equipamiento del Hospital.	

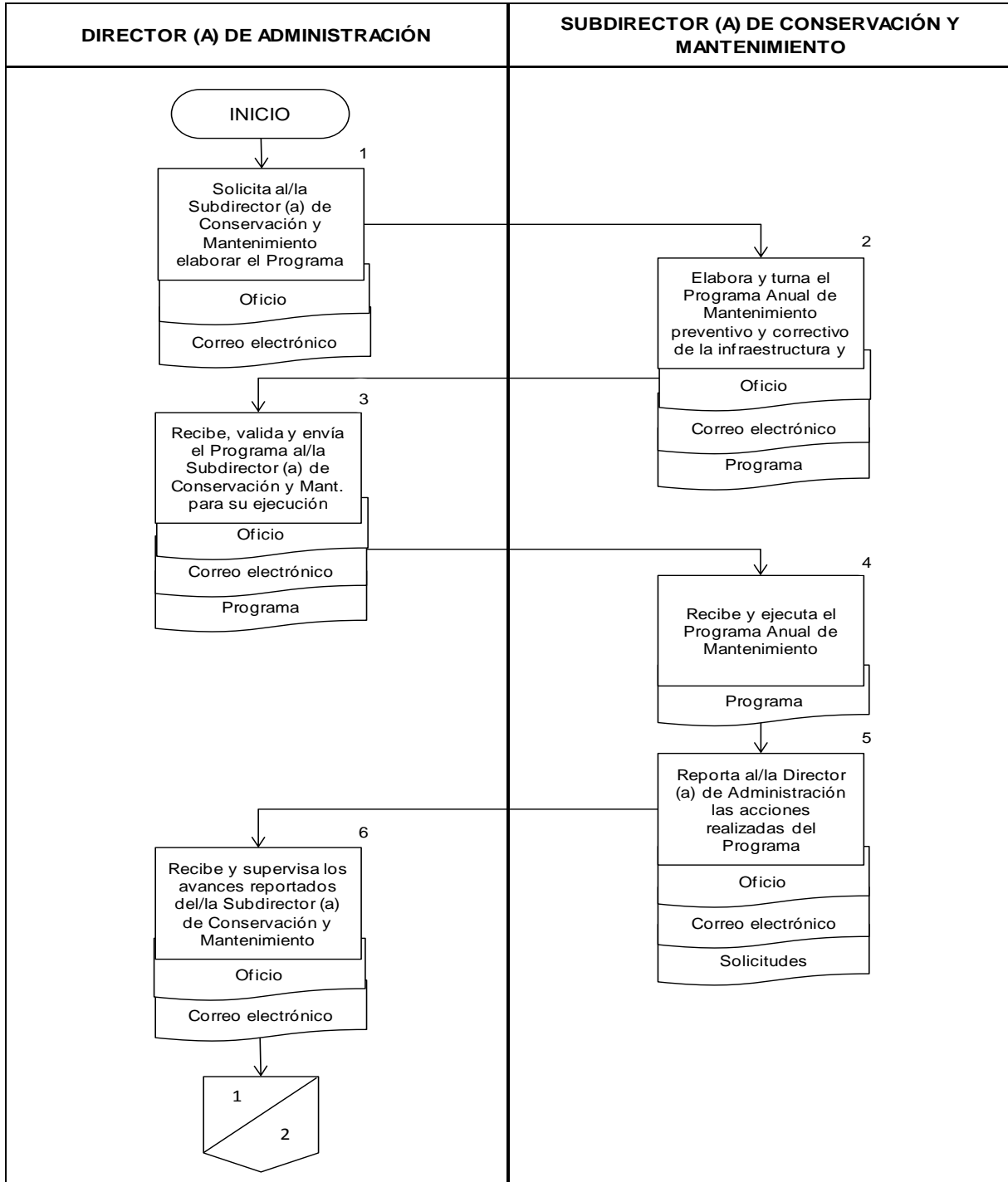
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.	




Hoja: 4 de 7

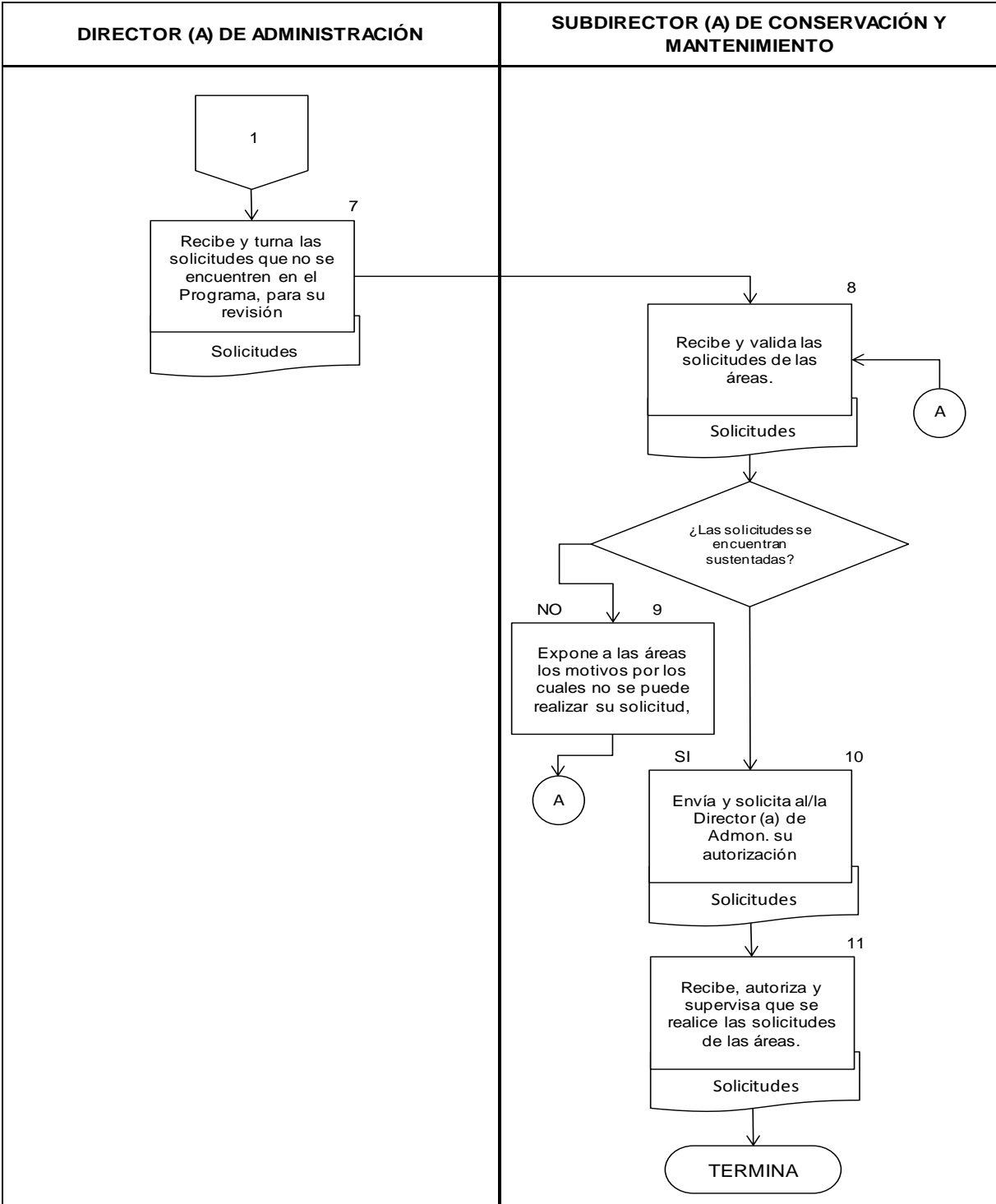
Director (a) de Administración	11	Recibe, autoriza y supervisa que el/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento realice las solicitudes de las áreas. TERMINA PROCEDIMIENTO	.Solicitudes
--------------------------------	----	--	--------------




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.		Hoja: 5 de 7

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 6 de 7
37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	37. Procedimiento de supervisión del mantenimiento preventivo y/o correctivo efectuado a la infraestructura y equipamiento del Hospital.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2	Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración.	Diciembre, 2016
6.3	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector/Subdirectora de Conservación y Mantenimiento.	N/A
7.2 Informe de los avances del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 PAM.-** Programa Anual de Mantenimiento (preventivo y correctivo) a la infraestructura y equipamiento del Hospital.
- 8.2 Mantenimiento preventivo:** es aquel que se realiza de manera anticipada con el fin de prevenir el surgimiento de averías en la infraestructura y equipamiento.
- 8.3 Mantenimiento correctivo:** es aquel que corrige los defectos observados en la infraestructura y equipamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 1 de 7
	38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.		

38.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los mecanismos para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización y de Procedimientos de la Dirección de Administración y de las cuatro Subdirecciones Administrativas (Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y la Subdirección de Conservación y Mantenimiento).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Administración como responsable de supervisar que las Subdirecciones administrativas realicen la actualización de sus Manuales con base a las actividades que realizan y a las Subdirecciones Administrativas que son las responsables de realizar la actualización de sus Manuales.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




- 3.1 La Dirección de Administración será la responsable de elaborar y actualizar el Manual de Organización Específico y de Procedimientos de esta Dirección, así como de autorizar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de las Subdirecciones Administrativas.
- 3.2 La Dirección de Administración deberá supervisar que los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos incluyan los nombres y firmas de quienes los elaboran, revisan, y autorizan.
- 3.3 La Dirección de Administración deberá solicitar a la Dirección General autorización para actualizar los Manuales de Organización Específico y Procedimientos de ésta Dirección, asimismo los Manuales de Organización y Procedimientos de las Subdirecciones Administrativas serán autorizados por la propia Dirección de Administración.
- 3.4 La Dirección de Administración será el área responsable de supervisar que se lleve a cabo la difusión de los Manuales de Organización Específico y Procedimientos una vez que sean autorizados por la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.5 La Dirección de Administración resguardará una copia de sus Manuales de Organización Específico y de Procedimientos y las Subdirecciones Administrativas serán las responsables de resguardar una copia de sus Manuales de Organización Específico y de Procedimientos, una vez revisados y autorizados.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
	38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.

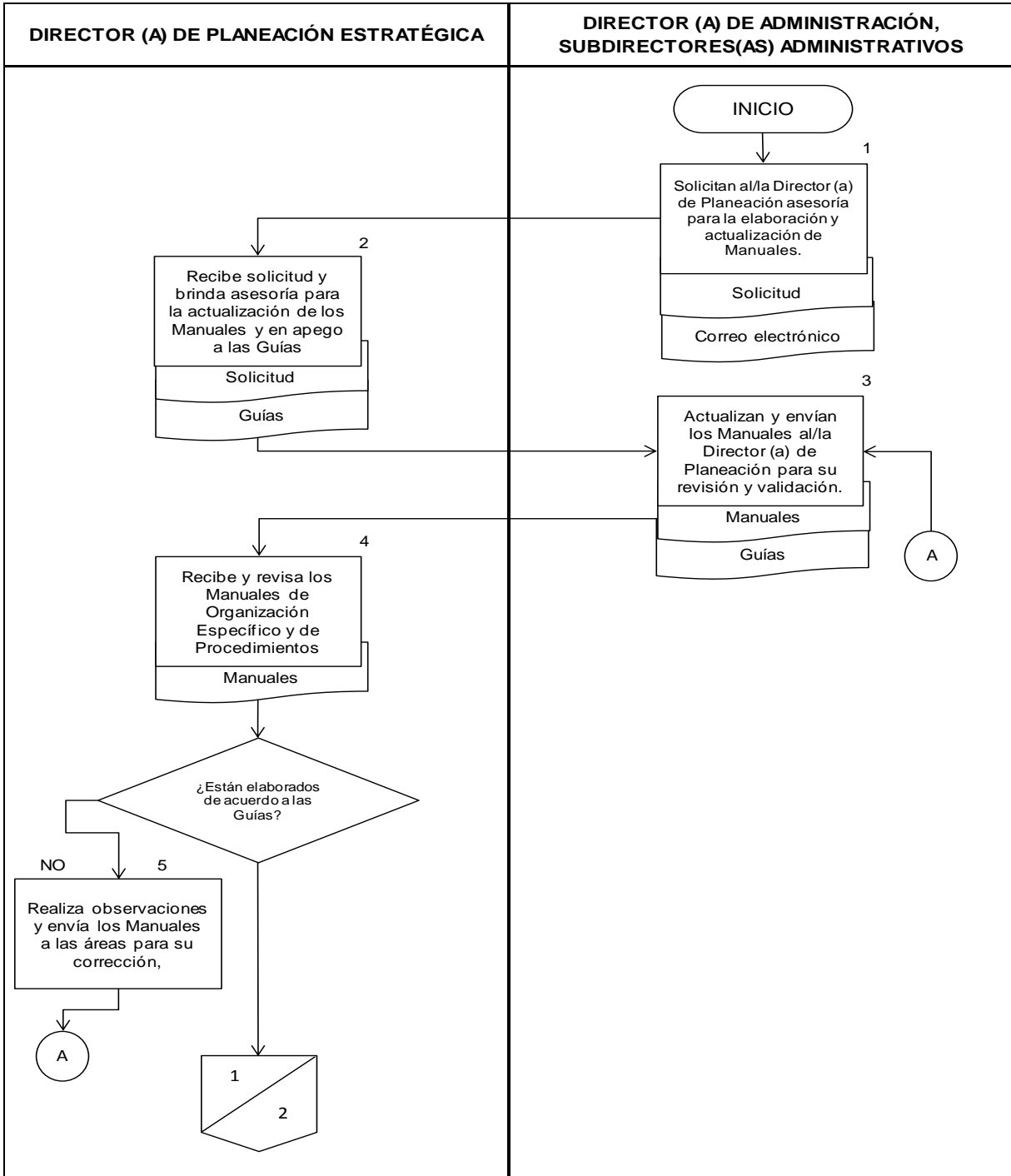
Hoja: 3 de 7

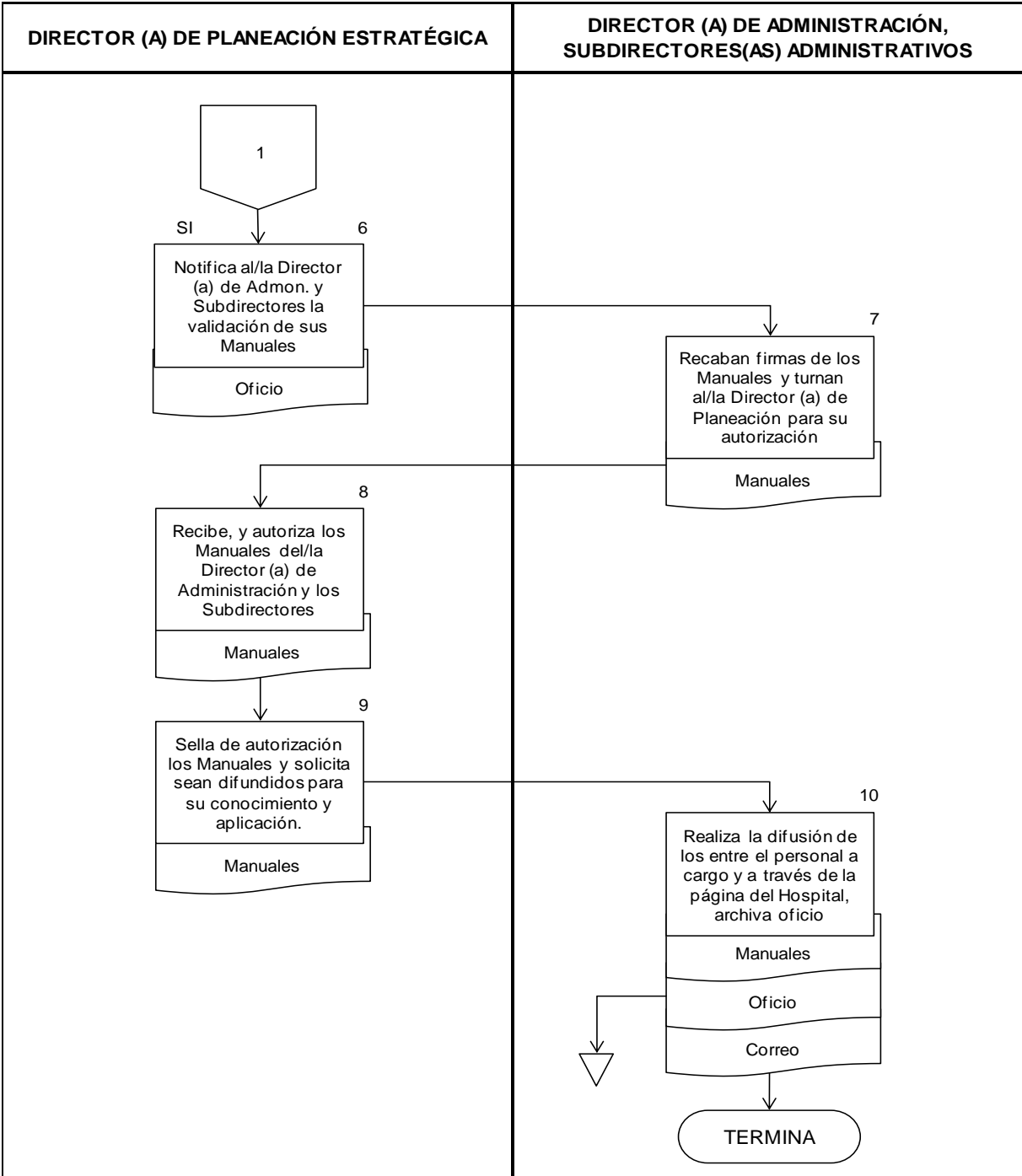
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración y Subdirectores Administrativos	1	Solicitan al/la Director (a) de Planeación Estratégica asesoría para la elaboración y actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos.	.Solicitud. .Correo electrónico.
Director (a) de Planeación Estratégica	2	Recibe solicitud y brinda asesoría al/la Director (a) de Administración y a los/las Subdirectores (as) Administrativos para la actualización de los Manuales y en apego a lo establecido en las Guías para la elaboración de Manuales tanto de Organización Específico como de Procedimientos.	.Solicitudes. .Guías Técnicas
Director(a) de Administración y Subdirectores Administrativos	3	Actualizan y envían los Manuales conforme a los lineamientos establecidos en las Guías Técnicas, al/la Director (a) de Planeación Estratégica para su revisión y validación.	.Manuales de Organización y de Procedimientos
Director (a) de Planeación Estratégica	4	Recibe y revisa los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos. ¿Están elaborados los Manuales de acuerdo a las Guías Técnicas?	.Manuales de Organización y de Procedimientos
	5	No: Realiza observaciones y envía los Manuales a la Dirección y/o subdirecciones para su corrección, regresa a la actividad 3.	.Correo electrónico
	6	Si: Notifica al/la Director (a) de Administración y los Subdirectores Administrativos la validación de sus Manuales.	
Director (a) de Administración y Subdirecciones Administrativas	7	Recaban firmas de los Manuales y turnan al/la Director (a) de Planeación Estratégica para su autorización.	.Manuales de Organización y de Procedimientos
Director (a) de Planeación Estratégica	8	Recibe, verifica y autoriza los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del/la Director (a) de Administración y los/las Subdirectores (as) Administrativos.	.Manual de Organización y Procedimientos
	9	Sella de validación y firma los Manuales y solicita sean difundidos para su conocimiento y aplicación	.Minuta
Director (a) de Administración y Subdirecciones Administrativas.	10	Realiza la difusión de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos entre el personal a cargo y a través de la página del Hospital, archiva oficio.	.Manual de Organización y Procedimientos .Oficio .Correo electrónico
TERMINA PROCEDIMIENTO			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		Hoja: 4 de 7
38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.		Hoja: 6 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Organización Específico de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.2	Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.3	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016	Diciembre, 2016
6.4	Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016
6.5	Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México 2015.	Enero, 2015

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carátula de Manuales con sello de autorización.	5 años	Director (a) de Administración y Subdirectores Administrativos.	N/A
7.2 Manuales de Organización Específico y de Procedimientos	5 años	Director (a) de Administración y Subdirectores Administrativos.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Lineamientos.-** Documento normativo emitido por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) que sirve como guía a las unidades responsables para la presentación de las propuestas de modificaciones estructurales del Hospital.
- 8.2 Manual.-** Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
- 8.3 Manual de Organización Específico.-** Describe las funciones de cada una de las unidades de mando que integra la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.
- 8.4 Norma.-** Ordenamiento imperativo y específico de acción que persigue un fin determinado, con la característica de ser rígido en su aplicación.
- 8.5 Procedimiento.-** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en una unidad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	38. Procedimiento para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos de la Dirección de Administración.		Hoja: 7 de 7

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No Aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	39. Procedimiento para la integración del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.		Hoja: 1 de 7

39.PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	39. Procedimiento para la integración del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1. Elaborar el Programa de Trabajo de la Dirección de Administración que sirva como base para el desarrollo de las actividades dentro de las Subdirecciones y Departamentos que la conforman, asimismo permita determinar metas y objetivos, asimismo permita ser un instrumento de medición respecto a los logros alcanzados y sirva para integrar el Programa de Trabajo de la Dirección General.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección de Administración como responsable de supervisar que se realicen las acciones comprometidas e informar los avances del Programa de Trabajo, asimismo a las Subdirecciones Administrativas por ser las responsables de ejecutar las acciones establecidas en el Programa de Trabajo.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 La Dirección de Administración y las Subdirecciones Administrativas deberán elaborar de forma anual sus Programas de Trabajo y alineados a las metas y objetivos institucionales.
- 3.2 La Dirección de Administración y las Subdirecciones Administrativas deberán elaborar su Programa de Trabajo de conformidad con los lineamientos establecidos para su estructuración y serán revisados por la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.3 La Dirección de Administración y las Subdirecciones Administrativas deberán difundir sus programas de trabajo entre el personal a su cargo para su conocimiento y aplicación.
- 3.4 Las Subdirecciones Administrativas deberán reportar de manera trimestral a la Dirección de Administración el avance de las acciones que les correspondan del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.
- 3.5 La Dirección de Administración y las Subdirecciones Administrativas deberán incluir actividades dentro de sus Programas de Trabajo que permitan una modernización y simplificación administrativa para el mejor desempeño del Hospital..

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	39. Procedimiento para la integración del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.	

Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

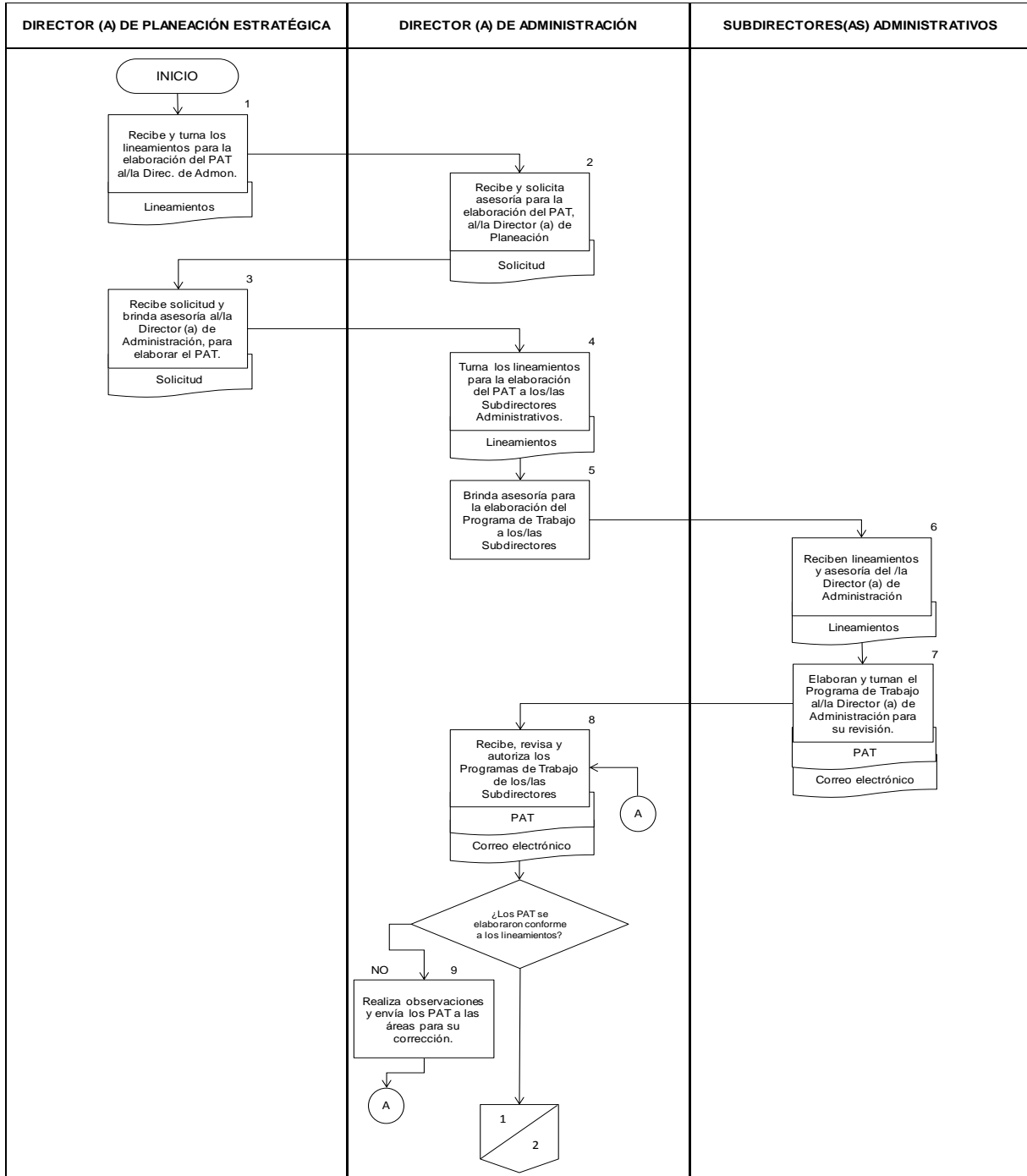
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Planeación Estratégica	1	Recibe y turna los lineamientos para la elaboración del Programa de Trabajo a la Dirección de Administración.	Lineamientos
Director (a) de Administración	2	Recibe y solicita asesoría para la elaboración del Programa de Trabajo, a la Dirección de Planeación Estratégica.	.Solicitud
Director (a) de Planeación Estratégica	3	Recibe solicitud y brinda asesoría al/la Director (a) de Administración, para elaborar el Programa de Trabajo de acuerdo a los lineamientos establecidos.	.Minuta .Programa de Trabajo
Director (a) de Administración	4	Turna los lineamientos para la elaboración del Programa de Trabajo a los/las Subdirectores (as) Administrativos.	Minuta. Correo electrónico.
	5	Brinda asesoría para la elaboración del Programa de Trabajo a los Subdirectores Administrativos.	Programa de Trabajo.
Subdirectores (as) de Administración.	6	Reciben lineamientos y asesoría del Director (a) de Administración.	.Programa de Trabajo
	7	Elaboran y turnan el Programa de Trabajo al Director (a) de Administración para su revisión.	.Correo electrónico.
Director (a) de Administración	8	Recibe, revisa y autoriza los Programas de Trabajo de los Subdirectores Administrativos.	.Programas de Trabajo .Correo electrónico.
		¿Los Programas de Trabajo se elaboraron conforme a los lineamientos establecidos?	
	9	No: Realiza observaciones y envía los Programas de Trabajo a las áreas para su corrección, regresa a la actividad 8.	
	10	Si: Notifica a los/las Subdirectores (as) Administrativos la autorización de sus Programas de Trabajo y solicita sean difundidos entre el personal a su cargo para su conocimiento y aplicación.	
	11	Elabora y turna en base a los Programas de Trabajo de los/las Subdirectores (as) Administrativos, el Programa de Trabajo de la Dirección de Administración, al/la Director (a) de Planeación Estratégica para su revisión.	
Director (a) de Planeación	12	Recibe y revisa el Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.	.Programa de Trabajo

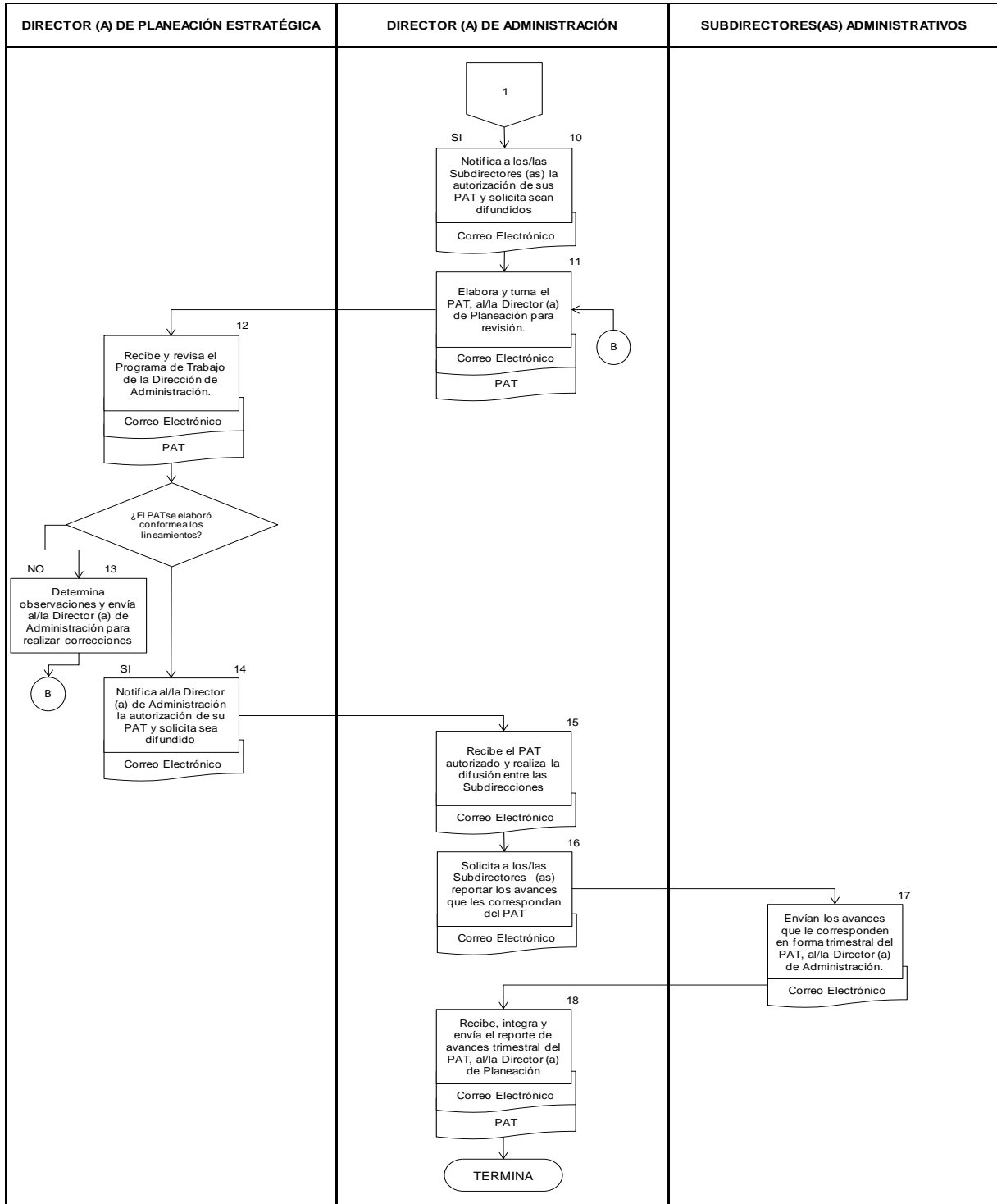
 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	39. Procedimiento para la integración del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.	




Hoja: 4 de 7

Estratégica.		¿El Programa de Trabajo se elaboró conforme a los lineamientos establecidos?	.Correo electrónico
	13	No: Determina observaciones y envía al/la Director (a) de Administración para realizar correcciones y regresa a la actividad 12.	
	14	Sí: Notifica al/la Director (a) de Administración la autorización de su Programa de Trabajo y solicita sea difundido entre el personal a su cargo, para su conocimiento y aplicación.	
Director (a) de Administración.	15	Recibe el Programa de Trabajo autorizado y realiza la difusión entre las Subdirecciones Administrativas, a través de correo electrónico.	.Programa de Trabajo .Correo electrónico
	16	Solicita a los/las Subdirectores (as) Administrativos reportar en forma trimestral los avances que les correspondan del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.	
Subdirectores Administrativos	17	Envían los avances que le corresponden en forma trimestral del Programa de Trabajo, al/la Director (a) de Administración.	.Programa de Trabajo .Correo electrónico
Director (a) de Administración.	18	Recibe, integra y envía el reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo, al/la Director (a) de Planeación Estratégica.	.Programa de Trabajo .Correo electrónico
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	39. Procedimiento para la integración del Programa de Trabajo de la Dirección de Administración.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016.	Diciembre, 2016
6.3 Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016
6.4 Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México 2015.	Enero, 2015

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa Anual de Trabajo	5 años	Director (a) de Administración.	N/A
7.2 Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo	5 años	Director (a) de Administración.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Programa:** Conjunto homogéneo y organizado de actividades a realizar para alcanzar una o varias metas, con recursos previamente determinados a cargo de una Unidad responsable.
- 8.2 Metas:** Es la cuantificación del objetivo que se pretende alcanzar en un tiempo señalado con los recursos necesarios.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN I		
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.		Hoja: 1 de 16

40.PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN GENERAL DEL CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN I		
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.		Hoja: 2 de 16

1. PROPÓSITO




- 1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos necesarios para la organización, aplicación, seguimiento y supervisión en materia de Control Interno Institucional, de los procesos sustantivos y adjetivos, que permitan una eficaz toma de decisiones para el logro de los objetivos y metas institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a todas las áreas de la Institución como responsables de la implementación y seguimiento del control interno.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento aplica a las entidades o dependencias de la Administración Pública Federal como responsables de la aplicación del control interno.



3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El/la Director(a) General del Hospital Juárez de México nombrará a los servidores públicos responsables (Directores de área, Subdirectores Administrativos, Jefes de División, Titulares de áreas y Titular de Tecnologías de Información) de participar en la aplicación y seguimiento en materia de control interno, de acuerdo a los niveles de control interno (estratégico, directivo y operativo) respectivos.
- 3.2 El/la Director(a) General del Hospital Juárez de México nombrará al Coordinador de Control Interno, el cual será la vía de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública (SFP), el Órgano Interno de Control (OIC), asimismo, será responsable de nombrar a un Enlace de Control Interno, que será la vía de comunicación entre el Coordinador de Control Interno y la Institución.
- 3.3 El/la Director(a) General del Hospital Juárez de México será responsable de informar de manera trimestral al Órgano de Gobierno, así como al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) el estado que guarda el control interno institucional de los principales procesos sustantivos y adjetivos del Hospital.
- 3.4 El/la Coordinador(a) de Control Interno será responsable de presentar al Director General para su aprobación, la información correspondiente a las Encuestas Consolidadas por nivel de control, el Informe anual del estado que guarda el control interno institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). Los informes antes señalados deberán enviarse al Secretario de la Función Pública con copia al Titular del Órgano Interno de Control de la Institución.
- 3.5 Los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional (Directores de área, Subdirectores Administrativos, Jefes de División, Titulares de áreas y Titular de Tecnologías de Información), deberán contestar la Encuesta de Autoevaluación del Sistema de Control Interno Institucional emitida por la Secretaría de la Función Pública que se realiza anualmente y enviar copia del acuse al Enlace de Control Interno para su integración.
- 3.6 Los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional (Directores de área, Subdirectores Administrativos, Jefes de División, Jefes

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN I		
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.		Hoja: 3 de 16

de Departamento y Titular de Tecnologías de Información), deberán realizar en sus áreas periódicamente autoevaluaciones, con la finalidad de detectar debilidades de control interno de los principales procesos sustantivos y adjetivos alineados al logro de los objetivos y metas institucionales, dichas debilidades serán informadas al Coordinador(a) de Control Interno junto con las propuestas de acciones de mejora a implementar, para ser incorporadas dentro del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y dar el seguimiento correspondiente.


- 3.7 Los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional, deberán enviar al Enlace de Control Interno de manera trimestral sus avances con su respectivo soporte documental de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno, para la integración del Reporte de avances trimestrales, el cual será presentado al Coordinador(a) de Control Interno para su revisión y será presentado en el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y la Junta de Gobierno.
- 3.8 El/la Coordinador(a) de Control Interno será responsable de llevar a cabo reuniones de trabajo periódicas con los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional, para determinar responsabilidades, evaluaciones, actualizaciones y seguimiento de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno. Lo anterior, para dar cumplimiento oportuno a las fechas establecidas.
- 3.9 Los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional deberán capacitarse y actualizarse en materia de control interno y afines, asimismo, deberán capacitarse los servidores públicos que integran el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).
- 3.10 El/la Coordinador(a) de Control Interno será responsable de llevar a cabo un programa institucional de capacitación y actualización para los servidores públicos responsables de participar en los procesos de control interno institucional.

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.

Hoja: 4 de 16



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General	1	Designa y turna oficio al/la Coordinador (a) de Control Interno y a los servidores públicos responsables de participar en los procesos en materia de Control Interno Institucional.	.Oficio de designación. .Correo electrónico
Coordinador(a) de Control Interno	2	Recibe oficio de nombramiento y define con el/la Director (a) General las líneas de acción para la implementación y seguimiento del Control Interno Institucional, archiva oficio.	.Oficio de nombramiento. .Correo electrónico
	3	Designa y envía oficio de nombramiento al Enlace de Control Interno.	
Enlace de Control Interno	4	Recibe oficio de nombramiento y define con el/la Coordinador (a) de Control Interno las líneas de acción para la implementación y seguimiento del Control Interno Institucional, archiva oficio.	.Oficio de nombramiento. .Correo electrónico
Servidores públicos responsables por nivel de control interno	5	Reciben oficio de nombramiento como servidor público responsable de participar en los procesos en materia de control interno institucional, de acuerdo a los niveles de control interno (Estratégico, Directivo y Operativo). Asimismo, se hace del conocimiento quien es el/la Coordinador (a) de Control Interno y el Enlace de Control Interno.	.Oficio de nombramiento. .Correo electrónico
Coordinador (a) de Control Interno	6	Recibe oficio de la Secretaría de la Función Pública con el calendario de actividades para el proceso de autoevaluación del sistema de control interno y la solicitud de entrega del formato "Lista de servidores públicos y procesos."	.Oficio .Correo electrónico. .Formato "Lista de servidores públicos y procesos"
	7	Solicita al Enlace de Control Interno, requisitar el Formato de Lista de servidores públicos y procesos, con los correos electrónicos de los servidores públicos que participarán en la encuesta de autoevaluación de control interno institucional.	
Enlace de Control Interno	8	Requisita y envía el Formato de Lista de Servidores públicos que participarán en la encuesta de autoevaluación anual de control interno, al/la Coordinador (a) de Control Interno para su revisión.	.Correo electrónico .Formato "Lista de servidores públicos y procesos"
Coordinador (a) de Control Interno	9	Recibe y revisa el Formato de Lista de servidores públicos y procesos, que participarán en la encuesta de autoevaluación de control interno.	.Correo electrónico. .Formato "Lista de

	PROCEDIMIENTO	
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.	



Hoja: 5 de 16

	10	¿El Formato se elaboró de acuerdo a los lineamientos establecidos? No: Envía el Formato al Enlace de Control Interno para realizar las modificaciones correspondientes, regresa a la actividad 8.	servidores públicos y procesos
	11	Si: Envía mediante correo electrónico al/la Secretario (a) de la Función Pública, el Formato de Lista de servidores públicos y procesos que participarán en la encuesta de autoevaluación anual de control interno.	
Servidores públicos responsables por nivel de control interno	12	Reciben a través de correo electrónico la liga de acceso para contestar la encuesta de autoevaluación de control interno.	.Correo electrónico. .Acuse de la encuesta de autoevaluación.
	13	Realizan y envían acuse de la encuesta de autoevaluación de control interno al Enlace de Control Interno.	
Enlace de Control Interno	14	Recibe y envía los acuses de las encuestas de autoevaluación de los servidores públicos responsables por nivel de control interno, al Órgano Interno de Control para su conocimiento.	.Correo electrónico. .Acuses de envío
Coordinador (a) de Control Interno	15	Recibe del/la Secretario (a) de la Función Pública mediante correo electrónico las carpetas con la información de las encuestas consolidadas de los servidores públicos que participaron.	.Correo electrónico. .Carpetas de encuestas consolidadas
	16	Envía las carpetas con las encuestas consolidadas al Enlace de Control Interno y solicita elaborar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y el Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.	
Enlace de Control Interno	17	Recibe, elabora y envía con base en los resultados de las encuestas consolidadas el Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), al/la Coordinador (a) de Control Interno para su revisión.	.Informe anual. .Programa de Trabajo de Control Interno.
Coordinador (a) de Control Interno	18	Recibe y revisa el Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).	.Informe anual. .Programa de Trabajo de Control Interno.
		¿Los informes se elaboraron de acuerdo a los	

 	PROCEDIMIENTO
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.


Hoja: 6 de 16

		lineamientos establecidos?	
	19	No: Envía al Enlace de Control Interno para realizar las modificaciones correspondientes, regresa a la actividad 17.	
	20	Si: Envía al/la Director (a) General los informes para su autorización.	
Director General (a)	21	Recibe y revisa el Informe anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). ¿Los informes se elaboraron de acuerdo a los lineamientos establecidos?	.Encuestas consolidadas. .Informe Anual. .Programa de Trabajo de Control Interno.
	22	No: Envía al/la Coordinador (a) de Control Interno con los comentarios correspondientes para su corrección, regresa a la actividad 19.	
	23	Si: Autoriza y envía al/la Secretario (a) de la Función Pública el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con copia al Titular del Órgano Interno de Control para su evaluación. Asimismo, se carga en el sistema SICOCODI las encuestas consolidadas, el Informe Anual y el PTCI, asimismo se presentan en la Tercera Sesión Ordinaria del COCODI.	
Titular del Órgano Interno de Control	24	Recibe y evalúa las encuestas consolidadas, el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).	.Informe de resultados.
	25	Revisa la evidencia documental y/o electrónica de cada reactivo calificado, verificando que cumpla con los criterios de suficiencia, pertinencia y relevancia.	
	26	Valida el estatus de los reactivos y revisa que el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) contenga las acciones de control correspondientes a los elementos calificados con menos de cinco puntos.	
	27	Elabora el Informe de resultados dirigido al/la Director (a) con copia al Secretario (a) de la	

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.	

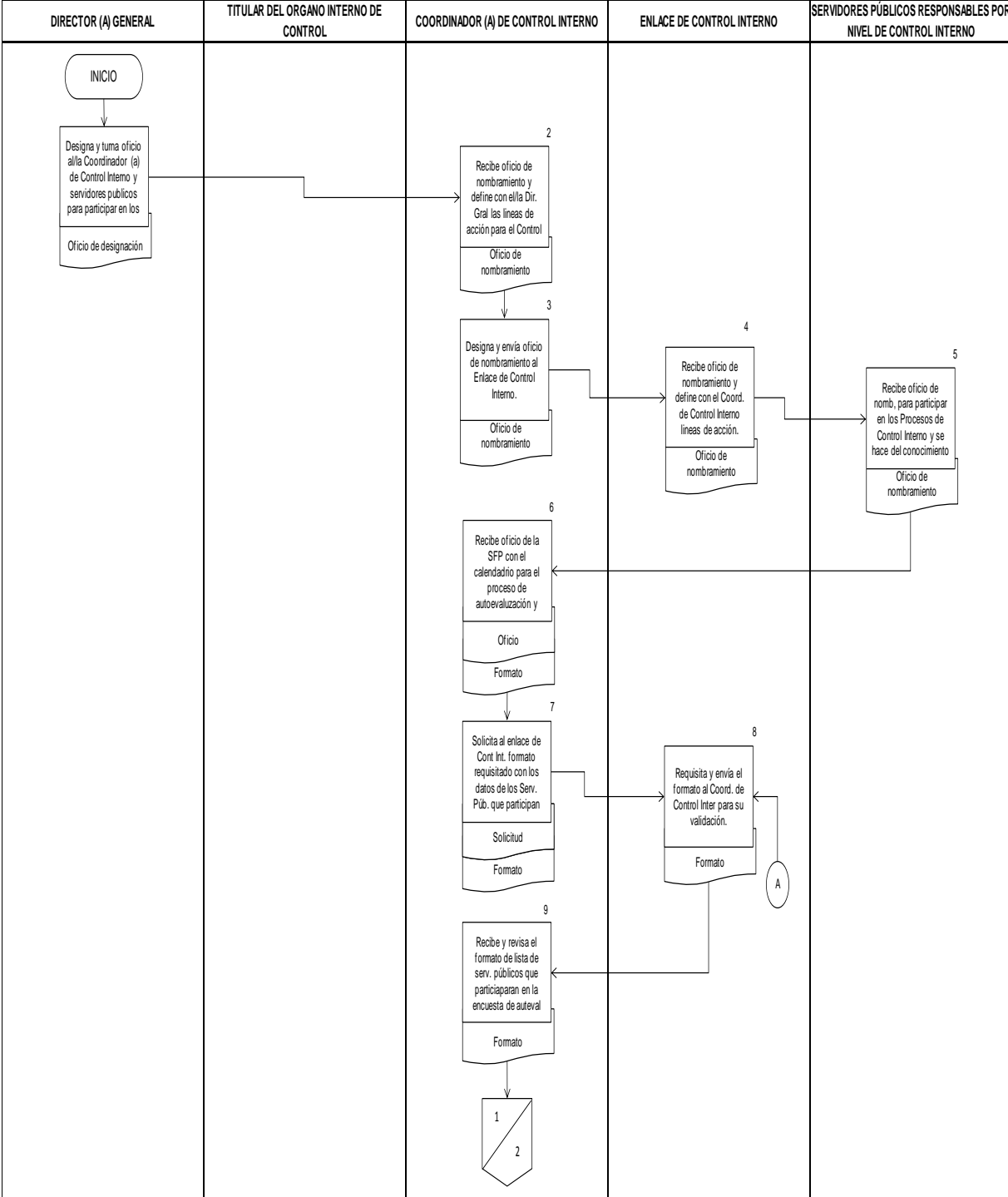
Hoja: 7 de 16

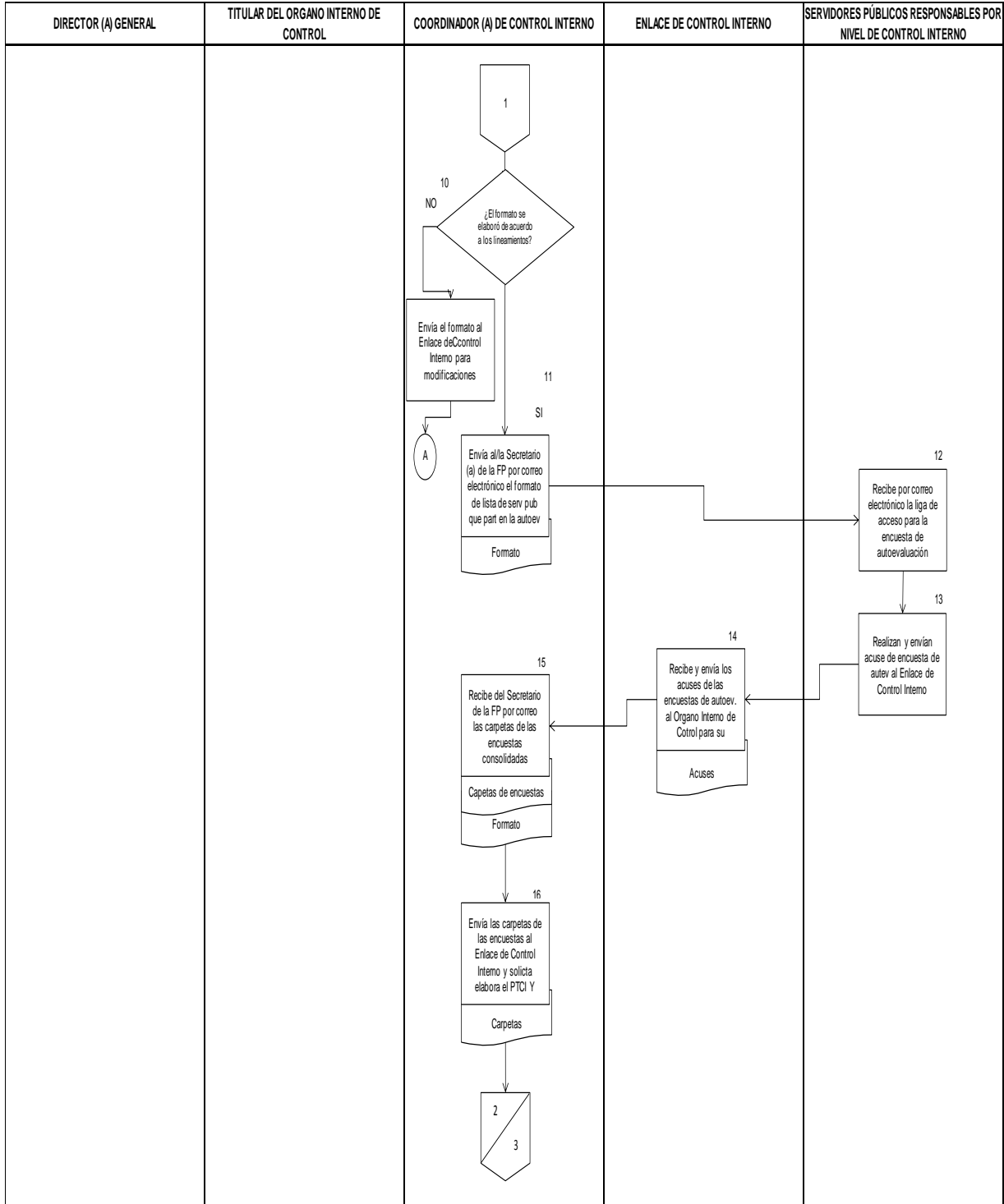
		Función Pública, de conformidad con la guía que al efecto emita la Secretaría de la Función Pública y lo carga en el sistema SICOCODI.	
Director General (a)	28	Recibe y turna el Informe de resultados al/la Coordinador (a) de Control Interno para su seguimiento y difusión.	.Informe de resultados
Coordinador (a) de Control Interno	29	Recibe y turna mediante correo electrónico a los servidores públicos responsables por nivel de control interno el Informe anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y el Informe de resultados del Órgano Interno de Control para su conocimiento y aplicación.	.Correo electrónico .Calendario .Minuta .Reporte de avances trimestral
	30	Establece y envía el calendario de reuniones de trabajo para dar seguimiento a las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), a los servidores públicos responsables por nivel de control interno para su conocimiento.	
	31	Convoca a reuniones de seguimiento y solicita a los responsables por nivel de control interno enviar al Enlace de Control Interno el soporte documental de los avances de las acciones de mejora comprometidas que les correspondan.	
	32	Solicita elaborar el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, al Enlace de Control Interno con base a las acciones reportadas por las áreas.	
Enlace de Control Interno	33	Elabora y envía en base al soporte documental de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno, el Reporte de avances trimestral, al/la Coordinador (a) de Control Interno para su revisión.	.Reporte de avances trimestrales.
Coordinador (a) de Control Interno	34	Recibe y revisa el Reporte de avances trimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).	.Reporte de avances trimestrales.
		¿El Reporte se elaboró de acuerdo a los lineamientos establecidos?	
	35	No: Envía al Enlace de Control Interno para realizar las modificaciones correspondientes, regresa a la actividad 33.	
	36	Si: Envía al/la Titular del Órgano Interno de	

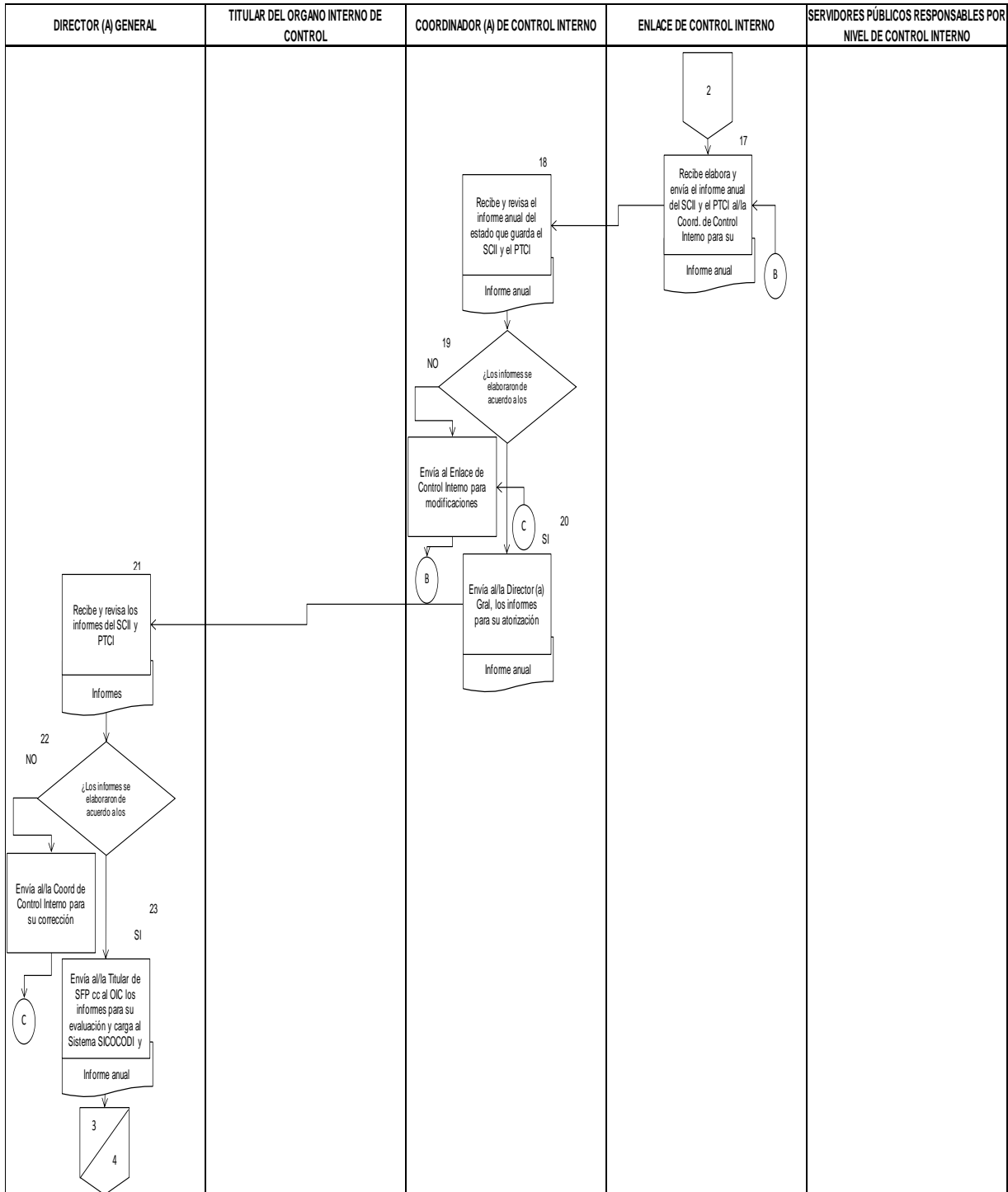
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional. <div style="text-align: right;">Hoja: 8 de 16</div>	

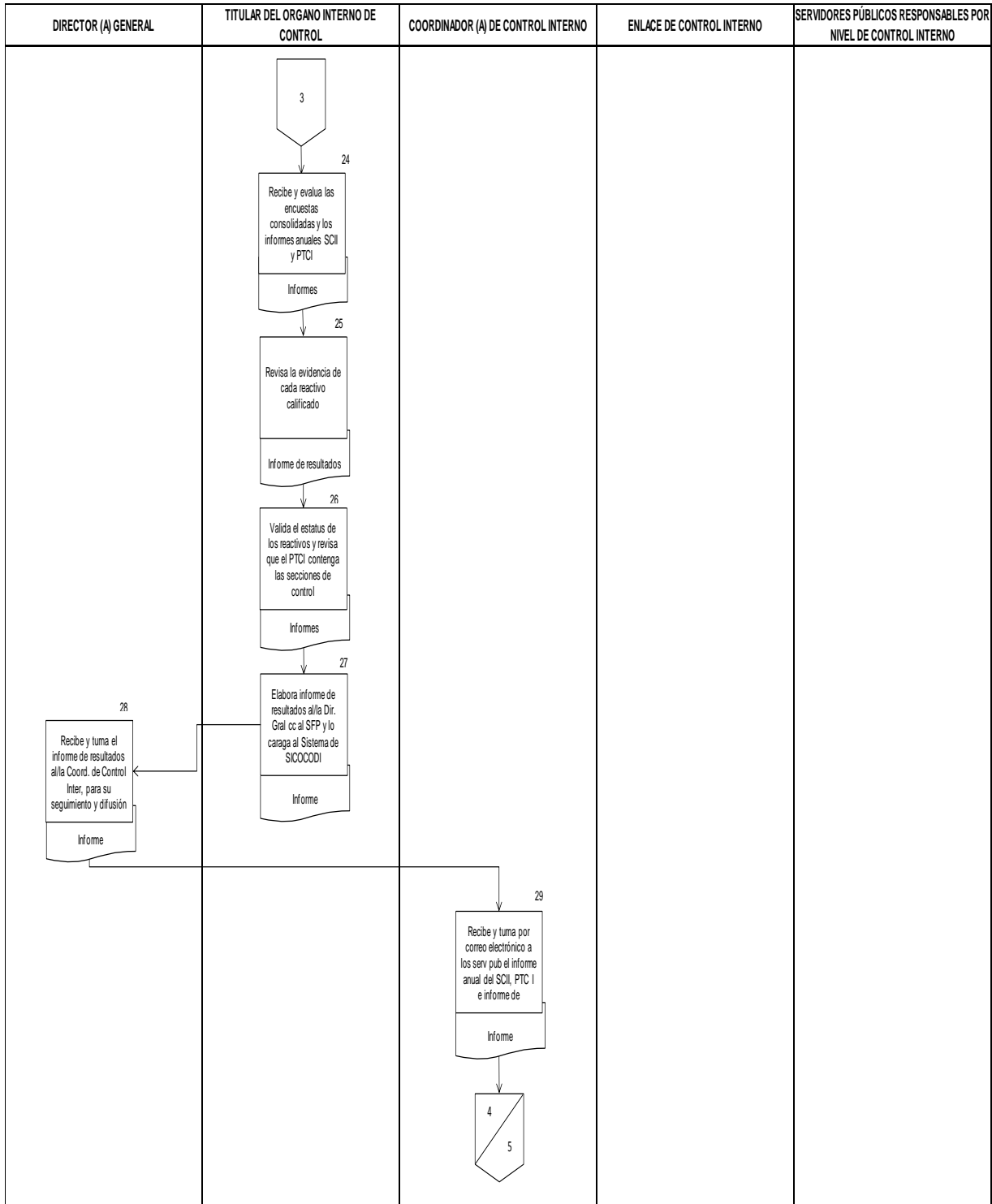
		<p>Control para su evaluación y a los servidores públicos responsables por nivel de control interno para su conocimiento. (Asimismo, se presenta en las Sesiones Ordinarias del COCODI.)</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>
--	--	--

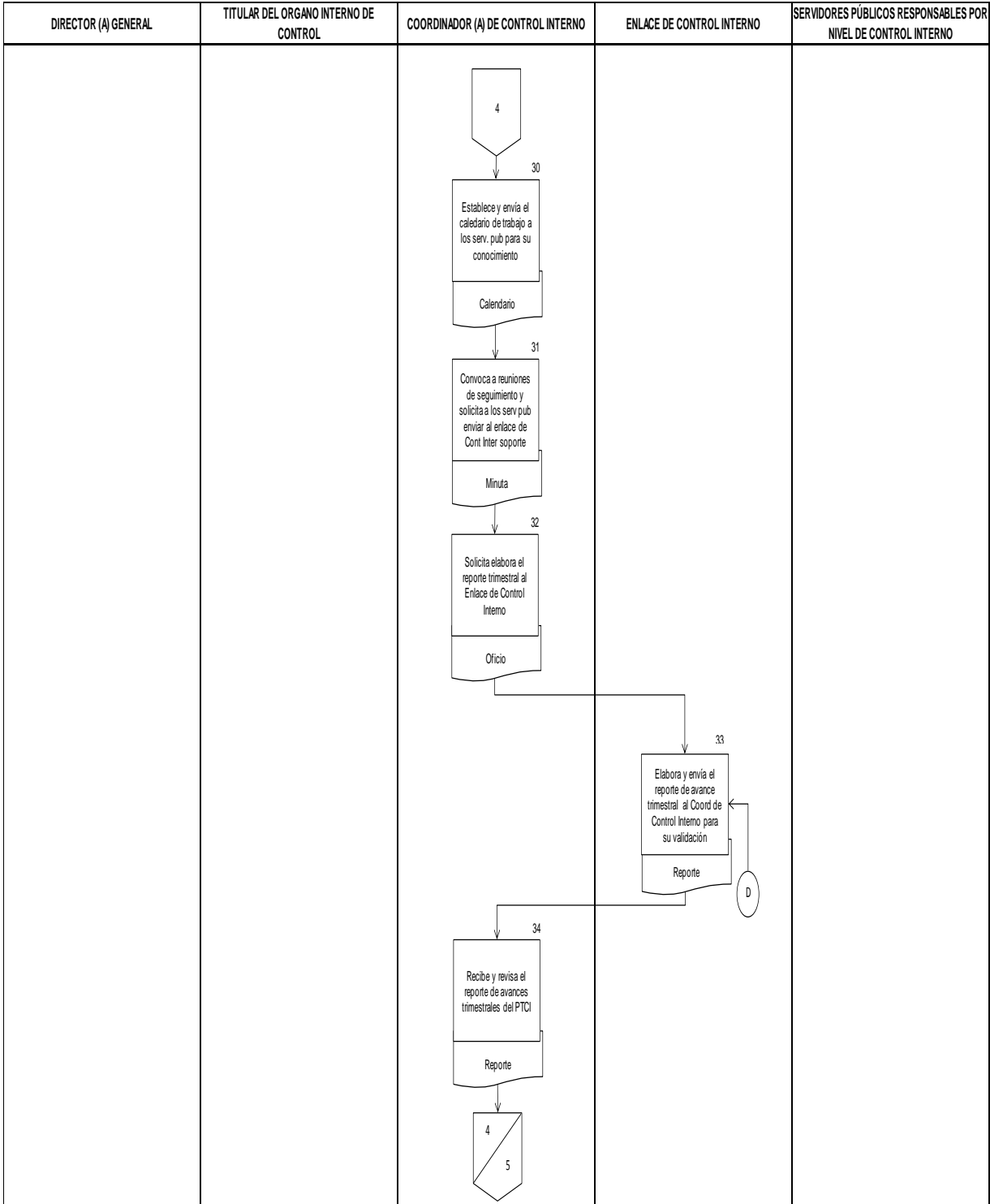
5 DIAGRAMA DE FLUJO
















DIRECTOR (A) GENERAL	TITULAR DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL	COORDINADOR (A) DE CONTROL INTERNO	ENLACE DE CONTROL INTERNO	SERVIDORES PÚBLICOS RESPONSABLES POR NIVEL DE CONTROL INTERNO
		<pre> graph TD 5{{5}} --> D1{¿El reporte se elaboró de acuerdo a los lineamientos?} D1 -- NO 35 --> P1[Envía el reporte al Enlace de Control Interno para modificaciones] D1 -- SI 36 --> P2[Envía al Titular del OIC para su evaluación, a los serv. pub para su conocimiento y se Reporte] P1 --> D2((D)) P2 --> D2 D2 --> T([TERMINA]) </pre>		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN I		
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.		Hoja: 15 de 16

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2 Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016
6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Director (a) de Administración	N/A
7.2 Acuse	5 años	Director (a) de Administración	N/A
7.3 Informes	5 años	Director(a) de Administración	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acción (es) de mejora:** las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones para fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional, así como prevenir, disminuir, administrar y/o eliminar los riesgos que pudieran obstaculizar el cumplimiento de objetivos y metas.
- 8.2 Área (s) de oportunidad:** la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar.
- 8.3 Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional, órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Título Cuarto de las Disposiciones en Materia de Control Interno.
- 8.4 Debilidad de Control Interno:** la insuficiencia, deficiencia o inexistencia identificada en el Sistema de Control Interno Institucional mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización, que pueden evitar que se aprovechen las oportunidades y/u ocasionar que los riesgos se materialicen.
- 8.5 Encuesta de autoevaluación por nivel de Control Interno:** la herramienta que aplican los servidores públicos de una institución, en el ámbito de su competencia por nivel de Control Interno (Estratégico, Directivo y Operativo) para conocer los avances en el establecimiento y actualización de los elementos del Sistema de Control Interno Institucional.
- 8.6 Encuestas consolidadas:** la integración de los resultados de las encuestas de autoevaluación por nivel de Control Interno para obtener un porcentaje promedio de cumplimiento.
- 8.7 Evaluación del Sistema de Control Interno:** el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico,

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN I		
	40. Procedimiento para la aplicación general del Control Interno Institucional.		Hoja: 16 de 16

Directivo y Operativo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Control Interno institucional.



- 8.8 Informe Anual:** Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.
- 8.9 Nivel (es) de Control Interno:** la implementación y actualización de los elementos de Control Interno que integran las cinco Normas Generales de Control Interno, que realizan los servidores públicos adscritos a las Instituciones de acuerdo al ámbito de su competencia y nivel jerárquico y se clasifican en: Estratégico, Directivo y Operativo.
- 8.10 Normas Generales de Control Interno:** la implementación y actualización de los elementos de Control Interno que integran los cinco componentes del Control Interno que realizan los servidores públicos adscritos a las Instituciones, de acuerdo al ámbito de su competencia y nivel jerárquico.
- 8.11 PTCI:** el Programa de Trabajo de Control Interno.
- 8.12 Sistema de Control Interno Institucional:** el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus objetivos y metas en un ambiente ético, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.
- 8.13 Sistema de información:** el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan información para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución.
- 8.14 Sistema Informático (SICOCODI):** la herramienta electrónica administrada por la Unidad de Control de la Gestión Pública, de la Secretaría de la Función Pública, para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de la Institución.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero 2015	Nueva creación
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 1 de 26

41.PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 2 de 26

1. PROPÓSITO




- 1.1 Establecer la Metodología para la aplicación, seguimiento y supervisión de la Administración de Riesgos, de los procesos sustantivos y adjetivos del Hospital, que permitan una eficaz toma de decisiones para el logro de los objetivos y metas institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a todas las áreas de la Institución como responsables de la aplicación y seguimiento de la Administración de Riesgos.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento aplica a entidades o dependencias de la Administración Pública Federal como responsables de la aplicación de la Administración de Riesgos.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El/la Director(a) General del Hospital Juárez de México nombra al Coordinador(a) de Control Interno, el cual será la vía de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Órgano Interno de Control (OIC), asimismo, el Coordinador(a) de Control Interno será responsable de nombrar a un Enlace de Administración de Riesgos, el cual será la vía de comunicación entre el Coordinador(a) de Control Interno y la Institución.
- 3.2 El/la Director (a) General del Hospital Juárez de México junto con el Coordinador(a) de Control Interno determinarán la Metodología a implementar para la Administración de Riesgos y poder constituir la como una herramienta de gestión.
- 3.3 La Metodología de Administración de Riesgos implementada en el Hospital contendrá las siguientes etapas mínimas: Evaluación de riesgos (Identificación, selección y descripción de riesgos, Clasificación de los riesgos, Identificación de factores de riesgo, Identificación de los posibles efectos de los riesgos, Valoración inicial del grado de impacto, Valoración inicial de la probabilidad de ocurrencia), Evaluación de controles (Deficiencia y Suficiencia), Valoración final de riesgos respecto a controles (se dará valor final al impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo en relación a los resultados de las etapas de evaluación de riesgos y de controles), Mapa de Riesgos Institucional (Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos Institucional y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical y se clasificarán de la siguiente forma: Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata, Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica, Cuadrante III. Riesgos Controlados y Cuadrante IV. Riesgos de Seguimiento), Definición de estrategias y acciones de control para administración de los riesgos (las estrategias serán las opciones para administrar los riesgos, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar y se incorporarán en el PTAR, siendo algunos ejemplos: Evitar el riesgo, Reducir el riesgo, Asumir el riesgo y Transferir o compartir el riesgo).
- 3.4 El/la Coordinador(a) de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos informarán de manera trimestral al Titular del Órgano Interno de Control y al Comité de

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 3 de 26

Control y Desempeño Institucional (COCODI), el Reporte de avances del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).



- 3.5 El/la Coordinador(a) de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos deberán actualizar anualmente la Matriz de Riesgos Institucional (durante el último trimestre del año), el Mapa de Riesgos Institucional, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos. Cabe señalar, que dichos reportes deberán presentarse en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).
- 3.6 Los servidores públicos responsables de participar en el proceso de Administración de Riesgos podrán realizar reuniones de trabajo, conformando un grupo de trabajo, con la finalidad de realizar un análisis de los riesgos incorporados, y de sus avances, así como de las propuestas de riesgos a incorporar en la Matriz de Riesgos Institucional.
- 3.7 Los servidores públicos responsables de participar en el proceso de Administración de Riesgos (Directores de área, Subdirectores Administrativos, Jefes de División, y el Titular del área de Tecnologías de Información), realizarán autoevaluaciones dentro de sus áreas para la determinación de riesgos, los cuales deberán comunicar al Enlace de Administración de Riesgos, junto con su propuesta de acciones de mejora a implementar para mitigarlos.
- 3.8 Los servidores públicos responsables de participar en la Administración de Riesgos, enviarán al Enlace de Administración de Riesgos de manera trimestral las acciones realizadas respecto a las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), para la integración del Reporte de avances trimestrales, asimismo serán los responsables de resguardar el soporte documental de las acciones realizadas.
- 3.9 El/la Coordinador(a) de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos llevarán a cabo reuniones de trabajo con los servidores públicos responsables de participar en la Administración de Riesgos para coordinar y supervisar el proceso de Administración de riesgos, asimismo serán responsables de difundir los informes del punto 3.4.
- 3.10 Los servidores públicos responsables de participar en el proceso de Administración de Riesgos se deberán capacitar y actualizar en materia de Administración de Riesgos y afines.

	PROCEDIMIENTO
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.

Hoja: 4 de 26

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director(a) General/ Coordinador(a) de Control Interno	1	Definen la Metodología a instrumentar para la Administración de Riesgos.	Metodología de Administración de Riesgos.
Director(a) General	2	Instruye al/la Coordinador(a) de Control Interno para que proceda a difundir la Metodología de Administración de Riesgos a implementar en el Hospital.	Metodología de Administración de Riesgos.
Coordinador(a) de Control Interno	3	Recibe instrucción y difunde la Metodología vía electrónica entre los servidores públicos que participarán en dicho proceso.	Metodología de Administración de Riesgos.
	4	Instruye verbalmente al Enlace de Administración de Riesgos para que inicie el proceso de identificación de riesgos	
Enlace de Administración de Riesgos	5	Recibe instrucción, informa y orienta a los servidores públicos responsables de participar en el establecimiento de la Metodología de Administración de Riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se deberá alinear el proceso para que documenten su propuesta de riesgos de conformidad con la Metodología establecida.	Metodología de Administración de Riesgos.
Servidores públicos responsables de participar en la administración de riesgos	6	Realizan autoevaluaciones de riesgos dentro de sus áreas, determinan cuáles serán incorporados en la Matriz, y envían al Enlace de Administración de Riesgos su propuesta de riesgo debidamente soportada con la descripción de las acciones de mejora a implementar.	Correo electrónico Oficio
Enlace de Administración de Riesgos	7	Recibe y revisa la información de los riesgos determinados por las áreas.	Correo electrónico Oficio Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)
	8	¿Los riesgos se determinaron de acuerdo a las etapas mínimas de la Metodología de Administración de Riesgos Institucional? No: Realiza comentarios y los envía a los servidores públicos responsables para su corrección. Regresa a la actividad 6.	
	9	Si: Incorpora los riesgos en la Matriz de Riesgos Institucional, asimismo elabora el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y lo	

 	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.	

Hoja: 5 de 26

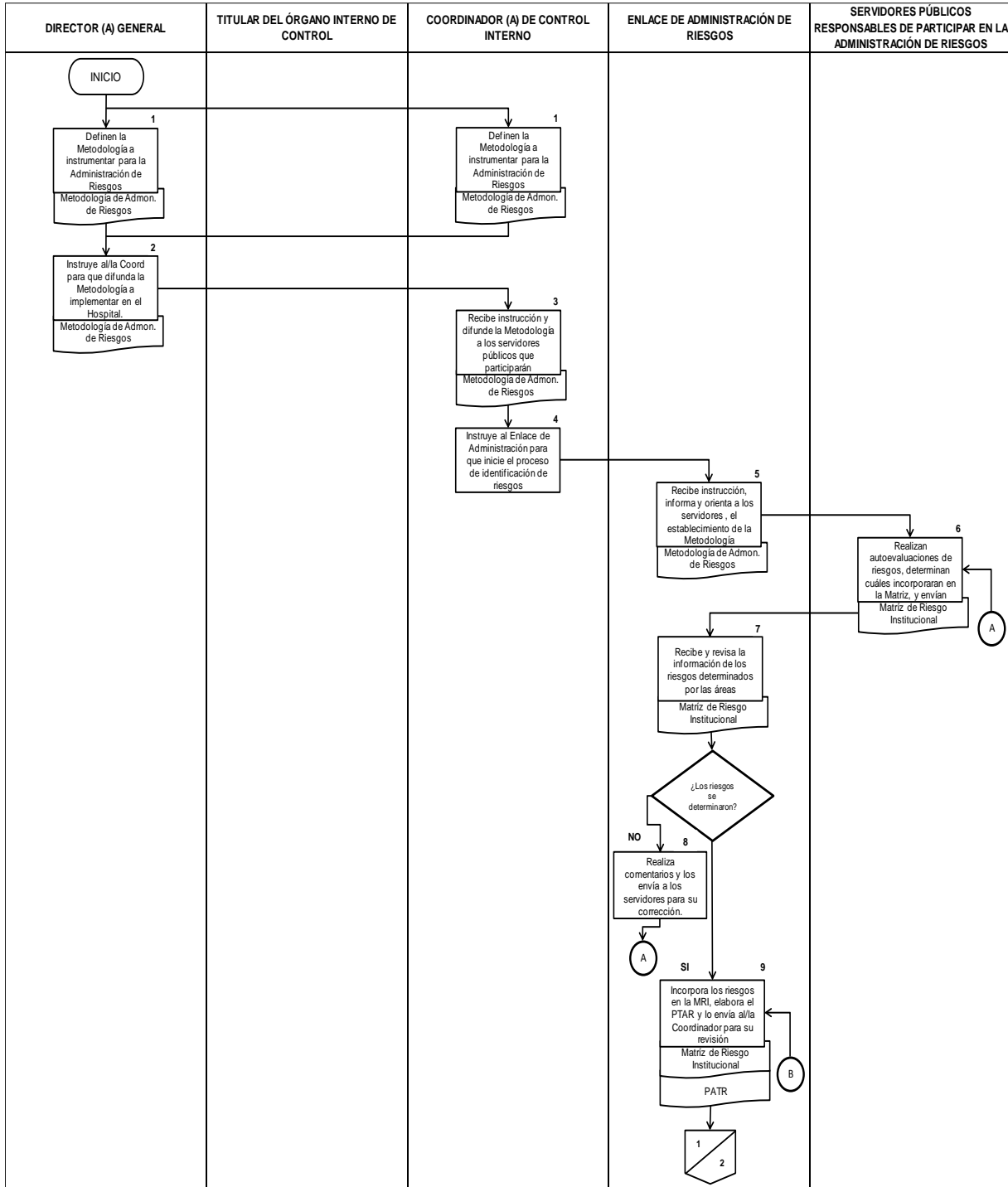
		envía al Coordinador(a) de Control Interno para su revisión.	
Coordinador(a) de Control Interno	10	Recibe, revisa y envía la Matriz de Riesgos Institucional, el Programa de Administración de Riesgos (PTAR), al/la Director (a) General para su autorización.	Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)
Director (a) General	11	Recibe, revisa y envía al/la Coordinador(a) de Control Interno, la Matriz de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizados.	Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
Coordinador (a) de Control Interno	12	Recibe y envía la Matriz de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizados al Enlace de Administración de Riesgos para el seguimiento correspondiente.	Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
Enlace de Administración de Riesgos	13	Recibe y envía la Matriz de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizados al/la Titular del Órgano Interno de Control para su verificación.	Correo electrónico. Oficio Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)
Titular del Órgano Interno de Control	14	Recibe y verifica la Matriz de Riesgos Institucional y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).	Correo electrónico. Oficio Matriz de Riesgos Institucional Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)
	15	¿Los informes se determinaron de acuerdo a la Metodología de Administración de Riesgos Institucional? No: Realiza las observaciones pertinentes y envía la información vía correo electrónico al Enlace de Administración de Riesgos para su corrección, regresa a la actividad 9	
	16	Si: Informa al Enlace de Administración de Riesgos para su presentación en la Primera Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), así como para su	

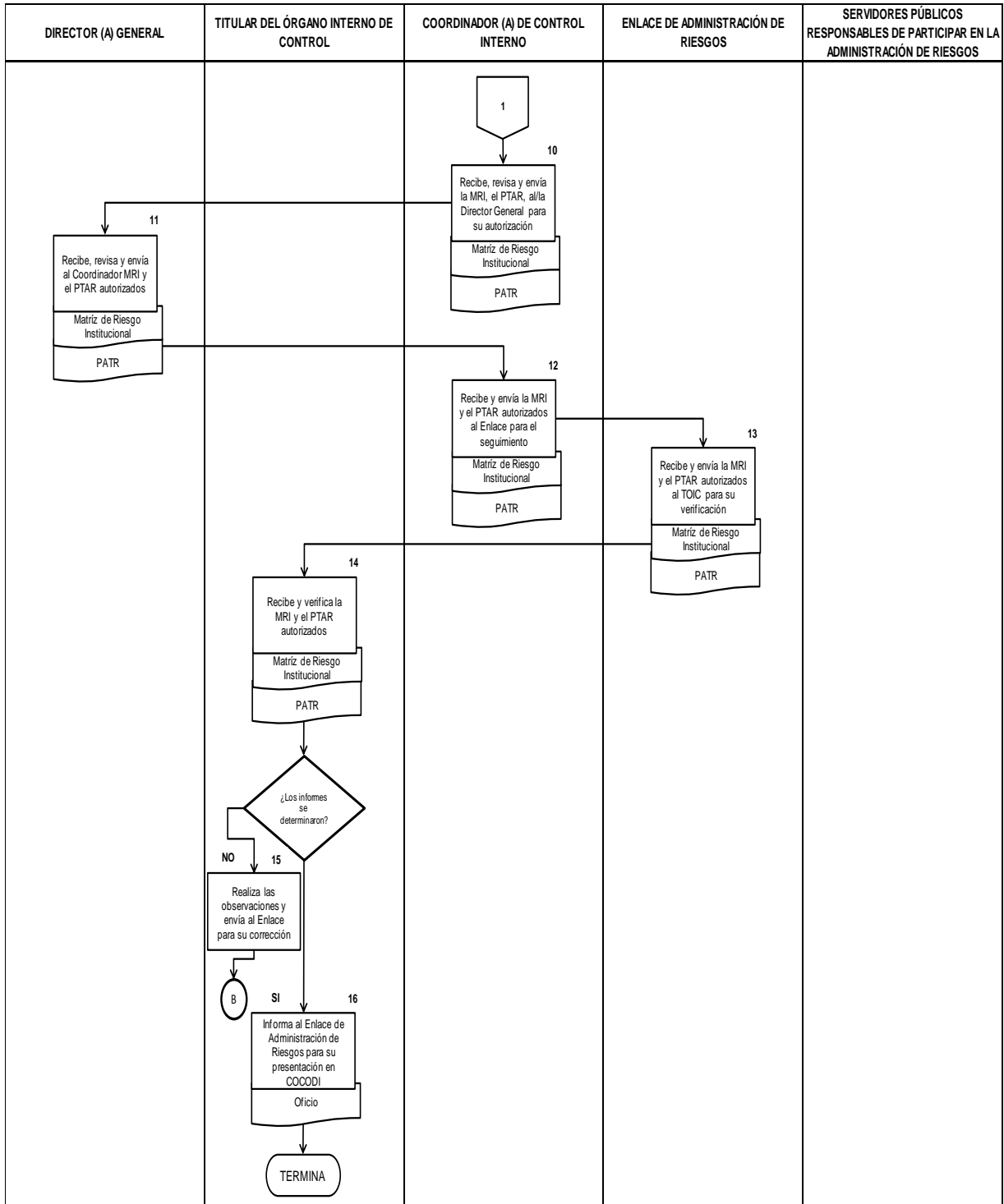
	PROCEDIMIENTO	
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN	
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.	




Hoja: 6 de 26

		incorporación en el Sistema de Administración de COCODI. TERMINA PROCEDIMIENTO	
--	--	---	--

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 9 de 26

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el DOF el 12 de julio de 2010	Última reforma DOF. 03-11-2016
6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México 2016.	Diciembre, 2016
6.4 Manual de Organización Específico de la Dirección de Administración 2016.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficios, correo electrónico.	5 años	Director (a) de Administración, Enlace de Administración de Riesgos.	N/A
7.2 Matriz de Riesgos Institucional.	5 años	Director (a) de Administración y Enlace de Administración de Riesgos	N/A
7.3 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).	5 años	Director (a) de Administración y Enlace de Administración de Riesgos	N/A
7.4 Reporte anual del comportamiento de los riesgos.	5 años	Director (a) de Administración y Enlace de Administración de Riesgos	N/A
7.5 Reporte de avances trimestrales del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.	5 años	Director (a) de Administración y Enlace de Administración de Riesgos	N/A
7.6 Metodología de Administración de Riesgos.	5 años	Director (a) de Administración y Enlace de Administración de Riesgos	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Administración de riesgos:** el proceso sistemático que deben realizar las instituciones para evaluar y dar seguimiento al comportamiento de los riesgos a que están expuestas en el desarrollo de sus actividades, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 10 de 26

acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de una manera razonable.




- 8.2 Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional, órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Título Cuarto de las Disposiciones en Materia de Control Interno.
- 8.3 Factor de riesgo:** la circunstancia o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice.
- 8.4 Impacto o efecto:** las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo.
- 8.5 Mapa de riesgos institucional:** la representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.
- 8.6 Matriz de Administración de Riesgos Institucional:** el tablero de control que refleja el diagnóstico general de los riesgos para contar con un panorama de los mismos e identificar áreas de oportunidad en la Institución.
- 8.7 PTAR:** el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- 8.8 Riesgo:** el evento adverso e incierto (externo o interno) que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de los objetivos y metas institucionales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Julio 2016	Procedimiento de nueva creación, de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
02	Diciembre 2016	Se complementó el procedimiento, para plasmar como actualmente se lleva a cabo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Metodología de Administración de Riesgos.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 11 de 26

10.1 Metodología de Administración de Riesgos.






HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS




MAYO, 2016

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 12 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS		Rev. 0
			Hoja: 1 de 16

ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN.	2
1. Comunicación y Consulta.	3
1.1 Misión.	
1.2 Visión.	
1.3 Estrategias, Objetivos y Metas Institucionales.	
1.4 Bases y criterios adoptados.	
2. Contexto.	4
3. Identificación, Descripción y Evaluación de Riesgos.	6
3.1 Identificación, selección y descripción de riesgos.	
3.2 Clasificación de los riesgos.	
3.3 Identificación de los factores de riesgos.	
3.4 Identificación de los posibles efectos de los riesgos.	
3.5 Valoración inicial del grado de impacto y probabilidad de ocurrencia antes de evaluar controles.	
4. Evaluación de Controles.	10
5. Valoración final de riesgos respecto a los controles y definición de estrategias y acciones de control.	11
6. Mapa de Riesgos Institucional.	12
7. Elaboración y seguimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y análisis comparativo de riesgos.	14
7.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).	
7.2 Informe de avances del PTAR.	
7.3 Informe anual del comportamiento de los riesgos.	
8. Glosario.	15

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 13 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 2 de 16




INTRODUCCIÓN

La presente Metodología tiene como objetivo "Ser una herramienta de gestión que permita identificar, dar seguimiento y controlar los riesgos que existen en las distintas áreas del Hospital, para disminuir su probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, permitiendo el logro de los objetivos y metas institucionales".

Se elaboró de acuerdo a lo establecido en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, Título Tercero, Capítulos I, II y III, emitido por la Secretaría de la Función Pública, y se aplicará en los procesos sustantivos y administrativos del Hospital.

La Administración de Riesgos se define como el proceso sistemático para establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos asociados con una actividad, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de las instituciones de una manera razonable.

El proceso de Administración de Riesgos Institucional dará inicio con una reunión de trabajo en la que participen los Directores, Subdirectores, Jefes de División, Titular del área de Tecnologías de la Información, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de Riesgos, a realizarse durante el último trimestre de cada año, preferentemente en noviembre o diciembre, a efecto de que las acciones que tiendan a controlar los riesgos identificados, se empiecen a aplicar desde el primer trimestre del siguiente año.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 14 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 3 de 16

1. Comunicación y consulta.

1.1 Misión.

Ofrecer asistencia médico quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional.

1.2 Visión.

Ser el mejor hospital modelo y líder nacional en la gestión y aplicación del conocimiento médico, integrando la enseñanza y la investigación científica a la atención médica de vanguardia con reconocimiento internacional.




1.3 Estrategias y Objetivos.

▪ Estrategias:

1. Calidad y Seguridad.
2. Investigación y Enseñanza de vanguardia.
3. Administración eficiente.
4. Desarrollo Organizacional y Clima Laboral.
5. Transparencia, Comunicación y Tecnología.

▪ Objetivos:

1. Mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes en todas sus dimensiones con una base sólida de procesos y de gestión que priorice la seguridad para ellos, sus familiares y los visitantes y trabajadores del Hospital.
 2. Generar investigación y enseñanza de vanguardia alineada a las prioridades nacionales de salud, generando una alta productividad científica y con estrecha vinculación entre la formación de recursos humanos, la docencia y la educación con los fundamentos científicos.
 3. Favorecer la correcta utilización de recursos disponibles en el logro de las metas mediante incremento de capacitación y eficiencia de gasto.
 4. Avanzar en un mayor desarrollo y modernización de los factores tanto objetivos como subjetivos que nos conduzcan a contar con condiciones cada vez más favorables para la estructura organizacional.
 5. Planificar toda aquella información percibida, transmitida y emitida por la institución de manera interna y externa, así como la mediación e interpretación del impacto que tiene ésta en las dinámicas institucionales, con transparencia y uso de tecnología.
- Otro insumo a considerar para la actualización de la Matriz de Riesgos Institucional será el método FODA, cuyo objetivo principal es el analizar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para el logro de los objetivos institucionales. Dicho método se presenta en el Programa de Trabajo de la Dirección General, el cual se actualiza anualmente.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 15 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 4 de 16




1.4 Bases y criterios adoptados:

- Las bases para la implementación y seguimiento de la Metodología de Administración de Riesgos del Hospital, se fundamenta en lo establecido en el numeral 38 del Capítulo II del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
- Los servidores públicos involucrados directamente en el proceso de administración de riesgos, serán los siguientes, los cuales formarán un grupo de trabajo:
 - Coordinador de Control Interno. Su principal función será el coordinar y supervisar el proceso de administración de riesgos y ser el canal de comunicación e interacción con el Titular de la Institución y el Enlace de Administración de Riesgos.
 - Enlace de Administración de Riesgos. Su función principal será la de ser el canal de comunicación e interacción con el Coordinador de Control Interno y las áreas involucradas en la administración de riesgos.
 - Órgano Interno de Control. Su función principal será el apoyar de forma permanente en las recomendaciones realizadas sobre el proceso de administración de riesgos.
 - Directores de Área.
 - Subdirectores de Área.
 - Jefes de División.
 - Titular del área de Tecnologías de la Información.
- Las áreas involucradas deberán realizar una autoevaluación por lo menos una vez al año, para realizar su propuesta de incorporación de riesgos en la Matriz de Riesgos Institucional.
- Podrán realizarse reuniones de trabajo entre las áreas involucradas, conformando un grupo de trabajo, con la finalidad de realizar un análisis de los riesgos incorporados, y de sus avances, así como de las propuestas de riesgos a incorporar en la Matriz de Riesgos Institucional.
- En el último trimestre del año se actualizará la Matriz de Riesgos Institucional y se dará seguimiento trimestral a través del Reporte de avances del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).

2. Contexto.

En enero de 2005, el Hospital Juárez de México se constituyó como un organismo público descentralizado, conformándose tiempo después como un "Hospital federal de referencia" y, con ello, se integró a una importante red de servicios de tercer nivel coordinada por la Secretaría de Salud.

Por lo anterior, al ser un organismo público descentralizado del gobierno federal se sustenta en sus normas y políticas a través de su estatuto orgánico, derivado de las facultades conferidas por su Decreto de Creación teniendo principalmente las siguientes funciones:




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 16 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 5 de 16

1. Contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en el ámbito de su competencia, de conformidad con el artículo 4º. Constitucional.
2. Proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de la alta especialidad de la medicina y en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico.
3. Prestar servicios de Hospitalización y de consulta en las especialidades con que cuenta, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
4. Fungir como Hospital Federal de Referencia para efectos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del Sistema de Protección Social en Salud.
5. Implementar esquemas innovadores de generación de recursos para incrementar su patrimonio.
6. Formar recursos humanos especializados en el campo de las especialidades médicas con que cuenta el hospital.
7. Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad.
8. Impulsar la realización de estudios e investigaciones básica, clínica y experimental, en las especialidades con que cuenta el Hospital Juárez de México, con apego a la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.
9. Apoyar la ejecución de los programas sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones y servicios.
10. Actuar como organismo de consulta de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en su área de responsabilidad y asesorar a instituciones sociales y privadas en la materia.
11. Difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre, así como publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice.
12. Impulsar la participación ciudadana en el autocuidado de su salud.
13. Promover y realizar reuniones y eventos de intercambio científico, de carácter tanto nacional como internacional y celebrar convenios de intercambio con instituciones afines.
14. Prestar los demás servicios y efectuar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objetivo, de conformidad con el Decreto de Creación, su Estatuto Orgánico y otras disposiciones legales aplicables.

Respecto a su infraestructura, el Hospital Juárez de México está conformado por 7 edificios, 61,500 metros cuadrados de superficie total, 387 camas censables, 210 camas no censables, 4 Unidades de Cuidados Críticos, 3 Unidades de Urgencias, 104 consultorios, 3 áreas de Quirófanos, 1 Laboratorio Clínico que fue recientemente remodelado, 1 Banco de Sangre, 1 unidad de Imagenología, entre otros.

El Hospital, se conforma por la siguiente Estructura Orgánica autorizada: Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Administración con cuatro Subdirecciones Administrativas siendo Recursos Humanos, Recursos Financieros, Recursos Materiales y Servicios y Conservación y Mantenimiento, y el área del Órgano Interno de Control. Asimismo, durante 2015 se contó con un total de 2,517 plazas autorizadas, destinadas principalmente a las áreas sustantivas.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 17 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 6 de 16

3. Identificación, descripción y evaluación de riesgos.

3.1 Identificación, selección y descripción de riesgos:

- El grupo de trabajo se reunirá para dar inicio a los trabajos, identificando aquellos riesgos que puedan obstaculizar el cumplimiento de metas, objetivos, procesos y programas. Para registrar los riesgos se utilizará el formato que establece la Secretaría de la Función Pública.
- Se debe determinar qué área(s) es (son) responsable de la identificación, evaluación y seguimiento del riesgo.
- Se seleccionará el riesgo identificando si afecta una estrategia, objetivo o meta y enseguida se describirá la estrategia, objetivo o meta a la que se alinea el riesgo.
- Se deberán identificar todos los riesgos que puedan afectar significativamente el logro de las metas u objetivos institucionales, entendiéndose por "**RIESGO** la probabilidad de ocurrencia y el posible impacto de que un evento adverso (externo o interno) obstaculice o impida el logro de objetivos o metas institucionales."
- La descripción de los riesgos deberá tener la siguiente estructura:
"sustantivo + verbo en participio + adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo."
Ejemplos:
 - **Instalaciones construidas con mala calidad.**
 - **Permisos otorgados irregularmente.**
 - **Atención médica otorgada sin calidad.**
- Se deberá determinar el nivel de decisión del riesgo, siendo las opciones "**Estratégico, Directivo u Operativo**"

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 18 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 7 de 16




No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo
		Selección	Descripción		

3.2 Clasificación de los riesgos. El riesgo identificado deberá clasificarse entre las siguientes opciones:

- ✓ Sustantivo.
- ✓ Administrativo.
- ✓ Legal.
- ✓ Financiero.
- ✓ Presupuestal.
- ✓ Servicios.
- ✓ Seguridad.
- ✓ Obra pública.
- ✓ Recursos Humanos.
- ✓ Imagen.
- ✓ TIC's
- ✓ Salud.
- ✓ Otro. En caso de seleccionar ésta opción se deberá especificar a qué clasificación corresponde el riesgo.

3.3 Identificación de los factores de riesgo.

- Se iniciará asignando un número consecutivo al factor de riesgo determinado y se describirá brevemente el factor, entendiéndose como "**Factor de riesgo**, la descripción de las principales circunstancias o situaciones que indican la presencia de un riesgo o que aumentan la probabilidad de que un riesgo se materialice."




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 19 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 8 de 16

- El factor de riesgo, se clasificará de acuerdo a los siguientes tipos:
 - ✓ **Humano:** conjunto de personas internas o externas, que participan directa o indirectamente en la consecución del objetivo.
 - ✓ **Financiero-Presupuestal:** recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de los objetivos.
 - ✓ **Técnico-Administrativo:** estructura orgánica, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información que intervienen en el logro de los objetivos institucionales.
 - ✓ **TIC's:** sistemas de información.
 - ✓ **Material:** infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de los objetivos.
 - ✓ **Normativo:** conjunto de leyes, normas, reglamentos y disposiciones que rigen la actuación del Hospital.
 - ✓ **Entorno:** conjunto de condiciones externas al Hospital, ante las cuales no se tiene influencia.
- Posteriormente, se determinará el tipo de factor de riesgo, ya sea **interno o externo**.

3.4 Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se deberán describir los impactos o consecuencias que se tendrían si el riesgo llegara a materializarse.




Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo
Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 20 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 9 de 16

3.5 Valoración inicial del grado de impacto y probabilidad de ocurrencia, antes de evaluar controles. La valoración se determinará en una escala de valor de 0 al 10 de acuerdo a los efectos que represente que se materialice el riesgo, sin considerar los controles existentes que permitan controlar el riesgo, como se muestra a continuación:

Tabla de Ponderaciones para la Valoración de Riesgos					
Probabilidad de Ocurrencia			Grado de impacto		
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia Muy Alta	10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, pérdida patrimonial incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental o deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo los programas o servicios que entrega la institución.
9			9		
8	Probable	Probabilidad de ocurrencia Alta	8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental o deterioro de la imagen o logro de objetivos institucionales. Además se referiría una cantidad importante de tiempo de la alta dirección en investigar y corregir los daños.
7			7		
6	Posible	Probabilidad de ocurrencia Media	6	Serio	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental o un deterioro significativo de la imagen. Además se referiría una cantidad importante de tiempo de la alta dirección en investigar y corregir los daños.
5			5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia Baja	4	Moderado	Causa un daño en el patrimonio o imagen, que se puede corregir en el corto tiempo, y no afecta el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
3			3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia Muy Baja	2	Insignificante	Riesgo que pueda tener un pequeño o nulo efecto en la institución.
1			1		




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 21 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 10 de 16

Valoración Inicial		
Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante
10	10	■

4. Evaluación de controles.

- Identificar para cada factor de riesgo los controles que se cuenta.
- En caso afirmativo, se describirán sus nombres, señalando si es **preventivo, detectivo o correctivo**. Así mismo, deberá seleccionarse SÍ o NO el control cumple con los siguientes requisitos: Está documentado; está formalizado; se aplica; es efectivo. Como resultado, en automático aparecerá en el formato si el control es suficiente o deficiente, entendiéndose por **"deficiencia"**, cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones: que no esté documentado, no esté autorizado, no esté operando con evidencias de cumplimiento y no sea efectivo, y por **"suficiencia"** cuando esté documentado, autorizado, operando con evidencias de cumplimiento y sea efectivo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 22 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 11 de 16

¿Tiene controles?	CONTROL			Determinación de Suficiencia o Deficiencia del Control					Riesgo Controlado Suficientemente
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control	
NO									NO
SI	1.2.1								
	1.2.2								
	1.2.3								
	1.2.4								
NO									
NO									

5. Valoración final de riesgos respecto a los controles y definición de estrategias y acciones de control para su administración.




La valoración final se determinará dando un valor final al impacto y probabilidad de ocurrencia al riesgo, con la misma escala señalada en la valoración inicial, en comparación con la evaluación de los riesgos y de los controles con los que se cuenta para administrar el riesgo. Por lo anterior, se determinará si la valoración del riesgo pasa a una escala inferior o de lo contrario se mantiene en la misma valoración inicial.

Es importante señalar, que la valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial, asimismo si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial, y si los controles son deficientes o inexistentes la valoración deberá ser igual a la inicial.

La valoración final permitirá ubicar al riesgo en uno de los cuatro cuadrantes del Mapa de Riesgos; las áreas responsables procederán a definir las estrategias para administrar el riesgo, entendiéndose como **“estrategia”** las opciones para administrar el riesgo, las cuales permiten tomar decisiones y determinar acciones de control.

Las estrategias se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ **Evitar el riesgo:** se aplica antes de asumir cualquier riesgo. Se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas.
- ✓ **Reducir el riesgo:** se aplica preferentemente antes de optar por otras medidas más costosas y difíciles. Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 23 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 12 de 16

de ocurrencia y el impacto, tales como la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.



- ✓ **Asumir el riesgo:** se aplica cuando el riesgo se encuentra en un nivel que puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen.
- ✓ **Transferir o compartir el riesgo:** implica que el riesgo se controle mediante la responsabilización de un tercero que tenga la experiencia y especialización necesaria para asumirlo.

Finalmente, se determinarán las acciones que se realizarán con base en la estrategia adoptada. Las acciones darán atención especialmente a los casos en que los controles hayan resultado deficientes o inexistentes, y por lo tanto el riesgo no esté se encuentre controlado suficientemente. Cabe señalar, que las acciones de control para administrar los riesgos se incorporarán en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) para su seguimiento.

Valoración Final		UBICACIÓN EN CUADRANTES				Estrategia para Administrar el Riesgo	Descripción de la(s) Acción(es)
Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	I	II	III	IV		
10	10	I					

6. Mapa de riesgos institucional.

Después de haber realizado la valoración final de los riesgos identificados, se graficarán en el Mapa de Riesgos, de acuerdo a su grado de impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical, pudiendo ubicarse en cualquiera de los siguientes cuadrantes, cabe señalar que la generación del gráfico es automática, puesto que en el formato están vinculados los formatos.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 24 de 26

	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0	
			Hoja: 13 de 16	

- **Cuadrante I “Riesgos de atención inmediata” (color rojo).** Se ubicarán los riesgos de alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, calificados en una escala de valor mayor a 5 y hasta 10 en ambos ejes.
- **Cuadrante II. “Riesgos de atención periódica” (color amarillo).** Se ubicarán los riesgos de alta probabilidad de ocurrencia calificados en una escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y de bajo grado de impacto de 0 y hasta 5.
- **Cuadrante III. “Riesgos controlados” (color verde).** Los riesgos ubicados en este cuadrante son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, mismos que se califican en la escala de valor de 0 y hasta 5 en ambos ejes.
- **Cuadrante IV. “Riesgos de seguimiento” (color azul).** Estos riesgos tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 0 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10.

El Mapa de Riesgos se imprime en Formato Tamaño Carta

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2016

RAMO / SECTOR: 12 Salud

INSTITUCIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

No. de Riesgo	RIESGO	III. VALORACIÓN DE RIESGOS vs. CONTROLES	
		Valoración Final	
		GRADO DE IMPACTO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA



SUPERVISÓ




AUTORIZÓ

LIC. MIGUEL ÁNGEL TORRES VARGAS,
Coordinador de Control Interno

INTEGRÓ

DR. MARTÍN ANTONIO MANRIQUE,
Titular de la Institución

C.P. SANTIAGO GONZÁLEZ JOSÉ,
Enlace de Administración de Riesgos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 25 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 14 de 16




7. Elaboración y seguimiento de acciones de control, mediante el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), y análisis comparativo de riesgos.

7.1 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR): se deberá elaborar anualmente el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), y a través de éste programa se dará seguimiento a las acciones de control implementadas para la administración de los riesgos identificados.

Dicho formato deberá estar firmado por el Titular de la Institución, Coordinador de Control Interno y el Enlace de Administración de riesgos, y deberá contener la siguiente información:

- ✓ Nombre del riesgo.
- ✓ Factores del riesgo.
- ✓ Estrategia para administrar el riesgo.
- ✓ Acciones de control registradas en la Matriz de Riesgos Institucional, las cuales deberán contener:
 - Área responsable de implementarla.
 - Valores numéricos de impacto y probabilidad de ocurrencia, así como el cuadrante de ubicación del riesgo.
 - Responsables de la implementación de las acciones de control.
 - Fecha de inicio y término.
 - Medios de verificación.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD		HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO		AVANCES DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (PTAR)			
No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Cuadrante	Descripción de la acción de control	Unidad Administrativa Responsable	Fecha de Término	% Avances	Acciones realizadas
1							

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN		
	41. Procedimiento para la aplicación general de la Administración de Riesgos Institucional.		Hoja: 26 de 26

 	METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.		Rev. 0
			Hoja: 15 de 16

7.2 Reporte de avances del PTAR: se elaborará en forma trimestral y deberá ser presentado por el Coordinador de Control Interno en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), asimismo se entregará copia al Titular del Órgano Interno de Control y se registrará en el Sistema Informático de los COCODI's.

El Reporte del PTAR deberá contener la siguiente información:

- I. Resumen de acciones comprometidas, cumplidas y en proceso, así como su respectivo porcentaje de avance.
- II. Descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones en proceso y propuestas de solución para consideración del COCODI.
- III. Resultados alcanzados en relación a los esperados.
- IV. Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace de Administración de Riesgos.




Cabe señalar, que la documentación que acredite los avances en la implementación de las acciones de control establecidas en el PTAR, será resguardada por los servidores públicos responsables de implementarlas, dicha información deberá estar a disposición de los órganos fiscalizadores.

7.3 Informe anual del comportamiento de los riesgos: este Reporte deberá ser presentado por el Director General, en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) y contendrá un comparativo del comportamiento de los riesgos determinados en la Matriz de Riesgos Institucional contra los del año inmediato anterior, además de presentar la siguiente información:




- I. Comparativo total de los riesgos por cuadrante.
- II. Variación total de los riesgos por cuadrante.
- III. Riesgos identificados y cuantificados con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, así como los modificados en su conceptualización.
- IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación a los esperados, tanto cuantitativamente como cualitativamente.

8. Glosario.

- **Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional, órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Título Cuarto de las Disposiciones en Materia de Control Interno.
- **Administración de riesgos:** el proceso sistemático que deben realizar las instituciones para evaluar y dar seguimiento al comportamiento de los riesgos a que están expuestas en el desarrollo de sus actividades, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan controlarlos y asegurar el logro de los objetivos y metas de una manera razonable.
- **Factor de riesgo:** la circunstancia o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice.
- **Impacto o efecto:** las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.		Hoja: 1 de 7

42. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LOS DEPARTAMENTOS ADSCRITOS A ESTA SUBDIRECCIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.		Hoja: 2 de 7

1. PROPÓSITO



- 1.1 Establecer la organización del trabajo para facilitar la supervisión constante a los Departamentos adscritos (Departamento de Relaciones Laborales, Control y Proceso de Personal y Sistema de Nomina) con el fin de optimizar las actividades de cada uno.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Humanos y a los Departamentos Adscritos a dicha Subdirección, ya que son los Departamentos involucrados en el procedimiento.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 El/la Subdirector (a) de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales, Control y Proceso de Personal y Sistema de Nomina) es responsable de designar las funciones que a cada una de los Departamentos les compete, teniendo como base al manual de procedimientos y demás actividades cotidianas que se realizan en los citados Departamentos
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales, Control y Proceso de Personal y Sistema de Nomina) solicitará la información para ser revisada en cualquier momento a fin de comprobar que ésta se apega a la normatividad aplicable.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales, Control y Proceso de Personal y Sistema de Nomina) vigilarán que la información proporcionada sea entregada en tiempo y forma de acuerdo al manual de procedimientos o instancias que así lo soliciten.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales, Control y Proceso de Personal y Sistema de Nomina) una vez que ya fue revisada la información y valorada la remete una de las instancias que la solicitaron.

 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
	42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.

Hoja: 3 de 7




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) de Recursos Humanos	1	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales elabore la integración de incidencias a nómina	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales)	2	Recibe instrucción e integra las incidencias al módulo de nómina.	Integración de incidencias al módulo de nómina (electrónico)
	3	Envía la integración al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos para su revisión y visto bueno.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	4	Recibe integración de incidencias al módulo de nómina y verifica que la información este correcta. ¿La información es correcta?	Integración de incidencias al módulo de nómina (electrónico)
	5	No: Devuelve la integración con sus observaciones al/la Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales para su corrección.	
	6	Si: Da visto bueno	
	7	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Nómina integre las incidencias a la nómina para generar el pago de los trabajadores.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe/a del Departamento de Nómina)	8	Recibe instrucción e integra las incidencias a la nómina para generar el pago.	Integración de Nómina (electrónico)
	9	Envía la integración de nómina al Subdirector (a) de Recursos Humanos para su validación.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	10	Recibe integración de nómina para generar el pago a los/las trabajadores (as) y verifica que la información este correcta. ¿La información es correcta?	Integración de Nómina (electrónico)
	11	No: Devuelve la integración con sus observaciones al/la Jefe (a) del Departamento de Nómina para su corrección y/o aclaración	
	12	Si: Da visto bueno	
	13	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Nómina para que envíe el costo generado de la nómina al/la Jefe(a) del Departamento de Control y Proceso de Personal.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe (a) del Departamento de Nómina)	14	Recibe instrucción y envía el costo generado de la nómina al/la Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal	Costo generado de la nómina (electrónico)

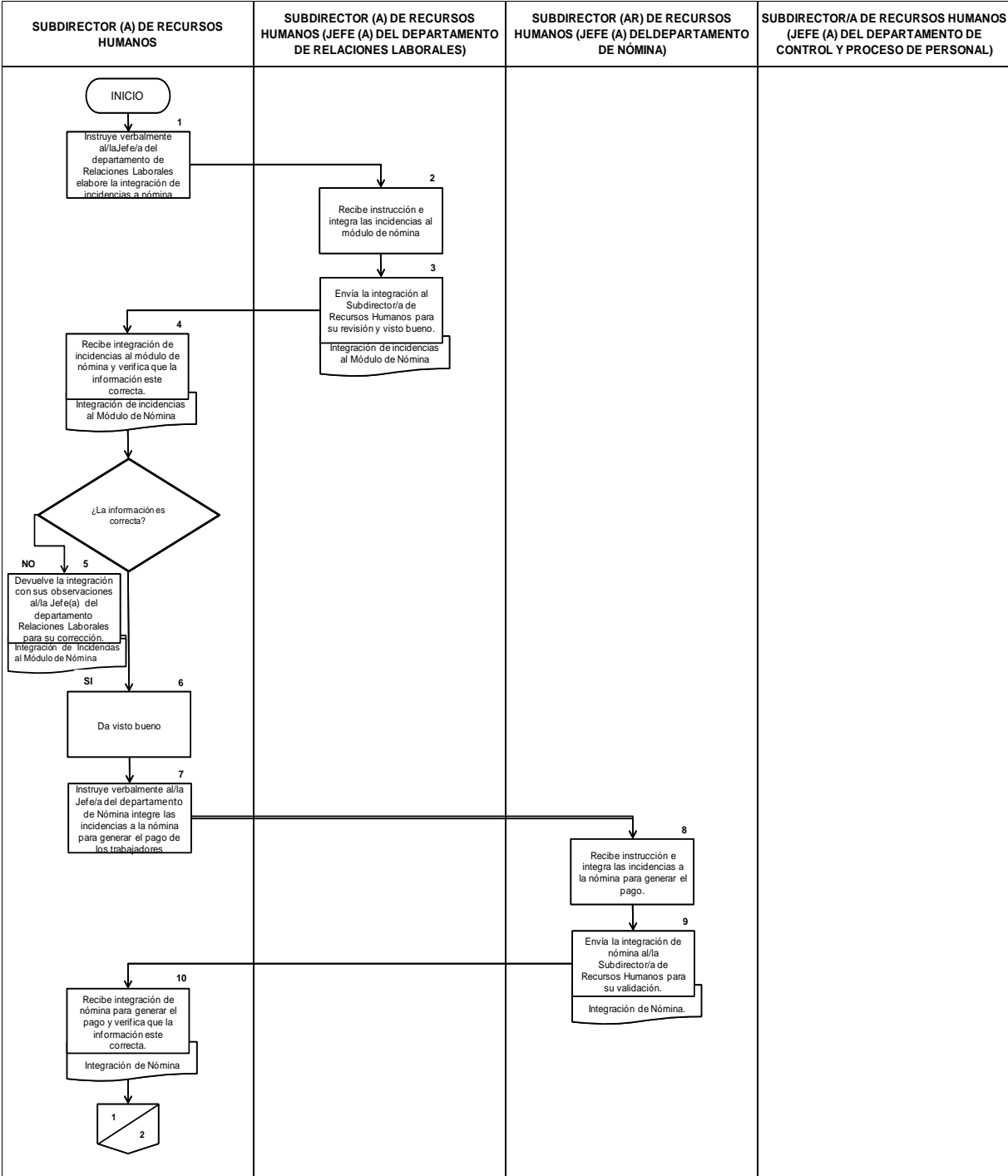
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
	42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.	




Hoja: 4 de 7

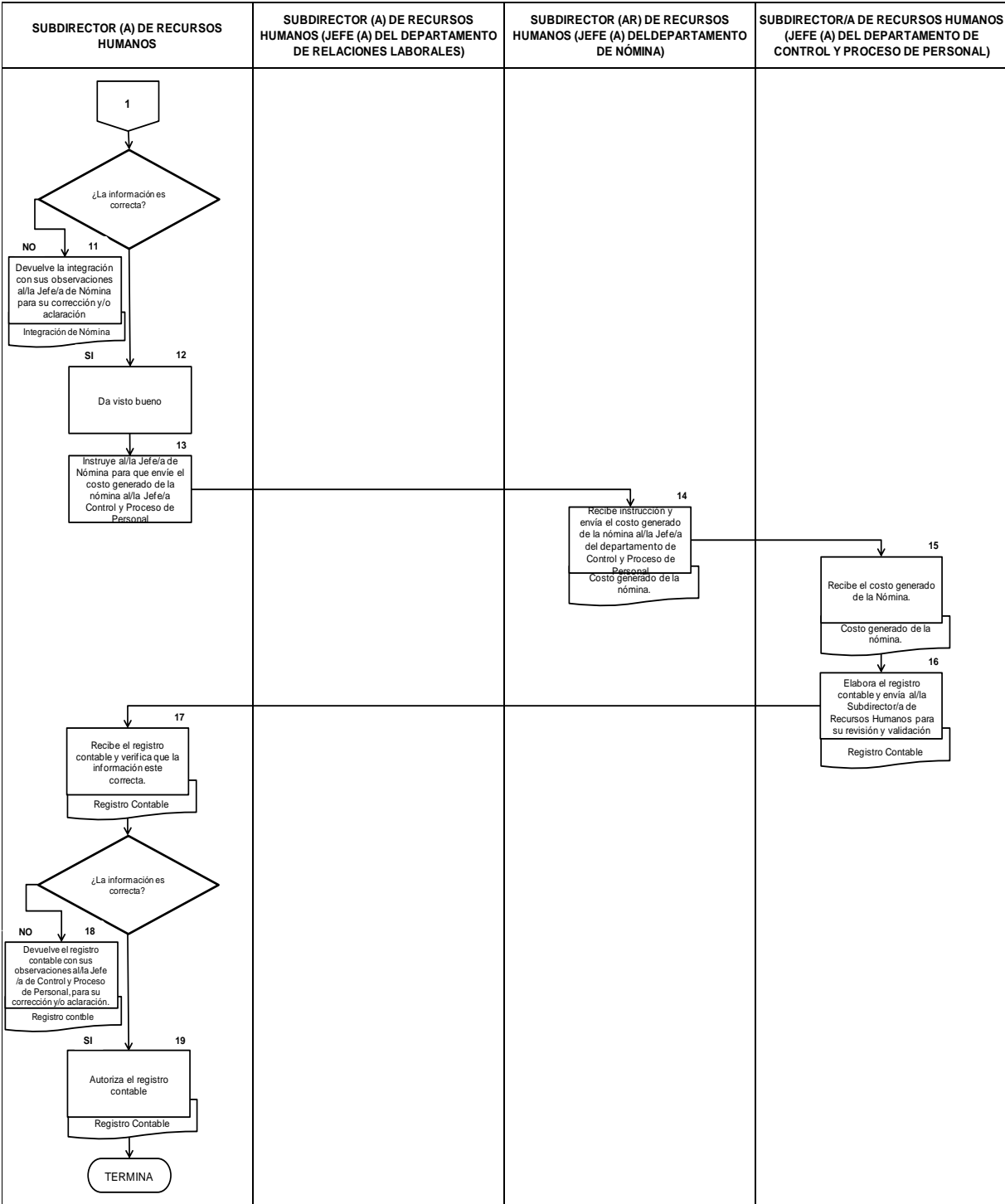
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal)	15	Recibe el costo generado de la Nómina.	Costo generado de la nómina (electrónico) Registro Contable (electrónico)
	16	Elabora el registro contable y envía al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos para su revisión y validación.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	17	Recibe el registro contable y verifica que la información este correcta.	Registro Contable (electrónico)
	18	¿La información es correcta? No: Devuelve el registro contable con sus observaciones al/la Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal, para su corrección y/o aclaración	
	19	Si: Autoriza el registro contable. TERMINA PROCEDIMIENTO	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		Hoja: 5 de 7
42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		Hoja: 6 de 7
42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	42. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas adscritas a ésta Subdirección.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.2	Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Humanos	Diciembre, 2016
6.3	Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Integración de incidencias al módulo de nómina (electrónico)	5 años	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	N/A
7.2 Integración de Nómina (electrónico)	5 años	Jefe (a) del Departamento de Nómina	N/A
7.3 Costo generado de la nómina (electrónico)	5 años	Jefe (a) del Departamento de Nómina	N/A
7.4 Registro Contable (electrónico)	5 años	Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Nómina: Sistema que integra el conjunto de personas que laboran, sus percepciones y sus deducciones, dentro de una institución.



8.2 Registro Contable: es la anotación que se realiza en un libro de contabilidad para registrar un movimiento económico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento se plasmó como actualmente se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	43. Procedimiento para supervisar y evaluar las altas de personal.		Hoja: 1 de 5

43.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS ALTAS DE PERSONAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	43. Procedimiento para supervisar y evaluar las altas de personal.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO

- 1.1 Cubrir las necesidades de recursos humanos para proporcionar servicio médico y mantener en equilibrio la plantilla de personal evitando el deterioro de la atención médica.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Humanos y a los Departamentos Adscritos a dicha Subdirección, ya que son los Departamentos involucrados en el procedimiento.

- 2.2 A nivel externo: No aplica

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 La Subdirección de Recursos Humanos será la responsable de recibir las solicitudes de recursos humanos por parte de los Departamentos del hospital.

- 3.2 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será el responsable de verificar la disposición de plazas vacantes.

- 3.3 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de tramitar los movimientos de personal (altas, dando cumplimiento a las disposiciones de las normas y procedimientos de operación del pago (Sistema Integral de Administración de Personal) y lineamientos específicos de la Dirección General de Recursos Humanos.

- 3.4 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de firmar los movimientos de personal además del/la Director (a) de Administración.

- 3.5 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de que en los movimientos de alta se deben anexar: evaluación del candidato (adecuado), constancia de no inhabilitación, filiación, acta de nacimiento, comprobantes de estudio acordes al puesto que ocupara, contrato de apertura de cuenta bancaria, aviso de inscripción del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y cartilla militar en su caso.

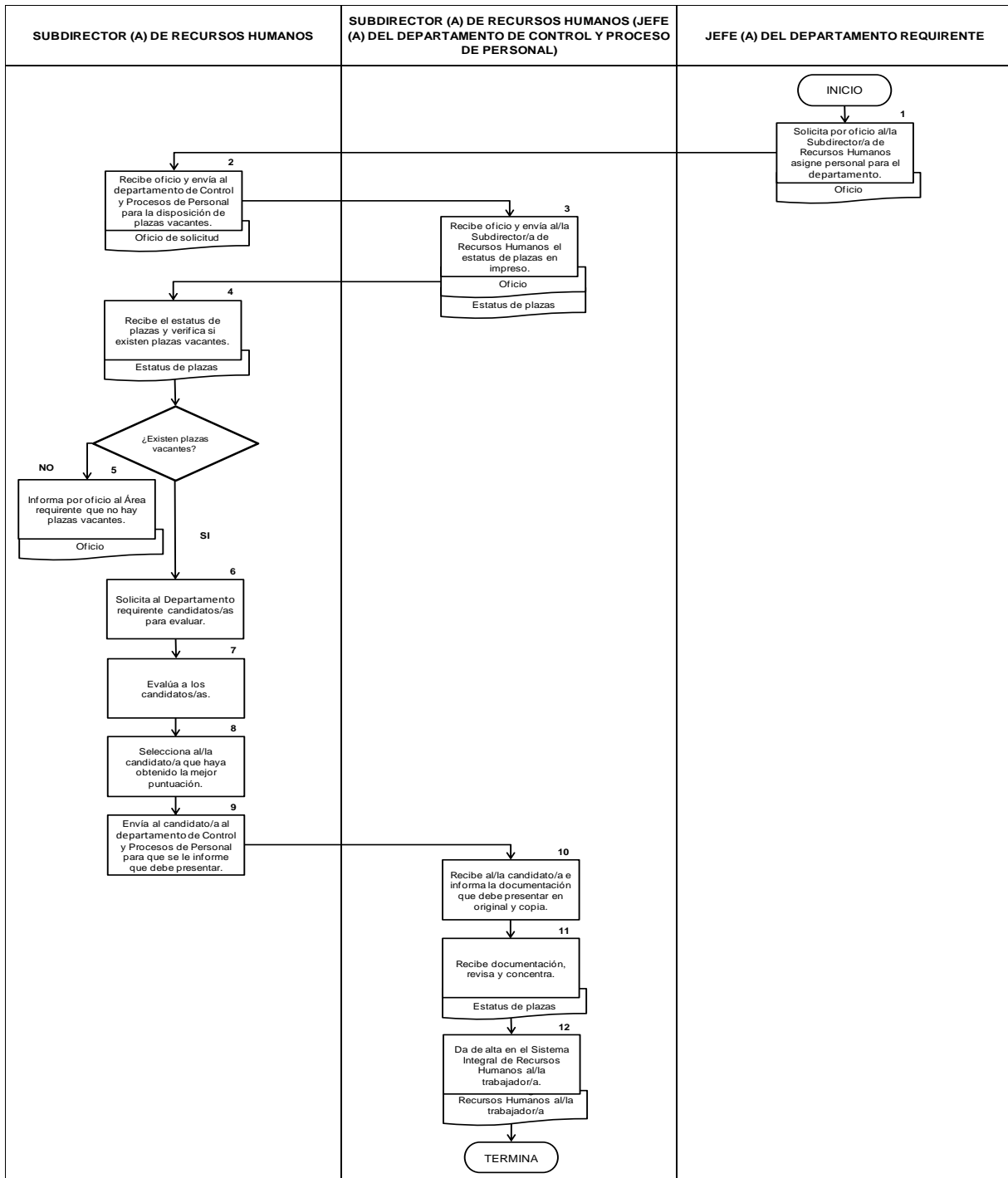
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
	43. Procedimiento para supervisar y evaluar las altas de personal.	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe (a) del Departamento Requirente	1	Solicita por oficio al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos asigne personal para el Departamento	Oficio
Subdirector (a) de Recursos Humanos	2	Recibe oficio y envía al Departamento de Control y Procesos de Personal para la disposición de plazas vacantes.	Oficio
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe/a del Departamento de Control y Proceso de Personal)	3	Recibe oficio y envía al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos el estatus de plazas en impreso.	Oficio Estatus de plazas
Subdirector (a) de Recursos Humanos	4	Recibe el estatus de plazas y verifica si existen plazas vacantes. ¿Existen plazas vacantes?	Estatus de plazas Oficio
	5	No: Informa por oficio al/la Jefe (a) del Departamento requirente que no hay plazas vacantes.	
	6	Si: Solicita al/la Jefe (a) del Departamento requirente candidatos/as para evaluar.	
	7	Evalúa a los candidatos.	
	8	Selecciona al/la candidato (a) que haya obtenido la mejor puntuación.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe/a del Departamento de Control y Proceso de Personal)	9	Envía al/la candidato (a) al Departamento de Control y Procesos de Personal para que se le informe la documentación que debe presentar.	Documentación Sistema Integral de Recursos Humanos al trabajador.
	10	Recibe al/la candidato (a) e informa verbalmente la documentación que debe presentar en original y copia.	
	11	Recibe documentación, revisa y concentra.	
	12	Da de alta en el Sistema Integral de Recursos Humanos al trabajador o trabajadora. TERMINA PROCEDIMIENTO.	

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	43. Procedimiento para supervisar y evaluar las altas de personal.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Sistema Integral de Recursos Humanos	N/A
6.2 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.	2016-2019
6.3 Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.	Última reforma publicada DOF 03-05-2006.
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	Última reforma publicada DOF 02-02-2010
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.6 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Humanos.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Subdirección de Recursos Humanos	N/A
7.2 Estatus de plazas	5 años	Control y Proceso de Personal	N/A
7.3 Documentación del personal	5 años	Relaciones Laborales	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Filiación:** Derecho jurídico que existe entre dos personas donde una es descendiente de la otra
- 8.2 **Vacante:** Que no está ocupado por nadie

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014.	Nueva creación.
02	Diciembre; 2016.	Se revisó el procedimiento para plasmarlo como se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS</p>		
	<p>44. Procedimiento para supervisar y evaluar las bajas de personal.</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 5</p>

44.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS BAJAS DE PERSONAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	44. Procedimiento para supervisar y evaluar las bajas de personal.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Contar con vacancia que se genera, para así cubrir las necesidades de recursos humanos y mantener en equilibrio la plantilla de personal evitando el deterioro de la atención médica.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Humanos y a los Departamento Adscritos a dicha Subdirección, ya que son los Departamentos involucradas en el procedimiento.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.




- 3.1 La Subdirección de Recursos Humanos será la responsable de recibir las solicitudes de baja (renuncia, jubilación, pensión, termino de contrato y las que procedan) por parte del solicitante.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Relaciones Laborales) será la responsable de recibir y analizar la baja por el incumplimiento a las disposiciones de las normas y procedimientos.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de tramitar los movimientos de personal (Baja, dando cumplimiento a las disposiciones de las normas y procedimientos de operación del pago (Sistema Integral de Administración de Personal) y lineamientos específicos de la Dirección General de Recursos Humanos.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de firmar los movimientos de personal además del/la Director(a) de Administración.
- 3.5 La Subdirección de Recursos Humanos (a través del Departamento de Operación y Pagos) será la responsable de que en los movimientos de baja se deben anexar: la petición del empleado debidamente requisitada y firmada.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
	44. Procedimiento para supervisar y evaluar las bajas de personal.	

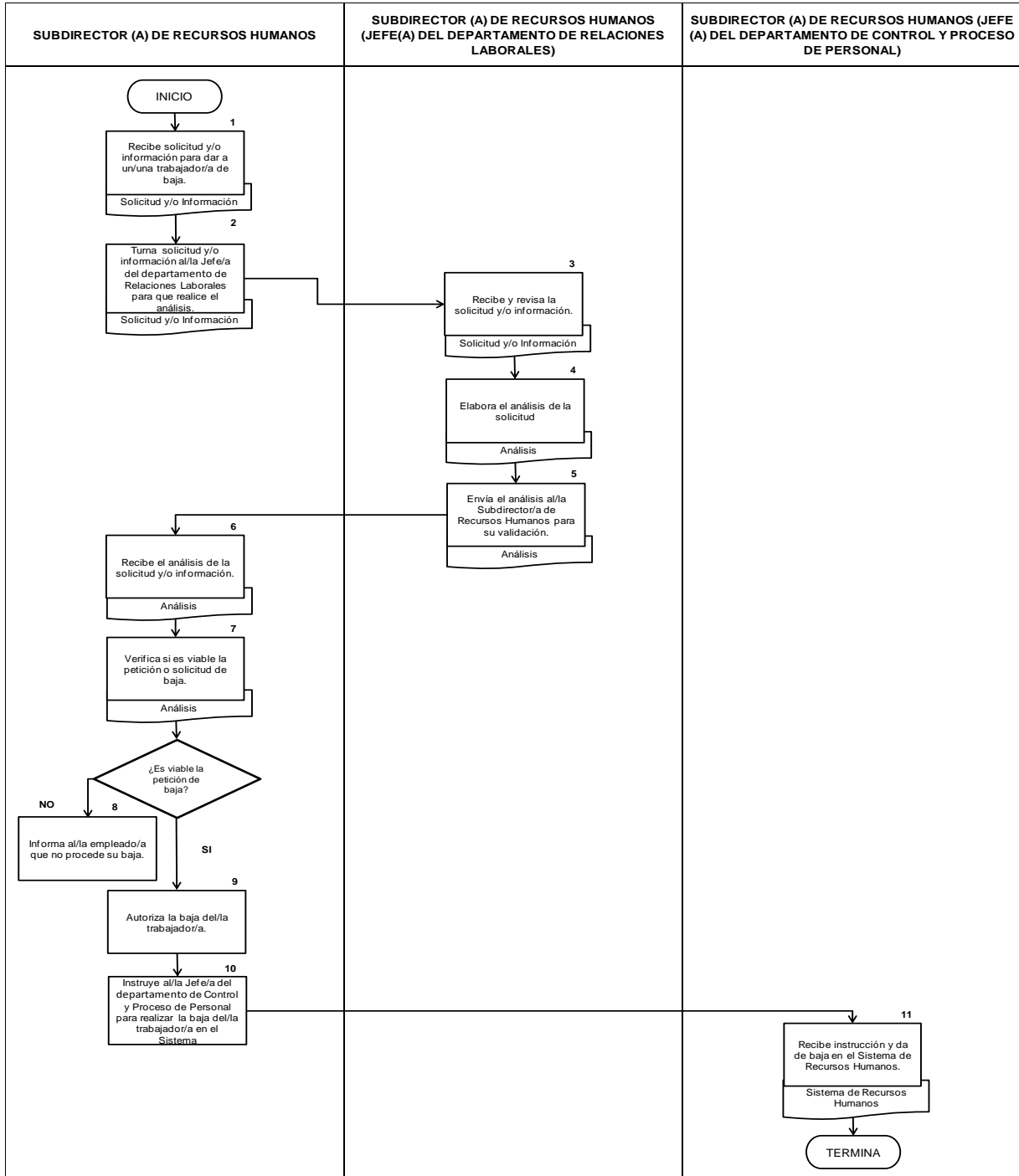
Hoja: 3 de 5




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) de Recursos Humanos	1	Recibe solicitud y/o información para dar a un trabajador o trabajadora de baja.	Solicitud y/o Información para baja de personal
	2	Turna solicitud y/o información al/la Jefe(a) del Departamento de Relaciones Laborales para que en base a los datos de asistencia o estatus de plaza realice el análisis de la solicitud.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales)	3	Recibe y revisa la solicitud y/o información.	Solicitud y/o Información para baja de personal Análisis
	4	Elabora el análisis de la solicitud.	
	5	Envía el análisis al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos para su validación.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	6	Recibe el análisis de la solicitud y/o información.	Análisis Solicitud y/o Información para baja de personal
	7	Verifica si es viable la petición o solicitud de baja. ¿Es viable la petición y/o solicitud de baja?	
	8	No: Informa al empleado (a) que no procede su baja.	
	9	Si: Autoriza la baja del trabajador o trabajadora.	
	10	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal para realizar la baja del trabajador (a) en el Sistema de Recursos Humanos	
Subdirector (a) de Recursos Humanos (Jefe (a) del Departamento de Control y Proceso de Personal)	11	Recibe instrucción y da de baja en el Sistema de Recursos Humanos. TERMINA PROCEDIMIENTO	Sistema de Recursos Humanos

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	44. Procedimiento para supervisar y evaluar las bajas de personal.		Hoja: 4 de 5

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	44. Procedimiento para supervisar y evaluar las bajas de personal.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Sistema Integral de Recursos Humanos	N/A
6.2 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.	2016-2019
6.3 Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.	Última reforma publicada DOF 03-05-2006.
6.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	Última reforma publicada DOF 02-02-2010
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.6 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Humanos.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Solicitud	5	Subdirección de Recursos Humanos	N/A
7.2 Información para baja de personal	5	Control y Proceso de Personal	N/A
7.3 Análisis	5	Relaciones Laborales	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Jubilación:** acto administrativo por el que un/una trabajador(a) en activo, ya sea por cuenta propia o por decisión ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral tras haber alcanzado la edad máxima para trabajar o bien la edad a partir de la cual se le permite legalmente abandonar la vida laboral y obtener una prestación monetaria por el resto de su vida
- 8.2 **Pensión:** Cantidad de dinero que un organismo oficial paga a una persona regularmente como ayuda económica por un motivo determinado
- 8.3 **Renuncia:** Documento en que se hace constar una renuncia

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014.	Nueva creación.
02	Diciembre, 2016.	Se revisó el procedimiento para plasmarlo como se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	45. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 1 de 5

45. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	45. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Fortalecer los procesos del Departamento de Recursos Humanos, que permitan brindar una mejor atención y orientación al personal, gestionando plazas de nueva creación para las áreas sustantivas, a fin de llevar a cabo la efectiva distribución del personal.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Humanos y a los Departamentos que integran a la subdirección.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El Programa Anual de Trabajo se realizará con base a las normas y lineamientos emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y por los de la propia Secretaría de Salud.
- 3.2 La elaboración del Programa Anual de Trabajo tendrá el propósito de fortalecer el vínculo entre la programación anual y el establecimiento de procesos para brindar una mejor atención al personal.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Humanos gestionará plazas de nueva creación ante las autoridades competentes.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Humanos se apegará a las disposiciones normativas para la asignación de los recursos humanos.
- 3.5 La Subdirección de Recursos Humanos deberá desglosar el presupuesto de la asignación del capítulo 1000 "Servicios Personales".

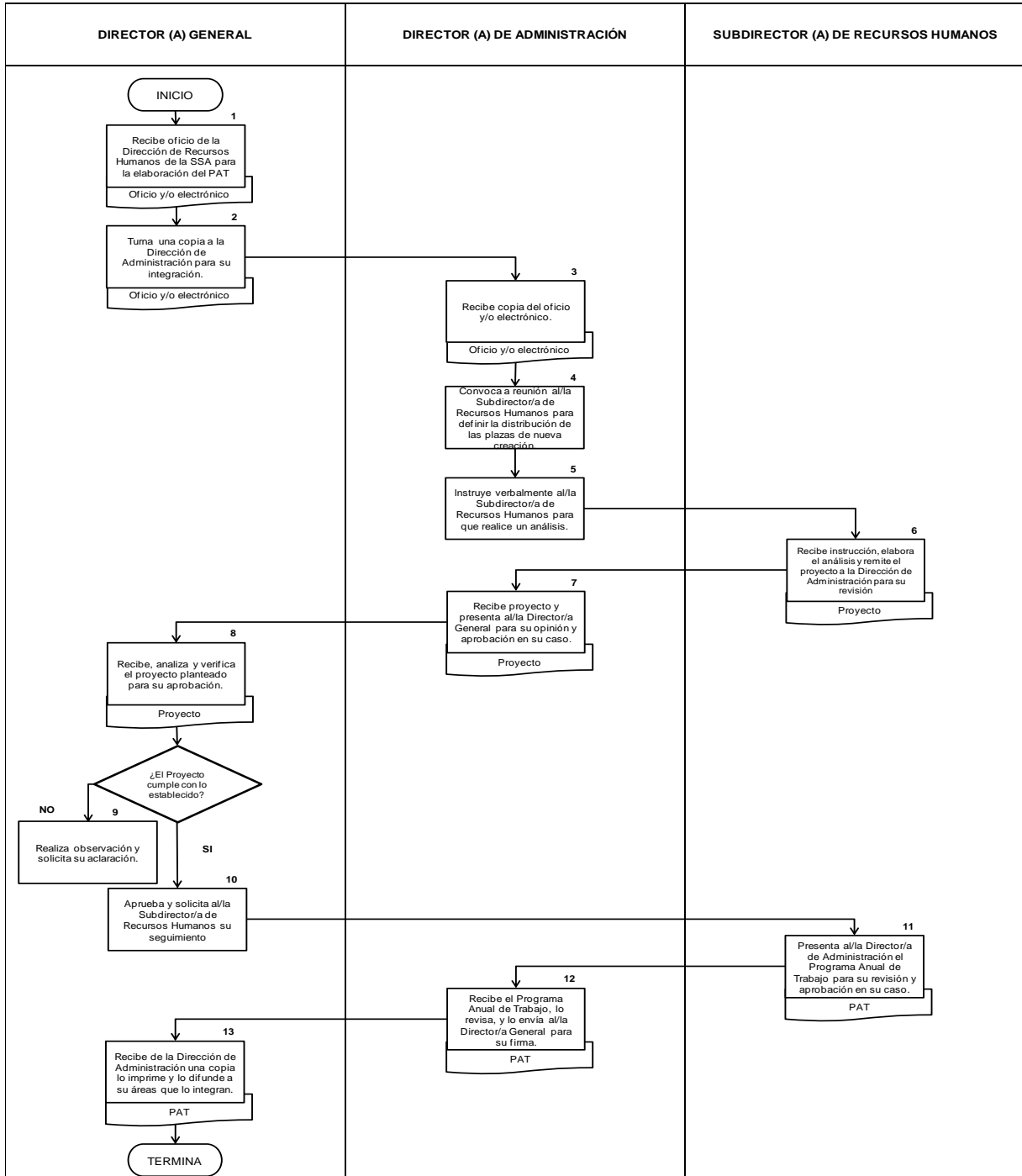
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS	
	45. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) General	1	Recibe oficio y/o electrónico de la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, para la elaboración del Programa Anual de Trabajo del hospital.	Oficio para elaboración del Programa Anual de Trabajo
	2	Turna una copia al/la directora (a) de Administración para su integración.	
Director (a) de Administración	3	Recibe copia del oficio y/o electrónico.	Copia del oficio y/o electrónico
	4	Convoca a reunión al Subdirector (a) de Recursos Humanos para a efecto de definir la distribución de las plazas de nueva creación, de acuerdo a los lineamientos.	
	5	Instruye verbalmente al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos para que realice un análisis de la necesidad de recurso humano por Departamento	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	6	Recibe instrucción, elabora el análisis necesario para determinar a las áreas que se asignara el recurso humano y remite el proyecto al/la directora (a) de Administración para su revisión.	Proyecto
Director (a) de Administración	7	Recibe proyecto y presenta al/la directora (a) General los resultados determinados para su opinión y aprobación en su caso.	Proyecto
Director (a) General	8	Recibe, analiza y verifica el proyecto planteado para su aprobación.	Proyecto
	9	¿El Proyecto cumple con lo establecido? No: Realiza observación y solicita su aclaración.	
	10	Sí: Aprueba y solicita al/la Subdirector (a) de Recursos Humanos su seguimiento.	
Subdirector (a) de Recursos Humanos	11	Presenta al/la Director (a) de Administración el Programa Anual de Trabajo para su revisión y aprobación en su caso.	Programa Anual de Trabajo
Director (a) de Administración	12	Recibe el Programa Anual de Trabajo, lo revisa, y lo envía al/la Director (a) General para su firma.	Programa Anual de Trabajo
Subdirector (a) de Recursos Humano	13	Recibe del/la Director (a) de Administración una copia lo imprime y lo difunde a su áreas que lo integran. TERMINA PROCEDIMIENTO	Programa Anual de Trabajo

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS		
	45. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre, 2013
6.3 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Recursos Humanos	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio Programa Anual de Trabajo	5 Años	Subdirección de Recursos Humanos.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Norma:** Es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades.
- 8.2 Proyecto:** Es una planificación que consiste en un conjunto de actividades que se encuentran interrelacionadas y coordinadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016.	Se revisó el procedimiento, se plasmó como se lleva a cabo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección.		Hoja: 1 de 8

46. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE LAS ÁREAS ADSCRITAS A ESTA SUBDIRECCIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer la organización y concertar reuniones de trabajo para facilitar la supervisión constante a las Áreas adscritas (Departamento de Contabilidad, Tesorería y Área de Integración Presupuestal) con el fin de optimizar las actividades de cada uno.

2 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Financieros y a las Áreas Adscritas a dicha Subdirección, debido a que son estas áreas las involucradas en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo: el procedimiento no aplica

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad, Tesorería e Integración Presupuestal) serán responsables de llevar a cabo las funciones que a cada una le compete, teniendo como base al manual de procedimientos y demás actividades cotidianas que se realizan en los citados departamentos.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad, Tesorería, Integración Presupuestal) proporcionarán la información para ser revisada en cualquier momento a fin de comprobar que ésta se apega a la normatividad aplicable.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad, Tesorería, Integración Presupuestal) vigilarán que la información proporcionada sea entregada en tiempo y forma de acuerdo al manual de procedimientos o instancias que así lo soliciten.
- 3.4 Con base en los estados financieros que mensualmente elabora la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad), procederá de manera aleatoria a comprobar la veracidad de la información de las cuentas que lo integran.
- 3.5 Con base en los estados presupuestales que mensualmente elabora la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal), procederá de manera aleatoria a comprobar la veracidad de la información de las partidas que lo integran.
- 3.6 Con base en la posición diaria de bancos que elabora la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería), procederá de manera aleatoria a comprobar la veracidad de la información de los rubros que lo integran.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) verificará que las operaciones que realice se lleven a cabo de manera lógica y atendiendo un proceso determinado, teniendo como destino final los registros y aplicaciones que implica la técnica contable de este hospital y la normatividad contable vigente.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección.		Hoja: 3 de 8


- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) verificará que las operaciones que realice se lleven a cabo de manera lógica y atendiendo un proceso determinado, teniendo como destino final los registros y aplicaciones presupuestales de este hospital.
- 3.9 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) verificará que las operaciones que realice se lleven a cabo de manera lógica y atendiendo un proceso determinado, teniendo como destino final los registros y aplicaciones de ingresos de este hospital y la normatividad presupuestal vigente.
- 3.10 Los registros contables que se elaboran en la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad), deberán ser supervisados por el responsable de dicha área.
- 3.11 Los registros presupuestales que se elaboran en la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal), deberán ser supervisados por el responsable de dicha área.
- 3.12 Los registros de ingresos y egresos que se elaboran en el Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería), deberán ser supervisados por el responsable de dicha área.
- 3.13 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) participará como concentrador de la información y elaborar conciliaciones de cifras entre las Áreas de Tesorería y Presupuestos, generar los reportes de la situación financiera de la institución y presentarla al Subdirector de Recursos Financieros.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección	




Hoja: 4 de 8

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

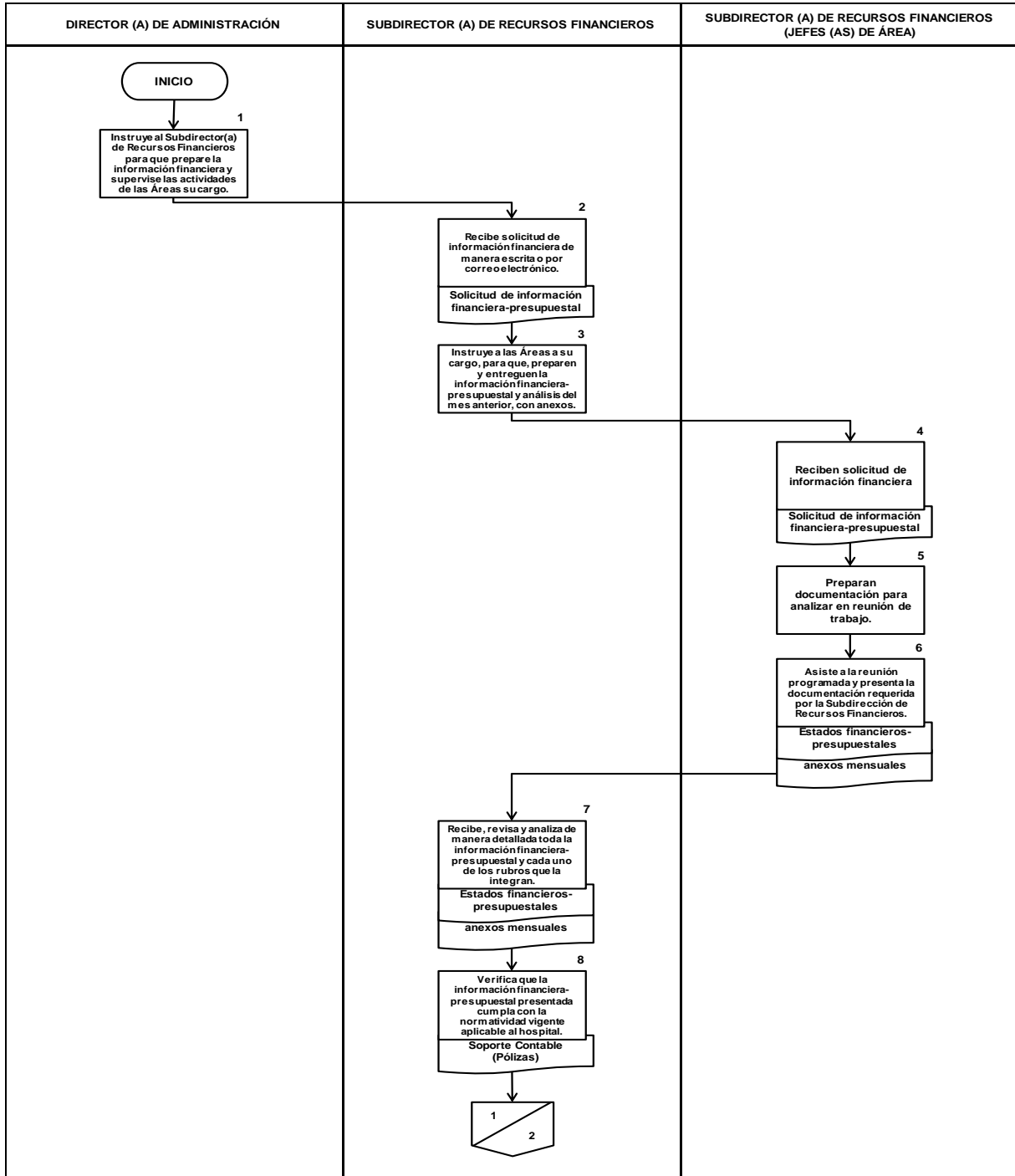
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros para que, prepare la información financiera y supervise el desarrollo de las actividades de las Áreas adscritas a su cargo.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	2	Recibe solicitud de información financiera de manera escrita o por correo electrónico.	Oficio de solicitud de información financiera-presupuestal
	3	Instruye a las Departamento de Contabilidad, Integración Presupuestal y Tesorería, para que, preparen y entreguen la información financiera-presupuestal y análisis del mes anterior, con anexos.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefes de Área)	4	Reciben solicitud de información financiera	Solicitud de información financiera-presupuestal Estados financieros-presupuestales y anexos mensuales
	5	Preparan documentación para analizar en reunión de trabajo.	
	6	Asiste a la reunión programada y presenta la documentación requerida por la Subdirección de Recursos Financieros.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	7	Recibe, revisa y analiza de manera detallada toda la información financiera-presupuestal y cada uno de los rubros que la integran.	Estados financieros-presupuestales y anexos Soporte Contable (Pólizas)
	8	Verifica que la información financiera-presupuestal presentada cumpla con la normatividad vigente aplicable al hospital. ¿La información presentada cumple?	
	9	No: Regresa la documentación al Área correspondiente y solicita su aclaración o explicación	
	10	Sí: Determina acciones concretas a seguir.	
	11	Interpreta documentación de información financiera-presupuestal de manera detallada.	
	12	Complementa la información financiera-presupuestal que presentará al/la directora(a) de Administración.	
	13	Firma los estados financieros mensuales y envía una copia de estos y sus anexos al Director de Administración.	
Director (a) de Administración	14	Recibe estados financieros mensuales y estado del ejercicio del presupuesto mensual referente a	Estados Financieros-

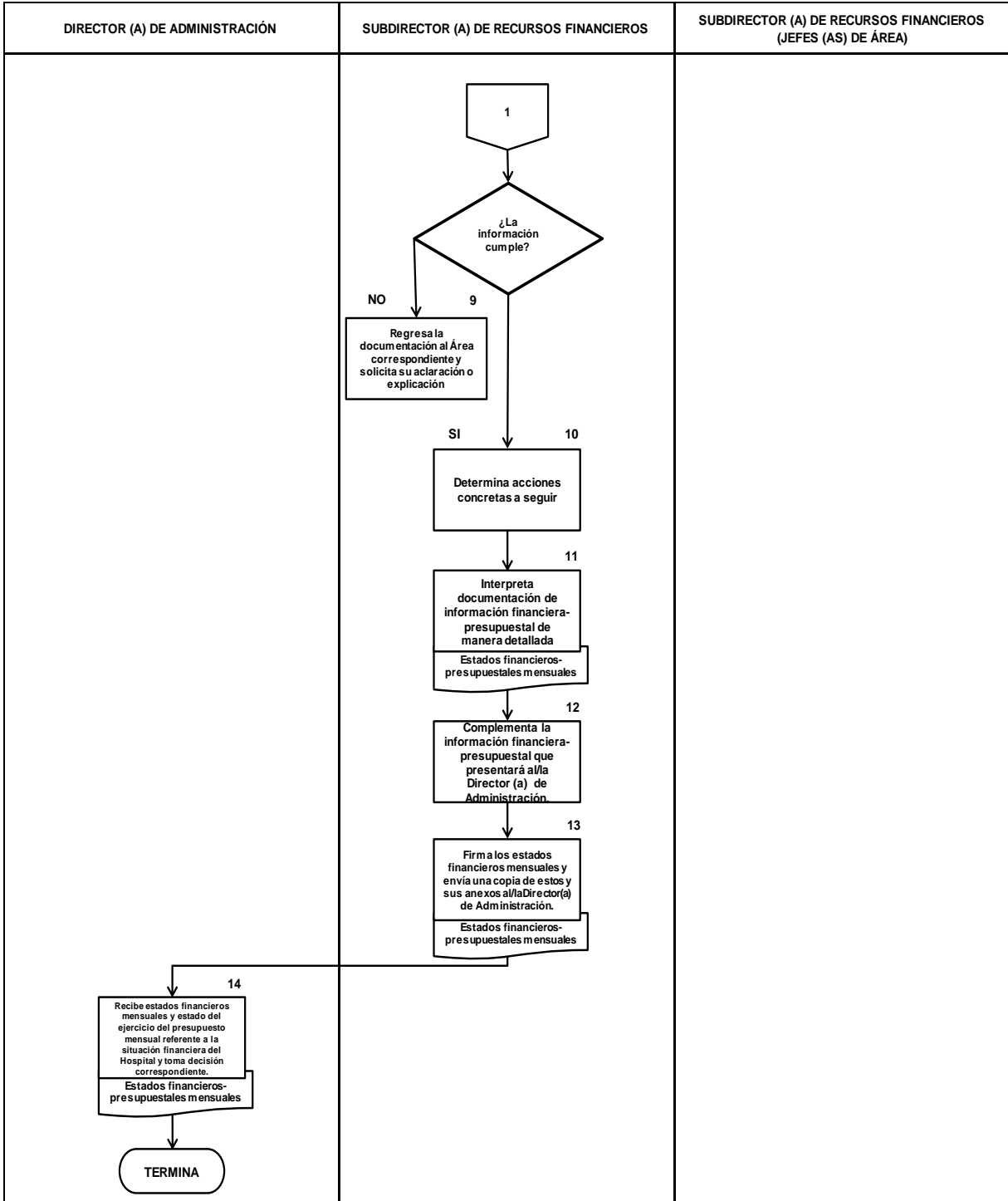
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección	
		Hoja: 5 de 8




		la situación financiera del Hospital y toma decisión correspondiente.	presupuestales mensuales
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		Hoja: 6 de 8
46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	46. Procedimiento para supervisar y evaluar las actividades de las Áreas Adscritas a esta Subdirección.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 16
6.2	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 13

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Estados Financieros	5 Años	Área de Contabilidad	N/A
7.2 Estados presupuestales	5 Años	Área de Integración Presupuestal	N/A
7.3 Concentrado de ingresos y egresos	5 Años	Área de Tesorería	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Entidades:** los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos públicos, que de conformidad con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal sean considerados entidades paraestatales.
- 8.2 **Estados Financieros:** Documento que refleja la situación financiera de una entidad a un tiempo determinando.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se aplica el lenguaje incluyente, se le realizan modificaciones a los diagramas del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	47. Procedimiento para dirigir el registro de los recursos federales.		Hoja: 1 de 7

47.PROCEDIMIENTO PARA DIRIGIR EL REGISTRO DE LOS RECURSOS FEDERALES.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	47. Procedimiento para dirigir el registro de los recursos federales.		Hoja: 2 de 7

1 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer la coordinación entre las Departamento de Tesorería, Contabilidad e Integración Presupuestal para conocer el monto de las transferencias realizadas por el Gobierno Federal al Hospital, con el fin de estar al tanto de la disponibilidad financiera y con ello ejercer el presupuesto autorizado en tiempo y forma.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Financieros y a las Departamento de Tesorería, Contabilidad e Integración Presupuestal, debido a que son estas áreas las involucradas en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) supervisará que se lleve a cabo la validación de la Cuenta por Liquidar Certificada de ministración de fondos.
- 3.2 El registro presupuestal de los Recursos Federales se realizará en base a las técnicas contables y presupuestales vigentes.
- 3.3 La Cuenta por Liquidar Certificada de ministración de fondos que se emplea deberá estar elaborado de acuerdo a las claves e importes que marca el presupuesto autorizado.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros verificará que el Departamento de Integración Presupuestal y Tesorería se encarguen de tramitar la Cuenta por Liquidar Certificada con la cual se gestionara la ministración de recursos federales, teniendo como soporte el Original de la Cuenta por Liquidar Certificada que emite el Sistema Integral de Contabilidad y Presupuestos (SICOP)
- 3.5 La Subdirección de Recursos Financieros verificará que el Departamento de Contabilidad registre en póliza de ingresos, las ministraciones de recursos recibidos por la federación.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) recibirá el original del documento emitido por la Tesorería de la Federación (Cuenta por Liquidar Certificada) conteniendo información respecto al depósito efectuado y lo entregará al Departamento de Contabilidad, quien lo tendrá como comprobante para registro, aclaraciones y/o conciliaciones posteriores.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	47. Procedimiento para dirigir el registro de los recursos federales.	

Hoja: 3 de 7

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

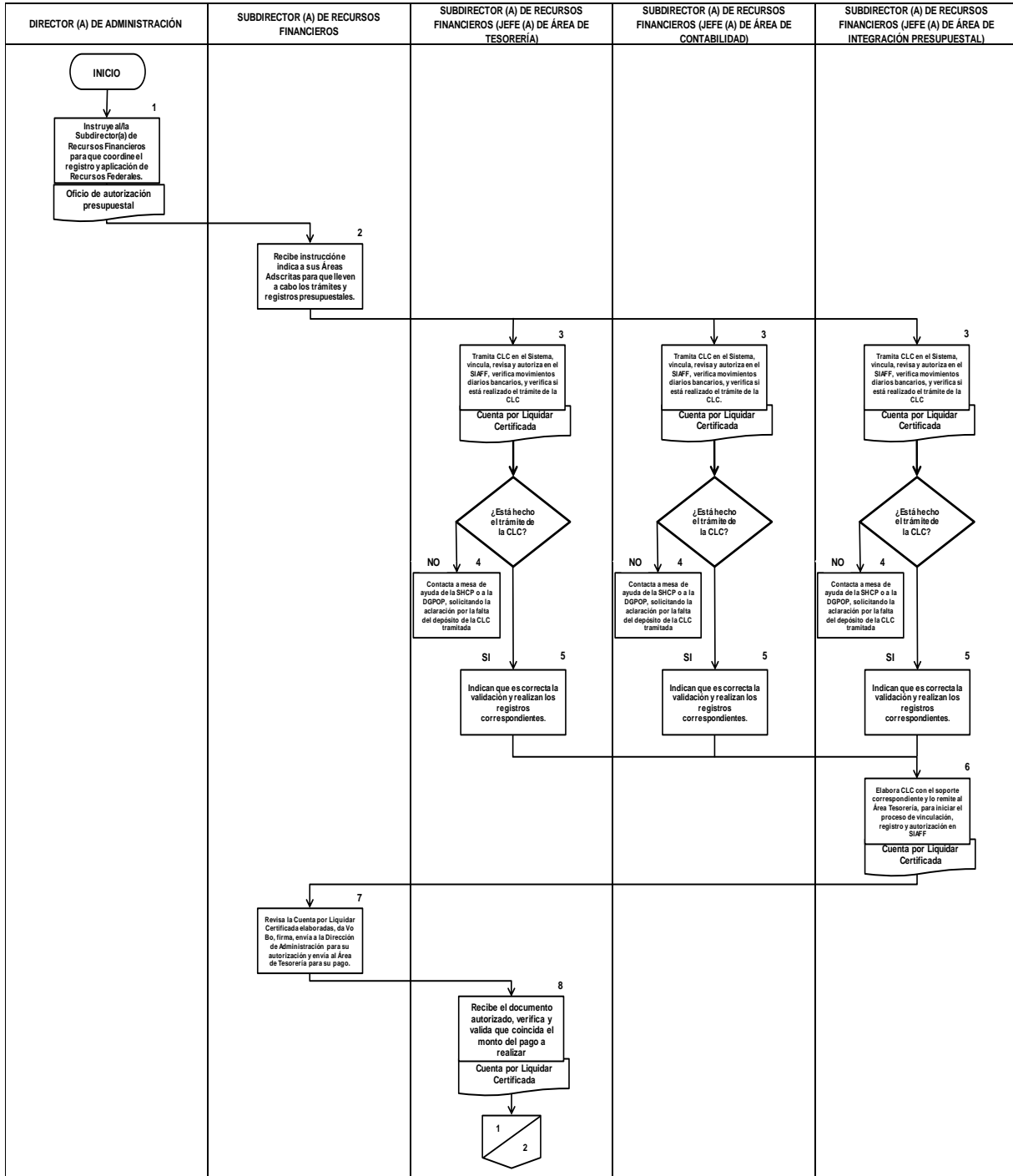
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros para que coordine el registro y aplicación de Recursos Federales.	Oficio de autorización presupuestal
Subdirector (a) de Recursos Financieros	2	Recibe instrucción e indica a sus Departamentos Adscritos para que lleven a cabo los trámites y registros presupuestales.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefes (as) de Departamento de Tesorería, Contabilidad e Integración Presupuestal)	3	Tramita Cuenta por Liquidar Certificada en el Sistema de Contabilidad Presupuestal, vincula, revisa y autoriza en el Sistema de Administración Financiera Federal, verifica movimientos diarios bancarios, y verifica si está realizado el trámite de la Cuenta por Liquidar Certificada ¿Está hecho el trámite de la Cuenta por Liquidar Certificada?	Cuenta por Liquidar Certificada
	4	No: Contacta a mesa de ayuda de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, solicitando la aclaración por la falta del depósito de la Cuenta por Liquidar Certificada tramitada	
	5	Sí: Indican que es correcta la validación y realizan los registros correspondientes.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe(a) de Departamento de Integración Presupuestal)	6	Elabora Cuenta por Liquidar Certificada con el soporte correspondiente en original, y lo remite al Departamento Tesorería, para iniciar el proceso de vinculación, registro y autorización en Sistema de Administración Financiera Federal.	Cuenta por Liquidar Certificada
Subdirector (a) de Recursos Financieros	7	Revisa la Cuenta por Liquidar Certificada elaboradas, da Vo Bo, firma, envía a la Dirección de Administración para su autorización y envía al Departamento de Tesorería para su pago.	Cuenta por Liquidar Certificada
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe de Área de Tesorería)	8	Recibe el documento autorizado, verifica y valida que coincida el monto del pago a realizar ¿Coincide el monto del pago a realizar?	Cuenta por Liquidar Certificada Soporte documental
	9	No: Regresa el documento para su debida corrección	
	10	Si: Aplica documento original	
	11	Envía la Cuenta por Liquidar Certificada en original y soporte documental, con las firmas correspondientes al Departamento de Contabilidad para su registro	

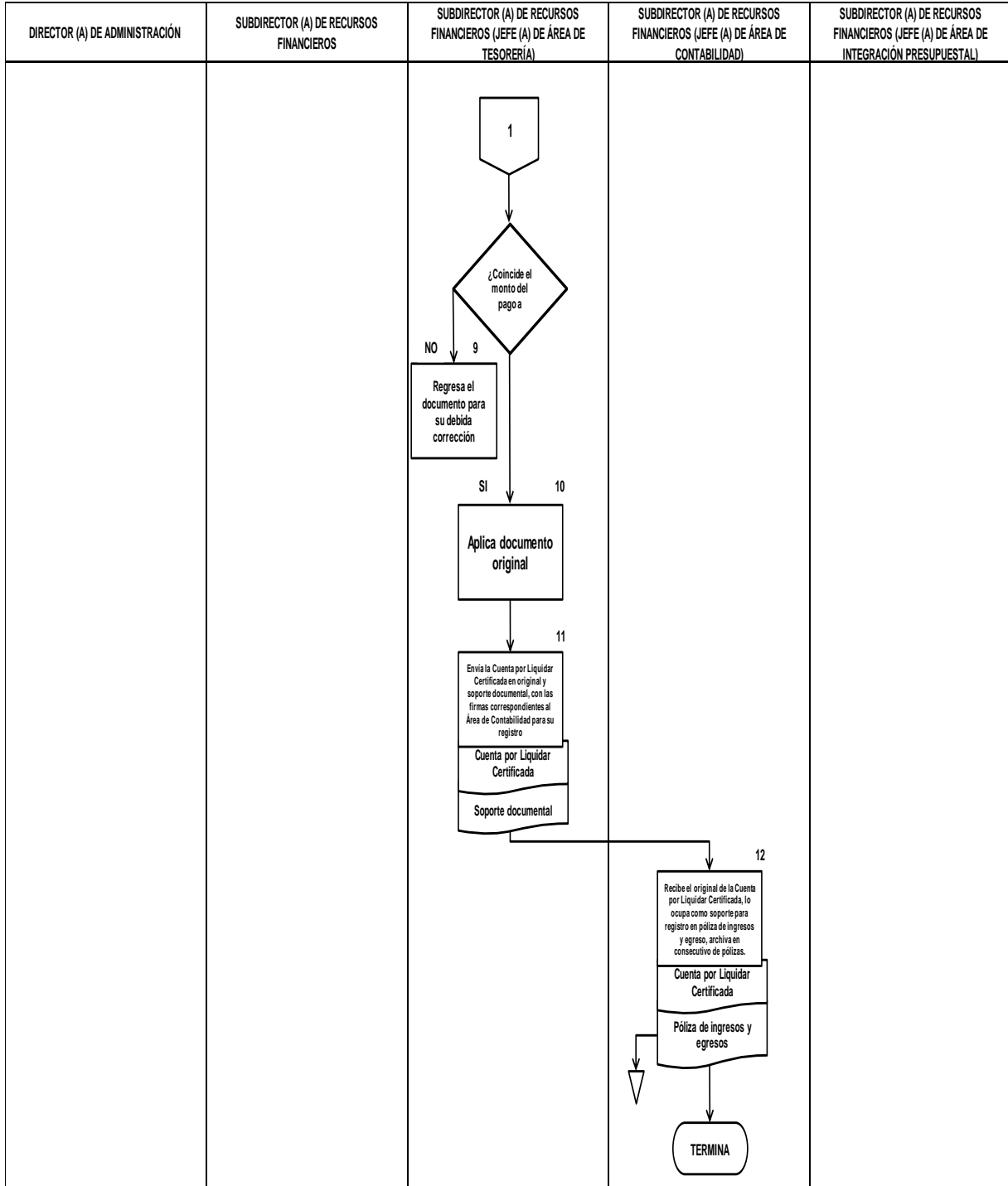
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	47. Procedimiento para dirigir el registro de los recursos federales.	




Hoja: 4 de 7

Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) de Departamento de Contabilidad)	12	Recibe el original de la Cuenta por Liquidar Certificada, lo ocupa como soporte para registro en póliza de ingresos y egreso, archiva en consecutivo de pólizas. TERMINA PROCEDIMIENTO	Cuenta Liquidar Certificada Póliza de ingresos y egresos
--	----	--	--

5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	47. Procedimiento para dirigir el registro de los recursos federales.		Hoja: 7 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 17
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 13

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Cuenta por liquidar certificada	5 Años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad)	N/A
7.2 Póliza de Ingresos	5 Años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 Ministración de Fondos Federales:** Recursos presupuestarios que la Tesorería de la Federación a través de la red bancaria entrega a las dependencias de la Administración Pública Federal, con base en la programación del ejercicio especificada en los calendarios autorizados de ministración de fondos y en la autorización de las órdenes de pago.
- 8.2 Sistema de Administración Financiera Federal:** Sistema Informático de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el cual se validan y autorizan para pago las Cuentas por Liquidar Certificadas.
- 8.3 Sistema de Contabilidad Presupuestal:** Sistema Informático de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el cual se registran y comprometen para pago las Cuentas por Liquidar Certificadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se aplica el lenguaje incluyente. se le realizan modificaciones a los diagramas y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital.		Hoja: 1 de 8

48.PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR EL REGISTRO CONTABLE DE LOS INGRESOS DEL HOSPITAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO




- 1.1 Implementar medidas de control para tener la seguridad de que los ingresos propios se capten, registren e informen oportunamente por la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería), asimismo se ocupe únicamente para fines de operación del Hospital, con el propósito de cubrir las necesidades que se presenten al momento.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Financieros, Departamento de Contabilidad, Área de Integración Presupuestal y Departamento de Tesorería, debido a que son estos Departamentos los involucrados en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Subdirección de Recursos Financieros deberá coordinar al Departamento de Tesorería para que entregue al Departamento de Contabilidad y al de Integración Presupuestal, la documentación que corresponde elaborar en las fechas establecidas, para registrar los ingresos oportunamente.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Financieros será responsable a través del Departamento de Contabilidad de llevar adecuadamente el registro de los ingresos de la Institución.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería), deberá reportar inmediatamente las transferencias que la Tesorería de la Federación realice a la institución.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros será responsable que los ingresos por cuotas de recuperación sean cobradas de acuerdo al "Tabulador de Cuotas de Recuperación" vigente.
- 3.5 La categoría de varios será considerada como Otros Ingresos en la que se considerará: Venta de desperdicio, espacio telefónico y restaurant, venta de desechos, escuela de enfermería e investigación, etc.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros revisará que los donativos en efectivo o en especie al ser complemento de los recursos monetarios, sean registrados por la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad), por ser aportaciones que realizan personas físicas y morales.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) será la responsable de dar aviso al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros, de los intereses generados por las inversiones en Valores y puedan ser consideradas por el Departamento de Contabilidad.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital.		Hoja: 3 de 8

- 3.8 Las pólizas de ingresos que elabore la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) deberán llevar las rúbricas del/la Jefe(a) de Área y del/la Subdirector(a) de Recursos Financieros.
- 3.9 La disposición y manejo de estos recursos se llevará a cabo en la institución; y corresponde a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad, Área de Integración Presupuestal y Departamento de Tesorería), el control y manejo de registros contables-presupuestales necesarios y obligatorios acordes a la contabilidad gubernamental y hacendaria.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) deberá verificar que la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) registre en las pólizas, los importes de cada uno de los servicios otorgados.
- 3.11 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) preparará la documentación soporte de todos los ingresos que se realizaron en el día y deberá enviarla a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad y Departamento de Integración presupuestal) cada 5 días.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Financieros deberá supervisar que la documentación que entregue a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería, Departamento de Contabilidad y Área de Integración presupuestal), lleve los sellos y firmas correspondientes, por si hubiere alguna aclaración posterior.

 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital. Hoja: 4 de 8

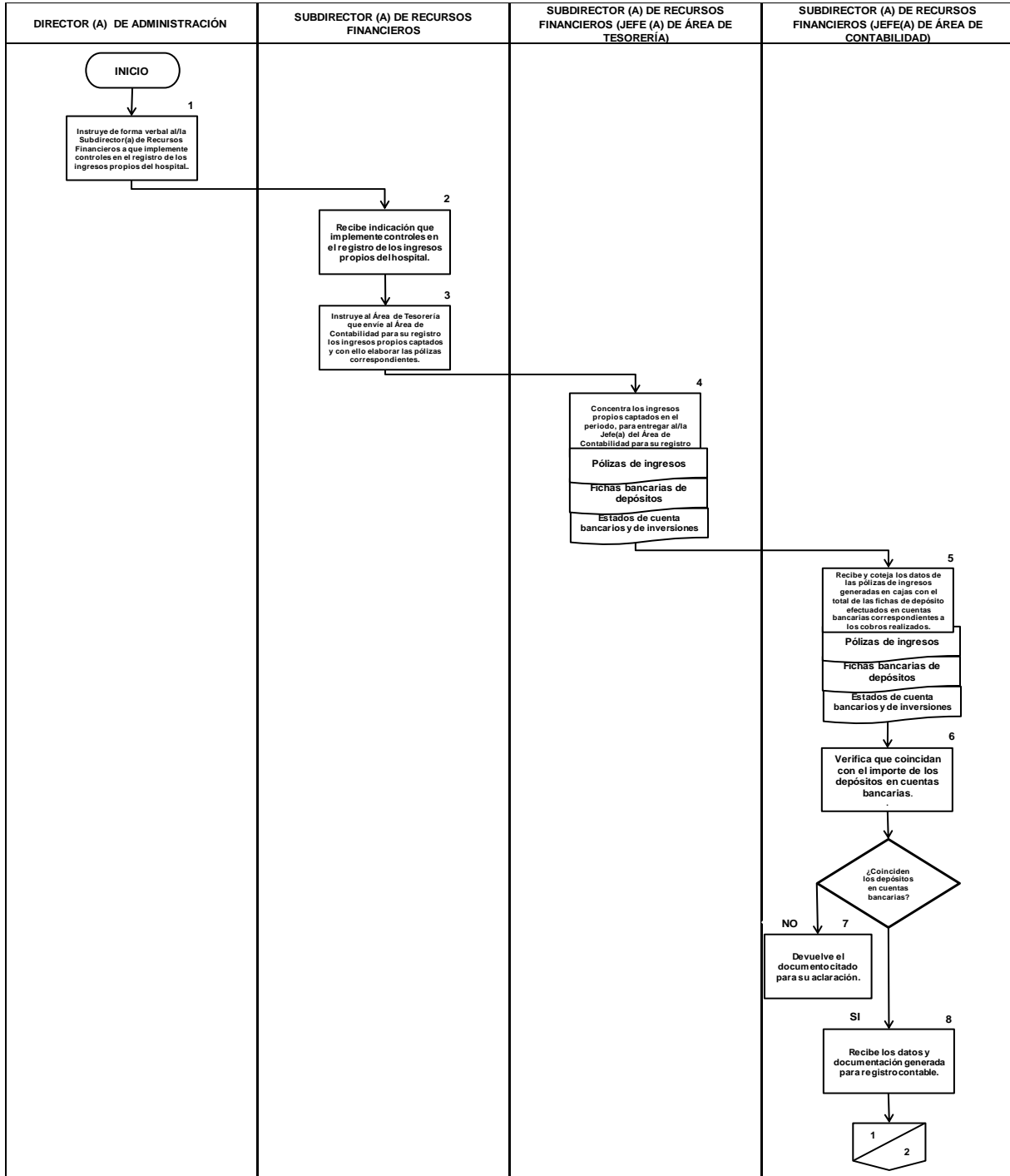
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye de forma verbal al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros a que implemente controles en el registro de los ingresos propios del hospital.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	2	Recibe indicación que implemente controles en el registro de los ingresos propios del hospital.	
	3	Instruye al Departamento de Tesorería que envíe al Departamento de Contabilidad para su registro dentro de los primeros 5 días posteriores al cierre del siguiente mes los ingresos propios captados y con ello elaborar las pólizas correspondientes.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe de Área de Tesorería)	4	Concentra los ingresos propios captados (Recibo Único de Ingresos, fichas bancarias, estados de cuenta bancarios y de inversiones) en el periodo, para entregar al/la Jefe(a) del Departamento de Contabilidad para su registro.	Pólizas de ingresos Fichas bancarias de depósitos Estados de cuenta bancarios y de inversiones
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe de Área de Contabilidad)	5	Recibe documentación y coteja los datos de las pólizas de ingresos generadas en cajas con el total de las fichas de depósito efectuados en cuentas bancarias correspondientes a los cobros realizados.	Pólizas de ingresos Fichas bancarias de depósitos Estados de cuenta bancarios y de inversiones
	6	Verifica que coincidan con el importe de los depósitos en cuentas bancarias. ¿Coinciden con el importe de los depósitos en cuentas bancarias?	
	7	No: Devuelve el documento citado para su aclaración.	
	8	Sí: Recibe los datos y documentación generada para registro contable.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) de Área de Contabilidad)	9	Registra en póliza de ingresos por las cuotas de recuperación captadas, inversiones e intereses y otros ingresos, las captura en el sistema contable y entrega las mismas a la Subdirección de Recursos Financieros para su revisión.	Pólizas de ingreso
Subdirector (a) de Recursos	10	Recibe las pólizas y revisa que estén debidamente contabilizadas y con el soporte	Pólizas de ingreso

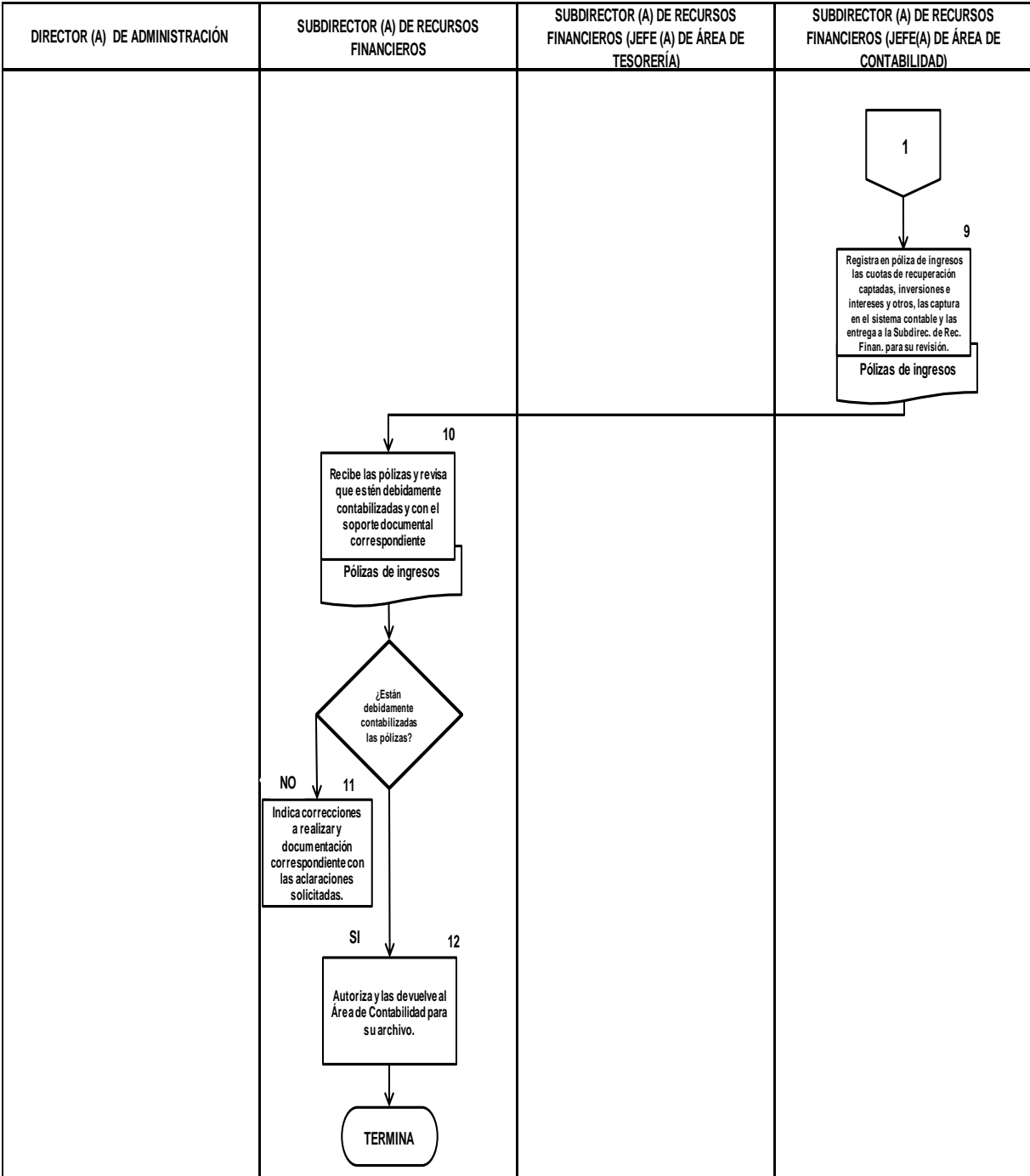
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital. <div style="text-align: right;">Hoja: 5 de 8</div>	




Financieros	11	documental correspondiente ¿Están debidamente contabilizadas las pólizas? No: Indica correcciones a realizar y documentación correspondiente con las aclaraciones solicitadas.	
	12	Si: Autoriza y las devuelve al Departamento de Contabilidad para su archivo. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital.		Hoja: 7 de 8



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	48. Procedimiento para verificar el registro contable de los ingresos del Hospital.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Póliza de Ingresos	5 Años	Departamento de Contabilidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **RUI:** Recibo Único de Ingresos que se emite en cajas por el cobro de servicios hospitalarios.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se aplica el lenguaje incluyente, se le realizan modificaciones a los diagramas y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.		Hoja: 1 de 6

**49.PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR LA SUFICIENCIA
PRESUPUESTARIA PARA LA ADJUDICACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.		Hoja: 2 de 6

1 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer coordinación con las otras subdirecciones del Hospital para agilizar el registro, aplicación y control de los recursos que se requieren para cumplir con los compromisos contraídos por la Entidad.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las Subdirecciones de Recursos Materiales, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) y Departamento de Abastecimiento, debido a que son estos departamentos los involucrados en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.



3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) será responsable de verificar que exista disponibilidad presupuestal para comprometer su ejercicio.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) solo registrará aquellos compromisos que estén soportados por el pedido o contrato debidamente requisitado.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) será responsable de vigilar que los contratos y pedidos deberán indicar la partida presupuestal que deberá afectarse.
- 3.4 Para revisar los contratos de prestación de servicios adjudicados, la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) verificará que la información de estos en cuanto a la partida presupuestal, objeto, monto mensual y anual y vigencia sean acordes con los de la solicitud de disponibilidad presupuestal autorizada.
- 3.5 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) será responsable de observar que en el registro de relación de contratos fincados se deberá indicar número de contrato, vigencia, contratista, objeto, monto mensual y monto anual.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) será responsable de verificar que la solicitud se presente en tiempo y forma que cumpla con los requisitos que se piden.
- 3.7 Se deberá indicar en la solicitud la o las partidas presupuestales que se afectarán, así como la fecha en la que se aplicará dicha adquisición.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) será responsable el autorizar la existencia de disponibilidad

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.		Hoja: 3 de 6

presupuestal en la partida que para tal efecto este comprendida en el presupuesto asignado al hospital durante el ejercicio fiscal vigente.




- 3.9 El pedido que elabora el la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Adquisiciones) debe fincarse teniendo en cuenta los montos máximo y mínimos de acuerdo a la normatividad vigente y las cantidades y precios aprobados y autorizados en el presupuesto de egresos del ejercicio fiscal vigente.
- 3.10 Los tipos y formatos de contratos serán sometidos a la decisión que se tome en el Comité de Adquisiciones y Área Jurídica del hospital.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.	

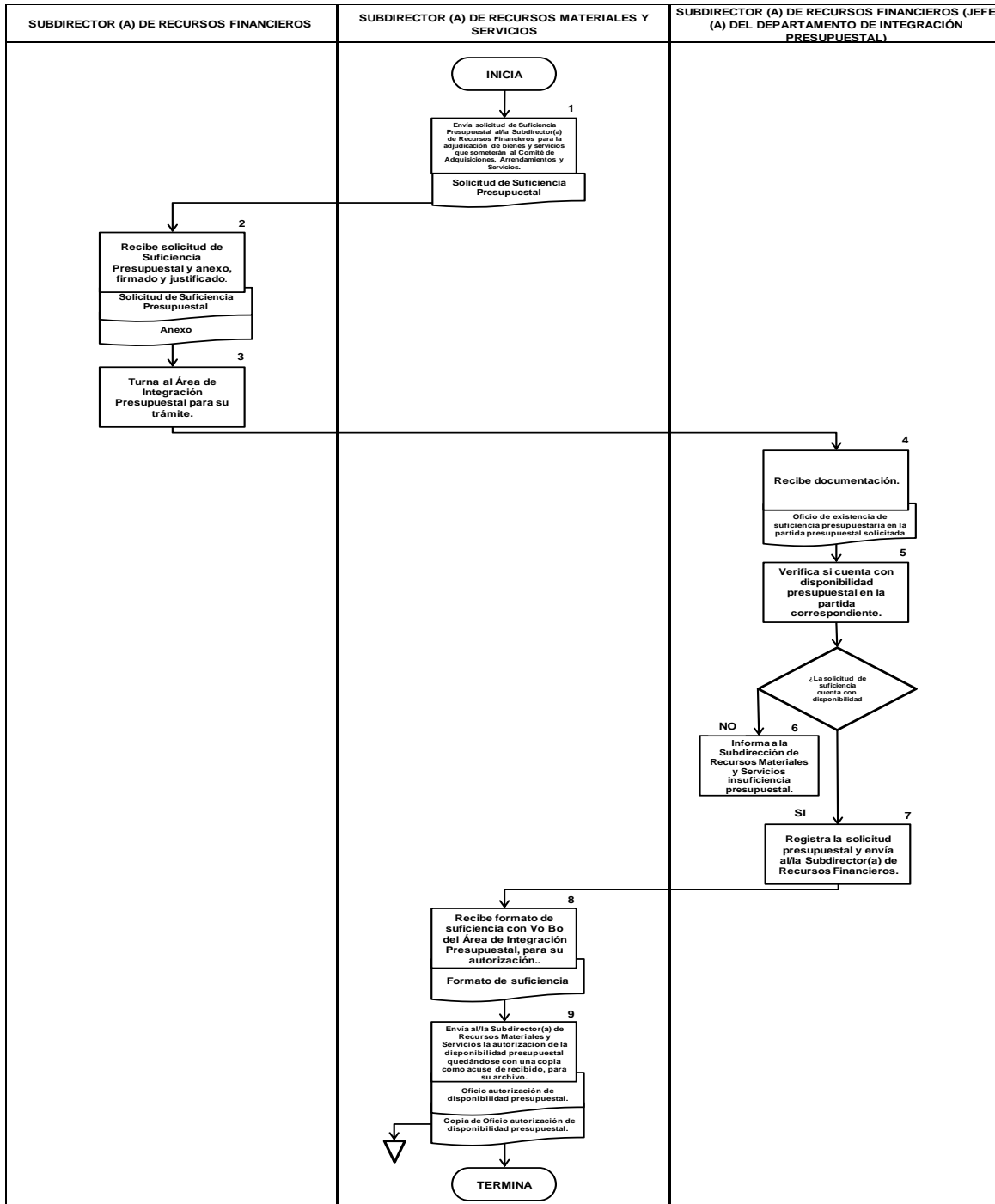
Hoja: 4 de 6




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	1	Envía solicitud de Suficiencia Presupuestal al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros para la adjudicación de bienes y servicios que someterán al Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.	Solicitud de Suficiencia Presupuestal
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	2	Recibe solicitud de Suficiencia Presupuestal y anexo, firmado y justificado.	Solicitud de Suficiencia Presupuestal Anexo
	3	Turna al Área de Integración Presupuestal para su trámite.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros.(Jefe (a) del Departamento de Integración Presupuestal)	4	Recibe documentación.	Oficio informando la existencia de suficiencia presupuestaria en la partida presupuestal solicitada
	5	Verifica si cuenta con disponibilidad presupuestal en la partida correspondiente. ¿La solicitud de suficiencia presupuestal cuenta con la disponibilidad financiera en la partida presupuestal?	
	6	No: Informa a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios insuficiencia presupuestal.	
	7	Si: Registra la solicitud presupuestal y envía al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	8	Recibe formato de suficiencia con Vo Bo del Área de Integración Presupuestal, para su autorización.	Formato de suficiencia Oficio autorización de disponibilidad presupuestal.
	9	Envía al/la Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios la autorización de la disponibilidad presupuestal quedándose con una copia como acuse de recibido, para su archivo. TERMINA PROCEDIMIENTO	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		Hoja: 5 de 6
49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	49. Procedimiento para autorizar la suficiencia presupuestaria por la adjudicación de bienes y servicios.		Hoja: 6 de 6

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.2	Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio de autorización presupuestal	5 Años	Departamento de Contabilidad	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



8.1 Suficiencia presupuestal: Es la autorización de recursos financieros para poder llevar a cabo la contratación con proveedores de bienes y servicios.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se aplica el lenguaje incluyente, se le realizan modificaciones a los diagramas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	50. Procedimiento para atender las demandas internas de información.		Hoja: 1 de 5

50.PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LAS DEMANDAS INTERNAS DE INFORMACIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	50. Procedimiento para atender las demandas internas de información.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO


- 1.1 Desarrollar elementos de coordinación que permitan dar respuesta oportuna a las demandas de información que otras áreas del hospital solicitan.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Financieros, a los Departamentos adscritos (Departamento de Contabilidad, Departamento de Tesorería e Integración Presupuestal) y a las Áreas sustantivas o Administrativas del Hospital que soliciten información, debido a que son estas áreas las involucradas en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.




- 3.1 La respuesta a las solicitudes internas de información se realizara teniendo como base la información que la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad, Tesorería e Integración Presupuestal) elabora.
- 3.2 La respuesta a las solicitudes internas de información se realizara teniendo como base la solicitud expresa del área interna solicitante, apegándose a las formas y tiempos que así solicite dicha área.
- 3.3 Las solicitudes de información deberán ser competencia del área financiera.
- 3.4 Las solicitudes de información interna podrán provenir de las diferentes reuniones de trabajo, así como de los diversos comités en los cuales participa el área financiera.
- 3.5 Cuando se trata de información solicitada por un comité, la información se remitirá al secretario de dicho comité o a quien designe el/la Directora(a) de Administración.
- 3.6 En la asistencia a los diferentes comités por parte del/la Subdirector(a) de Recursos financieros se informará, si así se requiere, de los principales aspectos presupuestales y contables de la entidad para facilitar la toma de decisiones al comité.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros (Depaartamento de Integración Presupuestal), será responsable de proporcionar la información relativa al ejercicio del presupuesto asignado a la entidad, a las instancias que la soliciten, en forma adecuada y en las fechas establecidas.

	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	50. Procedimiento para atender las demandas internas de información.	

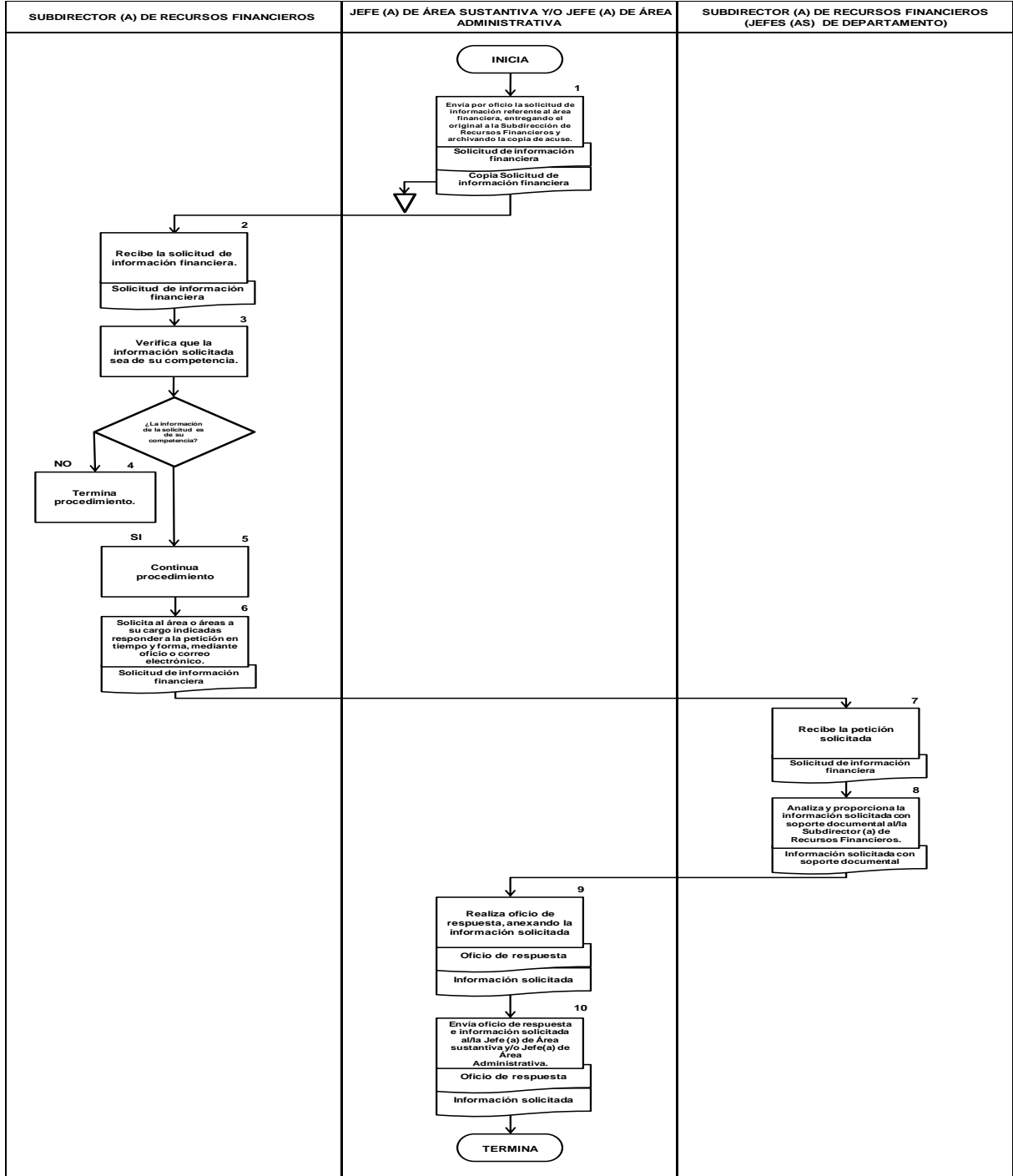
Hoja: 3 de 5




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe (a) de Área sustantiva y/o Jefe (a) de Área Administrativa	1	Envía por oficio la solicitud de información referente al área financiera, entregando el original a la Subdirección de Recursos Financieros y archivando la copia de acuse.	Solicitud de información financiera Copia de Solicitud de información financiera
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	2 3 4 5 6	Recibe la solicitud de información financiera. Verifica que la información solicitada sea de su competencia. ¿La información de la solicitud es de su competencia? No: Termina procedimiento. Si: Continúa procedimiento Solicita al área o áreas a su cargo indicadas responder a la petición en tiempo y forma, mediante oficio o correo electrónico.	Solicitud de información financiera
Subdirector (a) de Recursos Financieros.(Jefes(as) de Departamentos Adscritos)	7 8	Recibe la petición solicitada Analiza y proporciona la información solicitada con soporte documental al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros.	Solicitud de información financiera Información solicitada con soporte documental
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	9 10	Realiza oficio de respuesta, anexando la información solicitada. Envía oficio de respuesta e información solicitada al/la Jefe(a) de Área sustantiva y/o Jefe(a) de Área Administrativa.	Oficio de respuesta Información solicitada
TERMINA PROCEDIMIENTO			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	50. Procedimiento para atender las demandas internas de información.		Hoja: 4 de 5

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	50. Procedimiento para atender las demandas internas de información.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio de solicitud	5 Años	Subdirección de Recursos Financieros (Departamento adscrito)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Información financiera:** Es información que produce la contabilidad indispensable para la administración y el desarrollo de las empresas y por lo tanto es procesada y concentrada para uso de la gerencia y personas que trabajan en la empresa.
- 8.2 **Informes:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se aplica el lenguaje incluyente Se le realizan modificaciones a los diagramas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	51. Procedimiento para organizar la transmisión de los formatos del sistema integral de información.		Hoja: 1 de 5

**51.PROCEDIMIENTO PARA ORGANIZAR LA TRANSMISIÓN DE LOS
FORMATOS DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	51. Procedimiento para organizar la transmisión de los formatos del sistema integral de información.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Coordinar con el Área de Integración Presupuestal, la captura de datos y llenado de los formatos del Sistema Integral de Información, para que se puedan transmitir en forma oportuna.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Financieros, (Departamento de Integración Presupuestal, Departamento de Tesorería y Departamento de Contabilidad) encargadas de general la información, debido a que son estas áreas las involucradas en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La captura y transmisión de los formatos del Sistema Integral de Información será responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal, Departamento de Tesorería y Departamento de Contabilidad).
- 3.2 La transmisión de los formatos estará sujeta a las fechas y horarios que establezca el Comité Técnico de Información del S.I.I.
- 3.3 Se deberá cumplir con los requerimientos que demanda el Sistema Integral de Información, sobre la generación de información oportuna, confiable, consistente y veraz para la correcta toma de decisiones.
- 3.4 La información comprendida en el Sistema Integral de Información, invariablemente deberá coincidir con la que se presenta en diversos foros como: reuniones de Órganos de Gobiernos, Comité de Control y Desempeño Institucional, entre otros.
- 3.5 Las cifras registradas deberán ser confiables en todo momento, aún cuando las reportadas en la primera versión tengan un carácter preliminar; sin embargo, los datos definitivos deberán reportarse en un plazo no mayor a 30 días.
- 3.6 Los formatos en conjunto con los de diversas áreas de la institución deberán ser transmitidos y supervisados por la Subdirección de Recursos Financieros.

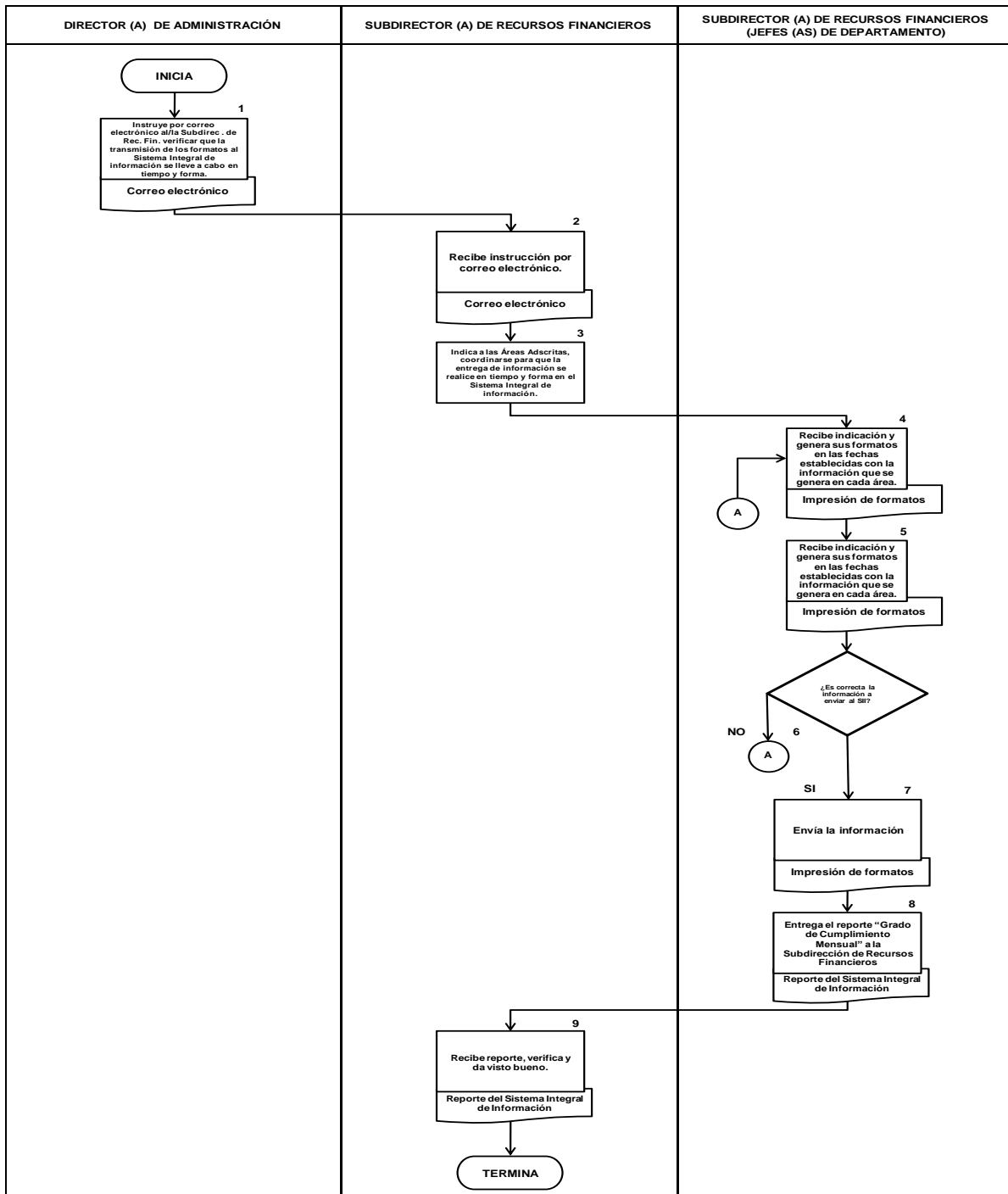
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	51. Procedimiento para organizar la transmisión de los formatos del sistema integral de información	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye por correo electrónico al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros verificar que la transmisión de los formatos al Sistema Integral de información se lleve a cabo en tiempo y forma.	Correo electrónico
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	2	Recibe instrucción por correo electrónico.	Correo electrónico
	3	Indica a las Áreas Adscritas, coordinarse para que la entrega de información se realice en tiempo y forma en el Sistema Integral de información.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefes (as) de Departamentos adscritos)	4	Recibe indicación y genera sus formatos en las fechas establecidas con la información que se genera en cada área.	Impresión de formatos Reporte del Sistema Integral de Información
	5	Recibe y captura información en el sistema, la imprime y revisa, corrobora que la captura sea la correcta, rúbrica y envía para su transmisión- ¿Es correcta la información a enviar al Sistema Integral de Información?	
	6	No: Regresa a la actividad 4	
	7	Si: Envía la información	
	8	Entrega el reporte "Grado de Cumplimiento Mensual" a la Subdirección de Recursos Financieros	
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	9	Recibe reporte, verifica y da visto bueno.	Reporte del Sistema Integral de Información
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	51. Procedimiento para organizar la transmisión de los formatos del sistema integral de información.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Reporte del Sistema Integral de Información de	5 Años	Departamentos adscritos a la Subdirección de Recursos Financieros.	No de Reporte

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **SII.-** Sistema Integral de Información. Sistema informático establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para informar las diversas operaciones financieras que realiza un ente durante un ejercicio fiscal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se aplica el lenguaje incluyente Se le realizan modificaciones a los diagramas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	52. Procedimiento para participar en los diferentes Comités relacionados con esta Subdirección.		Hoja: 1 de 5

52.PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LOS DIFERENTES COMITÉS RELACIONADOS CON ESTA SUBDIRECCIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	52. Procedimiento para participar en los diferentes Comités relacionados con esta Subdirección.		Hoja: 2 de 5

1 PROPÓSITO



- 1.1 Con la finalidad de optimizar los recursos presupuestales y que el funcionamiento del área financiera sea óptimo, el/la Subdirector(a) de Recursos Financieros participa en los Comités y Subcomités de Adquisiciones para exponer los casos referentes a su Área y del mismo modo, dentro del ámbito financiero, aprobar o denegar los casos expuestos ante el Comité y/o Subcomité.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Comité y/o Subcomité de Adquisiciones, a la Subdirección de Recursos Financieros y a los Departamentos Adscritos (Departamento de Contabilidad, Departamento de Tesorería y de Integración Presupuestal.), debido a que son estos Departamentos los involucrados en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Será responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, presentar en los Comités y/o Subcomité de Adquisiciones los casos referentes al área financiera.
- 3.2 El/la Subdirector(a) de Recursos Financieros asistirá a los Comités y/o Subcomité de Adquisiciones, siempre y cuando reciba invitación expresa a participar en los mismos.
- 3.3 Las funciones de la Subdirección de Recursos Financieros, cuando participe como vocal, estarán delimitadas en las propias normas del Comité y/o Subcomité de Adquisiciones en cuestión.
- 3.4 La información que se proporcione al Comité y/o Subcomité de Adquisiciones, será revisada con anterioridad por el área financiera responsable.
- 3.5 La participación del/la Subdirector(a) de Recursos Financieros se limitará al ámbito financiero.

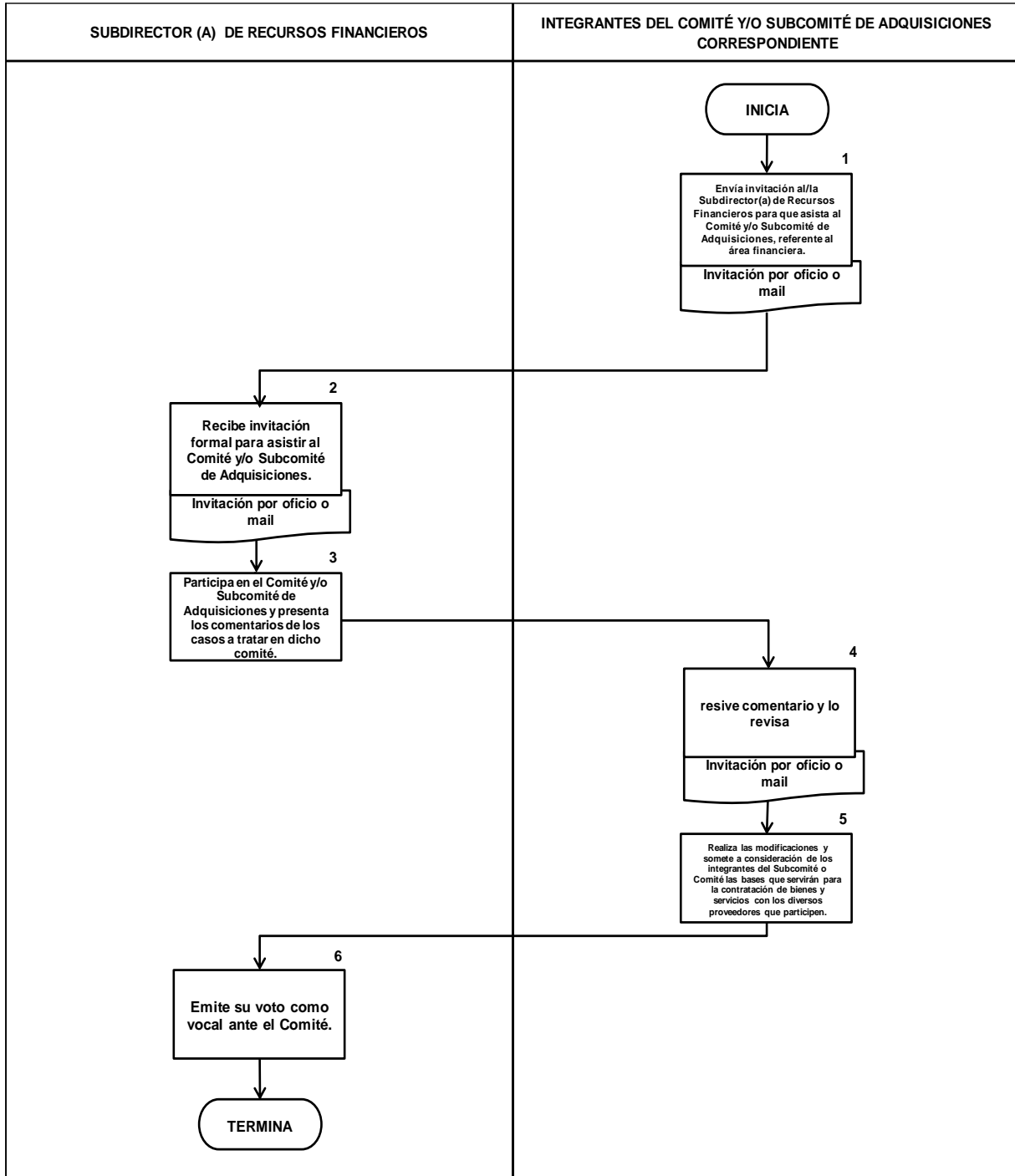
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	52. Procedimiento para participar en los diferentes Comités relacionados con esta Subdirección	




Hoja: 3 de 5

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Integrantes del Comité y/o Subcomité de Adquisiciones correspondiente	1	Envía invitación al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros para que asista al Comité y/o Subcomité de Adquisiciones, referente al área financiera.	Invitación por oficio o mail
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	2	Recibe invitación formal para asistir al Comité y/o Subcomité de Adquisiciones.	Invitación por oficio o mail
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	3	Participa en el Comité y/o Subcomité de Adquisiciones y presenta los comentarios de los casos a tratar en dicho comité.	
Integrantes del Comité de y/o Subcomité de Adquisiciones correspondiente	4 5	Recibe comentario y lo revisa. Realiza las modificaciones y somete a consideración de los integrantes del Subcomité o Comité las bases que servirán para la contratación de bienes y servicios con los diversos proveedores que participen.	Comentario
Subdirector (a) de Recursos Financieros.	6	Emite su voto como vocal ante el Comité.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	52. Procedimiento para participar en los diferentes Comités relacionados con esta Subdirección.		Hoja: 5 de 5

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carpeta del Comité y/o subcomité de adquisiciones	2 Años	Subdirección de Recursos Financieros.	No de Reporte

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Comité:** Es un grupo de trabajo que con arreglo a las leyes o reglas de una organización, institución o entidad, tienen establecidas determinadas competencias

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre 2016	Se aplica el lenguaje incluyente Se le realizan modificaciones a los diagramas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 1 de 11

53.PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 2 de 11

1 PROPÓSITO




- 1.1 Planear y organizar actividades técnico-administrativas, que sirvan de instrumento para la elaboración e integración del Programa Anual de Trabajo, con el fin de conocer la situación del Hospital y conseguir apoyo presupuestal para poder satisfacer las necesidades

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Administración, Dirección de Planeación, a la Subdirección de Recursos Financieros, Subdirecciones del Área Administrativa (Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Conservación y Mantenimiento) y al Área de Integración Presupuestal, debido a que son estas áreas las involucradas en las actividades que se generan por las operaciones financieras en el Hospital.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.


3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El Programa Anual de Trabajo se realizará con base a las normas y lineamientos emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y por los de la propia Secretaría de Salud.
- 3.2 Su elaboración tendrá el propósito de fortalecer el vínculo entre la programación anual, el establecimiento de prioridades y la asignación del gasto.
- 3.3 Para una mejor asignación de recursos presupuestarios se deberán establecer prioridades de gasto, en términos de programas de gasto, en términos de programas especiales, actividades institucionales y proyectos, los cuales expresarán los resultados y compromisos de la Entidad.
- 3.4 Es necesario que en su elaboración se involucre y consulte a los responsables de los programas especiales, de las actividades institucionales y de los proyectos.
- 3.5 Debe evitarse que las actividades institucionales relativas al apoyo administrativo consignen, de inicio, recursos presupuestarios que, posteriormente, sean transferidos hacia las actividades sustantivas.
- 3.6 Se deberán tomar en consideración las diversas disposiciones legales que determinen el cumplimiento obligatorio de compromisos de gasto como las de seguridades sociales, el pago de impuestos federales y locales y las remuneraciones entre otros.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Financieros será responsable a través del Área de Integración Presupuestal del envío de la información a las autoridades que así lo soliciten, elaborada en forma adecuada y en las fechas establecidas.
- 3.8 El presupuesto asignado al hospital, debidamente calendarizado y autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por capítulo y concepto, desglosado por

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 3 de 11

actividad institucional, será dado a conocer por la Dirección General de Programación y Presupuestos de la Secretaría de Salud.



- 3.9 La distribución y ejecución a nivel partida presupuestal se realizará por cada una de las subdirecciones de acuerdo a la experiencia de ejercicios anteriores, así como de un estudio de las necesidades de la entidad.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Humanos deberá desglosar el presupuesto de la asignación del capítulo 1000 “Servicios Personales”.
- 3.11 La responsable de distribuir la asignación de los capítulos 2000 “Materiales y Suministros” y 5000 “Bienes Muebles e Inmuebles”, será la Subdirección de Recursos Materiales.
- 3.12 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento distribuirá la asignación de los capítulos 3000 “Servicios Generales” y 6000 “Obra Pública”.

	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.	

Hoja: 4 de 11


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) General	1	Recibe oficio de la Dirección de Análisis e Integración Presupuestal de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, y archivo electrónico con formatos e instructivo del Programa Anual de Trabajo del hospital.	Oficio Archivo electrónico con formatos e instructivo Programa Anual de Trabajo
	2	Turna una copia a la Dirección de Administración para su integración.	
Director (a) de Administración	3	Recibe copia del oficio y archivo electrónico.	Copia del Oficio Archivo electrónico con formatos e instructivo Programa Anual de Trabajo
	4	Convoca a reunión a los/las subdirectores(as) del área administrativa y a la Dirección de Planeación Estratégica a efecto de definir los porcentajes que se van a aplicar en los capítulos de gasto correspondiente, de acuerdo a los lineamientos.	
	5	Instruye verbalmente al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros para que integre los resultados determinados de manera global y le proporcione la copia del oficio, con su archivo en electrónico.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	6	Recibe instrucción, elabora en conjunto con el Área de Integración Presupuestal los cálculos necesarios para determinar el comportamiento del gasto en cada una de las partidas y remite el proyecto a la Dirección de Administración para su revisión.	Proyecto
Director (a) de Administración	7	Recibe proyecto y presenta al/la directora(a) General los resultados determinados para su opinión y aprobación en su caso.	Proyecto
Director (a) General	8	Analiza el proyecto planteado para su aprobación y verifica que cumpla con lo establecido.	Proyecto
	9	¿El Proyecto cumple con lo establecido? No: Realiza observación y solicita su aclaración.	
	10	Sí: Aprueba y solicita al/la Subdirector(a) de Recursos Financieros su seguimiento.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	11	Lleva a cabo el seguimiento, solicita a la Dirección de Planeación Estratégica la estructura programática y a la Subdirección de Recursos Humanos, el desglose de las variaciones por	

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.	

Hoja: 5 de 11

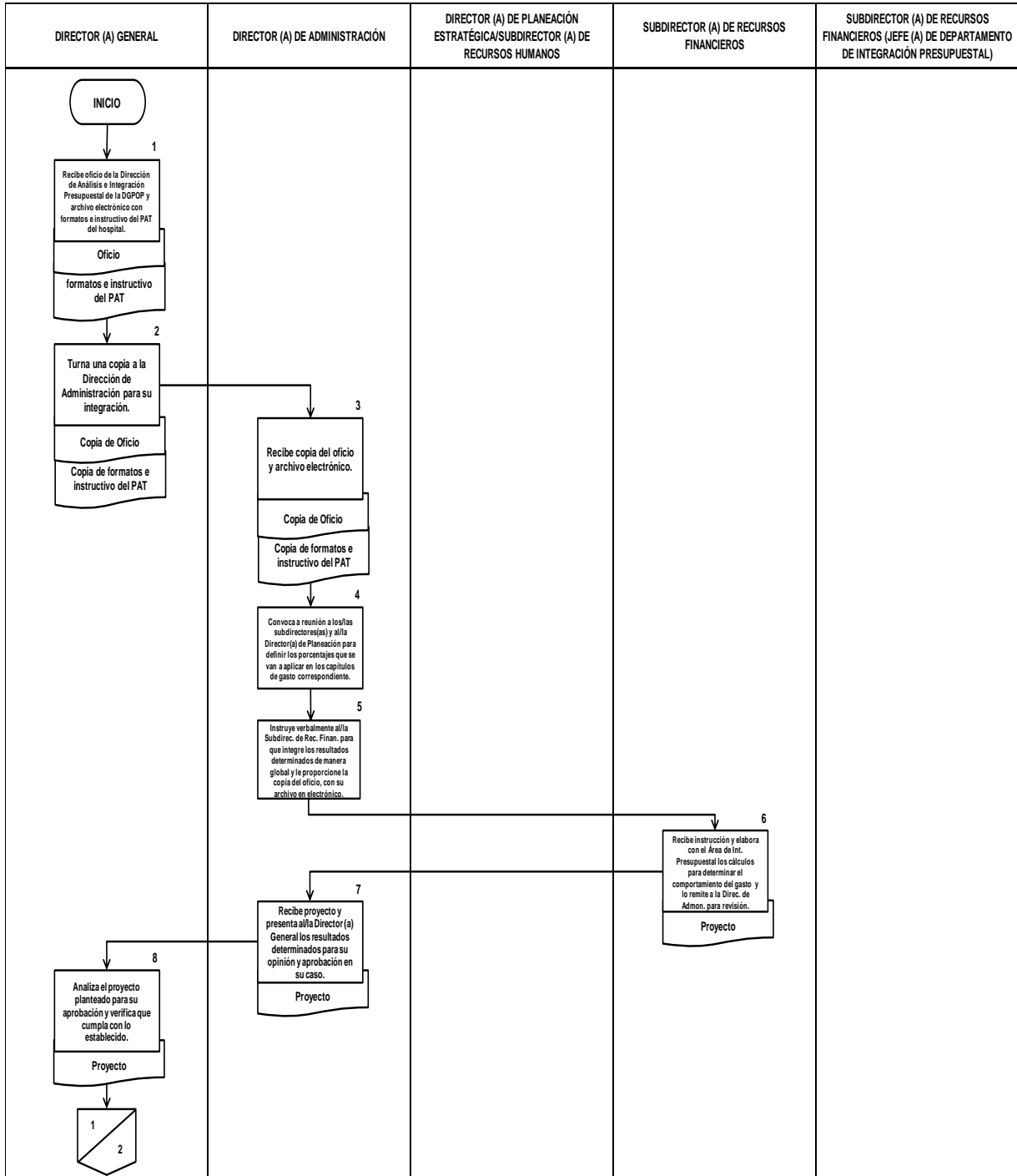
		partida y por actividad institucional	
Director (a) de Planeación Estratégica / Subdirector (a) de Recursos Humanos	12	Presenta la información solicitada a la Subdirección de Recursos Financieros.	Información solicitada
Subdirector (a) de Recursos Financieros	13	Recibe la información solicitada y captura en coordinación con el/la Jefe(a) de Área de Integración Presupuestal, la información del Programa Anual de Trabajo en el sistema autorizado.	Información solicitada Programa Anual de Trabajo
	14	Presenta al/la directora(a) de Administración el Programa Anual de Trabajo para su revisión y aprobación en su caso.	
Director (a) de Administración	15	Recibe el Programa Anual de Trabajo, lo revisa, y lo envía al/la directora(a) General para su firma.	Programa Anual de Trabajo
Director (a) General	16	Recibe el Programa Anual de Trabajo, autoriza y envía a través de oficio a la Dirección de Análisis e Integración Presupuestal de la Dirección General de Programación y Presupuesto.	Oficio Programa Anual de Trabajo Presupuesto de Egresos de la Federación calendarizado
	17	Recibe de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud oficio con Presupuesto de Egresos de la Federación calendarizado y lo turna a la Dirección de Administración para su trámite correspondiente.	
Director (a) de Administración	18	Recibe copia de oficio y del Presupuesto de Egresos de la Federación autorizado, instruye y turna a la Subdirección de Recursos Financieros para su desagregación.	Copia de Oficio con Presupuesto de Egresos de la Federación calendarizado
Subdirector (a) de Recursos Financieros	19	Recibe copia, la revisa y envía otras más al Área de Integración Presupuestal, a la Dirección de Planeación, a los Subdirectores de Recursos Humanos y Recursos Materiales y Servicios, solicitándoles en el ámbito de su competencia, efectuar el desglose del presupuesto a nivel partida y solicita que lo turnen al Área de Integración Presupuestal	Copia de Oficio con Presupuesto de Egresos de la Federación calendarizado Solicitud de desglose de presupuesto
Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe del Departamento de Integración Presupuestal)	20	Recibe el oficio de autorización del presupuesto calendarizado por capítulo y proyecto y de los/las Subdirectores(as) de Área el desglose a nivel concepto y partida y revisa que esté completa y validada. ¿Está completa y validada la información?	Oficio de autorización del presupuesto calendarizado por capítulo y proyecto

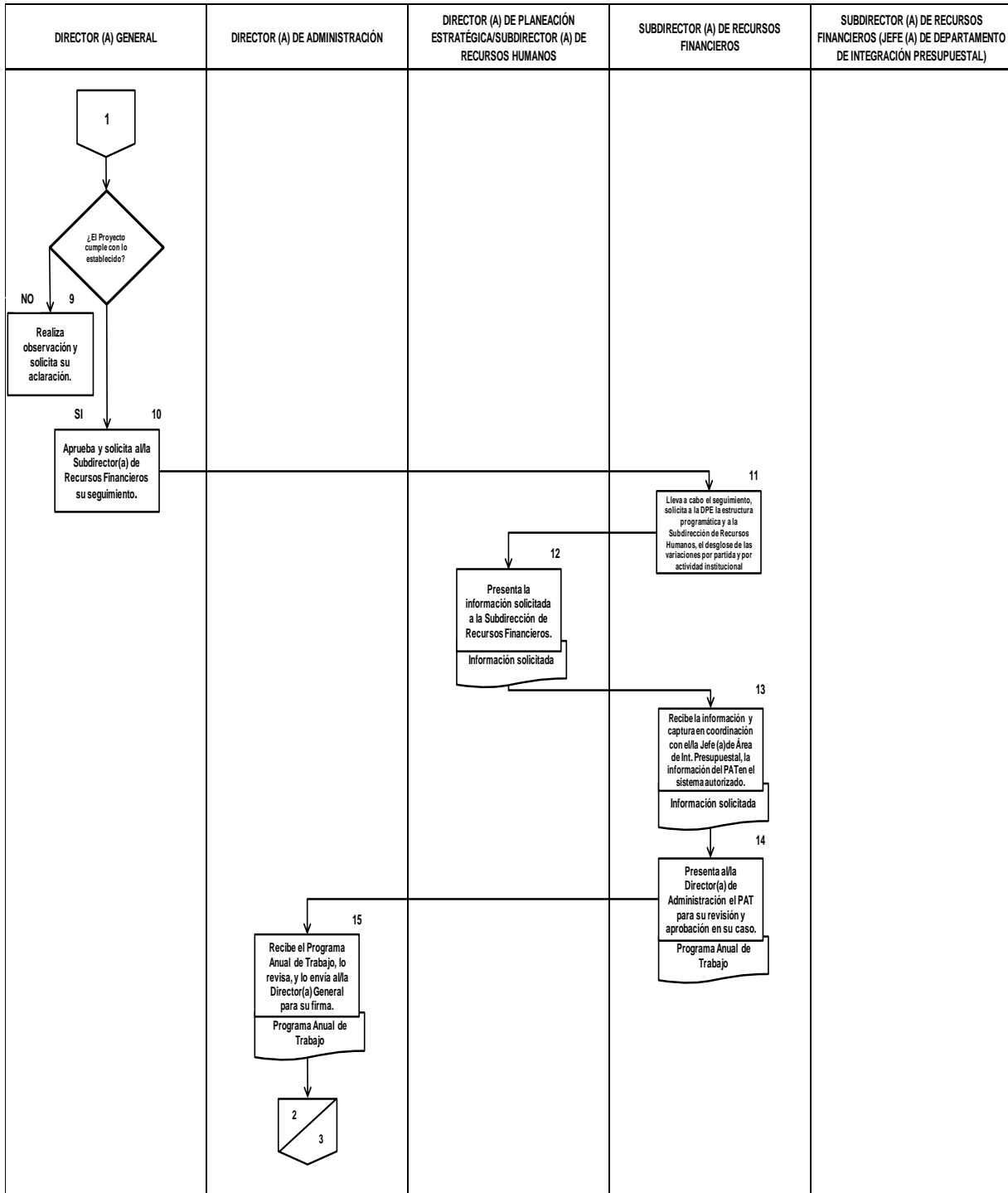
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.	

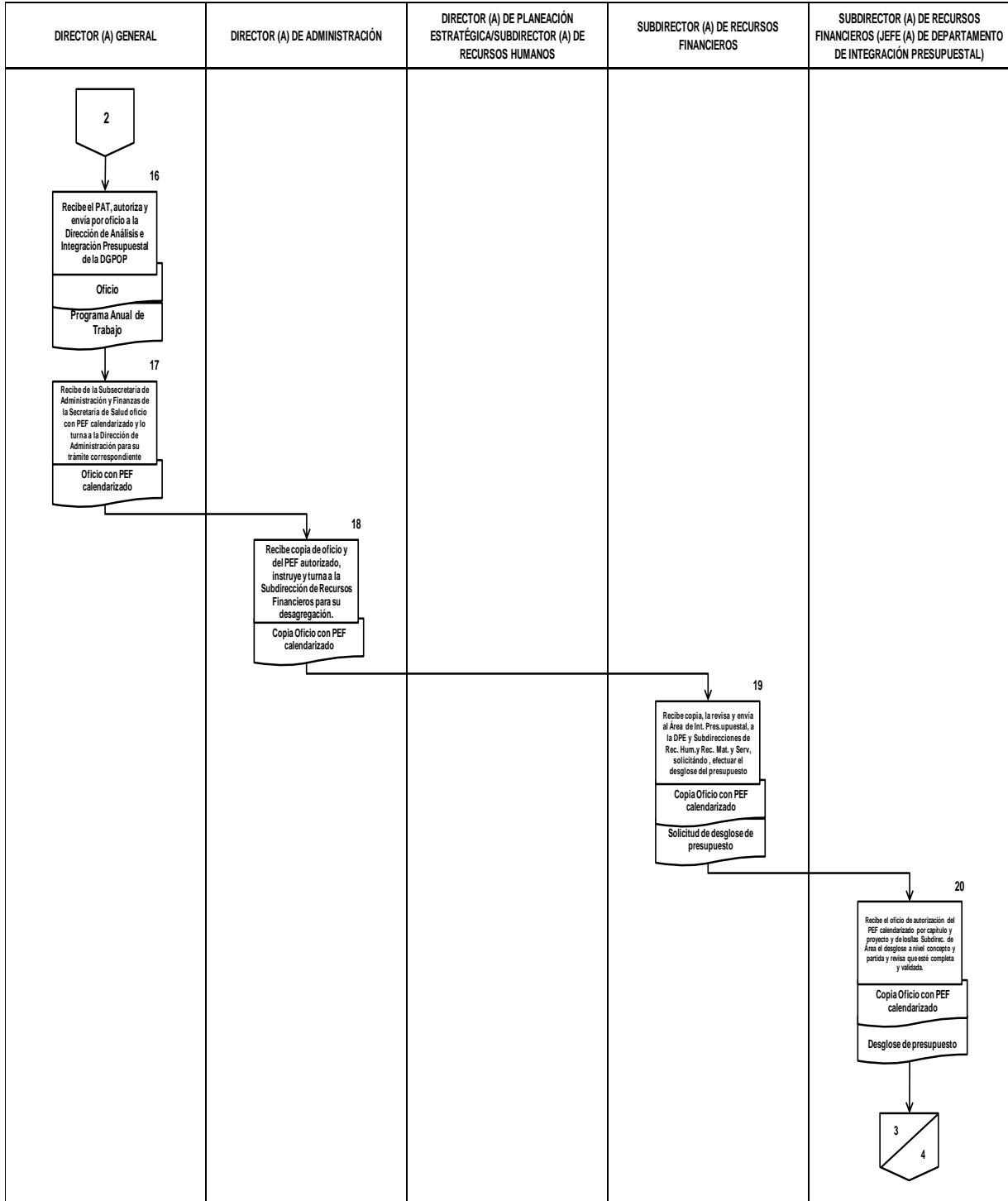
Hoja: 6 de 11




	21	No: Regresa para su corrección	Desglose a nivel concepto y partida Copia de Presupuesto
	22	Si: Captura el presupuesto calendarizado por capítulo, concepto y partida.	
	23	Inicia el registro presupuestal en el sistema de control presupuestal que maneja por partida de gasto.	
	24	Imprime una copia del presupuesto actualizado a nivel partida de gasto y envía a la Subdirección de Recursos Financieros.	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	25	Recibe del Área de Integración Presupuestal una copia del presupuesto autorizado y desglosado a nivel concepto y partida y archiva.	Copia del presupuesto autorizado
TERMINA PROCEDIMIENTO			

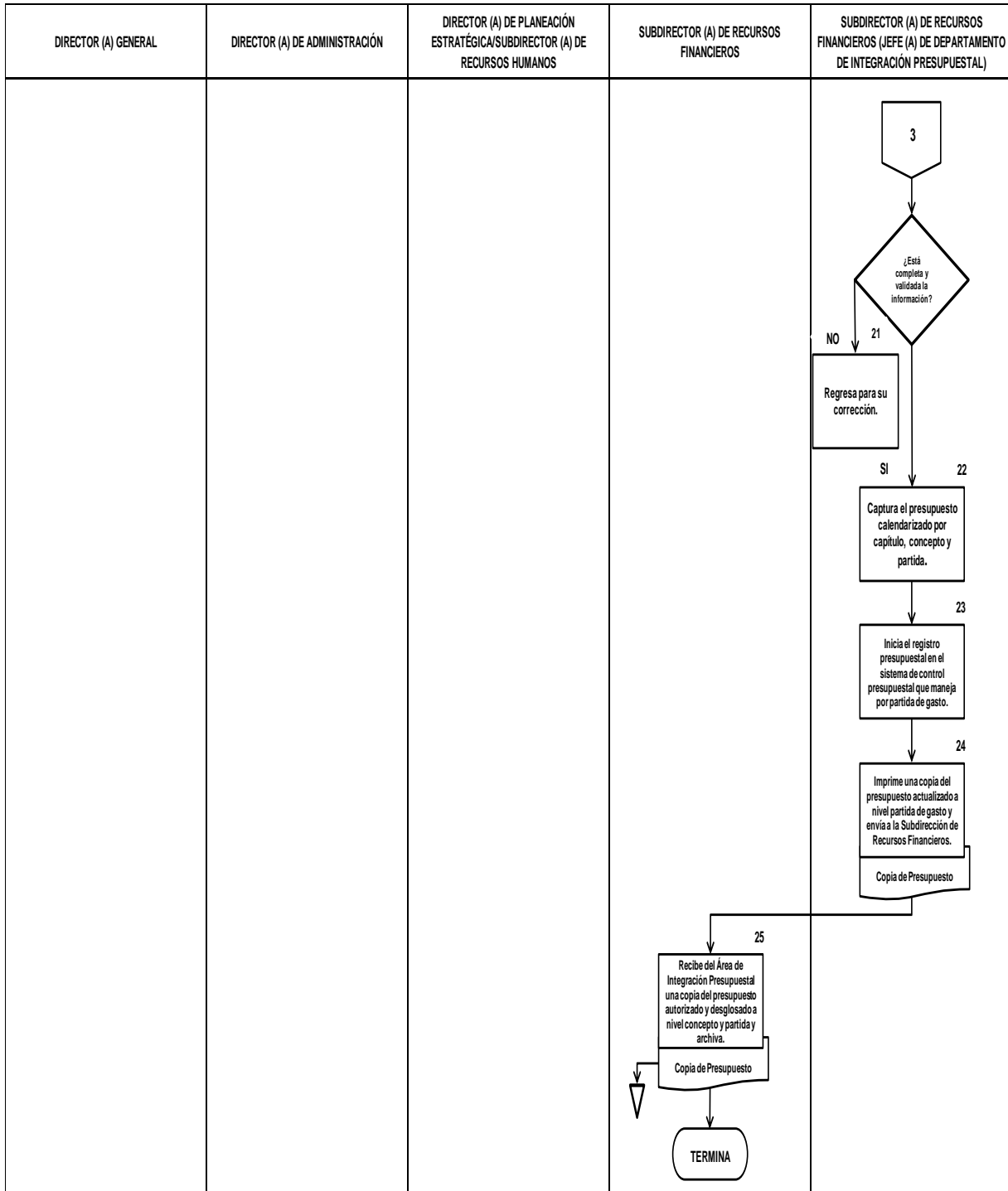
5 DIAGRAMA DE FLUJO










 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 10 de 11



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
	53. Procedimiento para coordinar la integración y elaboración del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 11 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México	Diciembre 16
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	Noviembre 13

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio Programa Operativo Anual	5 Años	Subdirección de Recursos Financieros.	No de Reporte

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Presupuesto:** Cálculo y negociación anticipado de los ingresos y egresos de una actividad económica (personal, familiar, un negocio, una empresa, una oficina, un gobierno) durante un período.
- 8.2 **Proyecto:** Es una planificación que consiste en un conjunto de actividades que se encuentran interrelacionadas y coordinadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se aplica el lenguaje incluyente Se le realizan modificaciones a los diagramas

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.		Hoja: 1 de 9

54. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.		Hoja: 2 de 9

1 PROPÓSITO



- 1.1 Verificar que la integración del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAASS) del Hospital Juárez de México, cumpla con la normatividad vigente.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el Departamento de Abastecimiento concentrará la información de las necesidades externadas por las áreas sustantivas del Hospital y llevará a cabo los procedimientos para su concentración, conforme al Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, emitido por la Secretaría de la Función Pública.
- 2.2 A nivel externo, la Secretaría de la Función Pública recibirá de manera electrónica la información referente al Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Hospital Juárez de México, una vez que éste se encuentre debidamente autorizado por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y el Visto Bueno del Titular del Hospital.



3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Áreas requirentes o técnicas serán responsables de entregar a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y al Área de Abastecimiento, la cédula del programa anual de los bienes y servicios reales para la operación de cada servicio dentro del Hospital. La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (El Departamento de Abastecimiento) será responsable de evaluar que las necesidades sean acordes a las cargas del servicio con convocatorias en el Sistema Kuazar.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, será responsable de supervisar la debida integración del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital, conforme a la normatividad vigente en la materia.
- 3.3 La Dirección de Administración, vigilará que tales requerimientos se encuentren dentro del presupuesto del ejercicio fiscal del que se trate.


 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México. Hoja: 3 de 9	

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	1	Elabora oficio de solicitud de necesidades anuales reales de bienes y servicios para optimizar el presupuesto asignado por medio de la Cédula de Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y recaba firma del/la Director (a) de Administración.	Oficio Cédula de Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México
Director (a) de Administración	2	Suscribe oficio de solicitud de necesidades anuales de bienes y servicios y envía a las Áreas requerientes.	Oficio Cédulas
Áreas requerientes	3	Recibe oficio, requisita cédulas conforme a sus necesidades y las envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios mediante archivo electrónico.	Oficio Cédulas
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	4	Recibe e instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para revisar la información contenida en las cédulas turnadas por las Áreas requerientes del Hospital.	Cédulas
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	5	Recibe instrucción y verifica la información contenida en las cédulas. ¿La Cédula del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios está correctamente llenada?	Cédulas Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México
	6	No: Devuelve al servicio con las observaciones correspondientes.	
	7	Si: Integra y concentra las necesidades manifestadas en la Cédula turnada, a efecto de integrar el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.	
	8	Integra, conforme a la estimación del presupuesto a ejercer, estimación de precios, estudios de mercado y contrataciones vigentes, el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Hospital Juárez de México y lo envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios para su revisión.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	9	Recibe y verifica el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México. ¿El Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Hospital Juárez de México cumple con la	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México. Hoja: 4 de 9	

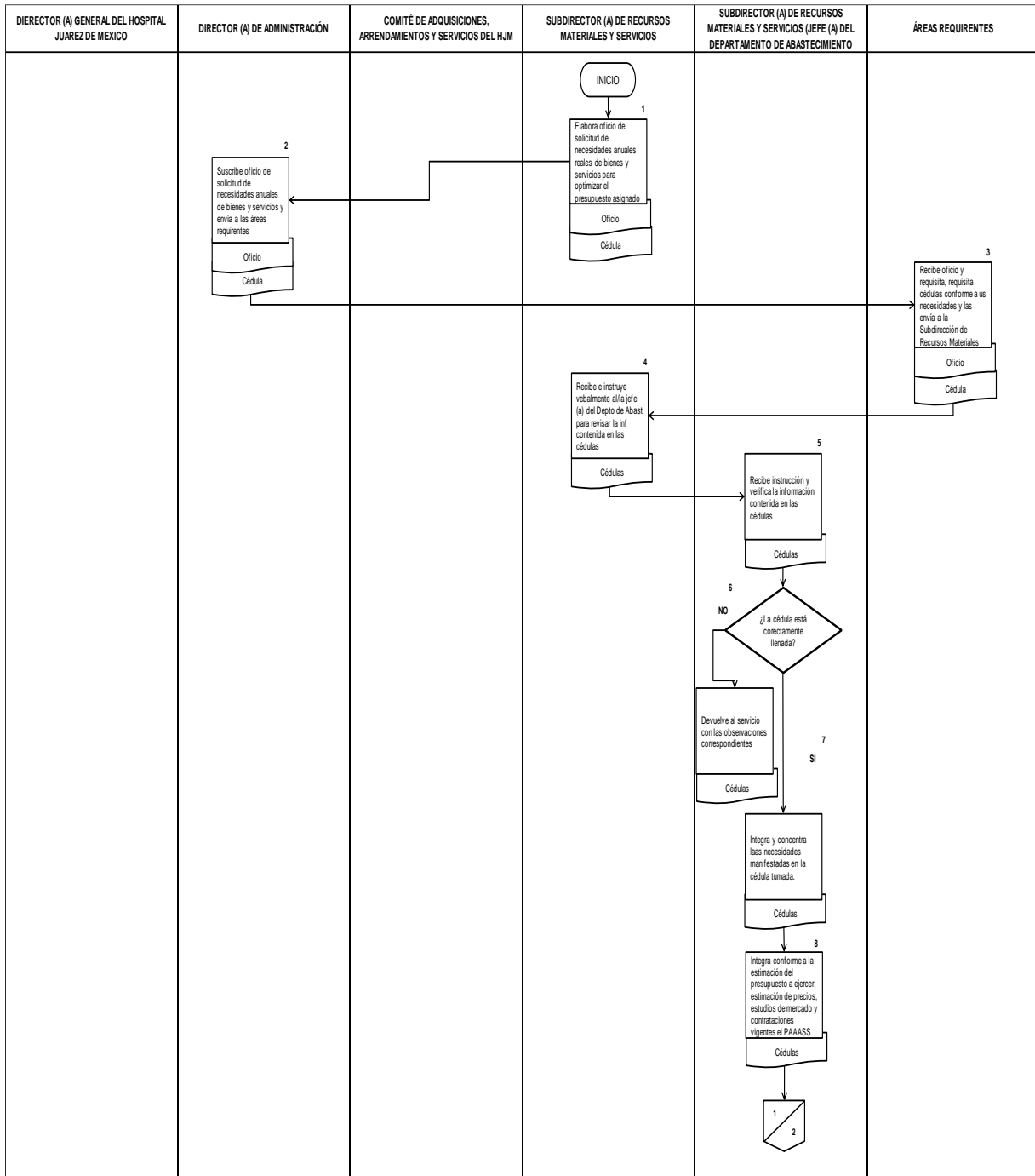
	10	normatividad y requisitos para someterse a la aprobación de la Dirección General? No: Envía al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para realizar los cambios señalados.	
	11	Si: Devuelve al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para que se obtenga el visto bueno de la Dirección General.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	12	Recibe el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México con visto bueno del/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y lo envía al Director (a) General para su aprobación.	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México
Director (a) General	13	Recibe y verifica el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Hospital Juárez de México. ¿El Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México cumple con la normatividad?	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México
	14	No: Devuelve al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios para realizar los cambios pertinentes.	
	15	Si: Otorga el Visto Bueno y devuelve al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	16	Recibe el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Hospital Juárez de México e instruye al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para preparar el expediente a someter a la autorización de los miembros del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México, la publicación de dicho programa.	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	17	Integra expediente del caso, programa sesión y envía carpeta a los miembros del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.	Expediente Carpeta
Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez	18	Recibe carpeta, revisa y en sesión programada vierte, de ser el caso, las observaciones correspondientes a los miembros de dicho Comité.	Carpeta Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del



	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México. Hoja: 5 de 9	

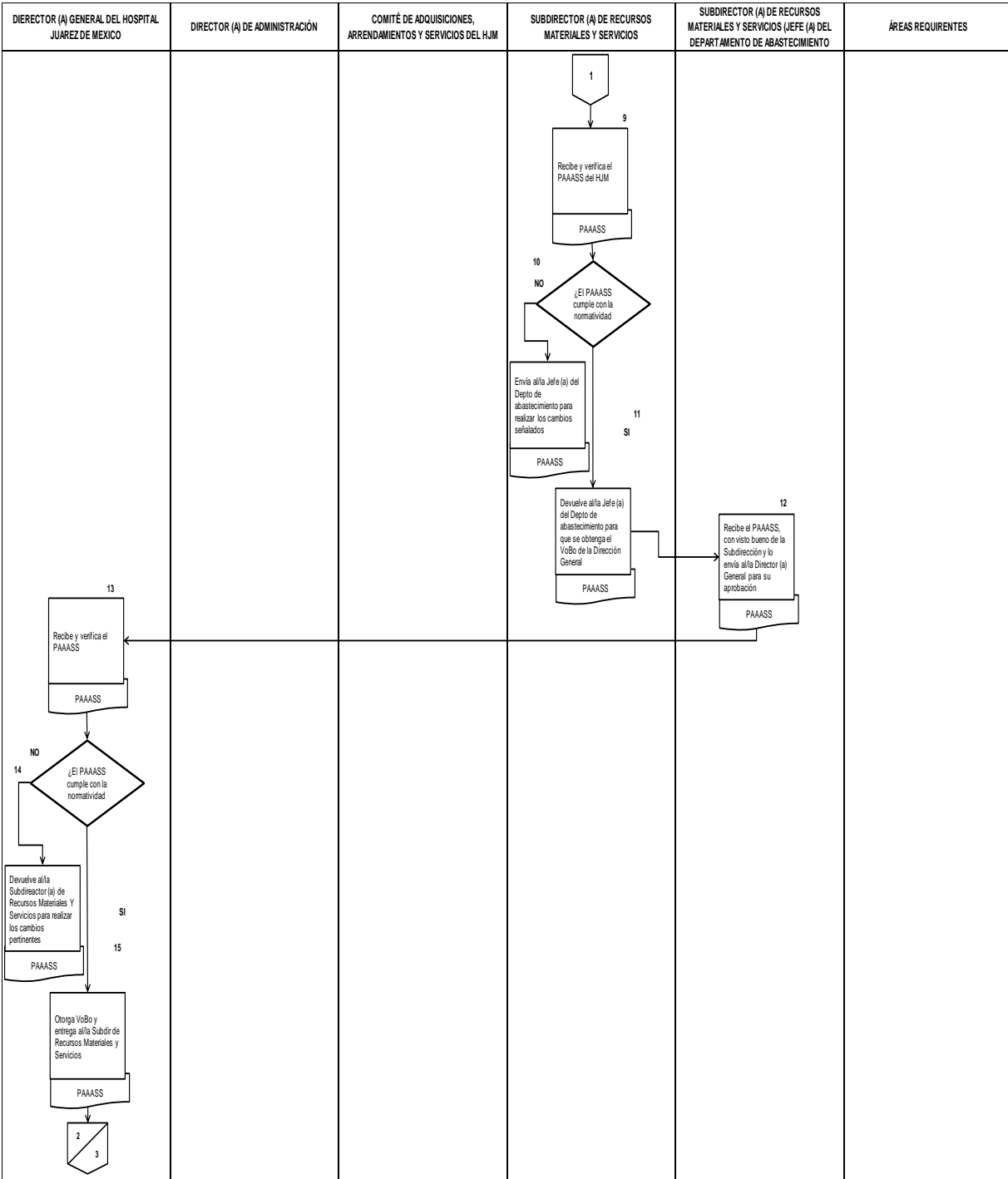
de México.	19	¿Los miembros del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios consideran que el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México cumple con la normatividad y requisitos para ser publicado en Compran-Net? No: Vierte las observaciones necesarias al/la Secretario (a) Técnico (a) del Comité y se solicita sean subsanadas a efecto de someter nuevamente a su autorización.	Hospital Juárez de México.
	20	Si: Autoriza y aprueba llevar a cabo la publicación del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México para el ejercicio fiscal que corresponda.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	21	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para publicar el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México en Compra-Net.	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	22	Realiza el trámite de publicación del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Hospital Juárez de México en el sistema Compra-Net, obtiene folio de recepción e integra el mismo al expediente del caso autorizado. TERMINA PROCEDIMIENTO	Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México Expediente

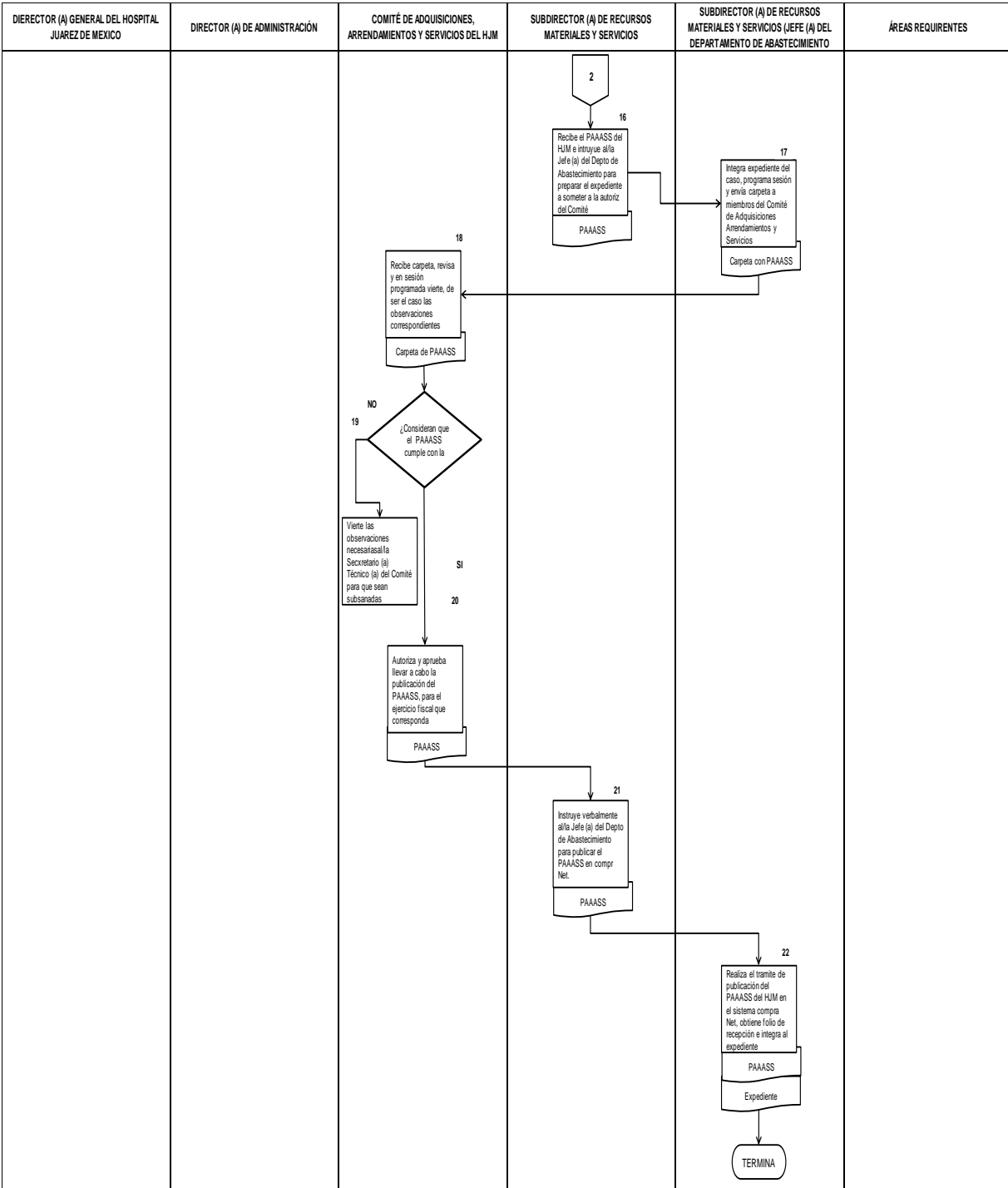
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.		Hoja: 6 de 9




5 DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.		Hoja: 7 de 9





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	54. Procedimiento para la Coordinación y Supervisión de la integración del Programa Anual De Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México.		Hoja: 9 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Fecha de última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 10-11-2014
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 28-07-2010
6.4 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	Diciembre, 2016
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.2 Cédulas del programa anual de adquisiciones	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.3 Programa anual de adquisiciones	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.4 Expediente	6 años	Área de Abastecimiento	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Área requirente:** La que de acuerdo con sus funciones y programas a su cargo, requiera o solicite formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquella que los utilizará.
- 8.2 **Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios:** Es la integración de los objetivos y metas así como la calendarización física y financiera de los recursos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realiza actualización del procedimiento y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		Hoja: 1 de 9

55.PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS CONTRATACIONES POR ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS, A TRAVÉS DE LICITACIONES PÚBLICAS, INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS Y ADJUDICACIONES DIRECTAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar que el proceso de adquisición y arrendamiento de bienes y contratación de servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas, se lleve a cabo en observancia a la normatividad vigente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, y áreas médicas, de enfermería o administrativas del Hospital, que son requerentes o usuarias de bienes y servicios.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Economía y Secretaría de Hacienda, conforme a las atribuciones que la normatividad aplicable de la materia les confiere en su respectivo ámbito de competencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 Las áreas médicas, de enfermería y administrativas, consideradas requerentes y/o usuarias, serán responsables de petitionar los bienes y servicios de acuerdo a sus funciones sustantivas y/o adjetivas, y necesidades reales.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (El Departamento de Abastecimiento), será responsable de aplicar los procedimientos de contratación establecidos por la normatividad vigente.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, será responsable de supervisar que los procedimientos aplicados por el Área de Abastecimiento observen lo dispuesto en la normatividad aplicable.

 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.

Hoja: 3 de 9



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área médica, de enfermería o administrativa (áreas requerientes)	1	Formula y envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios, oficio de solicitud de requerimientos de adquisición o arrendamiento de bienes y contratación de servicios, u orden de compra tratándose de adjudicaciones directas, incluyendo la descripción de los mismos.	Oficio de solicitud Orden de compra
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	2	Recibe oficio de solicitud de requerimientos de adquisición o arrendamiento de bienes y contratación de servicios, u orden de compra, por parte de las áreas requerientes y lo turna e instruye de forma verbal al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento, para que proceda a efectuar la investigación de mercado, integrar el expediente y realizar el procedimiento de contratación correspondiente de los bienes o servicios solicitados.	Oficio de solicitud Orden de compra
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	3 4 5 6 7 8	<p>Recibe instrucción verbal y el oficio de solicitud de requerimientos u orden de compra.</p> <p>Verifica oficio de solicitud de requerimientos u orden de compra ¿La solicitud de requerimientos u orden de compra contiene los requisitos necesarios?:</p> <p>No: Regresa a la actividad 1, con las sugerencias correspondientes.</p> <p>Si: Realiza la investigación de mercado de los bienes o servicios solicitados, en términos de lo dispuesto por la normatividad aplicable.</p> <p>Integra el expediente correspondiente.</p> <p>Informa al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios el resultado de la investigación de mercado.</p>	Oficio de solicitud Orden de compra Investigación de mercado Expediente de contratación
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	9 10 11	<p>Recibe y revisa el resultado de la investigación de mercado así como el proceso de contratación propuesto por el/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento.</p> <p>Presenta el procedimiento de contratación que se llevará a cabo, verificando que se realice conforme a los montos autorizados.</p> <p>Supervisa que la adquisición, arrendamiento de bienes, o contratación de los servicios solicitados, se realice conforme al procedimiento de contratación aplicable, y que la adjudicación del respectivo contrato/pedido al proveedor, se</p>	Investigación de Mercado Expediente de contratación

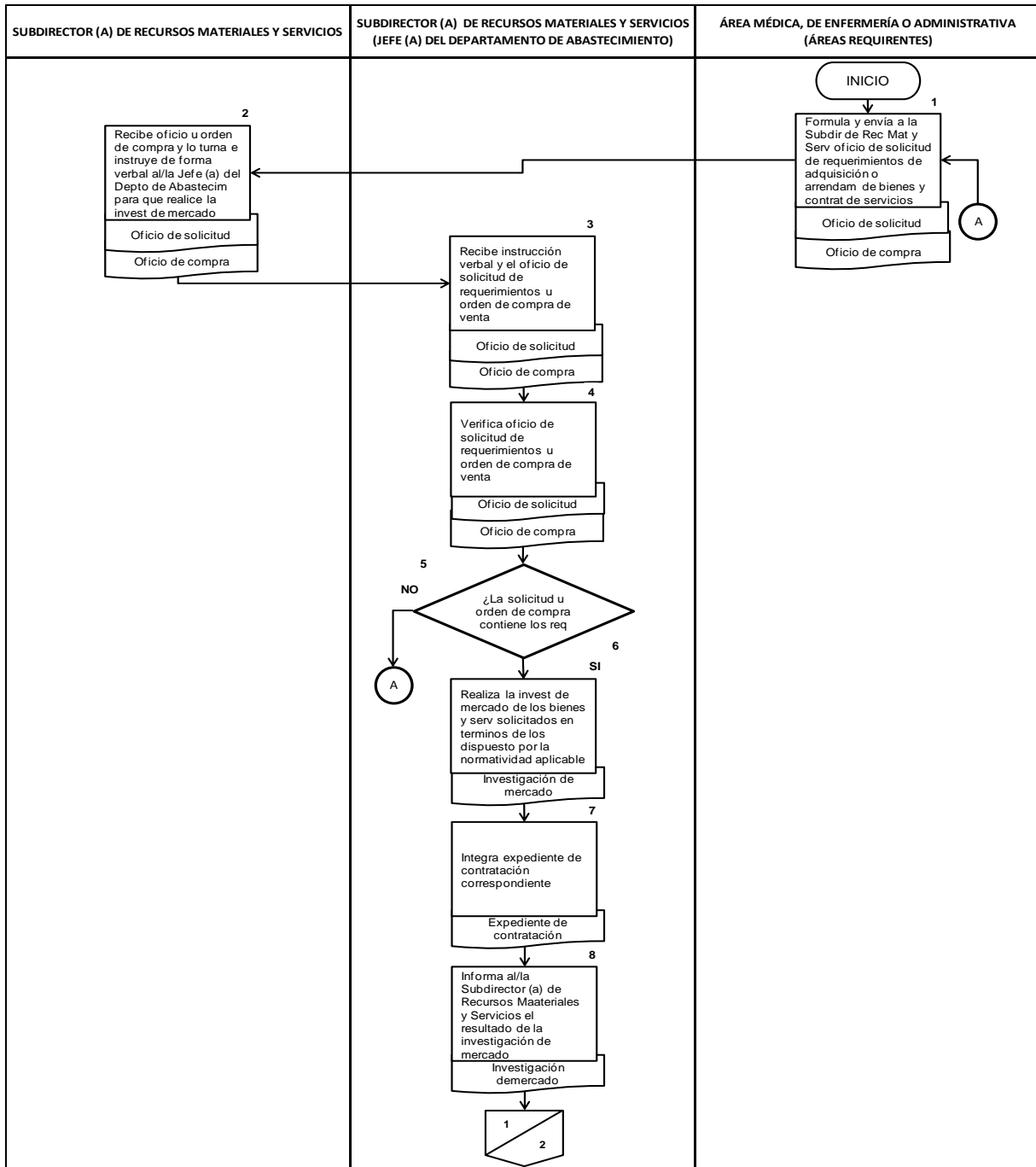
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.	




Hoja: 4 de 9

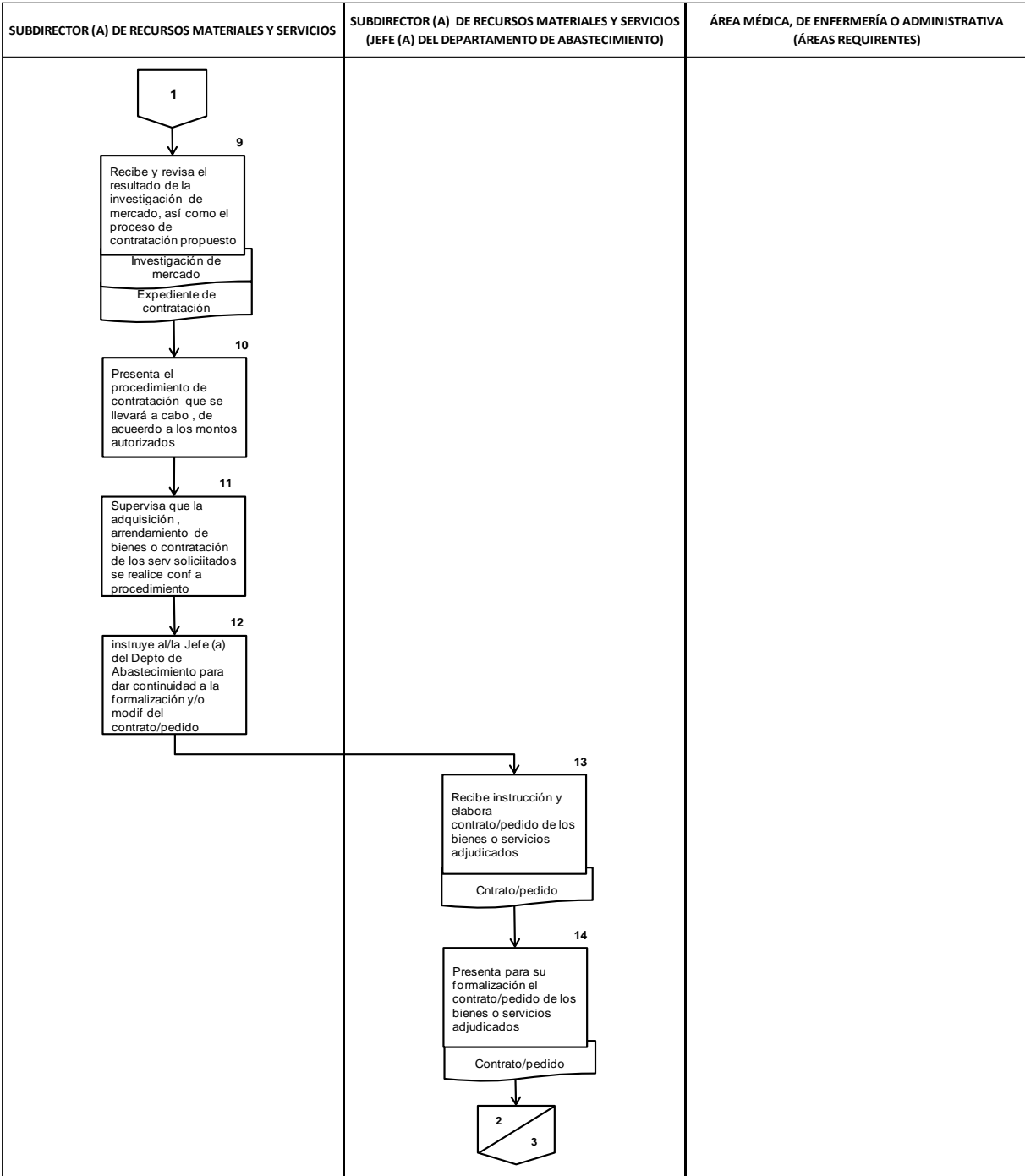
	12	<p>realice de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento, para dar continuidad a la formalización y/o modificación del contrato/pedido de los bienes o servicios adjudicados.</p>	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento).	13	Recibe instrucción y elabora el contrato/pedido de los bienes o servicios adjudicados al proveedor para su formalización.	Contrato/pedido
	14	Presenta para su formalización, el contrato/pedido de los bienes o servicios adjudicados, al área requirente, al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios y demás servidores públicos responsables de su formalización.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	15	Recibe y verifica el contrato/pedido correspondiente.	Contrato/pedido
	16	¿El contrato/pedido contiene los datos correctos?: No: Devuelve para su corrección.	
	17	Si: Procede a su firma autógrafa, y lo devuelve al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para su trámite y seguimiento. TERMINA PROCEDIMIENTO	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 5 de 9
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		

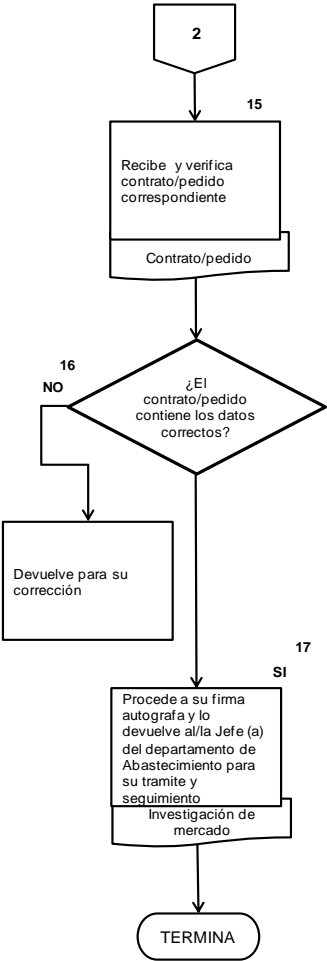
5 DIAGRAMA DE FLUJO






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 6 de 9
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		

SUBDIRECTOR (A) DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	SUBDIRECTOR (A) DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO)	ÁREA MÉDICA, DE ENFERMERÍA O ADMINISTRATIVA (ÁREAS REQUERENTES)
 <pre> graph TD 2[2] --> 15[15] 15 --> 16{16} 16 -- NO --> Devuelve[Devuelve para su corrección] 16 -- SI --> 17[17] 17 --> Termina([TERMINA]) </pre>		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 8 de 9
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Fecha de última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 10-11-2014
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 28-07-2010
6.4 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.2 Cédulas del programa anual de adquisiciones	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.3 Programa anual de adquisiciones	6 años	Área de Abastecimiento	N/A
7.4 Expediente	6 años	Área de Abastecimiento	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Adquisición:** Procedimiento mediante el cual el Hospital adquiere un bien o un servicio mediante el pago de una suma de dinero determinada.
- 8.2 **Área requirente:** La que de acuerdo con sus funciones y programas a su cargo, requiera o solicite formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquella que los utilizará.
- 8.3 **Arrendamiento:** Procedimiento mediante el cual el Hospital renta un bien de su propiedad a un tercero, para su uso o beneficio temporal, mediante el pago periódico de una determinada suma de dinero.
- 8.4 **Compranet:** Sistema electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos y servicios, a cargo de la Secretaría de la Función Pública.
- 8.5 **Contrato/pedido:** Acuerdo de voluntades celebrado entre el Hospital Juárez de México y el proveedor



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 9 de 9
	55. Procedimiento de coordinación y supervisión de las contrataciones por adquisiciones, arrendamientos y servicios, a través de licitaciones públicas, invitaciones a cuando menos tres personas y adjudicaciones directas.		

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realiza actualización del procedimiento, modificaciones al diagrama de flujo y aplicación del lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.		Hoja: 1 de 8

56.PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA INTEGRACIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE CONVOCATORIAS, PARA LAS LICITACIONES PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES, ASÍ COMO INVITACIONES A CUANDO MENOS TRES PERSONAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar que la expedición de los proyectos de Convocatorias Públicas para la adquisición de bienes o contratación de servicios que se sometan a la autorización del Subcomité Revisor de Bases de este Nosocomio, cumplan con la normatividad vigente.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el Área de Abastecimiento integrará el expediente y elaborará los proyectos de modelos de Convocatorias Públicas conforme al acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, emitido por la Secretaría de la Función Pública. La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, verificará que el expediente y modelo de convocatoria se encuentre debidamente integrado a efecto de ser sometido ante el Subcomité Revisor de Bases de este Hospital, cuando así lo determine la Ley.
- 2.2 A nivel externo, la Secretaría de la Función Pública interpretará y resolverá las inconformidades de los licitantes y establecerá los parámetros a seguir dentro de los procesos licitatorios, y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público otorgará el presupuesto federal a disposición de cada ejercicio presupuestal, además de autorizar las licitaciones adelantadas.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 El Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento), será responsable de integrar el expediente y elaborar los proyectos de Convocatorias Públicas conforme al acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, emitido por la Secretaría de la Función Pública.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, será el área responsable de verificar que los expedientes a someter ante el Subcomité Revisor de Bases de este Nosocomio y en los que se incluyen los proyectos de Convocatorias públicas, cumplan con la normatividad establecida.

 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.

Hoja: 3 de 8



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área médica, de enfermería o administrativa (área requirente)	1	Formula oficio de solicitud de requerimientos para llevar el procedimiento que corresponda, para la adquisición o arrendamiento de bienes y/o contratación de servicios, incluyendo la descripción de los mismos, conforme al Programa Anual de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios y lo envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	Oficio de solicitud de requerimientos
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	2	Recibe solicitud de requerimientos e instruye al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento a llevar a cabo la integración del expediente conforme a la normatividad en la materia.	Solicitud de requerimientos
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento)	3	Recibe instrucción e integra el expediente conforme a la normatividad en la materia.	Expediente
	4	Envía expediente al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios para su revisión.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	5	Recibe expediente y verifica que el monto determinado para la adquisición o arrendamiento de bienes y/o contratación de servicios solicitada, se ubique dentro del rango establecido para efectuar un procedimiento de contratación mediante licitación pública o invitación a cuando menos tres personas, de acuerdo a la normatividad de la materia. ¿La solicitud de requerimientos requiere llevar a cabo un procedimiento de licitación pública o invitación a cuando menos tres personas?	Expediente Proyecto de convocatoria
	6	No: Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para realizar la integración del expediente de adjudicación directa, conforme a la normatividad en la materia.	
	7	Si: Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento se integre el expediente del asunto a someter ante el Subcomité Revisor de Bases, así como el proyecto de convocatoria correspondiente y de conformidad con la normatividad en la materia.	
Subdirector (a) de Recursos	8	Recibe instrucción e integra expediente del asunto a someter ante el Subcomité Revisor de	Expediente Proyecto de

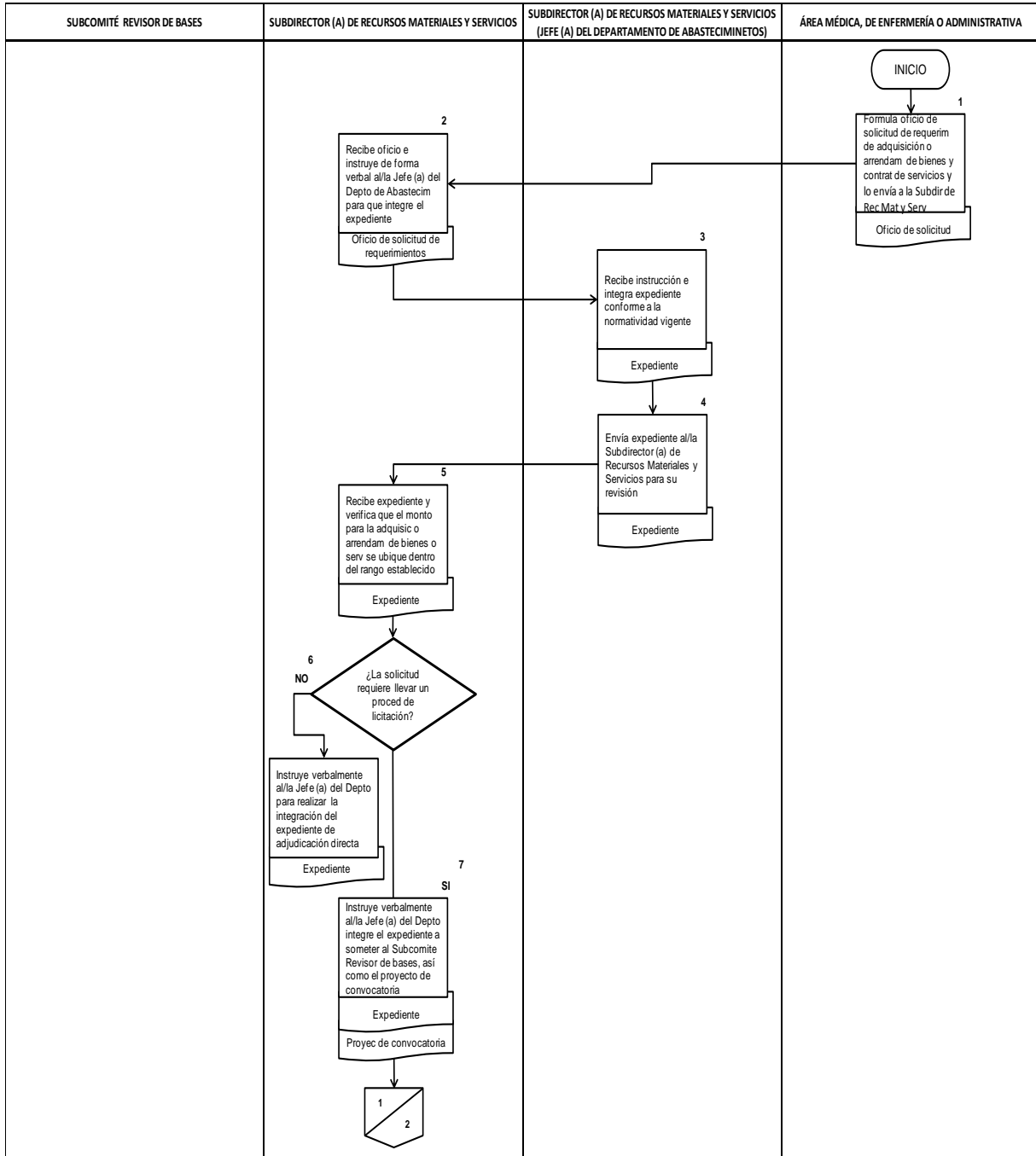
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.	




Hoja: 4 de 8

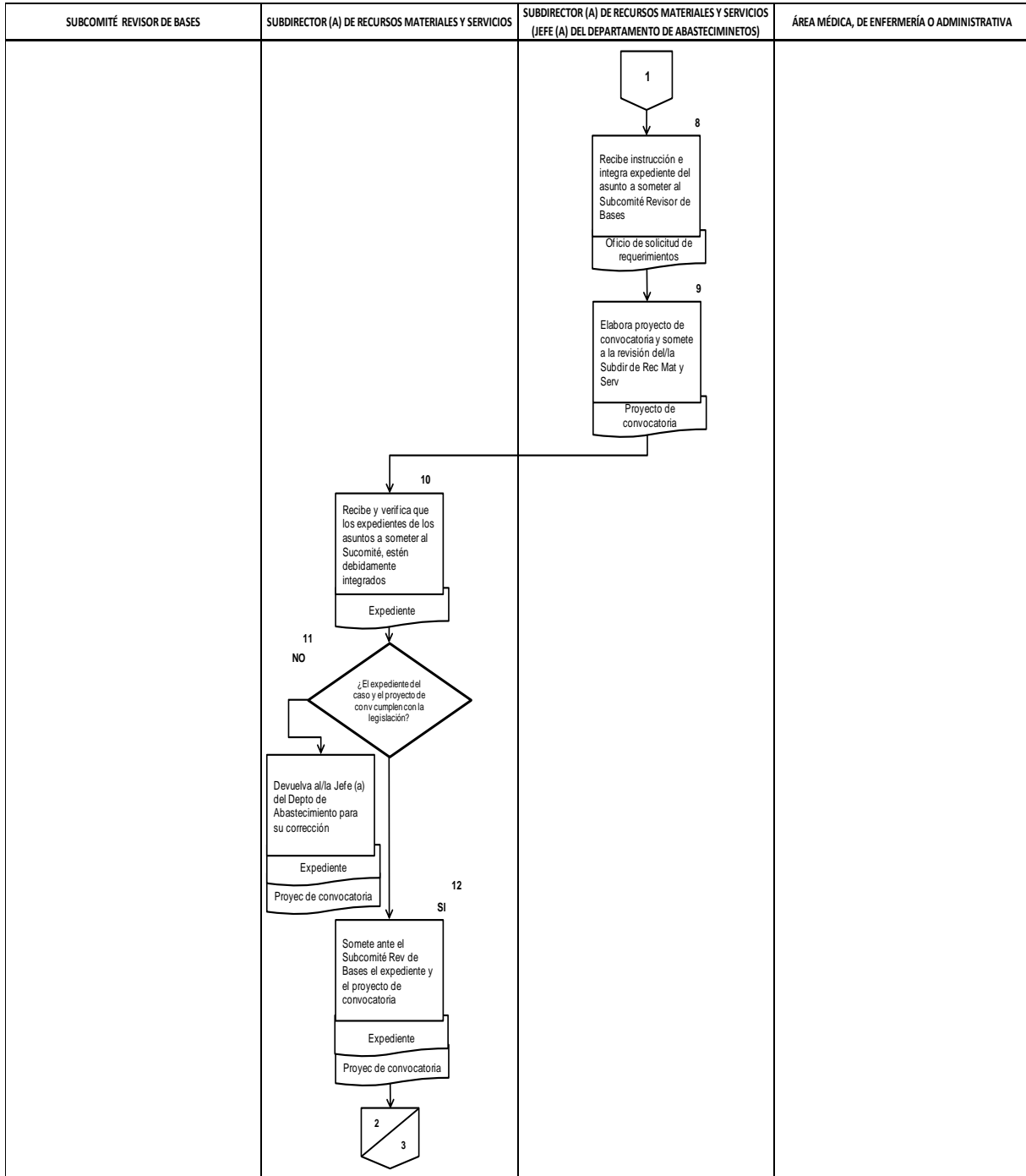
Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento)	9	Bases. Elabora proyecto de convocatoria y somete a revisión del/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	Convocatoria
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	10	Recibe y verifica que los expedientes de los asuntos a someter ante el Subcomité Revisor de Bases de este Nosocomio, estén debidamente integrados y que los proyectos de las convocatorias públicas se elaboren conforme a la normatividad vigente. ¿El expediente del caso a someter y el proyecto de la convocatoria cumplen con la legislación vigente de la materia?	Expedientes Proyectos de Convocatoria.
	11	No: Devuelve al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento para su corrección.	
	12	Si: Somete ante el Subcomité Revisor de Bases el expediente del asunto y el proyecto de Convocatoria para su autorización.	
Subcomité Revisor de Bases.	13	Analiza expediente del asunto a tratar y proyecto de convocatoria de acuerdo al procedimiento de contratación propuesto. ¿Los vocales integrantes del Subcomité Revisor de Bases, consideran que el expediente del asunto a tratar, así como el proyecto de convocatoria propuesto, contiene los requisitos legales?	Expediente Proyecto de Convocatoria Acuerdo Publicación de la Convocatoria
	14	No: Solicita se subsanen los puntos que no fueron suficientes para dar la autorización del caso y se someta nuevamente.	
	15	Si: Autoriza mediante acuerdo, la publicación de la Convocatoria Pública.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	16	Instruye verbalmente al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento a dar trámite de publicación a la Convocatoria Pública en el Diario Oficial de la Federación y el Sistema Compra-Net.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento)	17	Recibe instrucción y tramita la publicación de la convocatoria a la licitación pública en el Diario Oficial de la Federación y el sistema Compra-Net. TERMINA PROCEDIMIENTO	Convocatoria a la licitación pública



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 5 de 8
56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.			

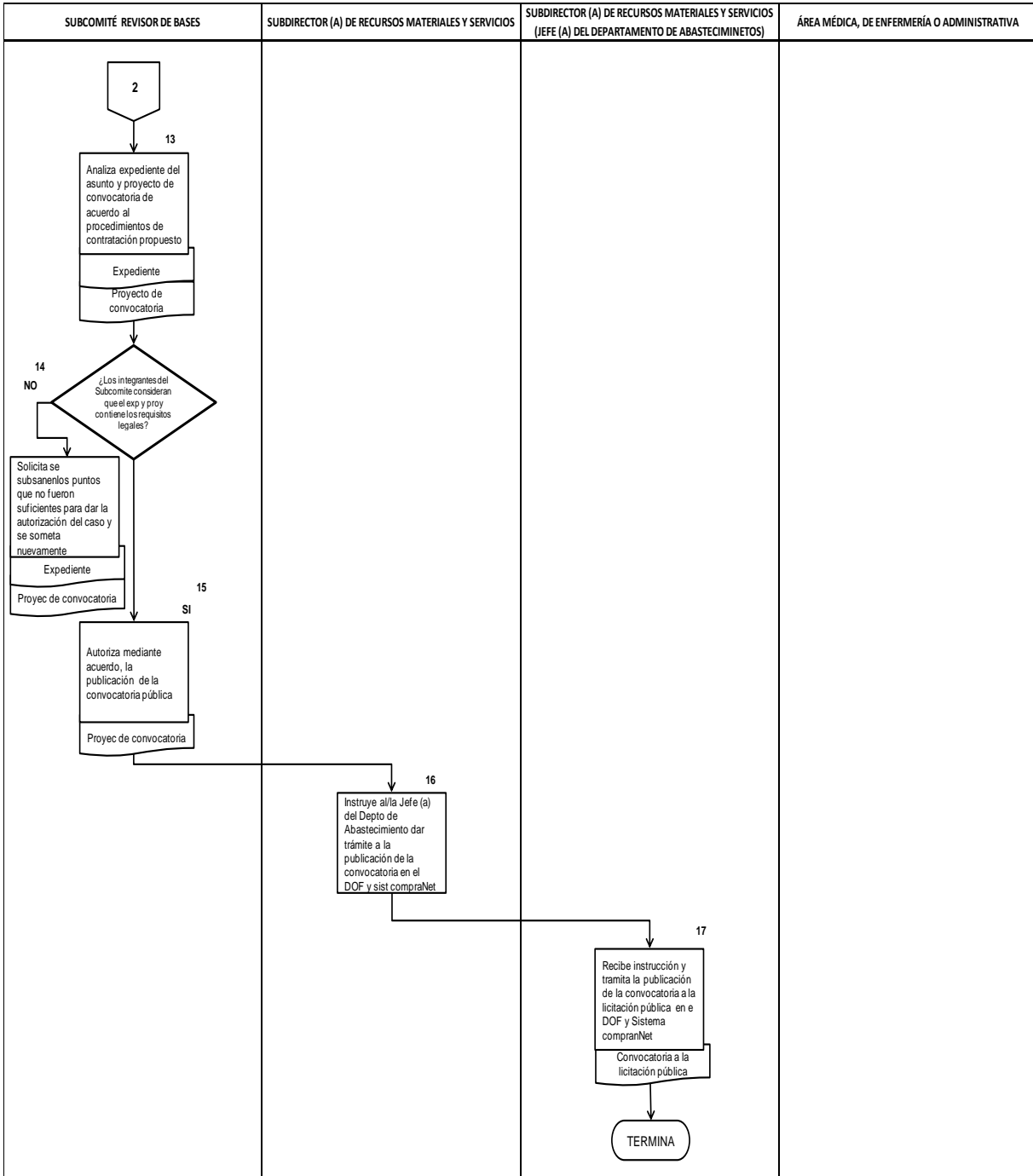
5 DIAGRAMA DE FLUJO






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 6 de 8
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.		



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.		



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	56. Procedimiento para la coordinación y supervisión de la integración y elaboración de los proyectos de convocatorias, para las licitaciones públicas nacionales e internacionales así como invitaciones a cuando menos tres personas.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Fecha de última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 10-11-2014
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 28-07-2010
6.4 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	Diciembre, 2016
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio de solicitud	6 años	Departamento de Abastecimiento	N/A
7.2 Expediente	6 años	Departamento de Abastecimiento	N/A
7.3 Expediente convocatoria	6 años	Departamento de Abastecimiento	N/A
7.4 Convocatoria	6 años	Departamento de Abastecimiento	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Adquisición:** Procedimiento mediante el cual el Hospital adquiere un bien o un servicio mediante el pago de una suma determinada.
- 8.2 **Convocatoria:** Convocatoria autorizada por el Subcomité Revisor de Convocatorias.
- 8.3 **Requisiciones:** Descripción completa y formal para petitionar la satisfacción de un bien o servicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realizan modificaciones al procedimiento, diagramas de flujo y se aplica el lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 1 de 10
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		

57.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL USO ADECUADO DEL COMBUSTIBLE EN VEHÍCULOS DEL HOSPITAL Y DE USO OFICIAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 2 de 10

1 PROPÓSITO



- 1.1 Dar cumplimiento al Programa Nacional del Gasto Público a través de la supervisión del uso adecuado del combustible en los vehículos propiedad del Hospital Juárez de México; así como supervisar que el servicio de transporte de personal y/o pacientes se realice de manera oportuna.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a las Áreas Administrativas, Médicas y de enfermería que integran el Hospital, que requieran del servicio de transportación.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Economía y Secretaría de Hacienda, conforme a las atribuciones que la normatividad aplicable de la materia les confiere en su respectivo ámbito de competencia.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 El Área Requirente será responsable de solicitar con un mínimo 24 horas de anticipación los servicios de transporte que requieran; de lo contrario, se corre el riesgo de que el servicio no pueda ser cubierto sin responsabilidad alguna para el La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), por no haberse programado con la antelación señalada.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), será responsable de supervisar la adecuada programación del servicio de transporte, y que el suministro del combustible sea exclusivamente otorgado a los vehículos propiedad del Hospital Juárez de México.
- 3.3 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, será responsable de supervisar la oportuna prestación del servicio de transporte de pacientes, del personal y de carga, y el adecuado suministro de combustible al parque vehicular del Hospital Juárez de México.

 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.

Hoja: 3 de 10




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área Requiriente (Médica, enfermería o administrativa)	1	Solicita vía telefónica o por escrito la petición de transportación de pacientes, personal o carga al/la Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales	Solicitud
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	2	Recibe solicitud vía telefónica o por escrito del servicio de transporte a realizar.	Solicitud Bitácora
	3	Evalúa la petición en cuanto a vinculación directa a las funciones de la Unidad Hospitalaria, y en su caso otorga la autorización.	
	4	Presenta bitácora de los servicios de transporte solicitados.	
Encargado (a) del Servicio de Transportación	5	Recibe instrucción para realizar el servicio y requisita orden de traslado en la oficina de transportes.	Orden de Traslado
	6	Realiza el servicio.	
	7	Envía la orden de traslado requisitada al/la Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	8	Recibe la orden de traslado y con la información diseña itinerario y registra la información en la bitácora correspondiente con los datos del destino, conductor y kilometraje recorridos.	Orden de Traslado Bitácora Información de las bitácoras.
	9	Envía la información de las bitácoras al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	10	Recibe la información de las bitácoras mensuales, verifica que las órdenes de traslado estén registradas con base en datos del precio del combustible por litro, así como la distancia recorrida.	Información de las bitácoras Orden de traslado
	11	Instruye de forma verbal al/la Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales para realizar, en su caso, los ajustes pertinentes en cuanto a cantidad, frecuencia e itinerarios a realizar.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	12	Realiza los ajustes a la bitácora y planifica los viajes subsecuentes, priorizando las necesidades urgentes.	Bitácora
	13	Elabora y envía Bitácora con la información de los traslados realizados mensualmente al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios, con la finalidad de comprobar los servicios de transporte realizados y que el uso del combustible sea el adecuado y permita el cumplimiento de la normatividad vigente.	Bitácora mensual

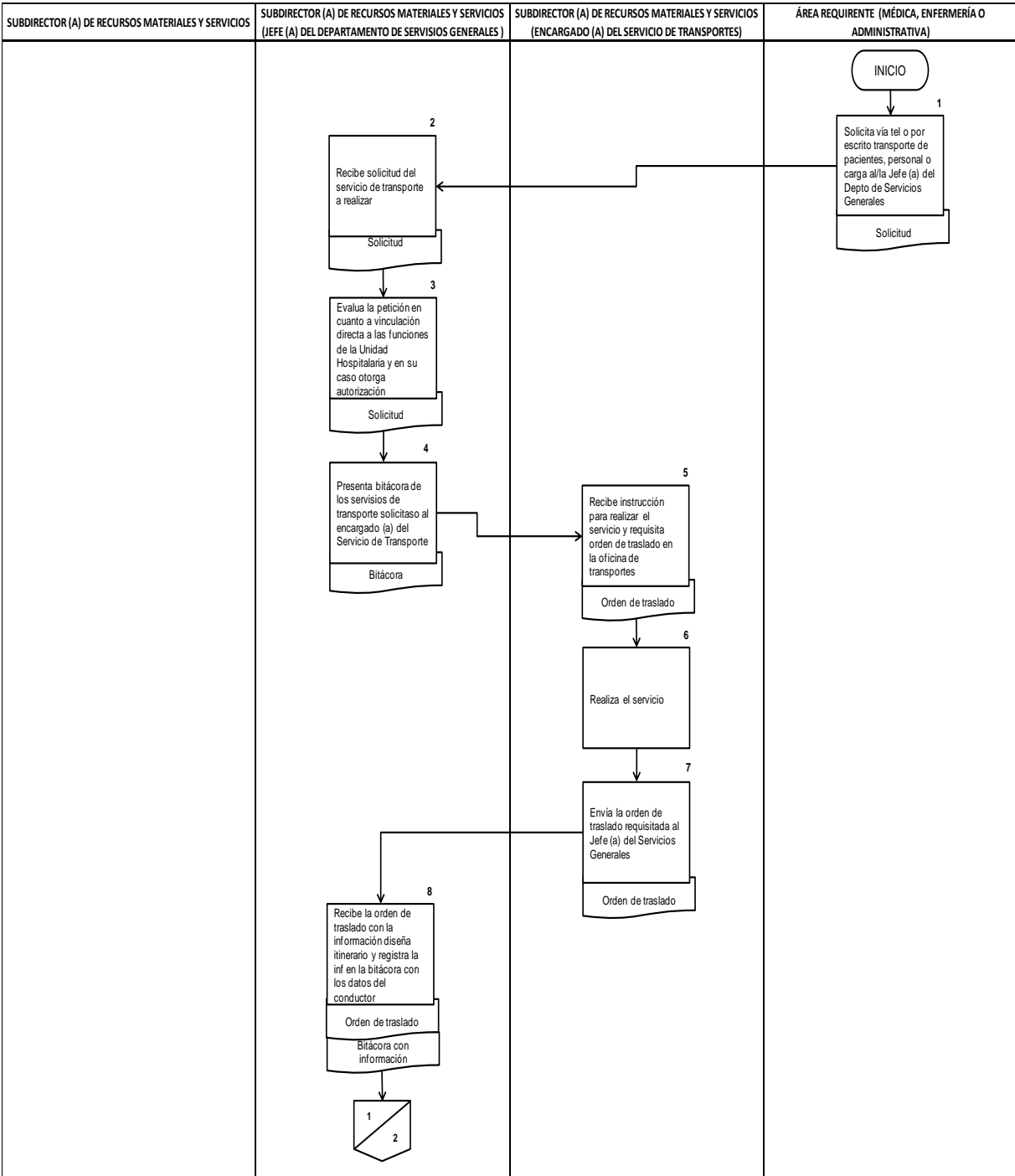
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.	

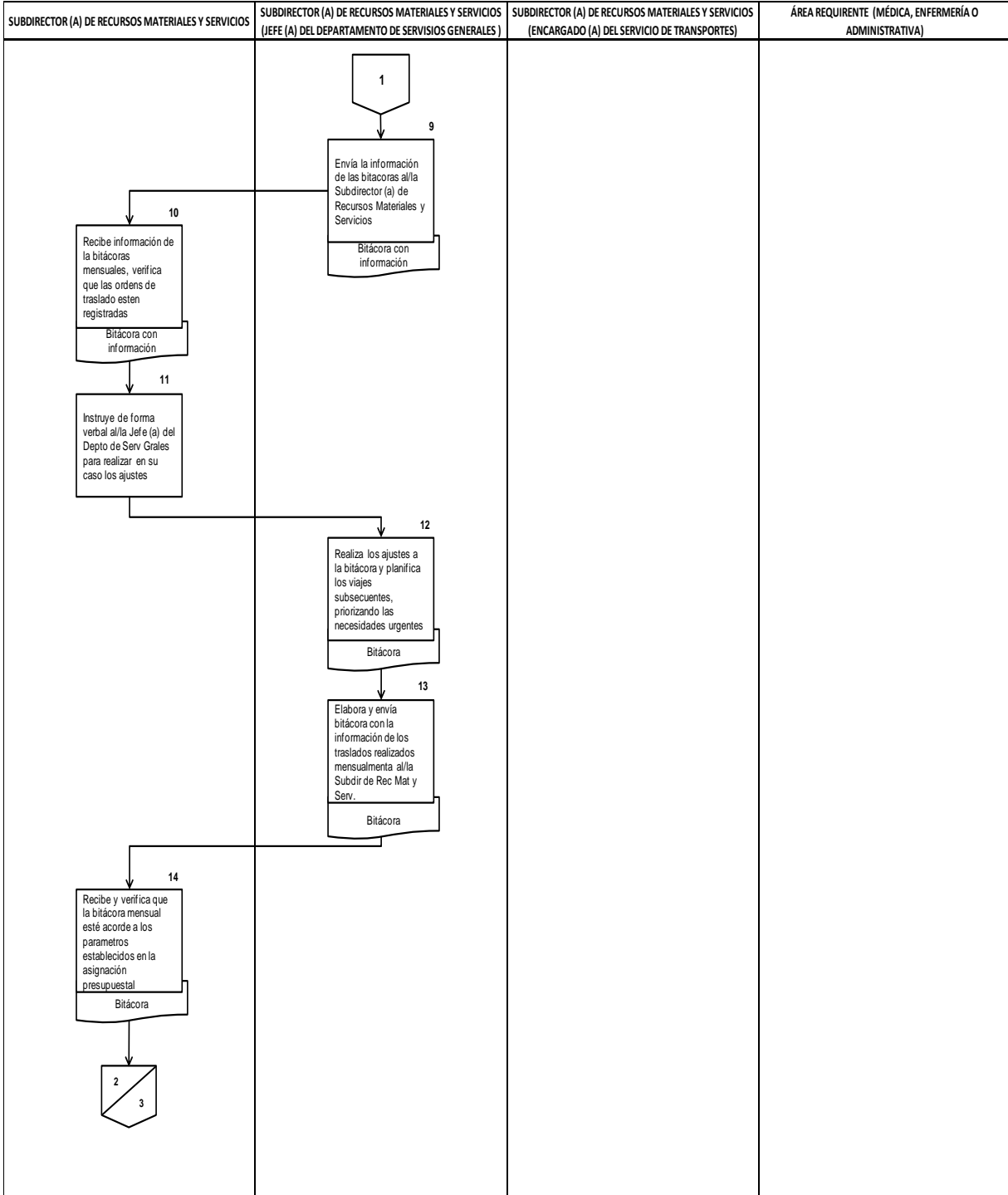
Hoja: 4 de 10




Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	14	Recibe y verifica que la bitácora mensual este acorde a los parámetros establecidos en la asignación presupuestal y a las medidas de racionalidad y austeridad. ¿Existen situaciones fuera de orden?	Bitácora mensual
	15	No: Da visto bueno a la información recibida.	
	16	Si: Instruye por escrito al/la Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales para que genere los documentos que justifiquen la probable desviación detectada en la utilización del combustible.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	17	Elabora la justificación por escrito de la desviación detectada presentando la documentación y evidencias que soporten los motivos que dieron origen a dicho traslado e informa al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	Justificación Documentos
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	18	Recibe la información y da visto bueno TERMINA PROCEDIMIENTO	Documento

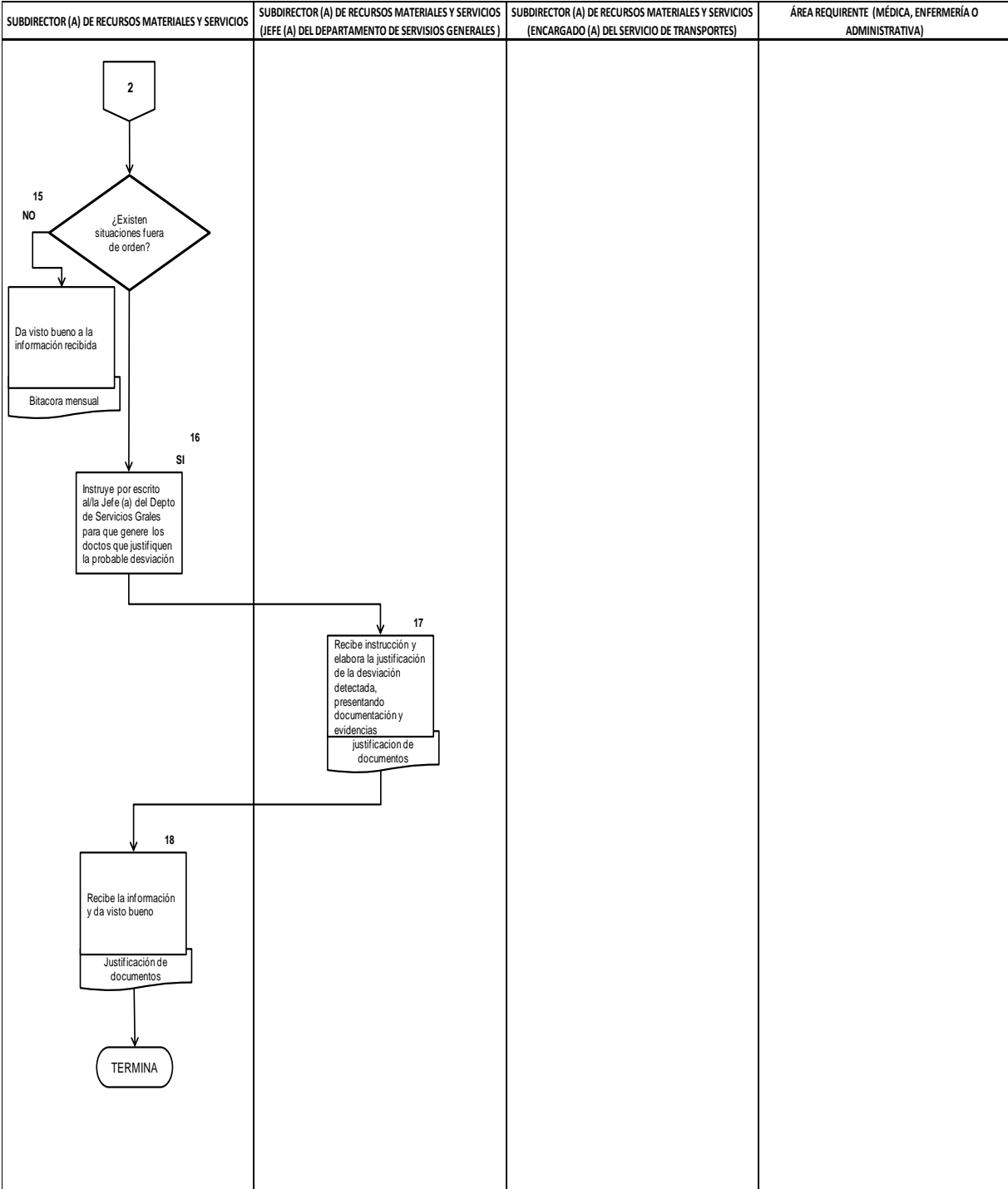
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 5 de 10




5 DIAGRAMA DE FLUJO





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 7 de 10



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 8 de 10

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Fecha de última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 10-11-2014
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 28-07-2010
6.4 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	Diciembre, 2016
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	6 años	Departamento de Almacenes Generales	N/A
7.2 Orden de Traslado	6 años	Departamento de Almacenes Generales	N/A
7.3 Bitácora	6 años	Departamento de Almacenes Generales	N/A
7.4 Dictamen	6 años	Departamento de Almacenes Generales	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO


- 8.1 **Bitácora:** Libro y/o carpeta de registro.
8.2 **Orden de Traslado:** Formato utilizado para vaciar en él los datos de transportación.
8.3 **Traslado:** Movilización de personal adscrito a este Hospital.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realiza actualización del procedimiento, diagramas de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Orden de Traslado (Formato (DA-F-91)).

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 9 de 10

10.1 SOLICITUD DE ORDEN DE TRASLADO (FORMATO (DA-F-91))


HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO


DIRECCION ADMINISTRATIVA

Expediente No. _____
Servicio _____
Cama _____

ORDEN DE TRASLADO

Nombre _____
 Del Servicio de _____
 A _____
 Motivo del Traslado _____

México, D.F. a _____ de _____ de 20 ____

El Médico que Solicita el Traslado:

FIRMA

NOMBRE

Realizo el traslado:

FIRMA

NOMBRE



Hora Salida _____ Hora Llegada _____
 Kms. Salida _____ Kms. Llegada _____

DATUM




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	57. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital y de uso oficial.		Hoja: 10 de 10

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA ORDEN DE TRASLADO (FORMATO (DA-F-91))

1. Anotar el número de expediente del paciente a trasladar;
2. Anotar el servicio en el que se encuentra el/la paciente
3. Anota el número de cama que ocupa el/la paciente;
4. Repetir el nombre del/la paciente con letra de molde
5. Anotar el nombre del servicio que solicita el traslado
6. Anotar el nombre del servicio al que se traslada el/la paciente
7. Anotar el motivo del traslado del/la paciente
8. Anotar fecha iniciando DD/MM/AA.
9. Escribir el nombre completo del médico que solicita el traslado y plasmar su firma autógrafa
10. Escribir el nombre completo del personal que realizó el traslado y plasmar su firma autógrafa
11. Anotar la hora de salida del/la paciente del servicio
12. Anotar la hora de llegada del/la paciente al servicio a trasladar

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.		Hoja: 1 de 9

58.PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL REGISTRO DE BAJA Y DESTINO FINAL DE ACTIVO FIJO NO ÚTIL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.		Hoja: 2 de 9

1. PROPÓSITO



- 1.1 Contar con un instrumento administrativo que permita establecer los mecanismos para el registro y control del activo fijo (mobiliario, equipo y bienes instrumentales) sujeto a baja y destino final, mediante la calificación y autorización correspondiente, así como la descripción de su costo, localización y asignación, con el objeto de mantener permanentemente actualizado el inventario del activo fijo del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a través, del Departamento de Almacenes e Inventarios, así como a las Áreas Técnicas y Usuarías del Hospital Juárez de México, que tengan asignado, o a su cargo, activo fijo.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública y Secretaría de Hacienda, conforme a las atribuciones que la normatividad aplicable de la materia les confiere en su respectivo ámbito de competencia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.



- 3.1 Corresponde al personal llevar a cabo el resguardo y control patrimonial del activo fijo que tenga asignado, en coordinación con el Departamento de Almacenes e Inventarios de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.
- 3.2 El activo fijo deberá ser controlado mediante resguardo con el cual se garantizará la custodia del mismo. Todo activo fijo que no esté asignado a algún servidor público, deberá ser custodiado por el Área de Almacenes e Inventarios.
- 3.3 La subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a través de su Departamento de Almacenes e Inventarios, deberá asignar áreas de acceso controlado, donde sea concentrado el activo fijo No Útil, sujeto para baja y destino final.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, recibirá de las áreas técnicas o usuarias (Área Médica, de Enfermería o Administrativa), la relación del activo fijo No Útil, el Dictamen de No Utilidad y el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación, para su revisión y análisis a fin de llevar a cabo el proceso de baja y destino final del mismo.

 	ROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.

Hoja: 3 de 9



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Área Técnica o Usuaría (Área Médica, de Enfermería o Administrativa)	1	Elabora y envía al Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios, Relación de Activo Fijo No Útil, Dictamen de no Utilidad y Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación, para su revisión.	Relación de Activo Fijo No Útil Dictamen de no utilidad. Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	2	Recibe Relación de Activo Fijo No Útil, Dictamen de No Utilidad y Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación, por parte de la Área Técnica o Usuaría (Área Médica, de Enfermería o Administrativa).	Relación de Activo Fijo No Útil. Dictamen de no utilidad.
	3	Revisa y verifica la integridad de la documentación entregada por el Área Técnica o Usuaría (Área Médica, de Enfermería o Administrativa) ¿La documentación está completa y contiene los requisitos necesarios?:	Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.
	4	No: Regresa a la actividad 1, con las sugerencias correspondientes.	
	5	Si: Autoriza el Dictamen de No Utilidad y devuelve documentación al Área Técnica y/o Usuaría para que continúe el proceso de baja.	
Área Técnica o Usuaría (Área Médica, de Enfermería o Administrativa)	6	Recibe por parte del/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios la documentación referente al activo fijo no útil y presenta para suscripción a la Dirección General, el Acuerdo Administrativo de Desincorporación.	Relación de Activo Fijo No Útil Dictamen de no utilidad. Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.

 	ROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.	

Hoja: 4 de 9

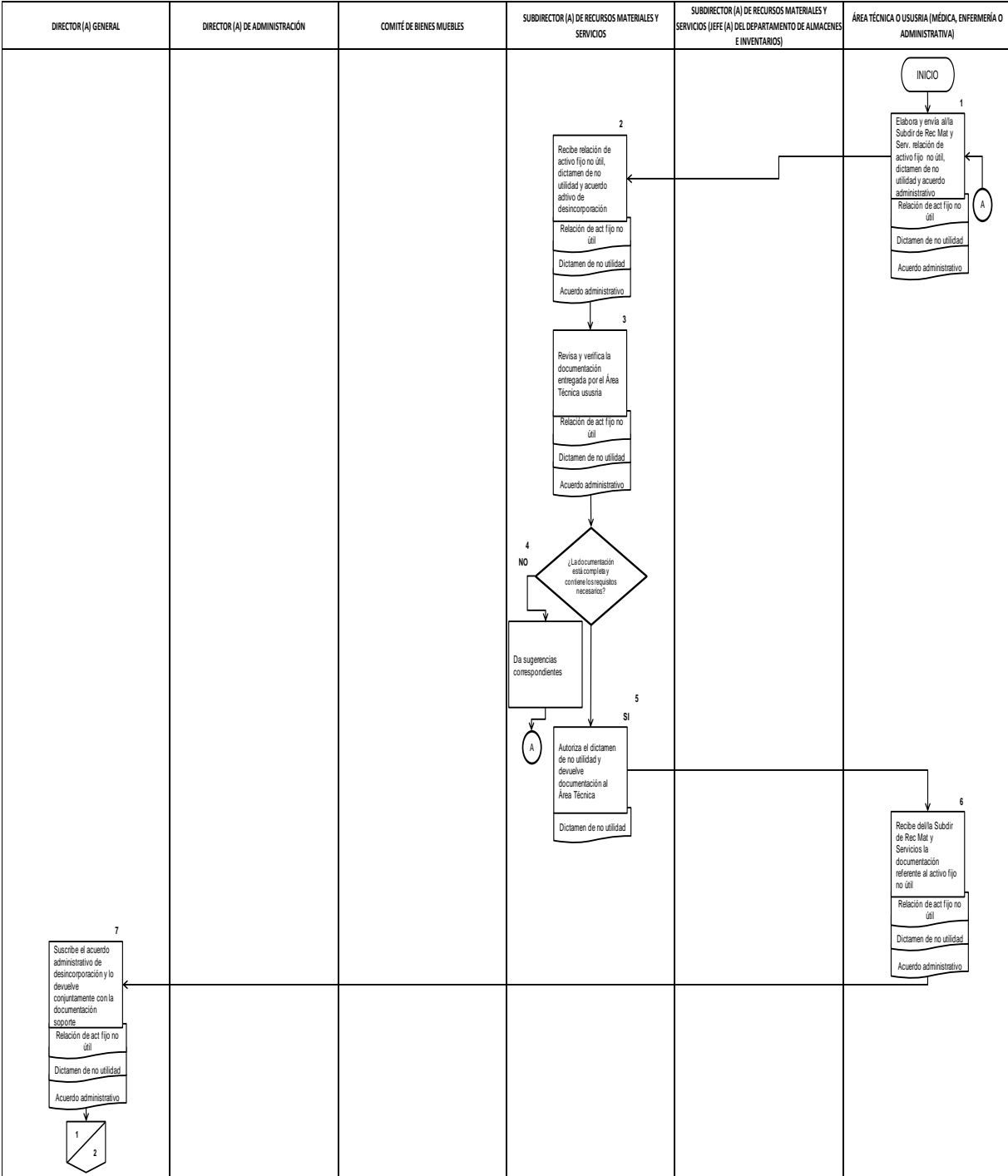
Director (a) General	7	Suscribe el Acuerdo Administrativo de Desincorporación y lo devuelve conjuntamente con la documentación soporte al Área Técnica y/o Usuaría.	Relación de Activo Fijo No Útil Dictamen de no utilidad. Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.
Área Técnica o Usuaría (Área Médica, de Enfermería o Administrativa)	8	Remite a la Dirección de Administración, Dictamen de No Utilidad, Relación de Activo Fijo No Útil y el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación, debidamente requisitados, solicitando se someta la propuesta de baja y destino final al Comité de Bienes Muebles.	Relación de Activo Fijo No Útil Dictamen de no utilidad. Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.
Director (a) de Administración	9	Turna la documentación a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios para que se integre la carpeta.	Relación de Activo Fijo No Útil Dictamen de no utilidad. Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación.
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	10	Recibe la documentación e instruye al Departamento de Almacenes e Inventarios, integre la carpeta con el soporte documental para su presentación ante el Comité de Bienes Muebles.	Carpeta de documentación soporte de bienes susceptibles de baja.
Subdirector (a) de Recursos	11	Entrega a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, soporte documental del	Carpeta de documentación

 	ROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.	

Hoja: 5 de 9

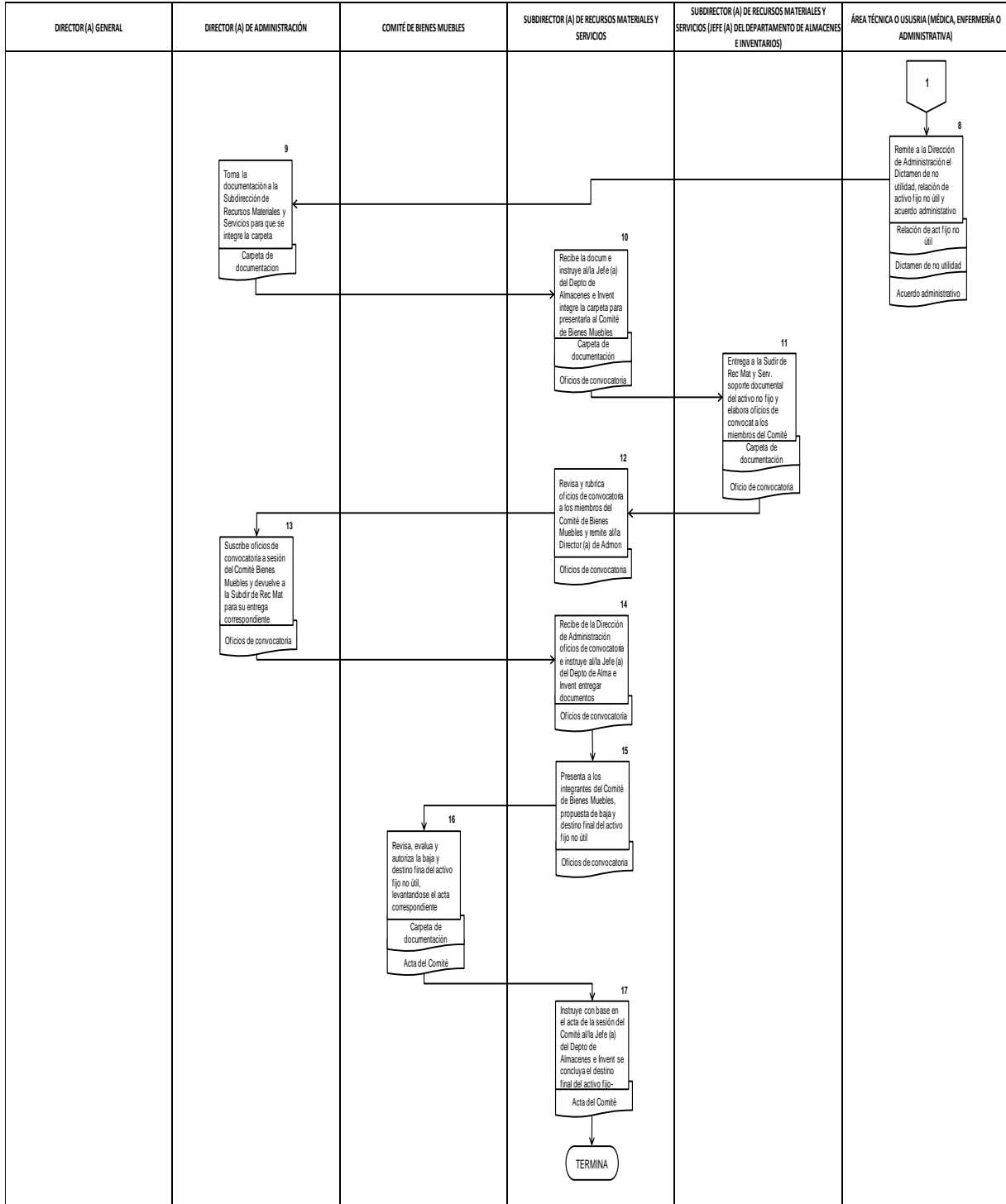
<p>Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios)</p>		<p>activo fijo no útil y elabora oficios de convocatoria a los miembros del Comité de Bienes Muebles, para ser suscritos por el/la Director (a) de Administración, para revisión y rúbrica del Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.</p>	<p>soporte de bienes susceptibles de baja.</p> <p>Oficios de convocatoria para sesión del Comité de Bienes Muebles.</p>
<p>Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios</p>	12	<p>Revisa y rubrica oficios de convocatoria a los miembros del Comité de Bienes Muebles y remite al/la Director (a) de Administración para su suscripción</p>	<p>Oficios suscritos de convocatoria para sesión del Comité de Bienes Muebles.</p>
<p>Director (a) de Administración</p>	13	<p>Suscribe oficios de convocatoria a sesión del Comité de Bienes Muebles y devuelve a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, los oficios de convocatoria para su correspondiente entrega.</p>	<p>Oficios de convocatoria para sesión del Comité de Bienes Muebles.</p>
<p>Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios</p>	14 15	<p>Recibe de la Dirección de Administración oficios de convocatoria firmados, e instruye al Jefe del Departamento de Almacenes e Inventarios se entreguen a los miembros del Comité de Bienes Muebles, adjuntando la carpeta con la respectiva documentación soporte.</p> <p>Presenta a los Integrantes del Comité de Bienes Muebles, propuesta de baja y destino final del activo fijo no útil y, en su caso, preside por suplencia la sesión.</p>	<p>Oficios de convocatoria para sesión del Comité de Bienes Muebles.</p>
<p>Comité de Bienes Muebles</p>	16	<p>Revisa, evalúa y autoriza la baja y destino final del activo fijo no útil, levantándose el acta correspondiente.</p>	<p>Carpeta de documentación soporte de bienes susceptibles de baja.</p> <p>Acta del Comité de Bienes.</p>
<p>Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios</p>	17	<p>Instruye con base en el acta de la sesión del Comité de Bienes Muebles, al Departamento de Almacenes e Inventarios, se concluya el destino final del activo fijo (enajenación, transferencia, destrucción o donación), así como el registro de baja correspondiente.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	<p>Acta del Comité de Bienes.</p>




5 DIAGRAMA DE FLUJO





58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.		Hoja: 8 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Fecha de última reforma DOF 18/07/2016
6.2 Ley General de Salud.	Fecha de última reforma DOF 01/06/2016
6.3 Ley General de Contabilidad Gubernamental.	Fecha de última reforma DOF 18/07/2016
6.4 Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.	Fecha de última reforma DOF 24/03/2016
6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	Fecha de última reforma DOF 24/03/2014
6.6 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.	Fecha de última reforma DOF 02/04/2014
6.7 Reglamento de Insumos para la Salud.	Fecha de última reforma DOF 14/03/2014
6.8 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.	Diciembre, 2016
6.9 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Relación de bienes muebles (activo fijo no útil)	6 años	Área de Almacenes e Inventarios	N/A
7.2 Listado de casos para Dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles	6 años	Área de Almacenes e Inventarios	N/A
7.3 Dictamen de no Utilidad	6 años	Área de Almacenes e Inventarios	N/A
7.4 Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación	6 años	Área de Almacenes e Inventarios	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Activo fijo No útil:** Mobiliario, equipo y bienes instrumentales con las siguientes características:

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	58. Procedimiento para supervisar el procedimiento de baja y destino final de activo fijo no útil.		Hoja: 9 de 9

- a) Aquellos cuya obsolescencia o grado de deterioro imposibilita su aprovechamiento en el servicio.
- b) Aún funcionales pero que ya no se requieren para la prestación del servicio.
- c) Que se han descompuesto y no son susceptibles de reparación.
- d) Que se han descompuesto y su reparación no resulta rentable.
- e) Que son desechos y no es posible su reaprovechamiento
- f) Que no son susceptibles de aprovechamiento en el servicio por una causa distinta de las señaladas.

- 8.2 **Almacén:** Sitio donde se tienen bienes o insumos para su resguardo y custodia.
- 8.3 **Baja de activo:** La cancelación del registro en el sistema de información, de un bien mueble o bien instrumental, una vez ejecutada y consumada su disposición final.
- 8.4 **Bienes instrumentales:** Los considerados como implementos o medios para el desarrollo de las actividades dentro del Hospital Juárez de México, siendo susceptibles de la asignación de un número de inventario y resguardo de manera individual, dada su naturaleza y finalidad en el servicio.
- 8.5 **Dictamen de No Utilidad:** Documento que consigna, fundamenta, acredita y sustenta, que un activo fijo ya no es útil para la prestación del servicio para el que fue adquirido.
- 8.6 **Disposición final:** El acto a través del cual se realiza la desincorporación patrimonial (enajenación, donación, destrucción, etc.).
- 8.7 **Vale:** Formato que da salida a los bienes o insumos resguardados en los diferentes almacenes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realiza actualización del Procedimiento, diagramas de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.		Hoja: 1 de 8

59. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA, LIMPIEZA, JARDINERÍA, TRATAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECCIOSOS (RPBI) Y RECOLECCIÓN DE LA BASURA MUNICIPAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO


- 1.1 Supervisar el correcto cumplimiento en la prestación de los servicios generales subrogados con la finalidad de verificar que se obtenga la mejor operatividad dentro de las instalaciones del Hospital, así como el cumplimiento de las obligaciones establecidas dentro de los contratos correspondientes.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, y a las áreas administrativas médicas y paramédicas del Hospital, que son requirentes o usuarias de servicios.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Economía y Secretaría de Hacienda, conforme a las atribuciones que la normatividad aplicable de la materia les confiere en su respectivo ámbito de competencia.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) será responsable de verificar que se cumplan las actividades de los operarios de los diferentes prestadores del servicio.
- 3.2 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) será responsable de instruir a las compañías subrogadas a responsabilizarse de cualquier situación anómala por parte de los operarios que procedan en incumplimientos al contrato, lo que deriva en sanciones a la empresa subrogada.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.

Hoja: 3 de 8


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	1	Envía oficio con el formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público al/la Jefe (a) del Área de Servicios Generales para ser requisitado con base a sus necesidades anuales reales de bienes y servicios para optimizar el presupuesto asignado.	formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	2	Recibe oficio formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
	3	Requisita los formatos conforme a sus necesidades y las envía al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios	4	Recibe y revisa formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, debidamente requisitado.	formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
	5	Turna para su atención al/la Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento.	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Abastecimiento)	6	Recibe el formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y contrata servicio subrogado a partir del procedimiento correspondiente.	formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
Prestador (a) del Servicio Contratado	7	Inicia prestación del Servicio en los términos y condiciones establecidos en el Contrato.	Contrato
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	8	Supervisa y controla la prestación del servicio, generando los reportes correspondientes.	Reportes
	9	Envía trimestralmente los reportes de las supervisiones realizadas al/la Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios.	
Subdirector (a) de	10	Recibe y revisa reporte trimestral del Área de	Reporte trimestral

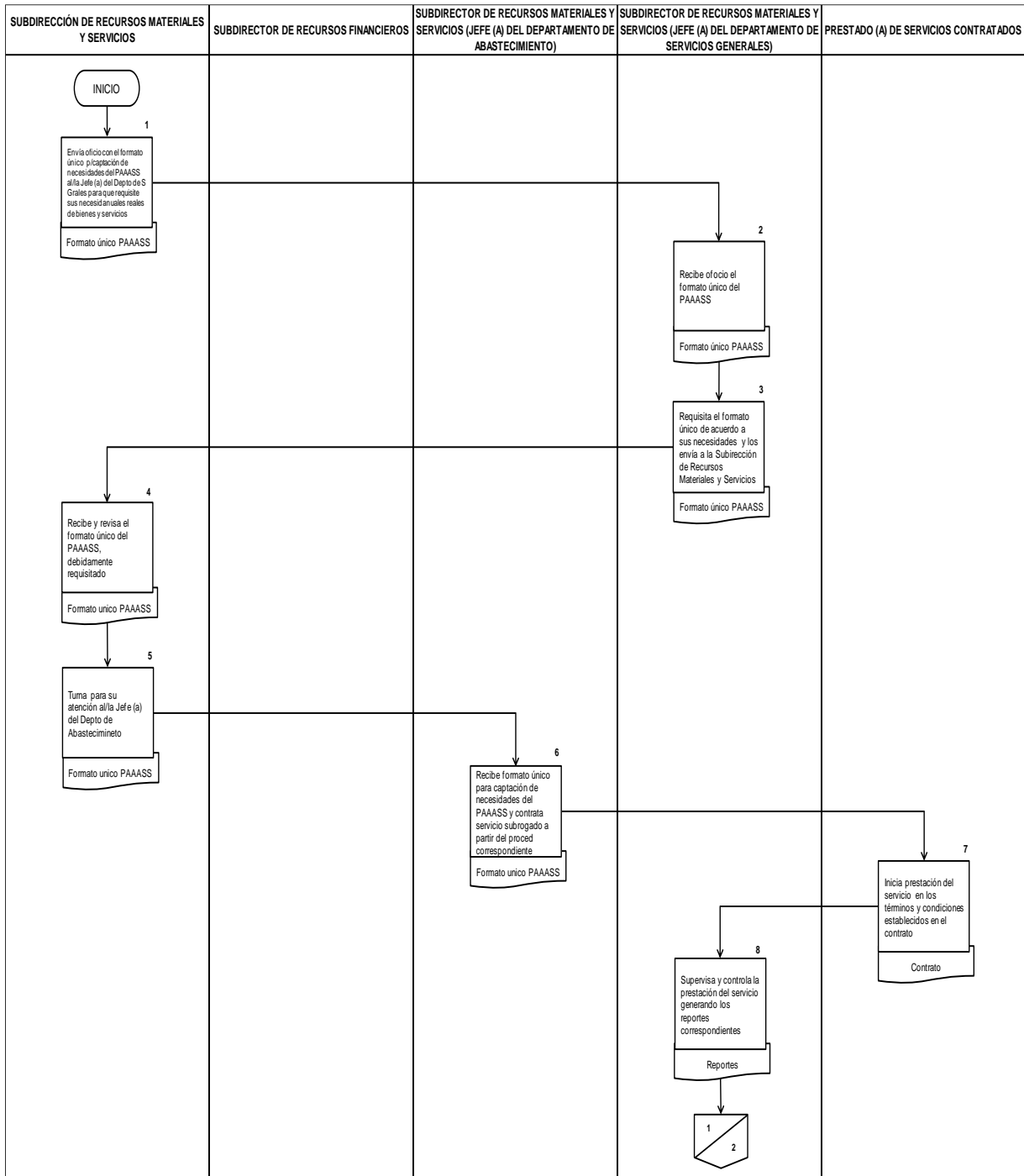
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.	




Hoja: 4 de 8

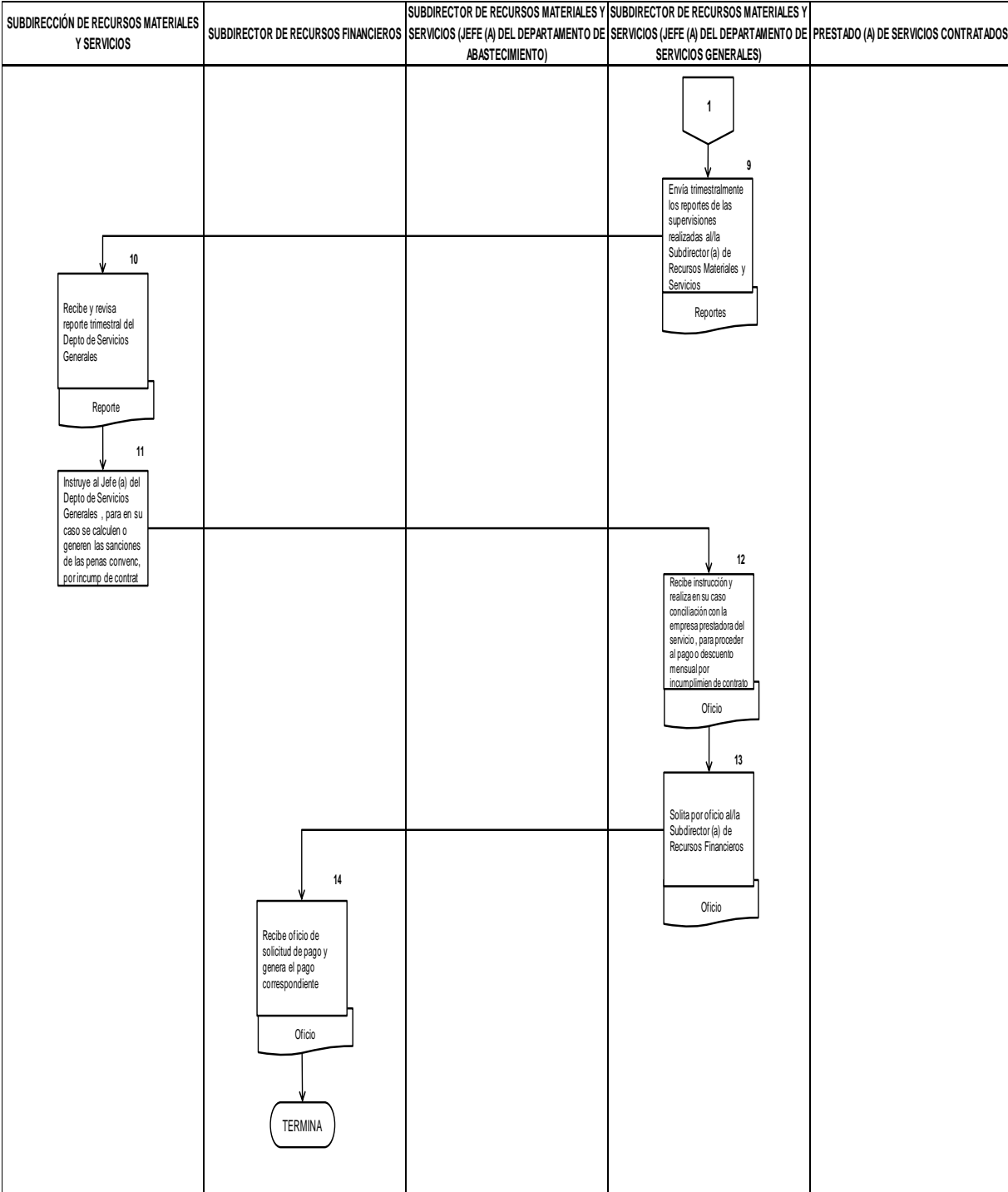
Recursos Materiales y Servicios	11	<p>Servicios Generales.</p> <p>Instruye de forma verbal al/la Jefe (a) del Área de Servicios Generales para, en su caso, se calculen y generen las sanciones y las penas convencionales a que se hacen acreedores los prestadores de servicios por incumplimiento de contrato.</p>	
Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe (a) del Departamento de Servicios Generales)	12	<p>Recibe instrucción y realiza la conciliación con la empresa prestadora del servicio, para posteriormente proceder a la aplicación de sanciones y penalizaciones a través de oficio donde se hace saber a la empresa subrogada los incumplimientos a que se hace acreedora con la finalidad que proceda al pago de los mismos o se realizase el descuento de su facturación mensual.</p>	Oficio
	13	<p>Solicita por oficio al Subdirector (a) de Recursos Financieros, ejecute el pago mensual y los descuentos pertinentes en la facturación.</p>	
Subdirector (a) de Recursos Financieros	14	<p>Recibe oficio de solicitud de pago y genera el pago correspondiente.</p>	Oficio
TERMINA PROCEDIMIENTO			




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS			
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.			Hoja: 5 de 8

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		Hoja: 6 de 8
59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.			



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.		Hoja: 7 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Fecha de última reforma DOF 15/08/2016
6.2 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 10/11/2014
6.3 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	Fecha de última reforma DOF 28/07/2010
6.4 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	Diciembre, 2016
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	6 años	Área de Servicios Generales	N/A
7.2 Contrato	6 años	Área de Servicios Generales	N/A
7.3 Convocatoria	6 años	Área de Servicios Generales	N/A
7.4 formato único de captación de necesidades del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	6 años	Subdirección de Recursos Materiales y Servicios	N/A
7.5 Reporte trimestral	6 años	Área de Servicios Generales	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Adquisición:** Procedimiento mediante el cual el Hospital adquiere un bien o un servicio mediante el pago de una suma de dinero determinada.
- 8.2 **Convocatoria:** Convocatoria autorizadas por el Subcomité Revisor de Convocatorias.
- 8.3 **Operario:** Elemento y/o personal que asigna la empresa subrogada.
- 8.4 **Subrogada:** Empresa prestadora del servicio




9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
2	Diciembre, 2016	Se realiza actualización del procedimiento, diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS		
	59. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.		Hoja: 8 de 8

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.		Hoja: 1 de 7

**60.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DEL INFORME MENSUAL
Y/O ANUAL DE ACTIVIDADES.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.		Hoja: 2 de 7

1 PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar la adecuada determinación del universo de acción en cuanto al mantenimiento del inmueble, instalaciones y equipos médicos, para identificar las necesidades y programar el mantenimiento preventivo que permita la operación continua. Así mismo informar a las autoridades el grado de cumplimiento de las metas preestablecidas mensualmente, indicando las actividades realizadas por especialidad y por servicio.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El Procedimiento es aplicable a todas las áreas y servicios del Hospital Juárez de México, ya que se realiza una supervisión en los servicios para determinar en qué estado están las instalaciones y así poder establecer los mantenimientos preventivos, y correctivos que permiten la operación continua.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.



3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El/la Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento elabora sus respectivos programas anuales de mantenimiento, planeando las actividades de forma calendarizadas, tomando en cuenta las prioridades urgentes por atender
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles así como al Departamento de Mantenimiento Biomédico determinar el universo de acción para prevenir el mantenimiento preventivo y correctivo del inmueble en cuanto a la infraestructura física así como de las instalaciones, equipos industriales y médicos que competen a su departamento, realizando previamente los diagnósticos que sean necesarios para conocer los requerimientos.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico así como analizar y evaluar los requerimientos en cuanto a su factibilidad técnica, priorizando y determinado el alcance de acuerdo a los recursos disponibles, capacidad técnica y fuerza de trabajo.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico programar los trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo a realizar con personal adscrito de los departamentos, así como los servicios que se requieran de ser contratados por empresas externas en las que se requiere mano de obra especializada, herramienta y refacciones.
- 3.5 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico determinar, unidad, cantidad, frecuencia, tipo de mantenimientos preventivos, correctivos, los alcances y vigencias de los contratos.

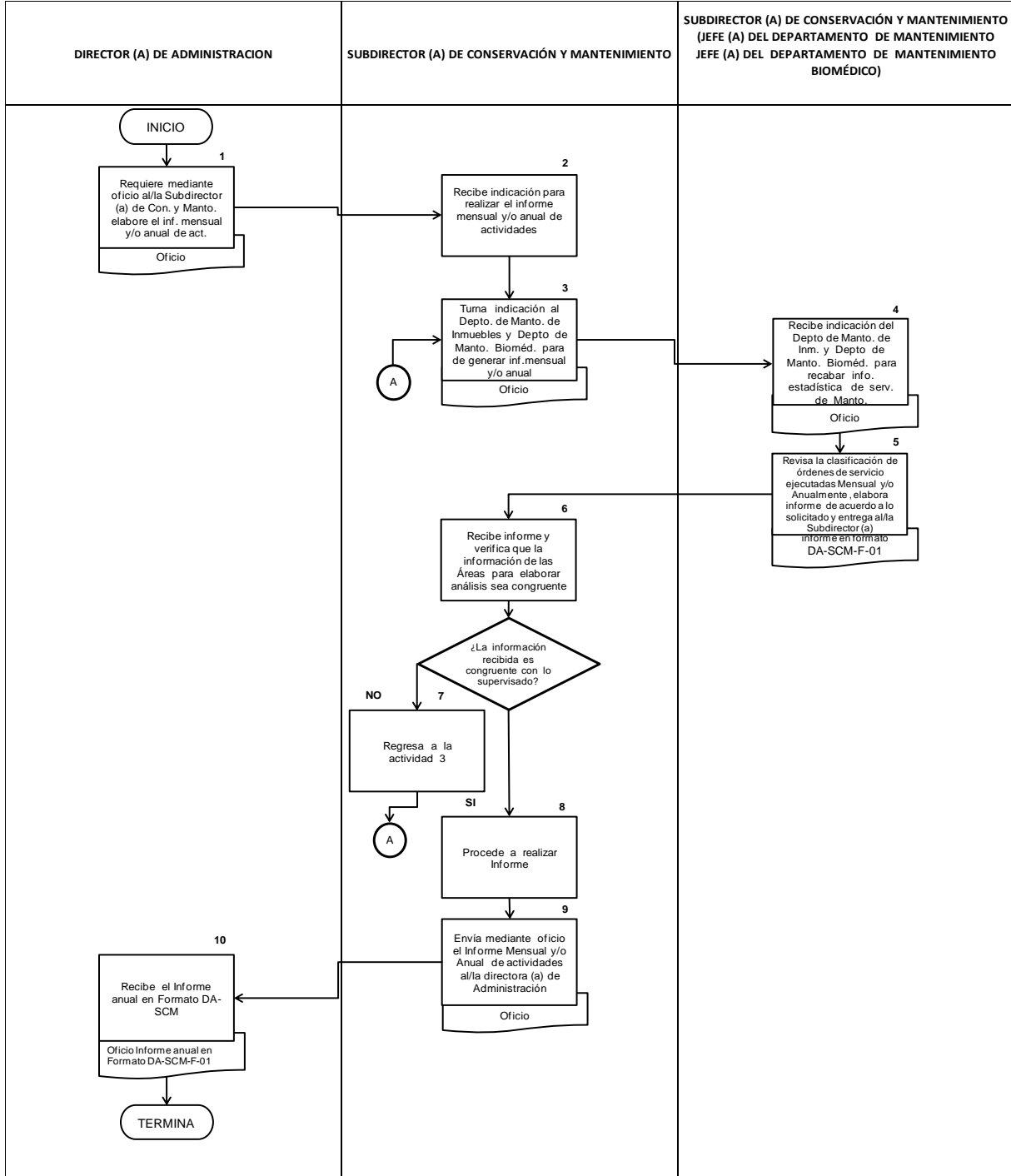
 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades. Hoja: 3 de 7




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Requiere mediante oficio al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento elabore el informe mensual y/o anual de actividades.	Oficio
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe indicación para realizar el informe mensual y/o anual de actividades	Oficio
	3	Turna indicación mediante oficio al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico para de generar informe mensual y/o anual de mantenimientos preventivos y correctivos.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	4	Recibe indicación del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico para recabar información estadística de las Solicitudes de servicio de Mantenimiento a Inmueble, Instalaciones y Equipo Médico.	Oficio Informe en Formato DA-SCM-F-01
	5	Revisa la clasificación de órdenes de servicio ejecutadas Mensual y/o Anualmente si fueron realizados con recursos propios o contratados. Clasificación por área, a su vez, agrupado por servicio otorgado, ya sea inmueble (carpintería, cerrajería, herrería, acabados, sanitarias, instalaciones hidrosanitarias, eléctricas, sistema de aire acondicionado) o reparación de equipo médico e instalación de gases medicinales, elabora informe de acuerdo a lo solicitado y entrega al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	6	Recibe informe y verifica que la información de las Áreas para elaborar análisis sea congruente. ¿La información recibida es congruente con lo supervisado?	Oficio
	7	No: Regresa a la actividad 3.	
	8	Si: Procede a realizar Informe	
	9	Envía mediante oficio el Informe Mensual y/o Anual de actividades al/la directora (a) de Administración.	
Director (a) de Administración	10	Recibe el Informe anual en Formato DA-SCM-F-01 TERMINA PROCEDIMIENTO	Oficio Informe anual en Formato DA-SCM-F-01

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.		

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.		Hoja: 5 de 7

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 AÑOS	Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	N/A
7.2 Informe en Formato DA-SCM-F-01	5 AÑOS	Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Informe.-** Tipo de documento que pretende transmitir información estadística y descriptiva de actividades llevadas a cabo en un periodo determinado.
- 8.2 **Mantenimiento Correctivo.-** se denomina aquel que se realiza con la finalidad de reparar fallos o defectos que se presenten en equipos y maquinarias.
- 8.3 **Mantenimiento Preventivo.-** Es aquel que se realiza de manera anticipada con el fin de prevenir el surgimiento de averías y daños a los bienes propiedad del Hospital.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento y se plasmó como se lleva a cabo actualmente, así como también se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato DA-SCM-F-01 "Relación Mensual y/o Anual de Ordenes Realizadas".

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS				Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO				
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.				

10.1 FORMATO DA-SCM-F-01 RELACIÓN MENSUAL Y/O ANUAL DE ÓRDENES REALIZADAS

AREA O SERVICIO (1)	SERVICIO DE MANTENIMIENTO SOLICITADO							
	MANTENIMIENTO				BIOMÉDICA			
	(2)				(4)			
DIRECCION GRAL. Y DIRECCIONES								
DIV. CIRUGIA								
DIV. NEUROLOGICA								
DIV. GINECOOBSTETRICIA								
DIV. PEDIATRICA								
DIV. MEDICINA CRITICA								
DIV. AUX. DIAGNOS. Y TRAT.								
DIV. SERVICIOS PARAMEDICOS								
DIV. ENSEÑANZA								
DIV. INVESTIGACION								
SUBDIR. DE REC. HUMANOS								
SUBDIR. DE REC. FINANCIEROS								
SUBDIR. DE REC. MAT. Y S. G.								
SUBDIR. DE CONSERV. Y MANTTO.								
ASAMBLEA DE CIRUJANOS								
ASAMBLEA DE ENFERMERAS								
ESCUELA DE ENFERMERIA								
VESTIBULO								
CASA DE MAQUINAS								
BAÑOS PUBLICOS								
AREAS COMUNES								
T O T A L E S	(3)				(5)			

(8)




Vo. Bo.

(6)

Realizo




(7)

Realizo




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	60. Procedimiento para la elaboración del informe mensual y/o anual de actividades.		Hoja: 7 de 7

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL “RELACIÓN MENSUAL Y/O ANUAL DE ORDENES REALIZADAS” (DA-SCM-F-01)

- 1.- Se anotara el nombre del área solicitante de servicios de mantenimiento.
- 2.- Se anotara el número de órdenes ejecutadas en los diversos rubros de Mantenimiento a Inmueble por área solicitante.
- 3.- Se anotara el número total de órdenes ejecutadas en los diversos rubros de Mantenimiento a Inmueble.
- 4.- Se anotara el número de órdenes ejecutadas en los diversos rubros de Mantenimiento a Equipo Médico por área solicitante.
- 5.- Se anotara el número total de órdenes ejecutadas en los diversos rubros de Mantenimiento de Biomédica.
- 6.- Se anota nombre y firma de personal que realizó el concentrado de órdenes de servicio por parte del Departamento de Mantenimiento a Inmuebles.
- 7.- Se anota nombre y firma de personal que realizó el concentrado de órdenes de servicio por parte del Departamento de Mantenimiento de Biomédica.
- 8.- Se anota nombre y firma de personal que revisó y dio Visto Bueno por parte de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.		Hoja: 1 de 8

**61.PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE
TRABAJO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.		Hoja: 2 de 8

1 PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar la forma en que se realizaran las actividades de mantenimiento, la cual debe ser precisa y ordenada, para propiciar y conservar en condiciones óptimas la operación de los inmuebles, muebles, equipos e instalaciones ocupadas por el hospital, con la utilización de recursos humanos propios, herramientas y refacciones adquiridas por el hospital, así como de los servicios que requieran ser contratados externamente.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a todas las áreas y servicios del Hospital Juárez de México, ya que de esta forma se pueden definir las actividades para conservar en condiciones óptimas los inmuebles, muebles, equipos e instalaciones del hospital.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico y área de Mantenimiento Biomédico efectuar recorridos de inspección de los edificios que integran el Hospital Juárez México, a efecto para detectar los requerimientos de mantenimiento.
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico de recibir, registrar y clasificar solicitudes de servicios de mantenimiento.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico de evaluar la factibilidad técnica y económica de los requerimientos.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico de analizar la capacidad de respuesta de los recursos propios disponibles en coordinación con la Dirección de Administración.
- 3.5 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico de determinar las actividades a desarrollarse con recursos propios o con recursos contratados en coordinación con la Dirección de Administración.
- 3.6 El incumplimiento de lo establecido en este apartado se sancionara conforme a la Ley Federal Responsabilidades de los Servidores Públicos.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.	

Hoja: 3 de 8

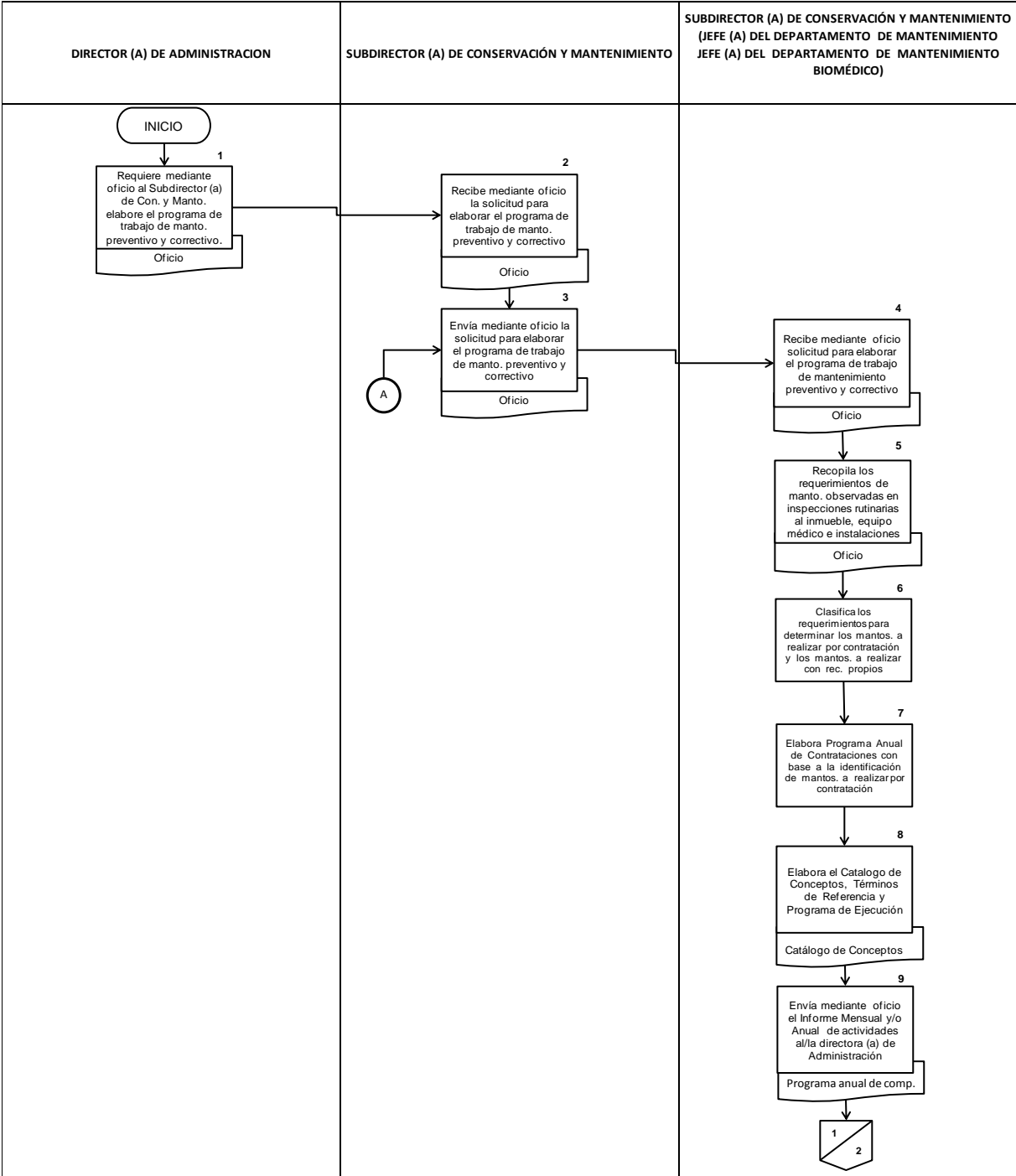
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

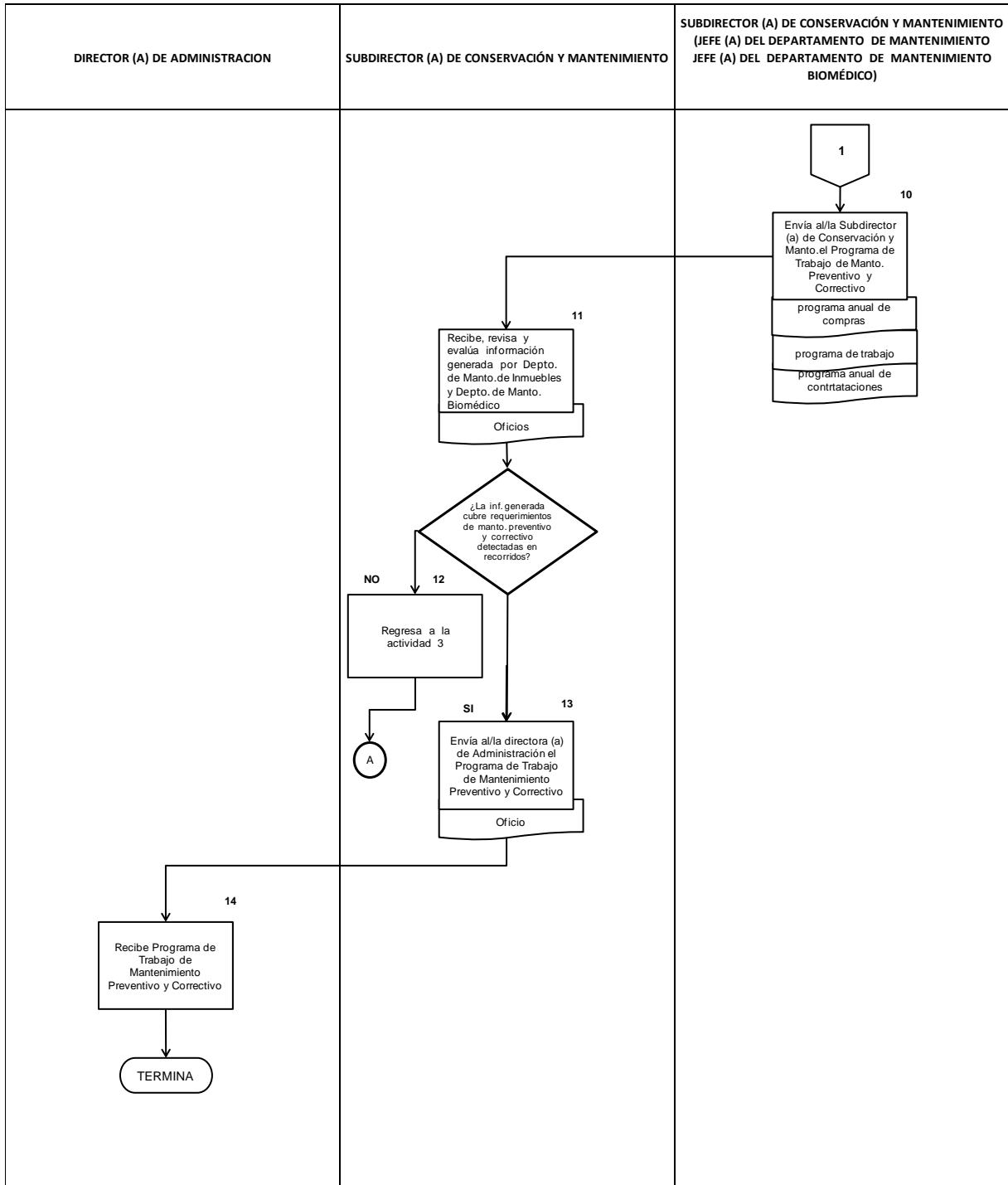
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Requiere mediante oficio al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento elabore el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.	Oficio
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe mediante oficio la solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.	Oficio
	3	Envía mediante oficio la solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	4	Recibe mediante oficio solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.	Oficio Catálogo de Conceptos Términos de Referencia Programa de Ejecución. Programa de Trabajo de Mantenimiento Programa Anual de Contrataciones
	5	Recopila los requerimientos de mantenimiento observadas en inspecciones rutinarias al inmueble, equipo médico e instalaciones y de las solicitudes de mantenimiento, necesidades de adaptación o redistribución de espacios y solicitudes de atención y apoyo de eventos especiales por solicitud escrita, telefónica o personal.	
	6	Clasifica los requerimientos para determinar los mantenimientos a realizar por contratación y los mantenimientos a realizar con recursos propios.	
	7	Elabora Programa Anual de Contrataciones con base a la identificación de mantenimientos a realizar por contratación.	
	8	Elabora el Catálogo de Conceptos, Términos de Referencia y Programa de Ejecución.	
	9	Elabora Programa Anual de Compras de Material y Herramienta con base a la identificación de mantenimientos a realizar con recursos propios.	
	10	Envía al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento el Programa de Trabajo de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, Programa Anual de Compras de Material y Herramientas, Programa Anual de Contrataciones para su revisión y aprobación.	
	11	Recibe, revisa y evalúa información generada por el Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico ¿La información generada cubre requerimientos	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento			Oficio




 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.	
		Hoja: 4 de 8

	12 13	de mantenimiento preventivo y correctivo detectadas en recorridos de supervisión, solicitudes recibidas por escrito, vía telefónicas o en el lugar? No: Regresa actividad N°3 Si: Envía al/la Director (a) de Administración el Programa de Trabajo de Mantenimiento Preventivo y Correctivo.	
Director (a) de Administración	14	Recibe Programa de Trabajo de Mantenimiento Preventivo y Correctivo	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO








 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.		Hoja: 7 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Diciembre, 2013
6.2 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Oficio	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.2 Catálogo de conceptos	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.3 Términos de referencia	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.4 Programa de ejecución	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.5 Programa Anual de Compras de Material y Herramientas	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.6 Programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.7 Programa Anual de Contrataciones	5 años	Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento e Mantenimiento Biomédico	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	61. Procedimiento para la elaboración del programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo.		Hoja: 8 de 8

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Catálogo de conceptos:** Listado que contiene y describe las cantidades y características de todos los materiales y servicios necesarios para la ejecución de trabajos.
- 8.2 **Bienes Muebles:** Los Bienes Inmuebles son aquellos elementos de la naturaleza, que no pueden trasladarse de forma inmediata de un lugar a otro sin su destrucción o deterioro porque responde al concepto de fijeza.
- 8.3 **Inmueble:** Denominación del terreno y edificios que constituyen tanto física como jurídicamente del Hospital.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento y se plasmó como se lleva a cabo actualmente y se aplica lenguaje incluyente

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 1 de 17

**62.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE
MANTENIMIENTO A INMUEBLE CON RECURSOS PROPIOS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 2 de 17

1 PROPÓSITO



- 1.1 Supervisar la atención oportuna y adecuada de los requerimientos de mantenimiento preventivo y correctivo a inmueble, mediante la utilización del personal, equipo, herramientas y materiales propios de los recursos contemplados en programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el Procedimiento es aplicable a las áreas administrativas y operativas del Hospital, utilizando de manera planeada los recursos con los que cuenta la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, en tiempo y forma.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles hacer cumplir al personal operativo con su jornada de trabajo con base a sus derechos y obligaciones plasmadas en las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles atender en forma eficiente y oportuna los requerimientos de servicio que le son solicitados.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles utilizar en forma adecuada y conveniente las herramientas y materiales de trabajo.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles informar, cuando se haya realizado la orden de servicio o, en su caso las causas que lo hubieran impedido.
- 3.5 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y área de Mantenimiento Biomédico de recibir el formato de orden de servicio debidamente requisitado.
- 3.6 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento observara que el incumplimiento de lo establecido en este apartado se sancionara conforme a la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.	

Hoja: 3 de 17

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

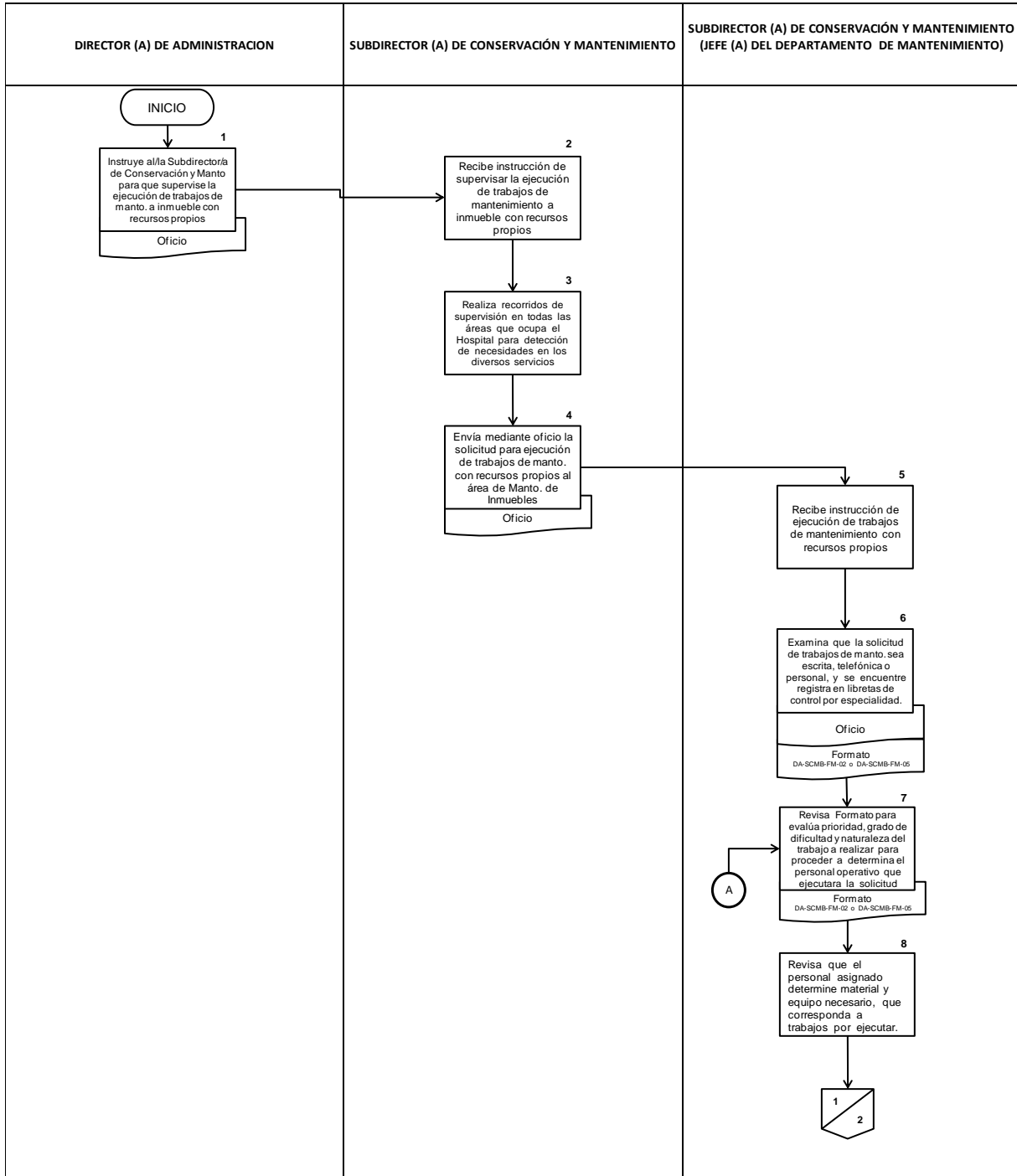
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento para que supervise la ejecución de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios	Oficio
Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe instrucción de supervisar la ejecución de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.	Oficio
	3	Realiza recorridos de supervisión en todas las áreas que ocupa el Hospital para detección de necesidades en los diversos servicios.	
	4	Envía mediante oficio la solicitud para ejecución de trabajos de mantenimiento con recursos propios al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento)	5	Recibe instrucción de ejecución de trabajos de mantenimiento con recursos propios	Oficio Formato DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05 Formato DA-SCMB-FM-03 Formato DA-SCMB-FM-04
	6	Examina que la solicitud de trabajos de mantenimiento sea escrita, telefónica o personal, y se encuentre registrada en libretas de control por especialidad, que coincida con el formato de "Orden de servicio" y se encuentre debidamente requisitado (DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05).	
	7	Revisa Formato DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05 para evaluar prioridad, grado de dificultad y naturaleza del trabajo a realizar para proceder a determinar el personal operativo que ejecutara la solicitud	
	8	Revisa que el personal asignado determine material y equipo necesario, que corresponda a trabajos por ejecutar	
	9	Inspecciona que el llenado de "Vale de salida de material y equipo" sea el adecuado, contando con nombre y firma del personal solicitante, así como de la autorización por parte del/la Jefe (a) del Departamento o Coordinador (a) del Departamento.	
	10	Recibe solicitud de material y equipo y verifica existencias en el almacén del Departamento ¿Hay existencias en el almacén del Departamento de Mantenimiento e Inmuebles?	
	11	No: Solicita al Almacén de varios	
		En caso de no contar con existencia, solicita compra de material mediante formato DA-SCMB-	




 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.

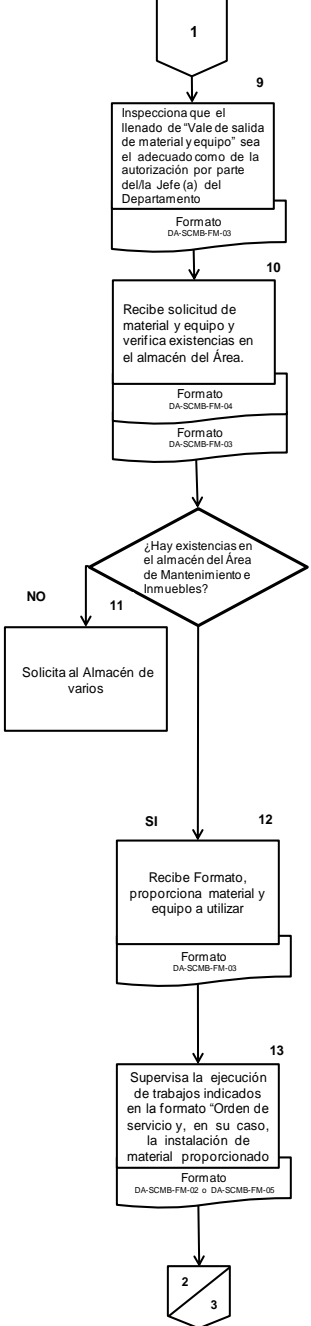
Hoja: 4 de 17




	<p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p>	<p>FM-04 "Orden de compra"</p> <p>Si: Recibe Formato DA-SCMB-FM-03 y proporciona material y equipo a utilizar.</p> <p>Supervisa la ejecución de trabajos indicados en la formato "Orden de servicio" (DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05) y, en su caso, la instalación de material proporcionado.</p> <p>¿Están correctamente ejecutados los trabajos?</p> <p>No: Regresa a la actividad N°7</p> <p>Si: Aprueba los trabajos indicados en la orden de trabajo.</p> <p>Examina que en el formato "Orden de servicio" (DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05). se encuentre la firma de conformidad del área solicitante y firma de conformidad por parte del personal que Supervisa</p> <p>Archiva el formato "Orden de servicio" (DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05).</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
--	---	---	--

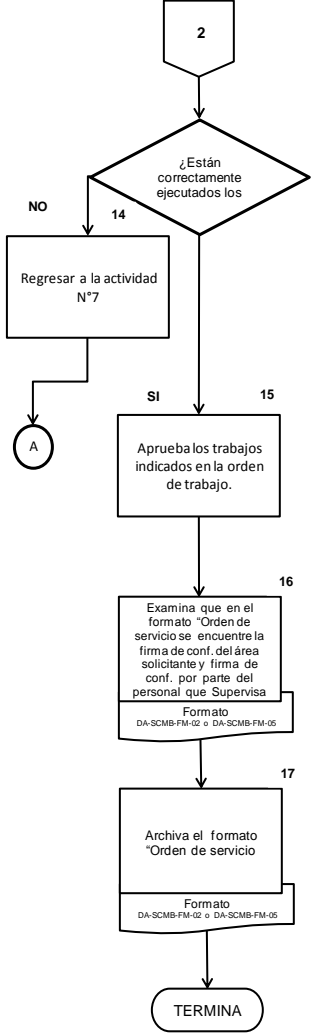
5 DIAGRAMA DE FLUJO






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 6 de 17

DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO)
		 <pre> graph TD 1[1] --> 9[9: Inspecciona que el llenado de "Vale de salida de material y equipo" sea el adecuado como de la autorización por parte del/la Jefe (a) del Departamento Formato DA-SCMB-FM-03] 9 --> 10[10: Recibe solicitud de material y equipo y verifica existencias en el almacén del Área. Formato DA-SCMB-FM-04 Formato DA-SCMB-FM-03] 10 --> D{¿Hay existencias en el almacén del Área de Mantenimiento e Inmuebles?} D -- NO --> 11[11: Solicita al Almacén de varios] D -- SI --> 12[12: Recibe Formato, proporciona material y equipo a utilizar Formato DA-SCMB-FM-03] 11 --> 12 12 --> 13[13: Supervisa la ejecución de trabajos indicados en la formato "Orden de servicio y, en su caso, la instalación de material proporcionado" Formato DA-SCMB-FM-02 y DA-SCMB-FM-05] 13 --> 2_3[2 / 3] </pre>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		

DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO)
		 <pre> graph TD 2[2] --> D{¿Están correctamente ejecutados los} D -- NO --> 14[Regresar a la actividad N°7] 14 --> A((A)) D -- SI --> 15[Aprueba los trabajos indicados en la orden de trabajo.] 15 --> 16[Examina que en el formato "Orden de servicio se encuentre la firma de conf. del área solicitante y firma de conf. por parte del personal que Supervisa"] 16 --- F1[Formato DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05] 16 --> 17[Archiva el formato "Orden de servicio"] 17 --- F2[Formato DA-SCMB-FM-02 o DA-SCMB-FM-05] 17 --> T([TERMINA]) </pre>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 8 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Formato DA-SCMB-FM-02 "Orden de servicio"	7 años	Subdirección de conservación y mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles)	N/A
7.2 Formato DA-SCMB-FM-03 "Vale de Salida"	7 años	Subdirección de conservación y mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles)	N/A
7.3 Formato DA-SCMB-FM-04 "Orden de Compra de material"	7 años	Subdirección de conservación y mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles)	N/A
7.4 Formato DA-SCMB-FM-05 "Solicitud de Mantenimiento a Mobiliario"	7 años	Subdirección de conservación y mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles)	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Mantenimiento Correctivo.-** se denomina aquel que se realiza con la finalidad de reparar fallos o defectos que se presenten en equipos y maquinarias.
- 8.2 **Mantenimiento Preventivo.-** Es aquel que se realiza de manera anticipada con el fin de prevenir el surgimiento de averías y daños a los bienes propiedad del Hospital.


9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016.	Se revisó el Procedimiento y se plasmó como se lleva a cabo actualmente.


10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato DA-SCMB-FM-02, "Orden de servicio"
- 10.2 Formato DA-SCMB-FM-03, "Vale de Salida"
- 10.3 Formato DA-SCMB-FM-04, "Orden de Compra de material"
- 10.4 Formato DA-SCMB-FM-05, "Solicitud de Mantenimiento a Mobiliario"

10.1 Formato DA-SCMB-FM-02 "ORDEN DE SERVICIO"



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO DE INMUEBLES
ORDEN DE TRABAJO INTERNA



FECHA DE LA SOLICITUD: _____ No. FOLIO _____
 SOLICITANTE: _____ No. DE ORDEN _____
 NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA QUE REPORTA: _____ EXT. _____
 NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN ATENDIO REPORTE: _____
 MEDIO DE CÓMO SE REALIZO LA SOLICITUD: _____
 VIA TELEFONICA INSITU INTRANET OTRO OFICIO (fecha) _____
 REPORTE: _____

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANTENIMIENTO INTERNO TURNADO A: _____ FECHA Y HORA: _____

<input type="checkbox"/> ALBAÑERÍA	<input type="checkbox"/> ACABADOS	<input type="checkbox"/> PINTURA	<input type="checkbox"/> CANCELERÍA	<input type="checkbox"/> HERRERÍA
<input type="checkbox"/> CARPINTERÍA	<input type="checkbox"/> CERRAJERÍA	<input type="checkbox"/> SERIALIZACION	<input type="checkbox"/> OBRA EXTERIOR	<input type="checkbox"/> ELÉCTRICA
<input type="checkbox"/> HIDRAULICA	<input type="checkbox"/> SANITARIA	<input type="checkbox"/> GASES MEDICINALES	<input type="checkbox"/> AIRE ACONDICIONADO	<input type="checkbox"/> TELECOMUNICACIONES

MATERIAL UTILIZADO: HUM _____ SUMINISTRADO PDR: _____

ALMACEN	FECHA:			
	FACTURA	No.	IMPORTE S/IVA	TOTAL

DESCRIPCION DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS : (LLENADO POR EL PERSONAL DE MANTENIMIENTO)

FECHA Y HORA DE TERMINO DEL SERVICIO: _____
 EN CASO DE NO REALIZAR EL SERVICIO, INDICAR EL MOTIVO: _____




EVALUACION DEL SERVICIO DE LOS TRABAJOS REALIZADOS

¿CÓMO CALIFICA EL TRABAJO REALIZADO Y LA ATENCIÓN DEL PERSONAL?
 EXCELENTE BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

¿CUÁN RÁPIDO SE ATENDIO EL SERVICIO SOLICITADO?
 INMEDIATO RÁPIDO REGULAR LENTO MUY LENTO

¿POR QUÉ?

CONFORMIDAD	AUTORIZÓ	REALIZÓ EL SERVICIO	SUPERVISÓ
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 10 de 17



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 DIRECCION DE ADMINISTRACION
 SUBDIRECCION DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO
 DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO DE INMUEBLES
 ORDEN DE TRABAJO INTERNA




SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CROQUIS DE UBICACION:

COMENTARIOS:




OTROS:

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 11 de 17




INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA “ORDEN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO




(DA-SCMB-FM-02).

1. Se anota la fecha de recepción del reporte de mantenimiento
2. Se anota el nombre del área o servicio solicitante
3. Se anota el numero progresivo por orden cronológico de recepción
4. Se anota la descripción del servicio solicitado.
5. Se anota las observaciones que en su caso considere convenientes el solicitante
6. Se anota los materiales utilizados en la ejecución de la orden servicio
7. Se anota el nombre del personal que realiza los trabajos correspondientes
8. Se anota el nombre de la persona que solicito el servicio
9. Se anota nombre de conformidad de los trabajos realizados
10. Firma de conformidad de la persona o el servicio solicitante
11. Se anota el nombre de las personas que ejecutan el trabajo.
12. Firma de la persona que ejecutó el trabajo
13. Se anota nombre y firma del persona que superviso y aprobó trabajos realizados.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 12 de 17




10.2 Formato DA-SCMB-FM- 03 “VALE DE SALIDA”

 	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO VALE DE SALIDA	
		FECHA: _____ NUM. DE ORDEN: _____
MATERIAL _____ _____ _____ _____ _____		
OBSERVACIONES _____ _____ _____		
AUTORIZO	RECIBIO:	
	MANVASA	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 13 de 17




INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA “VALE DE SALIDA” (DA-SCMB-FM- 03)

1. Se anotara la fecha de solicitud de material.
2. Se anotará el N° de Orden de Servicio a ejecutar.
3. Se enlistará material necesario para la ejecución de Orden de Servicio.
4. Se anotará en el rubro de Observaciones, el servicio en el que será instalará la materia solicitado.
5. Se anotará nombre y firma del personal que solicita material.
6. Se anotará nombre y firma del personal que autoriza se proporcione el material solicitado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 15 de 17

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA “ORDEN DE COMPRA” (DA-SCMB-FM-04)

1. Se anotara el nombre del departamento de mantenimiento de inmuebles
2. Se anotara la fecha de elaboración de la orden de compra
3. Se anotaran las especificaciones de los materiales o artículos que se solicitan
4. Se anotara la unidad de medida de los materiales que se solicitan
5. Se anotara la cantidad de los materiales que se solicitan
6. Se anotara el uso o destino de los materiales solicitados
7. Se anotara el nombre y firma del jefe del departamento de mantenimiento de inmuebles
8. Se anotara firma y sello de no-existencia del almacén de varios
Se anotara firma y sello de recibido del área de compras.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 16 de 17

10.4 DA-SCMB-FM-05 "SOLICITUD DE MANTENIMIENTO A MOBILIARIO"



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 Dirección Administrativa
 Subdirección de Conservación y Mantenimiento
 Departamento de Mantenimiento



SOLICITUD DE MANTENIMIENTO A MOBILIARIO

FOLIO: 000017

FECHA Y HORA: _____

N° DE EXTENSIÓN: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

PERSONAL SOLICITANTE: _____

ATENDIÓ REPORTE: _____

MOBILIARIO RECIBIDO A REPARACIÓN

TIPO DE MOBILIARIO: _____ N° DE INVENTARIO: _____




DESCRIPCIÓN DE REPARACIÓN: _____

MANTENIMIENTO ASIGNADO A: _____

DESCRIPCIÓN DE TRABAJOS EJECUTADOS: _____

FECHA Y HORA DE ENTREGA A SERVICIO _____




SUPERVISÓ	ENTREGÓ	RECIBIÓ

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	62. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos propios.		Hoja: 17 de 17




INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA “SOLICITUD DE MANTENIMIENTO A MOBILIARIO”

(DA-SCMB-FM-05).

1. Se anota el número progresivo por orden cronológico de recepción.
2. Se anota la fecha de recepción del mobiliario en Taller del Departamento de Mantenimiento.
3. Se anota el nombre del área o servicio solicitante, así como número de extensión telefónica.
4. Se anota el nombre de la persona que solicita el servicio.
5. Se anota el nombre de la persona que atendió el reporte y recibió mobiliario.
6. Se anota el tipo de mobiliario recibido a reparación y el número de inventario.
7. Se anota una breve descripción de la reparación a realizar.
8. Se anota el nombre del personal asignado para realiza los trabajos correspondientes
9. Se anota el nombre de la persona que solicito el servicio.
10. Se anota una breve descripción de trabajos realizados y, si es el caso, el material utilizado.
11. Se anota el nombre y firma de Supervisión por parte del Departamento de Mantenimiento
12. Se anota la fecha y hora de entrega al área o servicio solicitante.
13. Se anota la firma de conformidad de los trabajos realizados y recepción de mobiliario por parte del servicio solicitante.
14. Se anota firma del personal del Departamento de Mantenimiento que entrega mobiliario reparado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 1 de 12

**63.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE
MANTENIMIENTO A INMUEBLE CON RECURSOS CONTRATADOS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 2 de 12

1 PROPÓSITO



- 1.1 Atender requerimientos de mantenimiento preventivo y/o correctivo al inmueble e instalaciones que por su naturaleza requieran la intervención de empresas especializadas conforme a los lineamientos establecidos en la Ley de Adquisiciones para la licitación o adjudicación, supervisión y recepción de los trabajos contratados

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a todas las áreas del Hospital al ser requerimientos subsanados de acuerdo a lo establecidos por la Ley de Adquisiciones para los mantenimientos preventivos y correctivos que no puedan ser llevados a cabo con recursos propios.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a todas las empresas que realizan mantenimiento al inmueble ya que se establecen las actividades que se deben realizar para mantener el funcionamiento y la integridad física del Hospital Juárez de México.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS



- 3.1 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles determinara las actividades, que por su grado de dificultad deberán realizarse con recursos contratados especializados
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles elaborara el catálogo de conceptos necesarios para realizar el concurso o licitación correspondiente.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles supervisara y controlara el comportamiento de las empresas contratadas para el cumplimiento de los compromisos contratados.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles respetara estrictamente los lineamientos establecidos en la Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector publico vigentes.
- 3.5 El incumplimiento de lo establecido en este apartado se sancionara conforme a la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.	

Hoja: 3 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

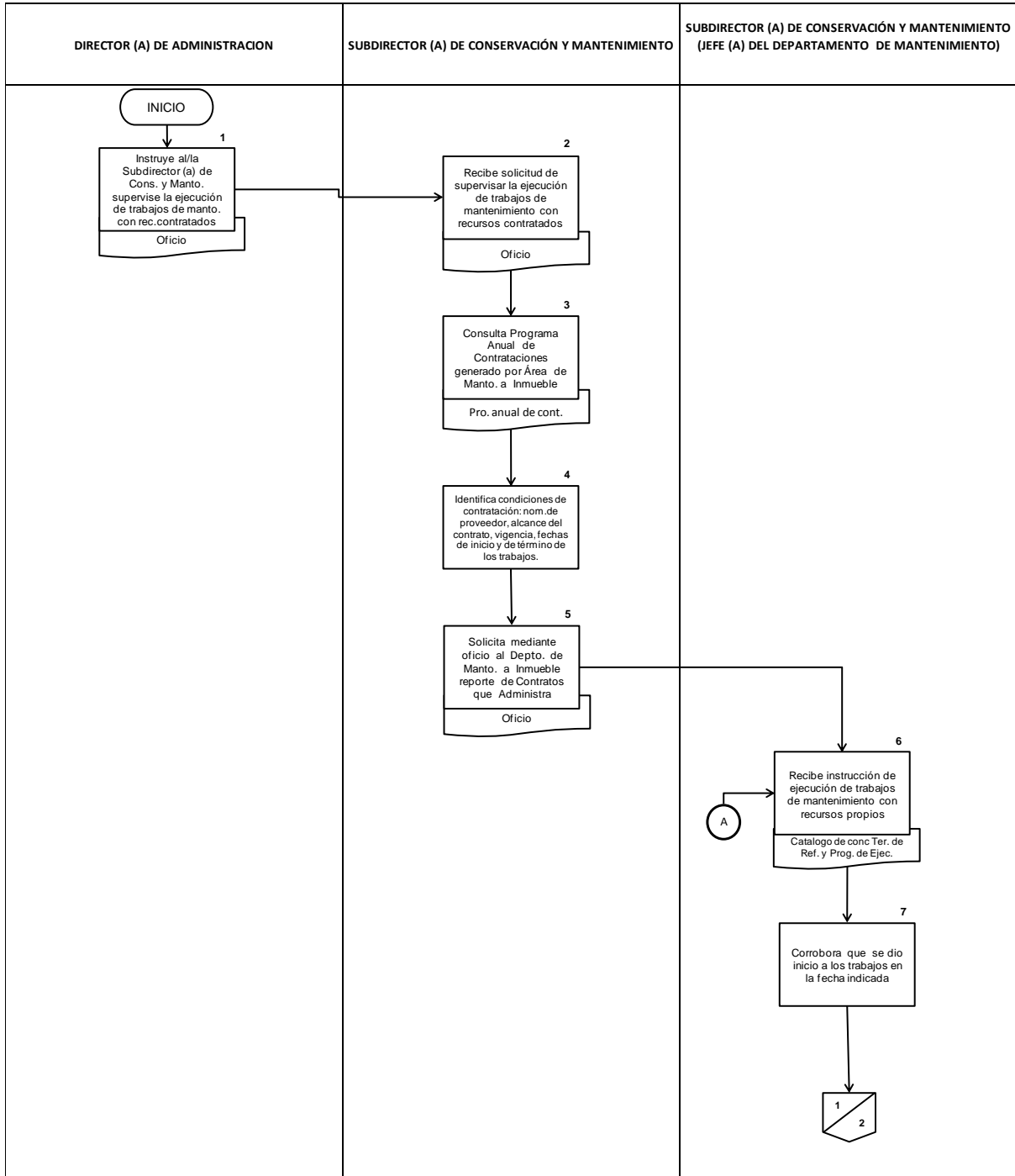
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento supervise la ejecución de trabajos de mantenimiento con recursos contratados.	Oficio
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento)	2	Recibe solicitud de supervisar la ejecución de trabajos de mantenimiento con recursos contratados.	Oficio Programa Anual de Contrataciones
	3	Consulta Programa Anual de Contrataciones generado por el Departamento de Mantenimiento a Inmueble.	
	4	Identifica condiciones de contratación: nombre de proveedor, alcance del contrato, vigencia, fechas de inicio y de término de los trabajos.	
	5	Solicita mediante oficio al Departamento de Mantenimiento a Inmueble reporte de Contratos que Administra.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento	6	Instruye al/la prestador (a) del servicio sobre obligaciones contractuales, servicio solicitado y requerimientos incluidos en Catalogo de Conceptos, Términos de Referencia y Programa de Ejecución.	Bitácora Catálogo de Conceptos, Términos de Referencia y Programa de Ejecución.
	7	Corroborar que se dio inicio a los trabajos en la fecha indicada.	Formato "Pase de salida" (DA-SCMB-FM-05)
	8	Revisa bitácora con nota de apertura indicando los datos generales del servicio otorgado, contratación y firma de las personas autorizadas para hacer anotaciones en la misma.	
	9	Elabora control de salida del equipo que por necesidades exclusivas de reparación deba salir del inmueble, a través del Formato "Pase de salida" (DA-SCMB-FM-05).	Generadores Reporte Fotográfico Reporte de descripción de trabajos realizados
	10	Supervisa y registra el cumplimiento de los trabajos contratados a realizarse dentro del inmueble y lleva el control del avance de los trabajos conforme a los programas de ejecución, suministro de materiales de calidad solicitada y mano de obra calificada.	comprobante fiscal Oficio
	11	Verifica que los trabajos realizados correspondan al servicio solicitado: ¿El mantenimiento cumple con las características establecidas en contrato?	
	12	<u>No: Regresa a la actividad N°6</u>	
		En caso de no estar en posibilidades de otorgar	




 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.	

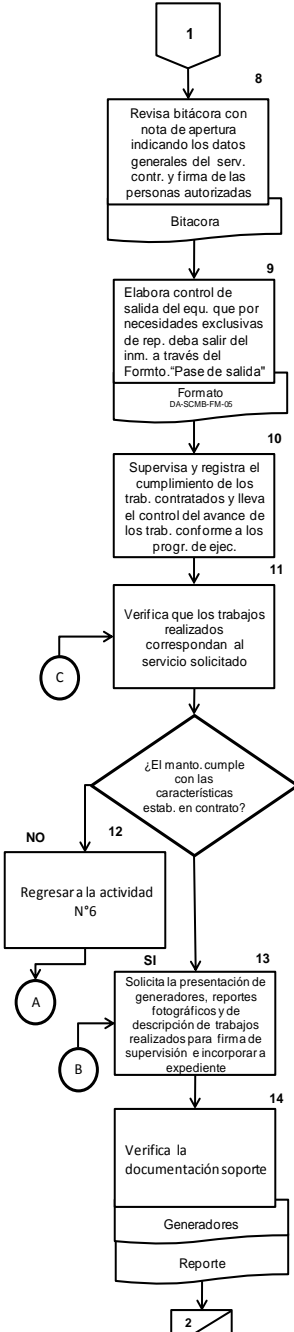
Hoja: 4 de 12

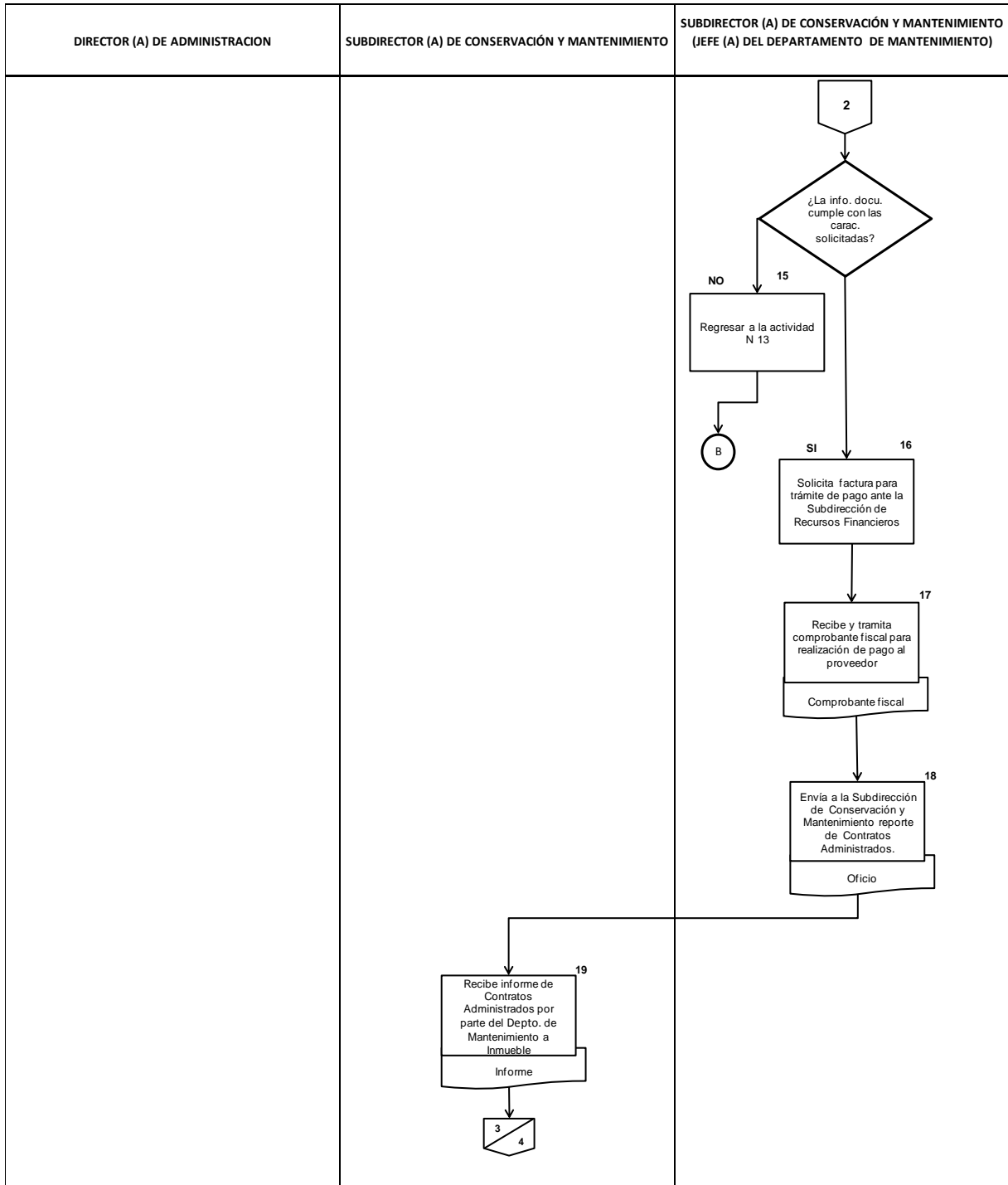
	<p>13 el servicio ofertado, se procederá a la aplicación de Deductivas, Penas Convencionales o rescisión de contrato, según instrumento jurídico y normatividad vigente aplicable. Si: Solicita la presentación de generadores, reportes fotográficos y reporte de descripción de trabajos realizados para firma de supervisión e incorporar a expediente.</p> <p>14 Verifica que la documentación soporte (Generadores Reportes fotográficos y Reporte de descripción de trabajos realizados) generada por el/la prestador/a del servicio corresponda a los trabajos realizados y supervisados en apego a las condiciones de contratación. ¿La información documental cumple con las características solicitadas?</p> <p>15 No: Regresa a la actividad N°13</p> <p>16 SI: Solicita factura para trámite de pago ante la Subdirección de Recursos Financieros, de acuerdo al Instrumento Jurídico correspondiente.</p> <p>17 Recibe y tramita comprobante fiscal para realización de pago al proveedor por el servicio de mantenimiento otorgado.</p> <p>18 Envía mediante oficio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento reporte de Contratos Administrados.</p>	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	<p>19 Recibe informe de Contratos Administrados por parte del área de Mantenimiento a Inmueble.</p> <p>20 Verifica que el reporte recibido corresponda a los recorridos de supervisión realizados. ¿La información es congruente con el servicio recibido?</p> <p>21 NO: Regresa a actividad N°11</p> <p>22 SI: Finaliza procedimiento</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Informe

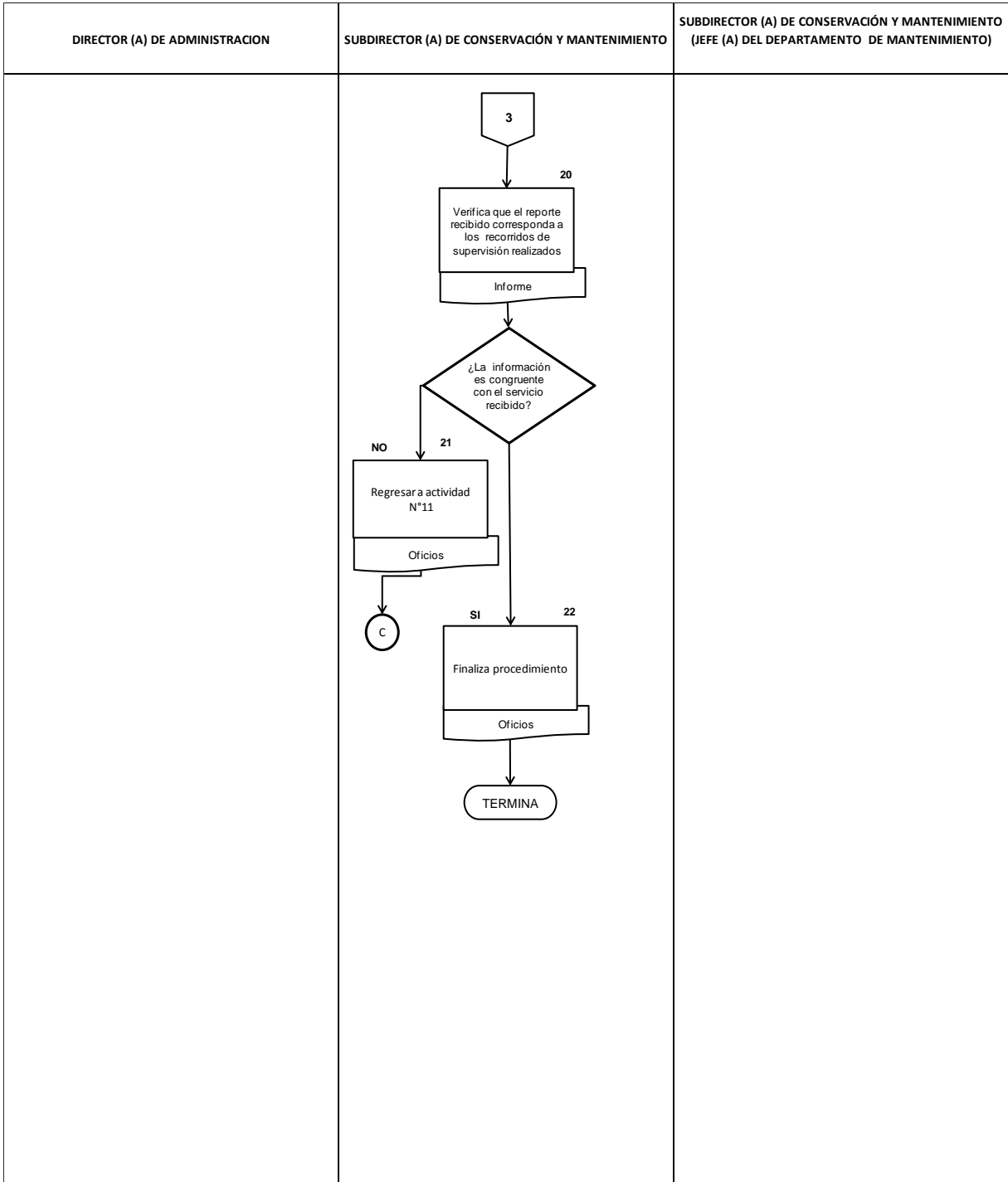
5 DIAGRAMA DE FLUJO






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 6 de 12

DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO)
		 <pre> graph TD 1[1] --> 8[8] 8[8] --> 9[9] 9[9] --> 10[10] 10[10] --> 11[11] 11[11] --> D{¿El manto cumple con las características estab. en contrato?} D -- NO --> 12[12] 12[12] --> A((A)) D -- SI --> 13[13] 13[13] --> B((B)) 13[13] --> 14[14] 14[14] --> 2[2] 14[14] --> 3[3] C((C)) --> 11[11] </pre>








 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 9 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Acta entrega-recepción	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento)	7.1 Acta entrega-recepción
7.2 Generadores	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.2 Generadores
7.3 Bitácora	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.3 Bitácora
7.4 Contrato	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.4 Contrato
7.5 Reporte Fotográfico	7 años	Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.5 Reporte Fotográfico
7.6 Formato DA-SCMB-FM-05 "Pase de salida"	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.6 Formato DA-SCMB-FM-05 "Pase de salida"
7.8 Informe	7 años	Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	7.8 Informe
7.9 Oficio	7 años	Subdirector(a) de	7.9 Oficio

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 10 de 12

		Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento)	
--	--	--	--

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Contrato:** Acuerdo, generalmente escrito, por el que dos o más partes se comprometen recíprocamente a respetar y cumplir una serie de condiciones.
- 8.2 **Inmueble:** [propiedad] Que no puede ser trasladado o separado del lugar en que se halla, como tierras, casas o edificios.
- 8.3 **Mantenimiento:** Conservación de una cosa en buen estado o en una situación determinada para evitar su degradación.
- 8.4 **Recurso:** Se denomina **recursos** a todos aquellos elementos que pueden utilizarse como medios a efectos de alcanzar un fin determinado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento, se plasmó como se lleva a cabo actualmente y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato DA-SCMB-FM-06, "Pase de salida"

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 11 de 12

10.1 Formato DA-SCMB-FM-06, "Pase de salida"

(DA-SCMB-FM-06)

México, D.F, a ____ de ____ (1) ____ de 20__

Se solicita la autorización de salida al: _____ (2)

De la empresa: _____ (3)

Tel: _____ (4)

Domicilio: _____ (5)

Clave de elector: _____ (6)

Con los bienes propiedad de: _____ (7)

Cantidad (8)	Servicio (9)	Descripción (10)	Nº de inventario (11)

Solicita
(12)




Recibe
(13)

Subdirector de Conservación
Y Mantenimiento

Autoriza


(14)

Subdirector de Recursos Materiales y Servicios



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	63. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a inmueble con recursos contratados.		Hoja: 12 de 12

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL PASE DE SALIDA

1. Se anotara la fecha en que se realiza el pase.
2. Se anotara el nombre de la persona que solicita la salida del hospital.
3. Se anotara el nombre de la empresa.
4. Se anotara el teléfono de la empresa.
5. Se anotara el domicilio de la empresa
6. Se anotaran los datos de la clave de elector de la persona
7. Se anotara el nombre del/la propietario (a) de los bienes
8. Se anotara la cantidad de bienes
9. Se anotara el nombre del servicio donde se encuentran los bienes
10. Se anotara la descripción de los bienes.
11. Se anotara el No. de inventarios de los bienes
12. Se anotara el nombre de quien solicita (Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento).
13. Se anotara el nombre de quien recibe.
14. Se anotara el nombre de quien autoriza (Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/ o remodelación de espacios.		Hoja: 1 de 13

**64.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE ADAPTACION Y/ O
REMODELACION DE ESPACIOS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/o remodelación de espacios.		Hoja: 2 de 13

1 PROPÓSITO



- 1.1 Atender las necesidades de adecuación, ampliación o reacondicionamiento de espacios conforme a las demandas provocadas por la evolución y/o transformación de las actividades sustantivas del hospital.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las áreas administrativas y operativas del hospital, que de acuerdo a las nuevas tecnologías de los equipos tanto de diagnóstico como de tratamiento es necesario ampliar y/o adecuar a efecto de cumplir con los espacios físicos normativos. De igual forma las áreas administrativas se van integrando nuevas necesidades de espacio físicos.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a todas las empresas que realizan adaptaciones al conjunto de edificios del Hospital.



3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles analizara la factibilidad técnica de las solicitudes de modificación de espacios emitidas por los diferentes servicios
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles realizara el anteproyecto de remodelación de espacios considerando no alterar el sistema general de distribución, la zonificación genérica, las circulaciones, accesos peatonales y vehiculares.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles presentara a las autoridades del hospital, las alternativas de remodelación para su autorización.
- 3.4 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento de Inmuebles verificara que los trabajos se realicen conforme al anteproyecto autorizado.
- 3.5 El incumplimiento de lo establecido en este apartado se sancionara conforme a la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos



 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/ o remodelación de espacios. Hoja: 3 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento supervise la adaptación y/o remodelación de espacios.	Oficio
Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe instrucción para supervisar la adaptación y/o remodelación de espacios.	Oficio
	3	Indica al Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico supervise la adaptación y/o remodelación de espacios	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	4	Recibe instrucción para verificar necesidades de adaptación y/o remodelación de espacios.	Oficio Informe Anteproyecto Estimaciones
	5	Recibe los requerimientos de adaptación remodelación, ampliación o redistribución de espacios por escrito de los servicios involucrados; o la instrucción directa de las autoridades del hospital	
	6	Analiza los requerimientos de espacio e instalaciones de las áreas involucradas ¿Es factible la adaptación, remodelación, ampliación o redistribución?	
	7	No: Presenta propuesta	
	8	Si: Determina las actividades y/o remodelaciones de espacios que se llevaran a cabo	
	9	Elabora anteproyecto conforme a la factibilidad técnica correspondiente	
	10	Estima costo de los trabajos propuestos y plazo de ejecución aproximados y lo presenta al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento para su revisión y trámite correspondiente	
11	Elabora y envía al/la Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento informe que contiene el anteproyecto, estimado de costos y plazo de ejecución para su revisión y trámite correspondiente.		
Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento	12	Recibe informe con anteproyecto, estimado de costos y plazo de ejecución para su revisión ¿La información corresponde a las necesidades detectadas?	Anteproyecto Estimado de costos Plazo de ejecución Oficio
	13	No: Regresara la actividad N° 3	
	14	Si: Envía mediante oficio al/la Director(a) de Administración para revisión y aprobación.	
Director (a) de	15	Recibe y autoriza anteproyecto, estimado de	Anteproyecto

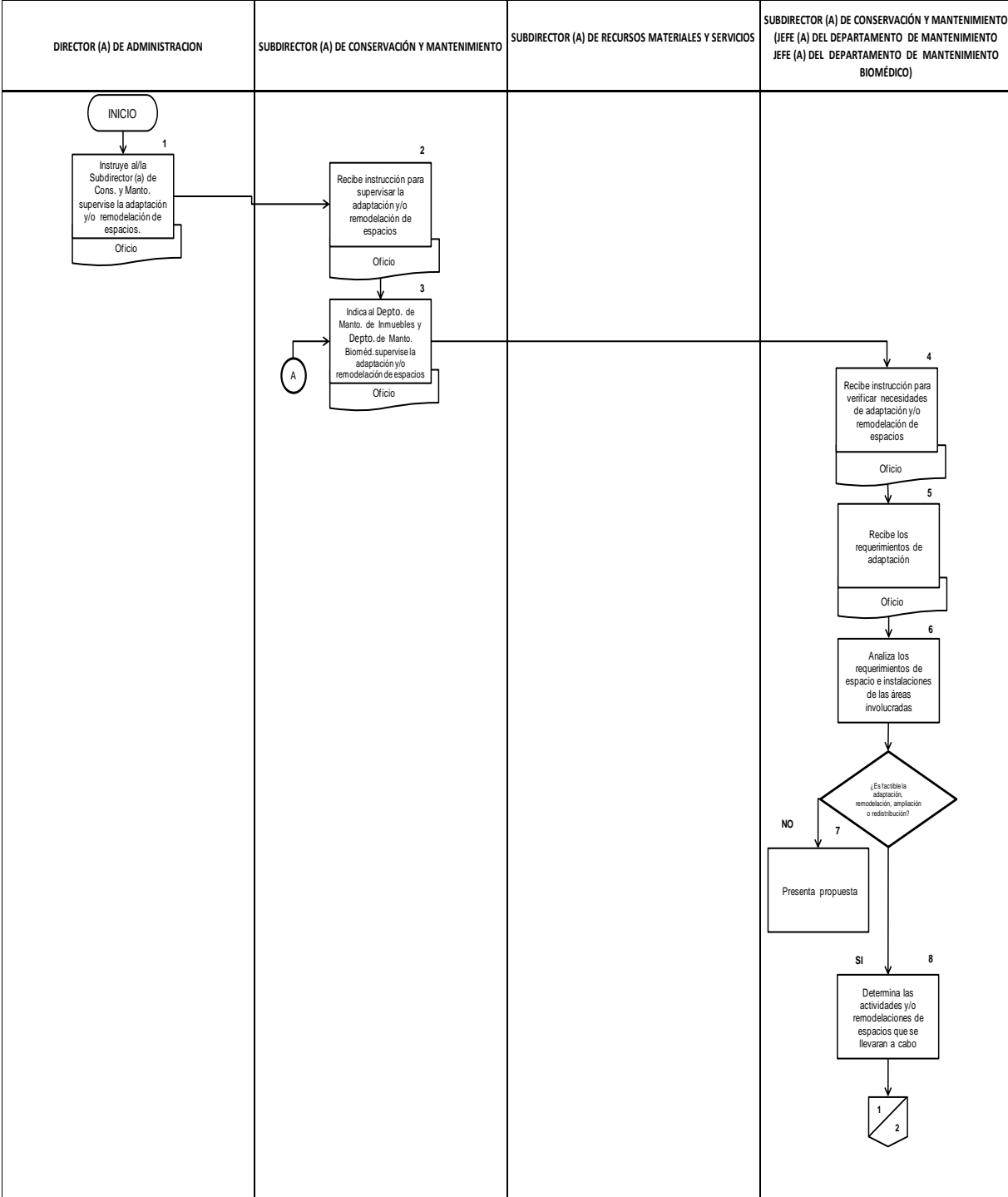
 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/ o remodelación de espacios. Hoja: 4 de 13	

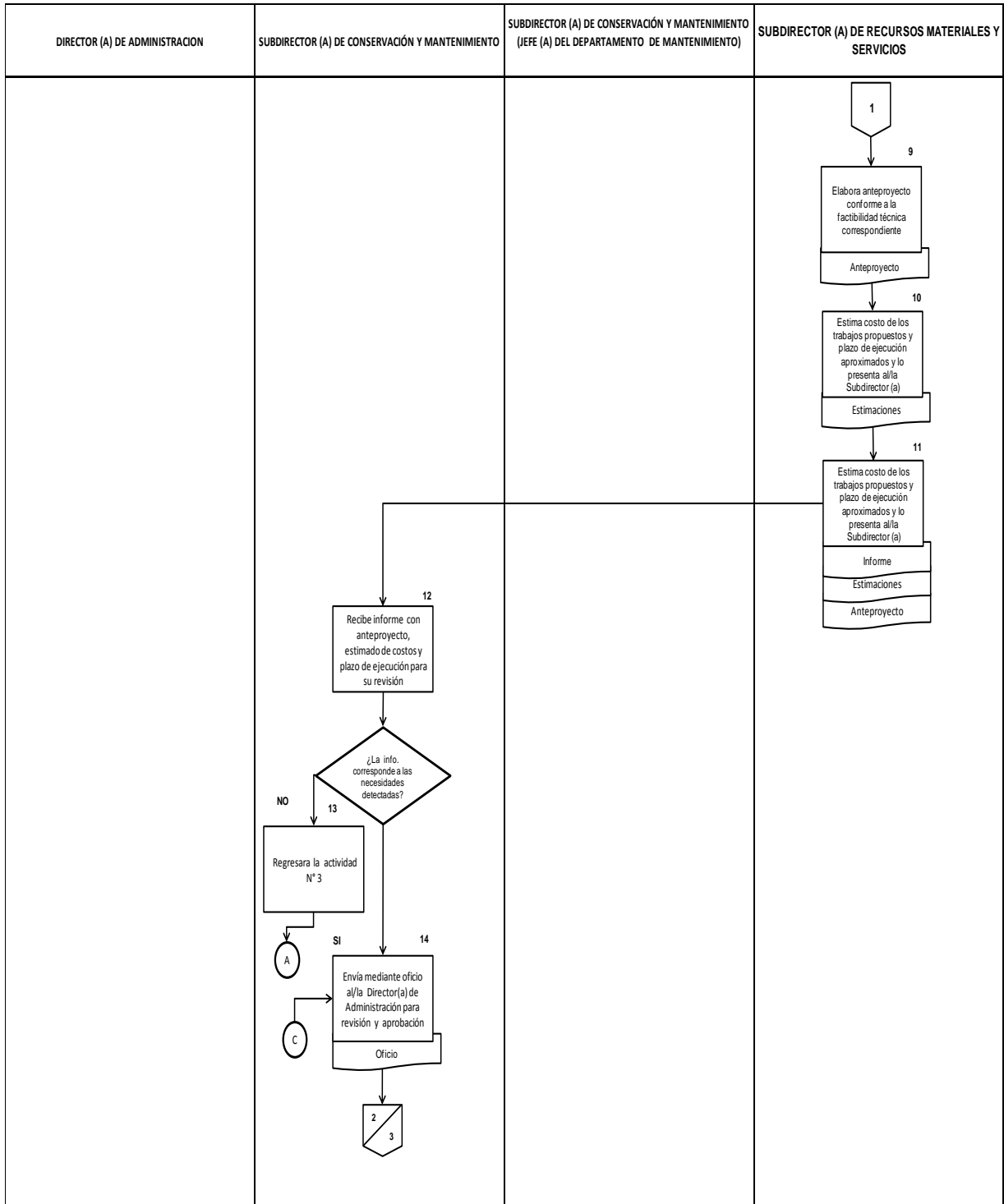
Administración		costos y calendario de ejecución e instruye al/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento para su ejecución.	Estimado de costos Plazo de ejecución
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	16	Recibe autorización y determina:	Programa de Ejecución Catálogo de conceptos
	17	¿Los trabajos se realizarán con recursos propios? No: Solicita al Departamento de Mantenimiento y Departamento de Mantenimiento Biomédico la elaboración de expediente para trámite de contratación ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.	
	18	Si: Solicita al Departamento de Mantenimiento y Departamento de Mantenimiento Biomédico la elaboración de Programa de Ejecución y Catálogo de Conceptos para que se lleve a cabo a través del procedimiento para la ejecución de trabajos de mantenimiento con recursos propios.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	19	Elabora el expediente para trámite de contratación ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Programa de Ejecución y Catálogo de Conceptos	Catálogo de conceptos
	20	Envía documentación al Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento para su revisión	
Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento	21	Recibe expediente para trámite de contratación ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Programa de Ejecución y Catálogo de Conceptos.	Catálogo de conceptos Plazo de ejecución
	22	Envía a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios el catálogo y plazo de ejecución para su procedimiento de adjudicación y/o suministro de material necesario	
Subdirector (a) de recursos materiales y servicios	23	Lleva a cabo el fallo del procedimiento de adjudicación.	
	24	Envía a la Subdirección de conservación, mantenimiento y la propuesta ganadora para la elaboración del contrato	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	25	Recibe la propuesta Ganadora	
	26	Instruye al Departamento de Mantenimiento de inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico la ejecución de los trabajos	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	27 28	Recibe la orden de trabajo y coordina los trabajos. Supervisa y registra el cumplimiento de los trabajos con recursos propios o contratados a	Generadores Reporte Fotográfico Reporte de

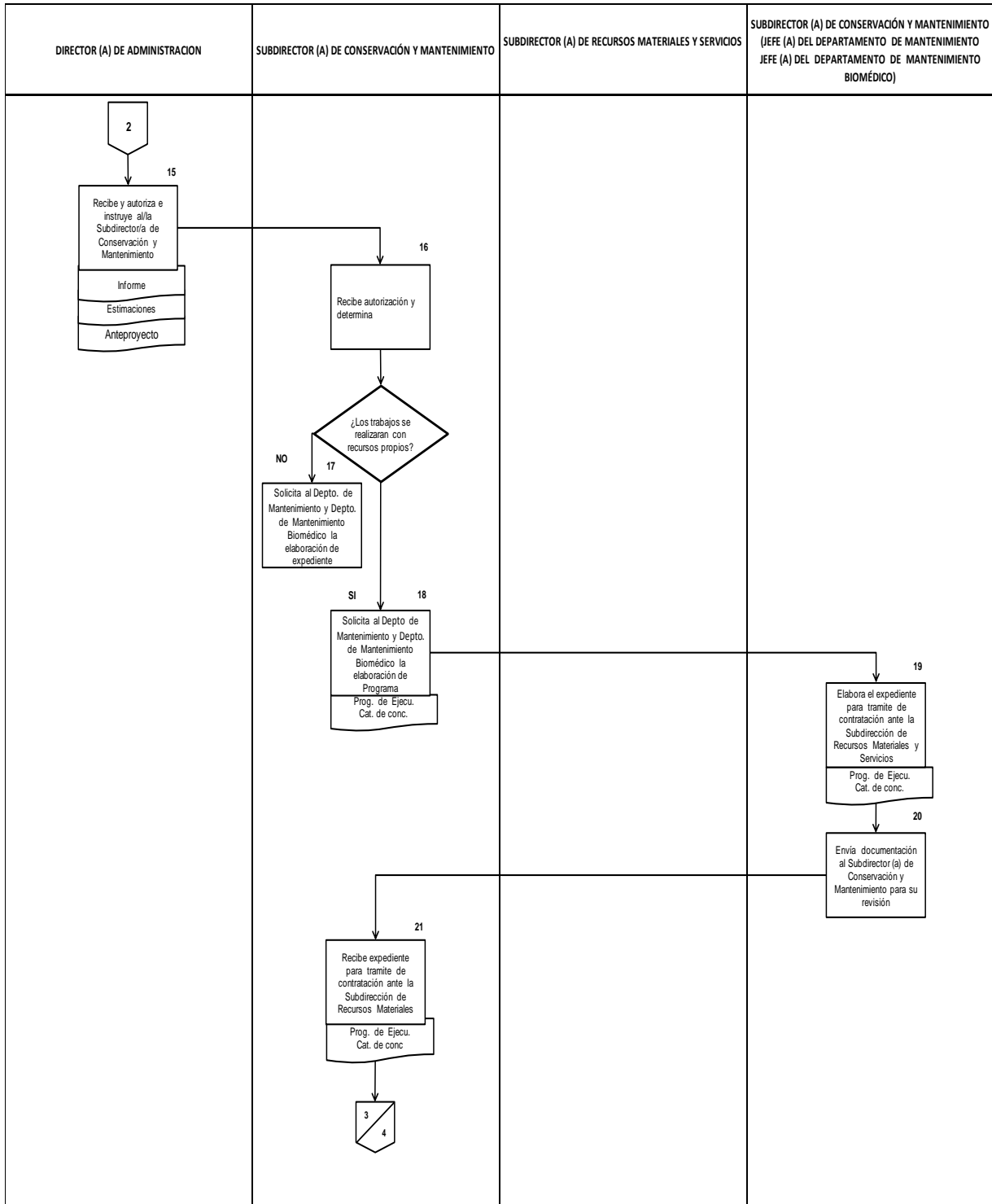
 	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/ o remodelación de espacios. Hoja: 5 de 13

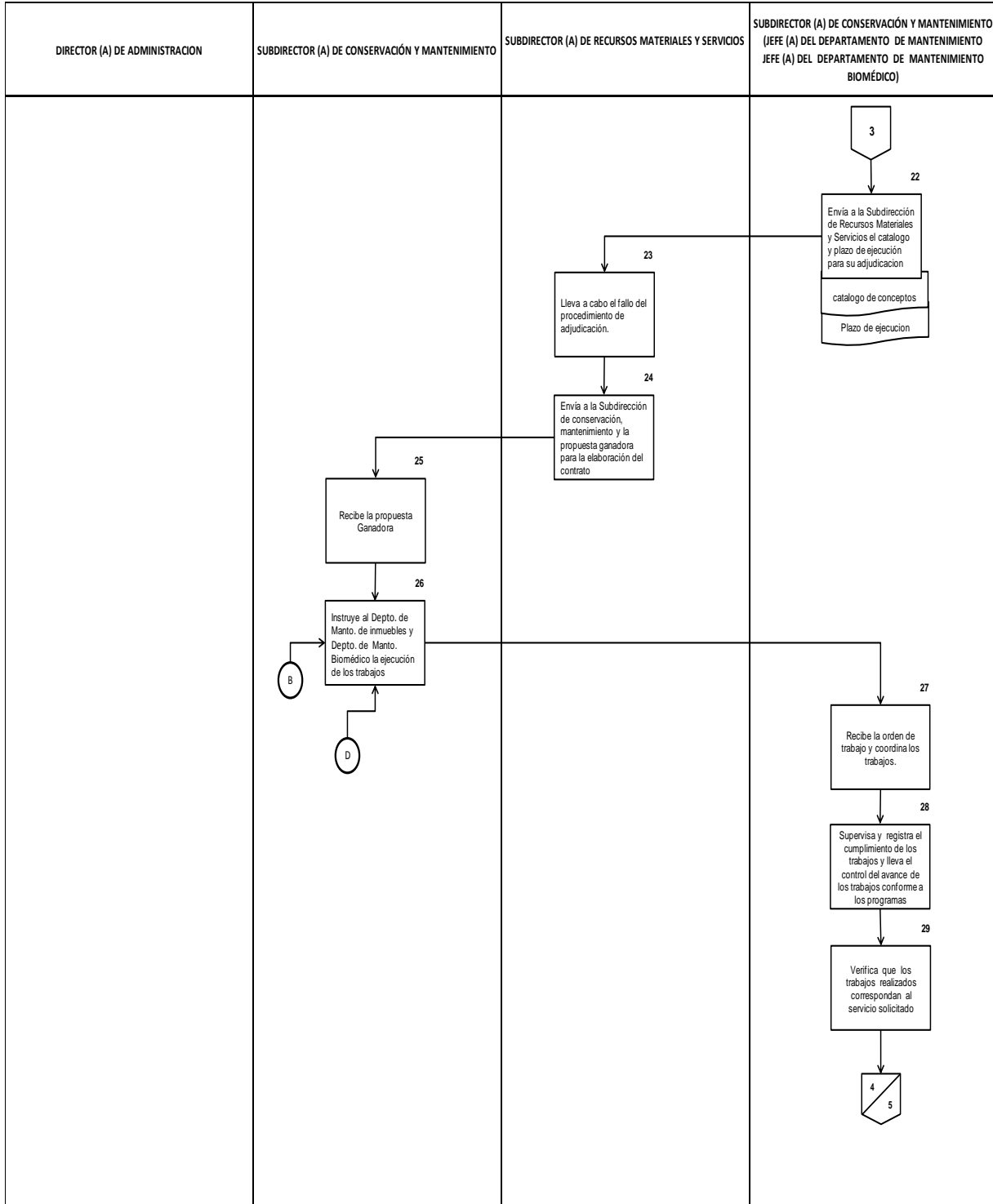
(Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	29	realizarse dentro del inmueble y lleva el control del avance de los trabajos conforme a los programas de ejecución, suministro de materiales de calidad solicitada y mano de obra calificada.	descripción de trabajos realizados Factura Comprobante fiscal Oficio		
	30	Verifica que los trabajos realizados correspondan al servicio solicitado: ¿El mantenimiento cumple con las características establecidas en contrato? No: Regresa a la actividad N°26			
	31	En caso de no estar en posibilidades de otorgar el servicio ofertado, se procederá a la aplicación de Deductivas, Penas Convencionales o rescisión de contrato, según instrumento jurídico y normatividad vigente aplicable. Si: Solicita la presentación de generadores, reportes fotográficos y reporte de descripción de trabajos realizados para firma de supervisión e incorporar a expediente.			
	32	Verifica que la documentación soporte (Generadores, Reportes fotográficos y Reporte de descripción de trabajos realizados) generada por el prestador/a del servicio corresponda a los trabajos realizados y supervisados en apego a las condiciones de contratación. ¿La información documental cumple con las características solicitadas?			
	33	No: Regresa a la actividad N°14			
	34	SI: Solicita factura para trámite de pago ante la Subdirección de Recursos Financieros, de acuerdo al Instrumento Jurídico correspondiente.			
	35	Recibe tramita comprobante fiscal para realización de pago al proveedor por el servicio de mantenimiento otorgado.			
	36	Envía mediante oficio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento reporte de Contratos Administrados.			
	Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	37		Recibe informe de Contratos Administrados por parte del Departamento de Mantenimiento a Inmueble.	Informe
		38		Verifica que el informe recibido corresponda a los recorridos de supervisión realizados. ¿La información es congruente con el servicio recibido?	
39		NO: Regresa a actividad N°26			
40		SI: Concluye procedimiento			
TERMINA PROCEDIMIENTO					

5 DIAGRAMA DE FLUJO







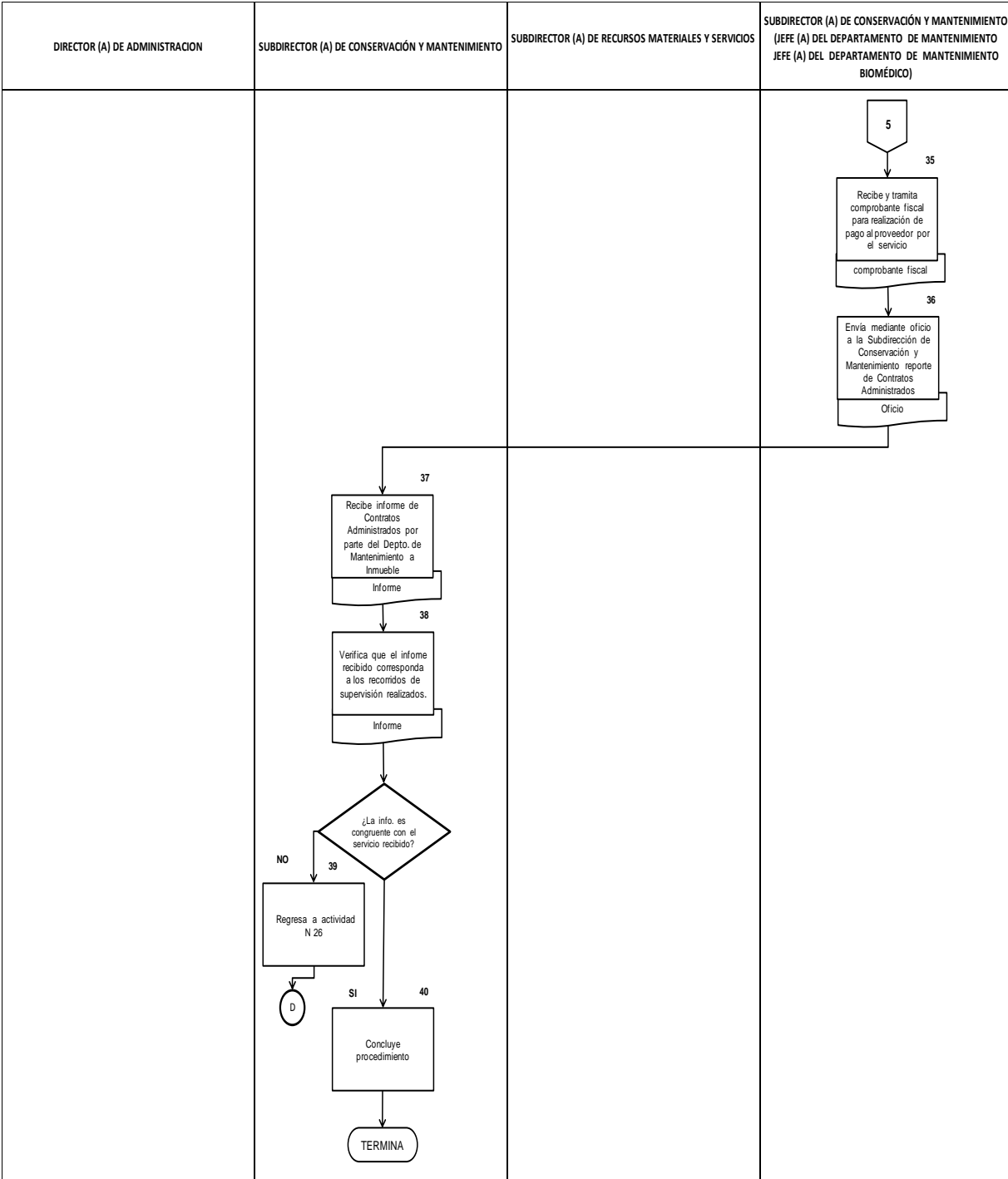









DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	SUBDIRECTOR (A) DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO)
			<pre> graph TD 4{{4}} --> D1{¿El manto, cumple con las características establecidas en contrato?} D1 -- NO --> 30[No: Regresa a la actividad N 26] D1 -- SI --> 31[Solicita la presentación de generadores, reportes fotográficos y reporte de descripción de trabajos] 31 --> 32[Verifica que la docum. generada por el prestador/a del serv. corresponda a los trabajos realizados y supervisados] 32 --> D2{¿La info. documental cumple con las carac. solicitadas?} D2 -- NO --> 33[Regresar a la actividad N 14] D2 -- SI --> 34[Solicita factura para trámite de pago ante la Subdirección de Recursos Financieros] 34 --> F[Factura] F --> 56{5/6} </pre>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/o remodelación de espacios.		Hoja: 11 de 13






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/o remodelación de espacios.		Hoja: 12 de 13

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización Especifico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Diciembre 2016
6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Anteproyecto	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
7.2 Calendario de ejecución	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
7.3 Catálogo de conceptos	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
7.4 Estimado de costos	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
7.5 Oficio	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
7.6 Plazo de ejecución	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	64. Procedimiento para la supervisión de adaptación y/o remodelación de espacios.		Hoja: 13 de 13

7.7 Solicitud	7 años	Subdirección de conservación, mantenimiento (Departamento de Mantenimiento de Inmuebles y Departamento de Mantenimiento Biomédico)	N/A
---------------	--------	---	-----

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Anteproyecto.-** Documento que contiene diseño, representación de las soluciones técnicas del proyecto, planos de detalle, anexos técnicos justificativos, especificaciones detalladas, programación temporal de la ejecución del proyecto, presupuesto detallado.
- 8.2 **Catalogo.-** Instrumento administrativo que presenta en forma sumaria, ordenada y sistematizada un listado de cosas o eventos relacionados con un fenómeno en particular.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento, se plasmó como se lleva a cabo actualmente y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 1 de 9

65.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA ELABORACIÓN DE DICTAMEN DE NO UTILIDAD PARA BAJA DE EQUIPO MÉDICO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 2 de 9

1 PROPÓSITO


- 1.1 Establecer los lineamientos que permitan dar de baja o reubicar el equipo médico de los servicios del Hospital Juárez de México para poder realizar una planeación de sustitución de equipamiento biomédico.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al Departamento de Mantenimiento Biomédico porque en él se establecen las actividades que se deben realizar para reubicar o dar de baja el equipo médico del Hospital y a todas las áreas del Hospital que tengan bajo su resguardo equipamiento biomédico.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a todas las empresas que realizan mantenimiento a equipo médico porque ellos realizan elaboración propuestas económicas de mantenimiento para realizar investigaciones de mercado.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es el responsable de que todo el personal adscrito a esta área debe buscar el puntual cumplimiento del código de ética institucional.
- 3.3 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es responsable de elaborar los dictámenes técnicos de baja de equipo médico del Hospital.
- 3.4 El/la Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico realizará los dictámenes técnicos de baja bajo petición del servicio clínico (usuario).
- 3.5 El/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es el responsable de verificar que el dictamen técnico de baja de equipo médico contenga los siguientes datos:
- Fecha de elaboración.
 - Datos del servicio clínico solicitante.
 - Datos del equipo.
 - Descripción física y funcional del equipo.
 - Análisis técnico del equipo.
 - Estado general del equipo.
 - Comentarios de la evaluación del equipo.
 - Disposición recomendada del equipo.
 - Firma del responsable del departamento de Mantenimiento Biomédico y del Personal de Mantenimiento Biomédico asignado a su desarrollo.

	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.	

Hoja: 3 de 9




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe(a) de Servicio solicitante	1	Envía, mediante oficio, solicitud de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Oficio
Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe solicitud e instruye al/la Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico para la evaluación del equipo médico	Oficio
	3	Turna oficio de solicitud de/la Jefe(a) de Servicio al Departamento de Mantenimiento Biomédico	
Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	4	Recibe oficio de requerimiento de dictamen de no utilidad de equipo médico.	Dictamen de no utilidad del equipo médico Oficio
	5	Realiza revisión de equipo médico, junto con el área usuaria para determinar el motivo por el que se requiere el dictamen de no utilidad del equipo médico.	
	6	Recopila la información del equipo: marca, modelo, número de serie, número de inventario, motivo del dictamen de no utilidad.	
	7	Evalúa si procede la no utilidad del equipo. ¿Procede la no utilidad del equipo médico?	
	8	No: Elabora el dictamen técnico de equipo médico, explicando las razones por las cuales el equipo médico en cuestión es todavía útil para el servicio y haciendo una recomendación para su futura disposición.	
	9	Si: Elabora dictamen técnico de no utilidad del equipo médico.	
	10	Envía dictamen elaborado al servicio o Departamento solicitante.	
Jefe(a) de Servicio	11	Recibe Dictamen de no utilidad del Equipo Médico y firma de recibido.	Dictamen de no utilidad del equipo médico
Subdirector(a) de Conservación y	12	Elabora informe de atención a solicitud de servicio par Dictamen de No Utilidad de Equipo Médico	Informe

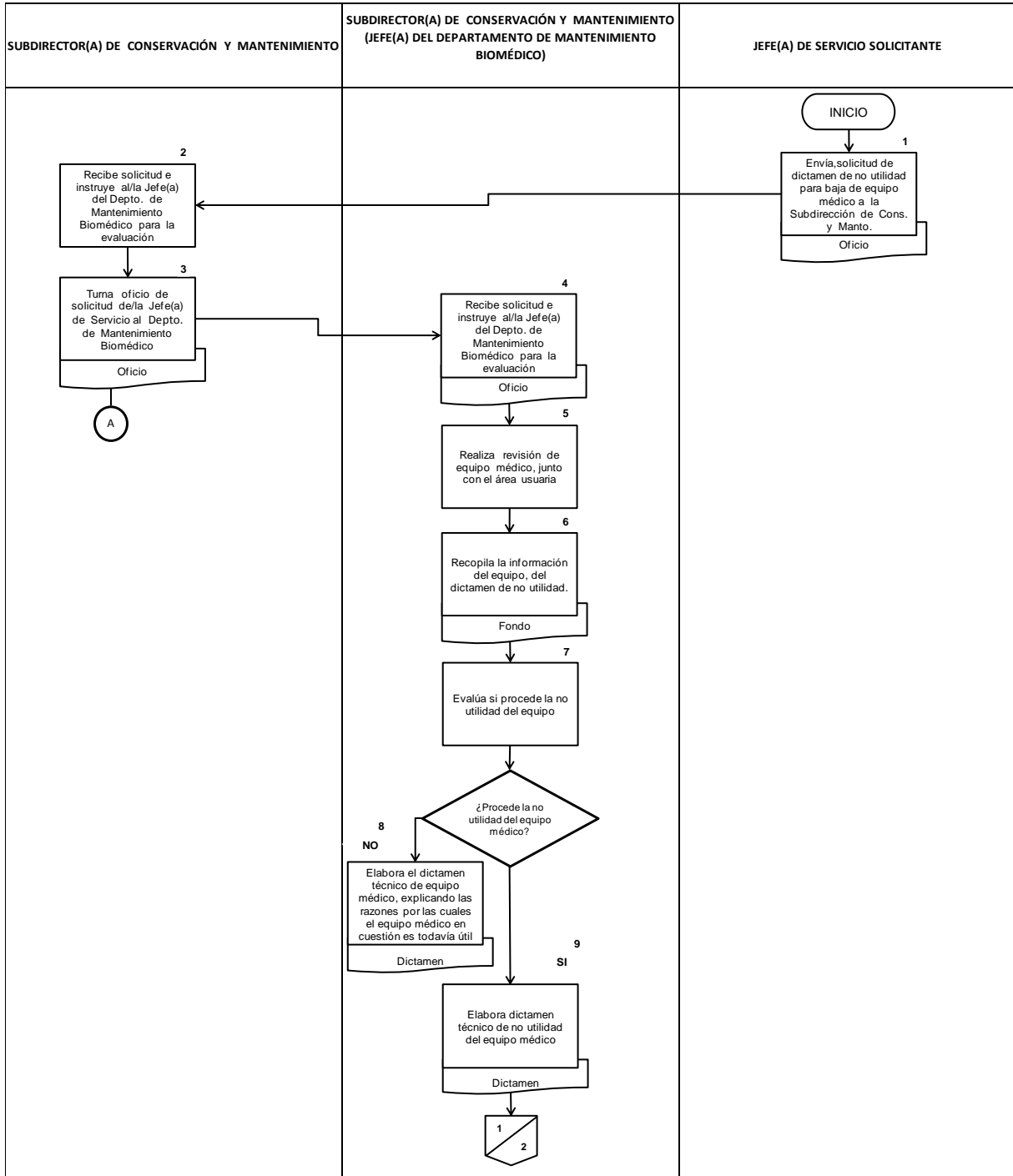
	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.	




Hoja: 4 de 9

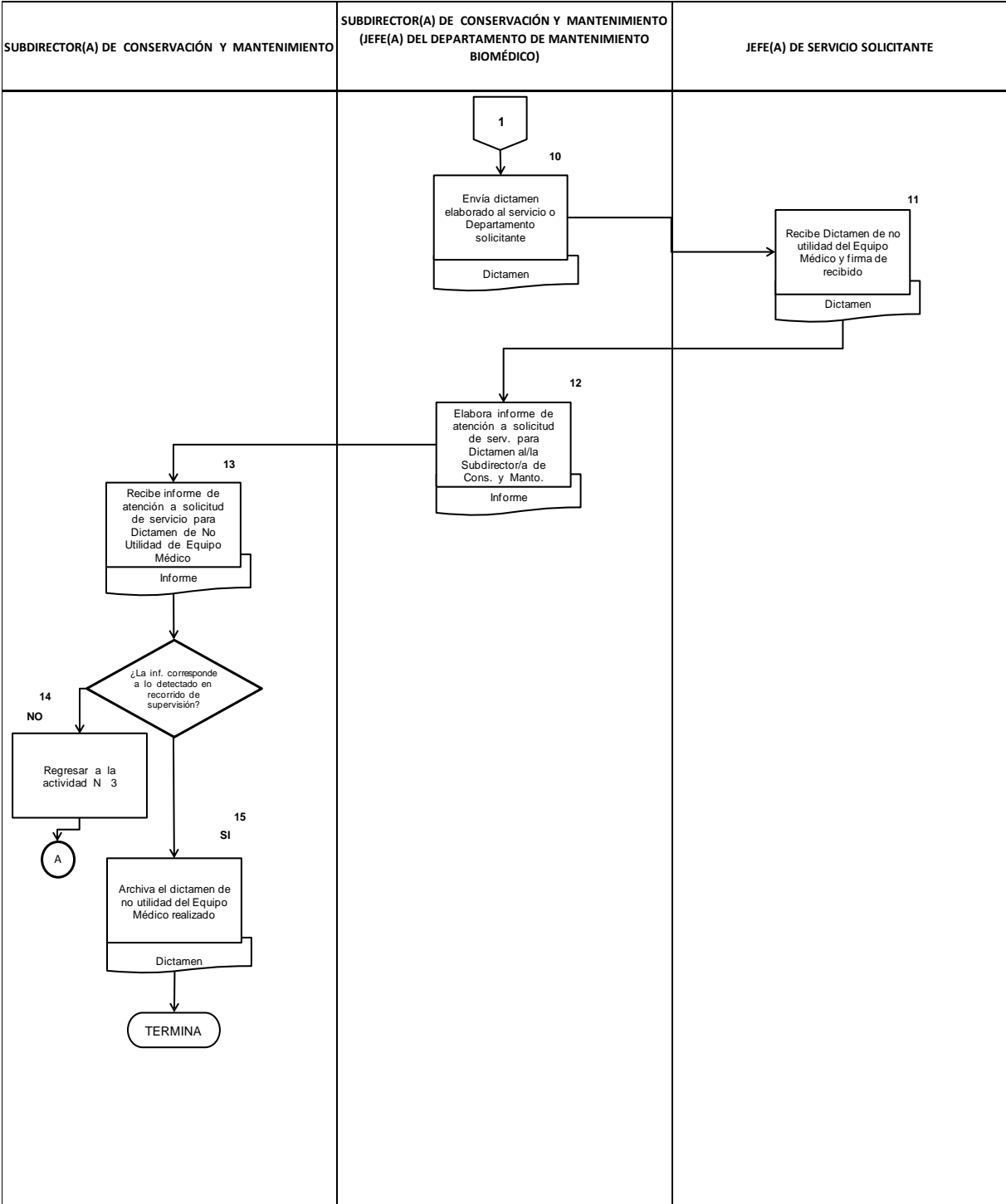
Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)		al/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	13	Recibe informe de atención a solicitud de servicio para Dictamen de No Utilidad de Equipo Médico. ¿La información corresponde a lo detectado en recorrido de supervisión?	Dictamen de no utilidad del equipo médico Informe
	14	No: Regresa a la actividad N° 3	
	15	SI: Archiva el dictamen de no utilidad del Equipo Médico realizado	
TERMINA PROCEDIMIENTO			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 5 de 9

5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 6 de 9



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 7 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013
6.2 Manual Organizacional Específico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento	Diciembre 2016
6.3 Normas generales para el registro, afectación, disposición final y baja de bienes muebles de la Administración Pública Federal Centralizada.	Fecha de publicación DOF: 30/12/2004

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Dictamen de no utilidad del equipo médico	N/A	Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Baja:** La cancelación del registro de un bien en el inventario de la dependencia, una vez consumada su disposición final o cuando el bien se hubiere extraviado, robado o siniestrado.
- 8.2 **Bienes:** Los bienes muebles de propiedad federal que estén al servicio de las dependencias.
- 8.3 **Equipo médico:** Aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.
- 8.4 **No utilidad:** Condición físico-técnica que guardan los equipos y que permite evaluar su viabilidad clínica y económica para continuar su operación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se revisó el Procedimiento, se plasmó como se lleva a cabo actualmente y se aplica lenguaje incluyente.




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Dictamen de no utilidad.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 8 de 9




10.1 DICTAMEN DE NO UTILIDAD

 		Hospital Juárez de México Dirección de Administración Subdirección de Conservación y Mantenimiento Jefatura de Mantenimiento Biomédico			
DICTAMEN DE NO UTILIDAD					
FECHA DE ELABORACIÓN: <u>1</u>		FOLIO: <u>2</u>			ASUNTO: <u>3</u>
DATOS DEL BIEN:					
INVENTARIO <u>4</u>	TIPO <u>5</u>	CANTIDAD <u>6</u>	DESCRIPCIÓN <u>7</u>	MARCA <u>8</u>	
MODELO <u>9</u>	NUMERO DE SERIE <u>10</u>	AREA O SERVICIO AL QUE PERTENECE <u>11</u>			
OBSERVACIONES <u>12</u>					
EL BIEN NO ES ÚTIL DEBIDO A QUE: <u>13</u>					
<input type="radio"/> CUYA OBSOLESCENCIA O GRADO DE DETERIORO IMPOSIBILITA SU APROVECHAMIENTO EN EL SERVICIO. <input type="radio"/> AÚN FUNCIONAL PERO QUE YA NO SE REQUIERE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. <input type="radio"/> SE HA DESCOMPUESTO Y NO ES SUSCEPTIBLE DE REPARACIÓN. <input type="radio"/> SE HA DESCOMPUESTO Y SU REPARACIÓN NO RESULTA RENTABLE. <input type="radio"/> SON DESECHOS Y NO ES POSIBLE SU REAPROVECHAMIENTO. <input type="radio"/> NO ES SUSCEPTIBLE DE APROVECHAMIENTO EN EL SERVICIO POR UNA CAUSA DISTINTA A LAS SEÑALADAS (SE DESCRIBE LA CAUSA A CONTINUACIÓN):					
LOS BIENES NO SON ÚTILES PORQUE: <u>14</u>					
PROPUESTA DE DISPOSICIÓN FINAL <u>15</u>					
<input type="radio"/> A) ENAJENACIÓN		<input type="radio"/> B) TRANSFERENCIA		<input type="radio"/> C) DESTRUCCIÓN	
REVISION TECNICA <u>16</u>	VALIDA <u>17</u>	ELABORA <u>18</u>			
APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD	C. ORLANDO GONZÁLEZ CELAYA JEFE DEL DEPTO DE MANTENIMIENTO BIOMEDICO	ARQ. JUAN ANTONIO PALMA BARRIOS SUBDIRECTOR DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO			
AUTORIZA					
<u>19</u>					
LIC. VALENTE VALDÉS GUZMÁN SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS					




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	65. Procedimiento para la supervisión de la elaboración de dictamen de no utilidad para baja de equipo médico.		Hoja: 9 de 9

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Anota la fecha de elaboración del dictamen de no utilidad.
2. Anota el número de folio del dictamen de no utilidad.
3. Anota el motivo del dictamen de no utilidad.
4. Anota el número de inventario del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
5. Anota el tipo del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
6. Anota la cantidad de los equipos al que se le hace el dictamen de no utilidad.
7. Anota la descripción del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
8. Anota la marca del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
9. Anota el modelo del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
10. Anota el número de serie del equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
11. Anota el área o servicio donde se encuentra el resguardo el equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad.
12. Anota las observaciones relacionadas al equipo al que se le hace el dictamen de no utilidad
13. Rellena el ovalo correspondiente que menciona por qué el bien ya no es útil para el servicio.
14. Anota una breve descripción de la selección anterior.
15. Rellena el óvalo que mencione la propuesta de destino final.
16. Anota el Nombre, puesto y firma de la persona que realiza el dictamen de no utilidad.
17. Anota el Nombre, puesto y firma de la persona que valida el dictamen de no utilidad.
18. Anota el Nombre, puesto y firma de la persona que elabora el dictamen de no utilidad.
19. Anota el Nombre, puesto y firma de la persona que autoriza el dictamen de no utilidad.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 1 de 13

**66.PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LA EJECUCIÓN DE
TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 2 de 13

1 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer los lineamientos para la adecuada ejecución del Mantenimiento a equipo médico por personal del Hospital o por empresas especializadas para conservar en funcionamiento el equipamiento médico.

2 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al Departamento de Mantenimiento Biomédico porque en él se establecen las actividades que se deben realizar para cumplir con el propósito del procedimiento.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a todas las empresas que realizan mantenimiento a equipo médico propiedad del Hospital Juárez de México porque en él se establecen las actividades que se deben realizar para mantener el funcionamiento y la integridad física de los equipos propiedad del Hospital Juárez de México.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es responsable de ejecutar y/o supervisar el mantenimiento preventivo a equipo médico del Instituto.
- 3.3 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico es el responsable de verificar que las actividades a realizar en cada tipo de mantenimiento preventivo, sean desarrolladas apoyándose en las recomendaciones y especificaciones descritas en los manuales de operación y servicio del fabricante del equipo médico.
- 3.4 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico debe verificar la capacidad técnica de ingenieros y técnicos, previamente a la realización de mantenimientos preventivos a equipo médico del instituto.
- 3.5 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico asignará cada orden de servicio para mantenimiento preventivo a un personal operativo del área, quien le dará su seguimiento y solución.
- 3.6 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico verificará que todo mantenimiento preventivo debe ser realizado dentro de las instalaciones del Hospital.
- 3.7 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico realizará el trámite de salida de equipo, en los supuestos en que el servicio requiera mantenimiento especializado en los talleres o laboratorios de los proveedores.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 3 de 13


- 3.8 El/la Subdirector/a de Conservación y Mantenimiento indica al Departamento de Mantenimiento Biomédico recibirá y atenderá todo reporte de mal funcionamiento de algún servicio del Hospital ya sea por escrito o por vía telefónica.

 	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.	

Hoja: 4 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

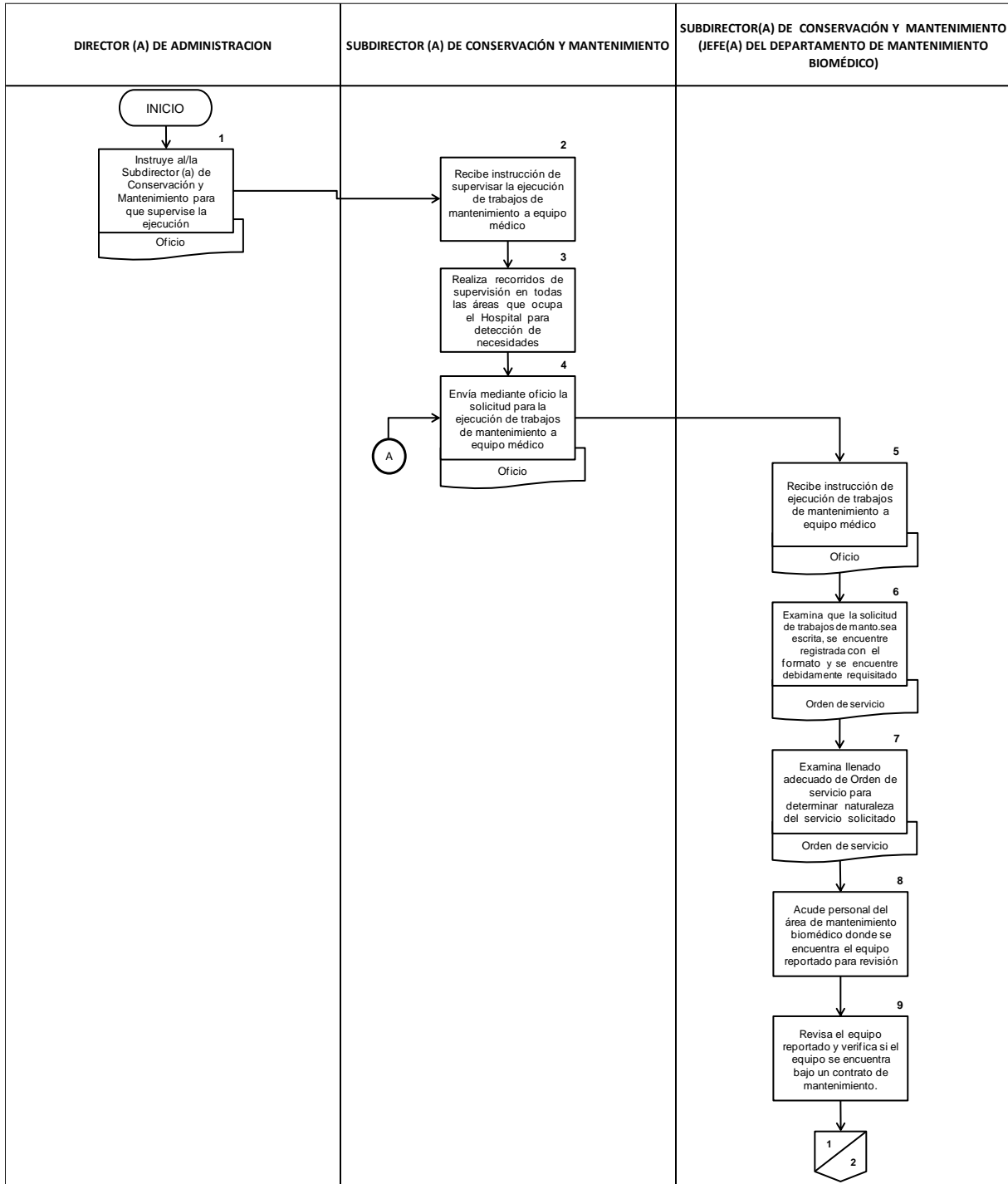
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director (a) de Administración	1	Instruye al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento para que supervise la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.	Oficio
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	2	Recibe instrucción de supervisar la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico	Oficio
	3	Realiza recorridos de supervisión en todas las áreas que ocupa el Hospital para detección de necesidades en los diversos servicios.	
	4	Envía mediante oficio la solicitud para la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe (a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico)	5	Recibe instrucción de ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.	Oficio Orden de servicio Reporte Pase de entrada-salida
	6	Examina que la solicitud de trabajos de mantenimiento sea escrita, telefónica o personal, y se encuentre registrada en libretas de control por especialidad, que coincida con el formato de "Orden de servicio" y se encuentre debidamente requisitado.	
	7	Examina llenado adecuado de Orden de servicio para determinar naturaleza del servicio solicitado.	
	8	Acude personal del área de mantenimiento biomédico donde se encuentra el equipo reportado para revisión	
	9	Revisa el equipo reportado y verifica si el equipo se encuentra bajo un contrato de mantenimiento con alguna empresa externa. ¿Se encuentra bajo contrato de mantenimiento?	
	10	<u>No.- Realiza reparación con recursos propios</u> Supervisa la ejecución de trabajos indicados en el formato "Orden de servicio" y, en su caso, la instalación de material proporcionado.	
	11	Si.- Realiza el reporte con la empresa correspondiente.	
	12	Elabora el Pase de Entrada-Salida de equipo para su reparación.	
	13	Recibe informe de que el equipo esta reparado vía telefónica.	
	14	Revisa que en las órdenes de servicio elaboradas por el proveedor incluya la siguiente información: • Datos de identificación del equipo.	




	PROCEDIMIENTO	
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.	

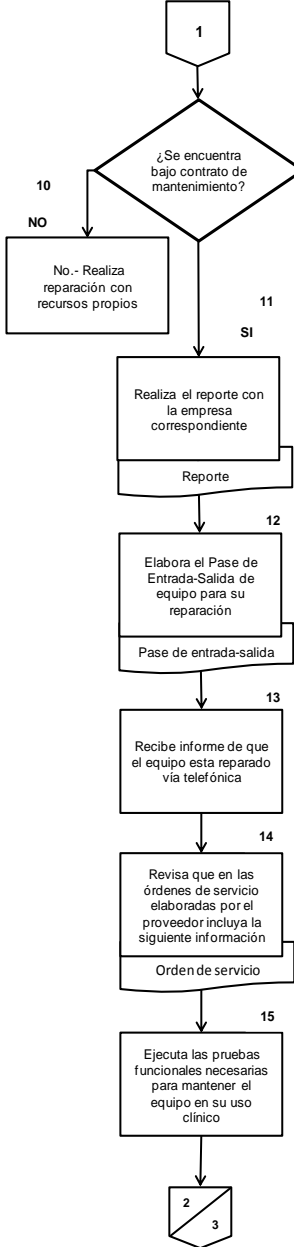
Hoja: 5 de 13

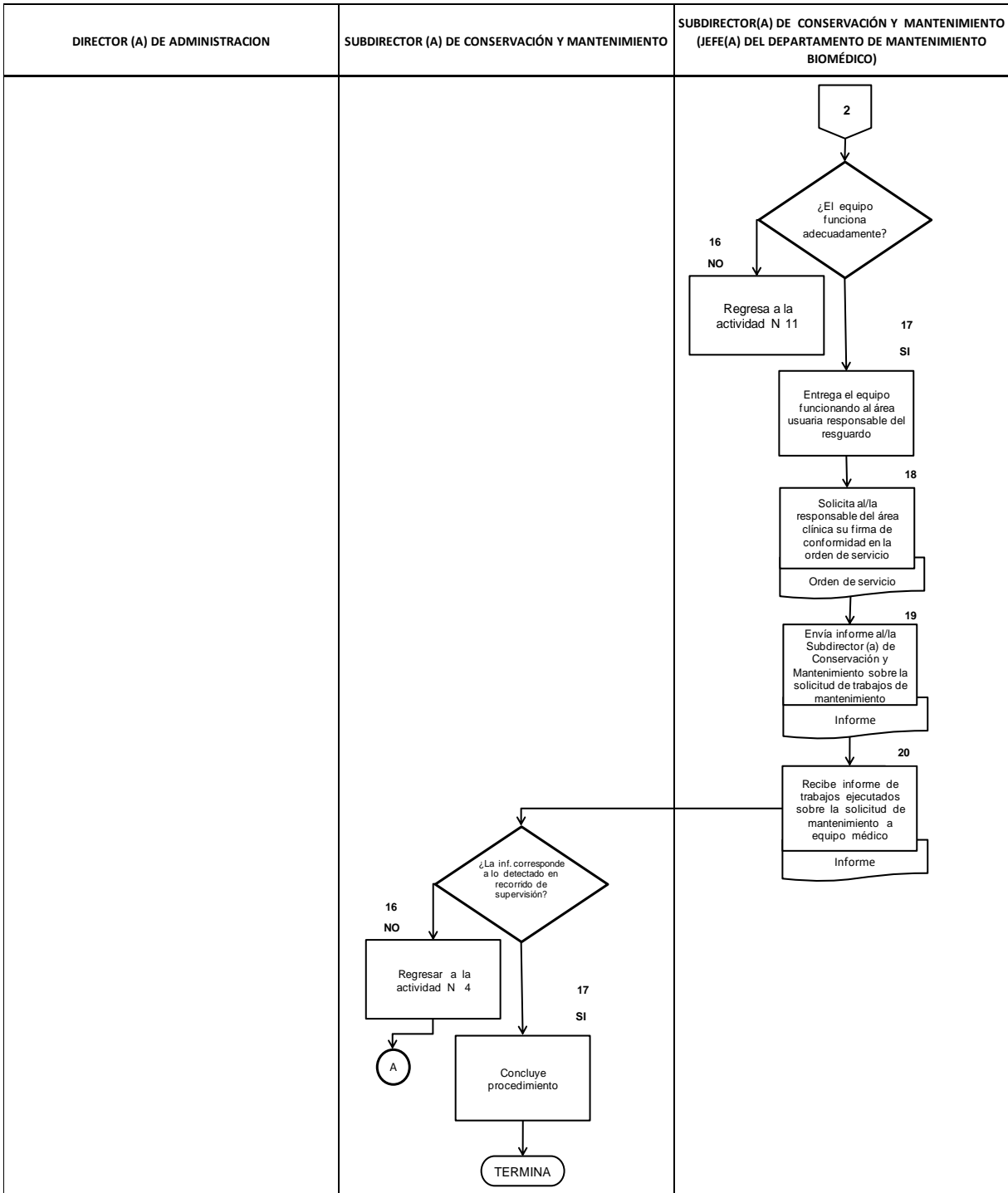
	<p>• Número de folio de la orden de servicio.</p> <p>• Datos de identificación del área clínica usuaria del equipo médico.</p> <p>• Descripción de rutinas de mantenimiento y refacciones empleadas.</p> <p>• Datos del responsable de la ejecución del servicio. Deberá colocar nombre completo, cargo y firma de la persona que realiza el mantenimiento y la persona que verifica el mantenimiento.</p>	
	<p>15 Ejecuta las pruebas funcionales necesarias para mantener el equipo en su uso clínico. ¿El equipo funciona adecuadamente?</p> <p>16 No: Regresa a la actividad N°11</p> <p>17 Si: Entrega el equipo funcionando al área usuaria responsable del resguardo.</p> <p>18 Solicita al/la responsable del área clínica su firma de conformidad en la orden de servicio, entregándole una copia para la bitácora, debiendo colocar nombre, firma y cargo del/la jefe (a) de servicio.</p> <p>19 Envía informe al/la Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento sobre la solicitud de trabajos de mantenimiento a equipo médico.</p>	
Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento	<p>20 Recibe informe de trabajos ejecutados sobre la solicitud de mantenimiento a equipo médico. ¿La información corresponde a lo detectado en recorrido de supervisión?</p> <p>21 No: Regresar a la actividad N° 4</p> <p>22 SI: Concluye procedimiento.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Informe




5 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 7 de 13

DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	SUBDIRECTOR(A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO)
		 <pre> graph TD 1[1] --> D{¿Se encuentra bajo contrato de mantenimiento?} D -- NO --> 10[10] D -- SI --> 11[11] 10 --> P1[No.- Realiza reparación con recursos propios] P1 --> 10 11 --> P2[Realiza el reporte con la empresa correspondiente] P2 -- Reporte --> 11 11 --> 12[12] 12 --> P3[Elabora el Pase de Entrada-Salida de equipo para su reparación] P3 -- Pase de entrada-salida --> 12 12 --> 13[13] 13 --> P4[Recibe informe de que el equipo esta reparado via telefónica] P4 --> 13 13 --> 14[14] 14 --> P5[Revisa que en las órdenes de servicio elaboradas por el proveedor incluya la siguiente información] P5 -- Orden de servicio --> 14 14 --> 15[15] 15 --> P6[Ejecuta las pruebas funcionales necesarias para mantener el equipo en su uso clínico] P6 --> 15 15 --> 23[2/3] </pre>



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 9 de 13

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre 2013
6.2 Manual de Organización Específico de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.	Diciembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Orden de servicio	N/A	Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A
7.2 Pase de entrada-salida	N/A	Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




- 8.1 **Equipo médico:** Aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
02	Diciembre, 2016	Se aplica lenguaje incluyente, se realiza modificaciones al procedimiento y diagrama de flujo, así como se complementa el apartado de documentos de referencia.




10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Orden de servicio.
10.2 Pase de entrada-salida.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 10 de 13

10.1 ORDEN DE SERVICIO



	Hospital Juárez de México Dirección de Administración Subdirección de Conservación y Mantenimiento Jefatura de Mantenimiento Biomédico Hoja de servicio		
NOMBRE DEL EQUIPO: _____ 1	ÁREA: _____ 2	UBICACIÓN: _____ 3	
MARCA: _____ 4	MODELO: _____ 5	CÓDIGO: _____ 6	FOLIO: _____ 7
Nº DE SERIE: _____ 8	Nº DE MANUAL: _____ 9	Nº EQUIPO: _____ 10	
FECHA DE REPORTE: _____ 11	HORA: _____ 12	SE ENTREGO: _____ 13	ATENDIO: _____ 14
CONTRATO: _____ 15	EMPRESA: _____ 16	MANTENIMIENTO: _____ 17	
REPORTA: _____ 18			
Descripción falla reportada			
_____ 19			
FOLIO DE MATERIAL: _____ 20	INGENIERO ASIGNADO: _____ 21		
FECHA: _____ 22	NOMBRE: _____ 23	FIRMA: _____ 24	
OBSERVACIONES			
_____ 25			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 11 de 13

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Indicar el nombre del equipo reportado.
2. Área donde se encuentra el equipo.
3. Ubicación del equipo dentro del área.
4. Marca del equipo.
5. Modelo del equipo.
6. Código del equipo.
7. Folio de la orden de servicio.
8. Número de serie del equipo.
9. Número de manual del equipo.
10. Numero de equipo.
11. Fecha en la que se hace el reporte del equipo.
12. Hora en la que se hace el reporte del equipo.
13. Estado del equipo.
14. Nombre de la persona que hace la orden de servicio.
15. Número de contrato en el que se encuentra el equipo.
16. Nombre de la empresa a la que pertenece o se reportara el equipo.
17. Indicar si se le dará al equipo un mantenimiento correctivo o preventivo.
18. Nombre de la persona que reporta el equipo.
19. Breve descripción de la falla reportada.
20. Número de folio de entrega de material.
21. Nombre de la persona asignada.
22. Fecha en la que se entrega el equipo.
23. Nombre de la persona que recibe el equipo.
24. Firma de la persona que recibe el equipo.
25. En esta opción se anota cualquier observación relacionada con el equipo.



10.2 PASE DE ENTRADA-SALIDA

PASE DE ENTRADA-SALIDA			
		FECHA:	1
		FOLIO:	2
PERSONA QUE SOLICITA ENTRADA Y/O SALIDA 3			
De la empresa:	4		
Teléfono:	5	Fax:	6
Domicilio:	7		
Y que se identifica con:	8		
Departamento en que se ubicará el(los) bien(es)	9		
DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES			
		CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
		10	11
			MARCA
			MODELO
			SERIE
		ACCESORIOS	12
		CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
			MARCA
			MODELO
			SERIE
		ACCESORIOS	
LOS BIENES EN CASO DE QUE APLIQUE LOS REGISTRE NUEVAMENTE A LA SUBDIRECCIÓN QUE AUTORIZÓ SU SALIDA			
Motivo de la salida	13		
AUTORIZA		ENTREGA Y/O RECIBE EL BIEN	
14		15	
ORLANDO GONZALEZ CELAYA JEFE DEL DEPTO. DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO			
			
NOTA: EL PROVEEDOR INFORMARA AL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO BIOMEDICO LA FECHA QUE DEVUELVE EL EQUIPO YA REPARADO.			
c.c.p. C.P. ÁIDA JANET LEÓN SÁNCHEZ JEFE DEL DEPTO. DE ALMACENES E INVENTARIOS			
NOTA: EN BIENES QUE NO SON PROPIEDAD DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. LA INSTITUCIÓN NO SE HARÁ RESPONSABLE DEL ROBO, EXTRAVÍO O DAÑOS QUE ESTOS SUFRAN. EN CASO DE COMODATO SE APEGARAN A LAS CLÁUSULAS DEL CONTRATO.			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO		
	66. Procedimiento para la supervisión de la ejecución de trabajos de mantenimiento a equipo médico.		Hoja: 13 de 13

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Fecha en la que se tramita el pase.
2. Número de folio asignado al pase.
3. Nombre de la persona que solicita la entrada y/o salida del equipo.
4. Nombre de la empresa que solicita el pase.
5. Teléfono de la empresa que solicita el pase.
6. Fax de la empresa que solicita el pase.
7. Domicilio de la empresa que solicita el pase.
8. Identificación de la persona que hace el trámite.
9. Nombre del departamento en el que se ubicara el(los) bien(bienes).
10. En esta opción se indica el número de bienes que entran y/o salen.
11. Descripción del o los bienes referidos anteriormente.
12. Anotar los accesorios incluidos en el o los bienes.
13. Indicar el motivo por el cual se tramita la salida.
14. Nombre, firma y cargo de quien autoriza el pase.
15. Nombre y firma de la persona que recibe el bien.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		Hoja: 1 de 9

67.PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LOS ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL EN EL SECTOR SALUD.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		Hoja: 2 de 9

1 PROPÓSITO.



- 1.1 Implementar y dar seguimiento a los elementos que establece el Sistema de Control Interno para Órganos Internos de Control en el Sector Salud para concretar acciones que permitan la implementación de mejoras en los aparatos de control de los Organos Internos de Control.

2 ALCANCE.

- 2.1 A nivel interno: Aplica a todo el personal adscrito al Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, en su aplicación.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a todos los/las Titulares de Órganos Internos de Control en el Sector Salud para su seguimiento y modificación.

3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.


- 3.1 Los/las Titulares de los Órgano Internos de Control en el Sector Salud de cada dependencia, serán los encargados de establecer los criterios que permitan implementar el Sistema de Control Interno a partir del Tablero Útil para los Órganos Internos de Control del Sector Salud.
- 3.2 Será el Área de Auditoría para Desarrollo de la Gestión Pública la encargada en el Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, de coordinar las acciones para cumplir con los parámetros que establece el Tablero Útil para Órgano Internos de Control del Sector Salud.
- 3.3 Todo el personal del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deberá participar en las reuniones que se convoquen de acuerdo al cronograma prescrito.
- 3.4 El/la Titular del Órgano Interno de Control en la dependencia, participará en las sesiones del Grupo de Titulares de Órgano Internos de Control del Sector Salud y presentará al personal del Órgano Interno de Control a su cargo, los resultados de las mismas.
- 3.5 El/la Titular del Órgano Interno de Control, promoverá la implementación de los parámetros que se hayan establecido en las Sesiones con el Grupo de Titulares de Organos Internos de Control.
- 3.6 El Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, será la encargada de conservar la bitácora con los respaldos de las acciones implementadas.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Órganos Internos de Control.

Hoja: 3 de 9




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control	1	Revisa el Sistema del Tablero Útil Para los Órganos Internos de Control del Sector Salud.	
	2	Revisa los avances en cada elemento (16 elementos)	
	3	Realiza reuniones con todo el personal del Órgano Interno de Control para informar el estatus de los elementos.	
	4	Remite vía electrónica al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública los resultados para que se implementen las actividades que faltan por completar.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	5	Recibe y revisa los resultados enviados por el/la Titular del Órgano Interno de Control derivado de la revisión del Tablero Útil para los Órganos Internos de Control del Sector Salud.	
	6	Establece acciones con su equipo de trabajo para cubrir aquellos elementos que no se han cumplido.	
	7	Informa al Titular del Órgano Interno de Control sobre las acciones a tomar y solicita que se convoque a reunión de trabajo.	
Titular del Órgano Interno de Control	8	Recibe información y convoca a reunión de trabajo.	Minuta
	9	Realiza minuta de trabajo durante la reunión, donde se establecen las acciones que cada uno realizará y la pasa a firma del personal del Órgano Interno de Control.	
	10	Entrega la minuta de trabajo al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su seguimiento y custodia.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	11	Recibe la minuta de trabajo y archiva en la carpeta correspondiente.	Minuta
	12	Revisa las acciones que se comprometieron y da seguimiento hasta su cumplimiento.	
	13	Informa al Titular del Órgano Interno de Control sobre las actualizaciones en el Tablero Útil para los Órganos Internos de Control del Sector Salud.	
Titular del Órgano Interno de Control	14	Recibe y revisa la información.	
	15	Informa mediante correo electrónico al Grupo de Trabajo de Titulares de los Órganos Internos de Control sobre los avances del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México en relación con el establecimiento del Sistema de Control Interno.	

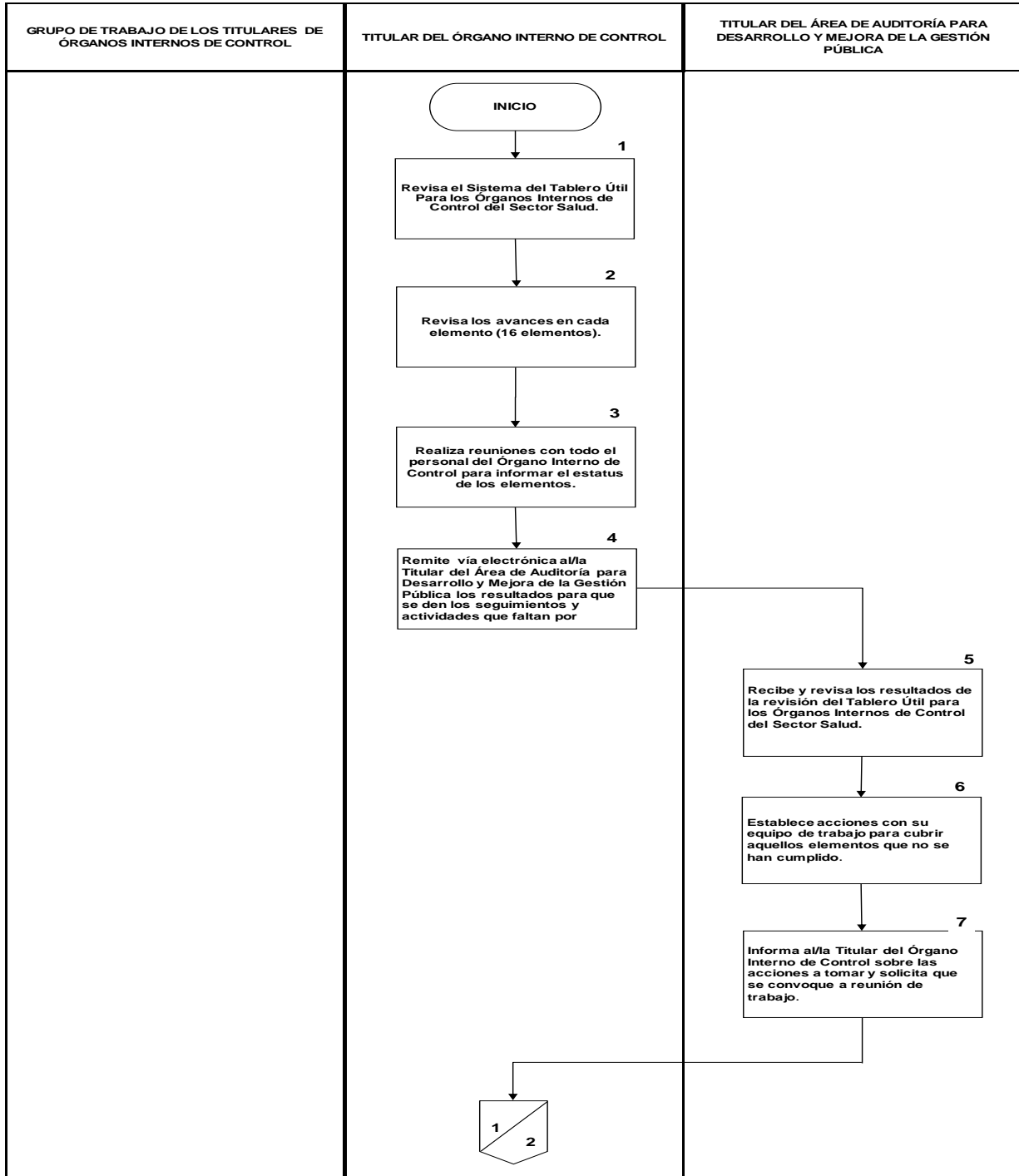
	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Órganos Internos de Control.	

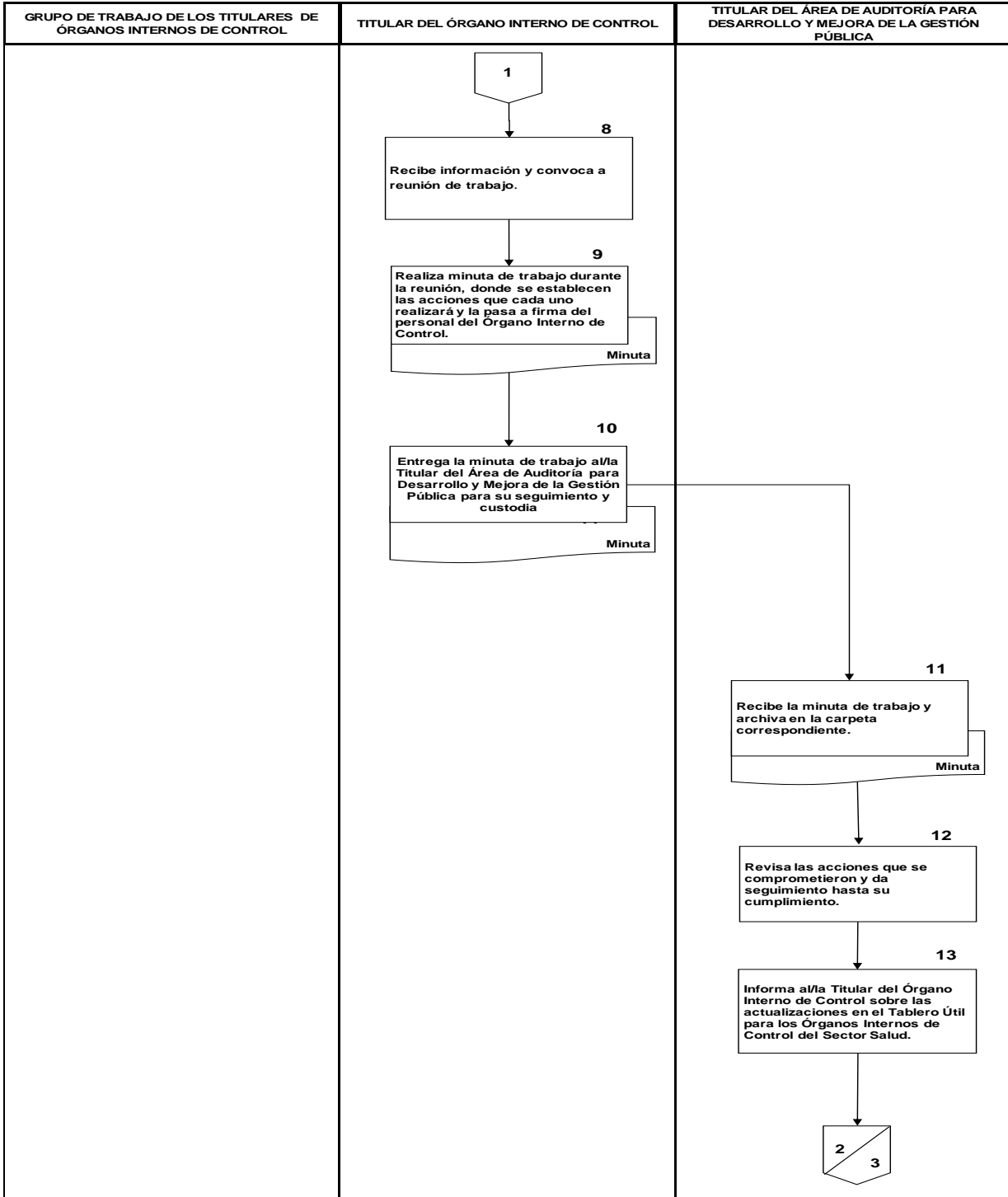
Hoja: 4 de 9




Grupo de Trabajo de los/las Titulares del Órganos Internos de Control.	16	Reciben y revisan la información en la Sesiones del Grupo de Trabajo de los Titulares del Órganos Internos de Control.	Acta
	17	Realizan Sesión del Grupo de Trabajo de los Titulares del Órganos Internos de Control y establecen parámetros para mejorar el Sistema.	
	18	Firman Acta de Sesión.	
	19	Envían Acta de Sesión a cada Titular vía correo electrónico.	
Titular del Órgano Interno de Control	20	Recibe Acta y revisa las acciones comprometidas.	Acta
	21	Convoca a una reunión extraordinaria e informa sobre lo expuesto en la reunión del Grupo de Trabajo de los Titulares de Órganos Internos de Control.	
	22	Realiza minuta de trabajo durante la reunión y la pasa a firma del personal del Órgano Interno de Control.	
	23	Entrega la minuta de trabajo al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	24	Recibe minuta y archiva en la carpeta correspondiente.	Minuta
TERMINA PROCEDIMIENTO			

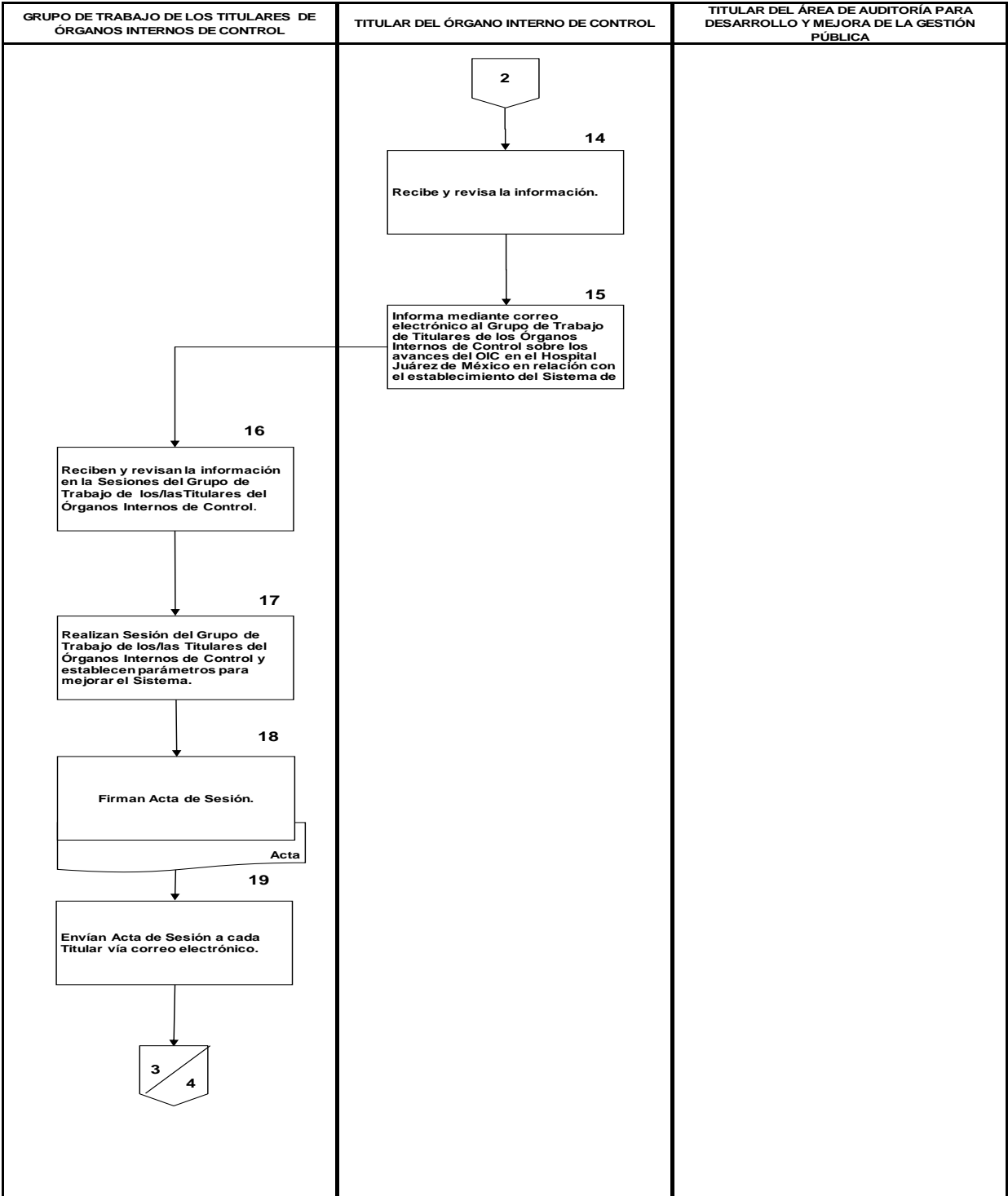
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		




5 DIAGRAMA DE FLUJO

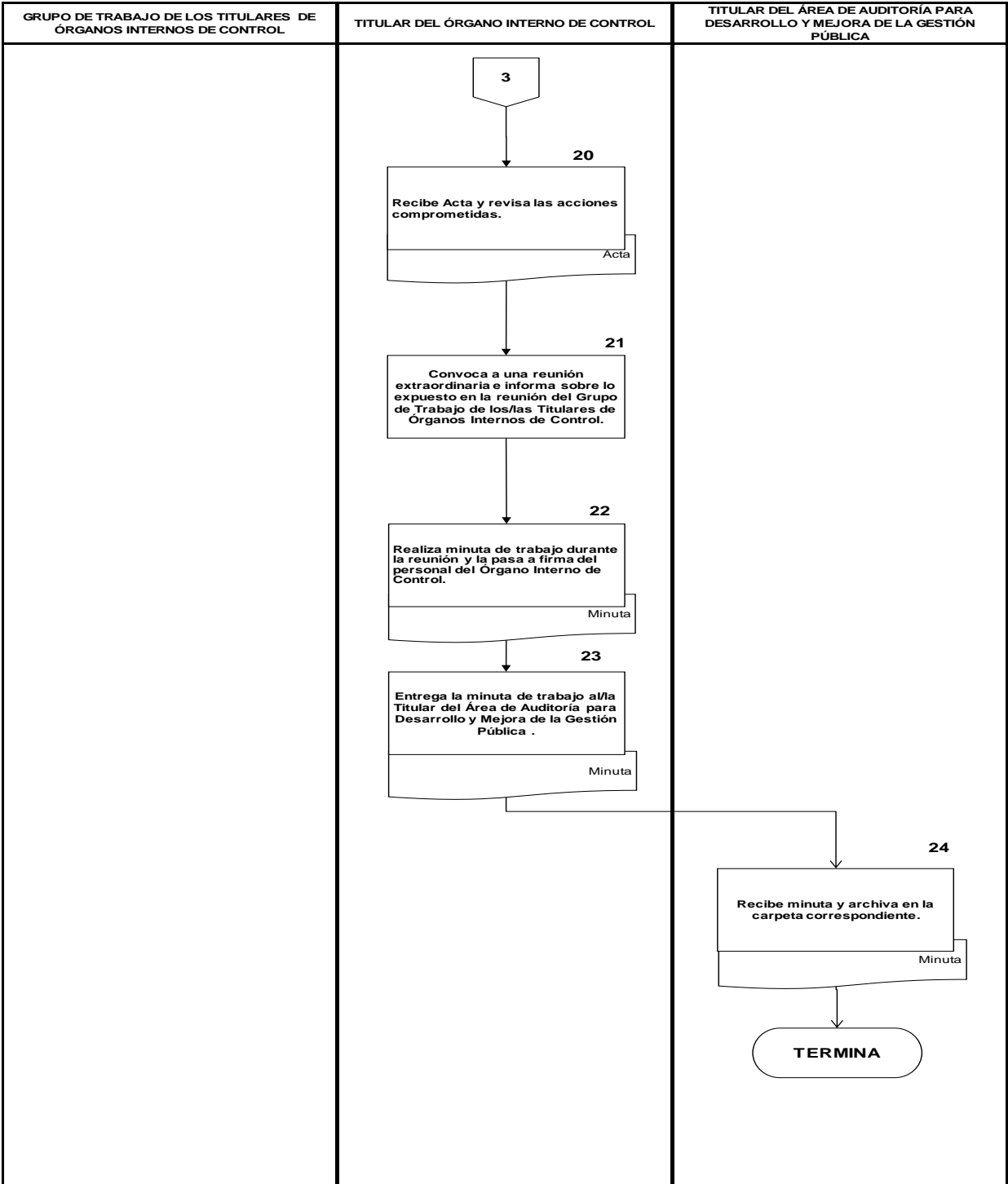







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		Hoja: 8 de 9



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	67. Procedimiento para el establecimiento y seguimiento del Sistema de Control Interno de los Organos Internos de Control.		Hoja: 9 de 9

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	Última Reforma DOF 19-12-2016
6.2 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	20 oct. 2015
6.3 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.	DOF: 02/05/2014
6.4 Manual de Organización Específico del Titular del órgano Interno de Control	Diciembre, 2016
6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Minuta de trabajo	N/A	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 Acta: Documento escrito en el que se relaciona lo sucedido, tratado o acordado en una junta o reunión.
- 8.2 Minuta: Contendrá una síntesis del desarrollo de la sesión, la cual no deberá ser una transcripción estenográfica de lo que se comente en ella.
- 8.3 Tablero Útil para los Órganos Internos de Control del Sector Salud: Elemento digital que funciona como herramienta para dar seguimiento a la implementación del Sistema de Control Interno de los Órgano Internos de Control.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Noviembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realiza modificaciones al procedimiento y al diagrama de flujo, en relación con la guía para el uso de lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">ÓRGANO INTERNO DE CONTROL</p>		
	<p>68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 11</p>

68.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECURSOS DE REVISIÓN.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		Hoja: 2 de 11

1. PROPÓSITO




- 1.1 Informar al personal del Área de Responsabilidades, respecto de la atención, trámite y resolución de los recursos de revisión interpuestos en contra de las resoluciones dictadas en los expedientes de inconformidades o sanción a licitantes, proveedores o contratistas, con el propósito de atender y brindar un mejor servicio a los recurrentes.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable al/la Titular del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México y al personal adscrito al Área de Responsabilidades y Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, respecto de la atención a los Recursos de Revisión.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 El personal a cargo de los recursos de revisión, deberá dar cumplimiento estricto a sus respectivas responsabilidades en los plazos establecidos en el procedimiento, para la debida atención de los recursos de revisión.
- 3.2 El/la Abogado(a) adscrito (a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, deberá de inmediato agregar y foliar la documentación que reciba a sus respectivos expedientes, en orden cronológico.
- 3.3 El/la Abogado(a) adscrito (a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, verificará que se realicen adecuadamente y con oportunidad las notificaciones de los oficios y acuerdos generados durante la integración de los expedientes y, en todo caso, que se lleven a cabo de manera personal con sus destinatarios.
- 3.4 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, debe supervisar y conducir los procedimientos acorde a las disposiciones jurídicas aplicables para la integración de los recursos de revisión, dándoles seguimiento hasta su conclusión.
- 3.5 El/la Abogado(a) adscrito al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, debe observar las disposiciones jurídicas aplicables, para la atención, trámite y resolución de recursos de revisión, dándoles seguimiento hasta su conclusión.
- 3.6 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, realizará la verificación de la resolución de un recurso de revisión y turnara al Titular del Órgano Interno de Control para su emisión.
- 3.7 En caso de que en el escrito de recurso de revisión se solicite la suspensión de la ejecución de la resolución impugnada, de conformidad con el artículo 87 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, se acordará dentro del plazo previsto, siempre y cuando no exista prevención.
- 3.8 El/la Abogado(a) adscrito (a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, elaborará a la recepción del expediente carátula de clasificación, la cual será firmada por el Titular del Órgano Interno de Control.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		Hoja: 3 de 11

- 3.9 El/la Abogado(a) adscrito (a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, deberá registrar en el Sistema de Inconformidades (SIINC) si el recurso es en contra de una resolución de inconformidades o en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas (SANC) si el recurso es en contra de una resolución dictada en un procedimiento administrativo de sanción a un proveedor, licitante o contratista.
- 3.10 En caso de que el recurso de revisión se presente de manera extemporánea, de conformidad con lo establecido en el artículo 88 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, se desechará sin que previamente se aperciba al recurrente.
- 3.11 Las actividades del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que se señalan en el presente procedimiento, serán las relacionadas al/la Titular del Área de Responsabilidades conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.	
		Hoja: 4 de 11




4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control.	1	Recibe recurso de revisión en contra de la resolución de una inconformidad o de sanción impuesta a un licitante, proveedor o contratista y turna al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	Recurso de revisión.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	2 3	Recibe recurso de revisión. Instruye al/la abogado(a) adscrito(a) que lo registre en el Sistema de Inconformidades (SIINC) o en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas (SANC), según corresponda.	Recurso de revisión.
Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas.	4 5	Recibe recurso de revisión. Registra recurso de revisión en el Sistema de Inconformidades (SIINC) o en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas (SANC), según corresponda y lo regresa al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Recurso de revisión.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	6 7 8	Recibe y revisa el recurso de revisión para verificar que cumpla con los requisitos de Ley ¿El recurso de revisión cumple con los requisitos de Ley? No: Elabora y autoriza acuerdo de desechamiento. Sí: Turna al/la abogado(a) para la elaboración de acuerdo de admisión o de ser necesario, oficio de solicitud de Información y cédula de notificación.	Recurso de Revisión
Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas.	9 10	Recibe y elabora proyectos de acuerdo de admisión y en su caso, oficio de solicitud de información. Somete el proyecto a consideración del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Proyecto de acuerdo de admisión. Proyecto de oficio de solicitud de información.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	11	Recibe y emite acuerdo de admisión y de ser necesario oficio de solicitud de Información y ordena al/la abogado (a) adscrito (a) su notificación.	Acuerdo de admisión. Oficio de solicitud de información.
Abogado(a) adscrito a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas.	12 13	Recibe y notifica acuerdo de admisión y de ser necesario oficio de solicitud de Información, recaba acuses y glosa al expediente. Verifica el seguimiento en el sistema SIINC o en el SANC, según corresponda y remite el	Oficio de solicitud de información Expediente de admisión.

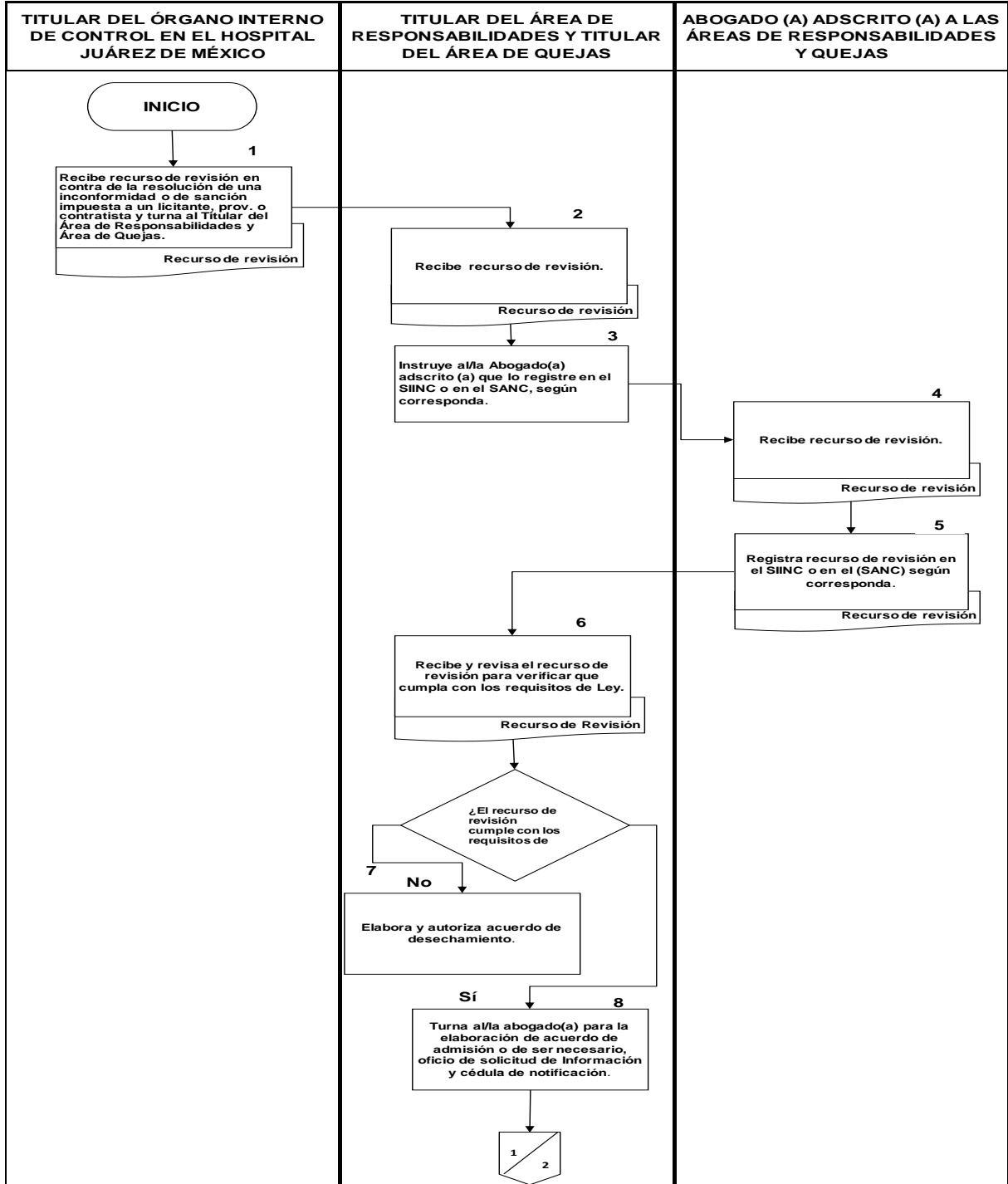
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.	




Hoja: 5 de 11

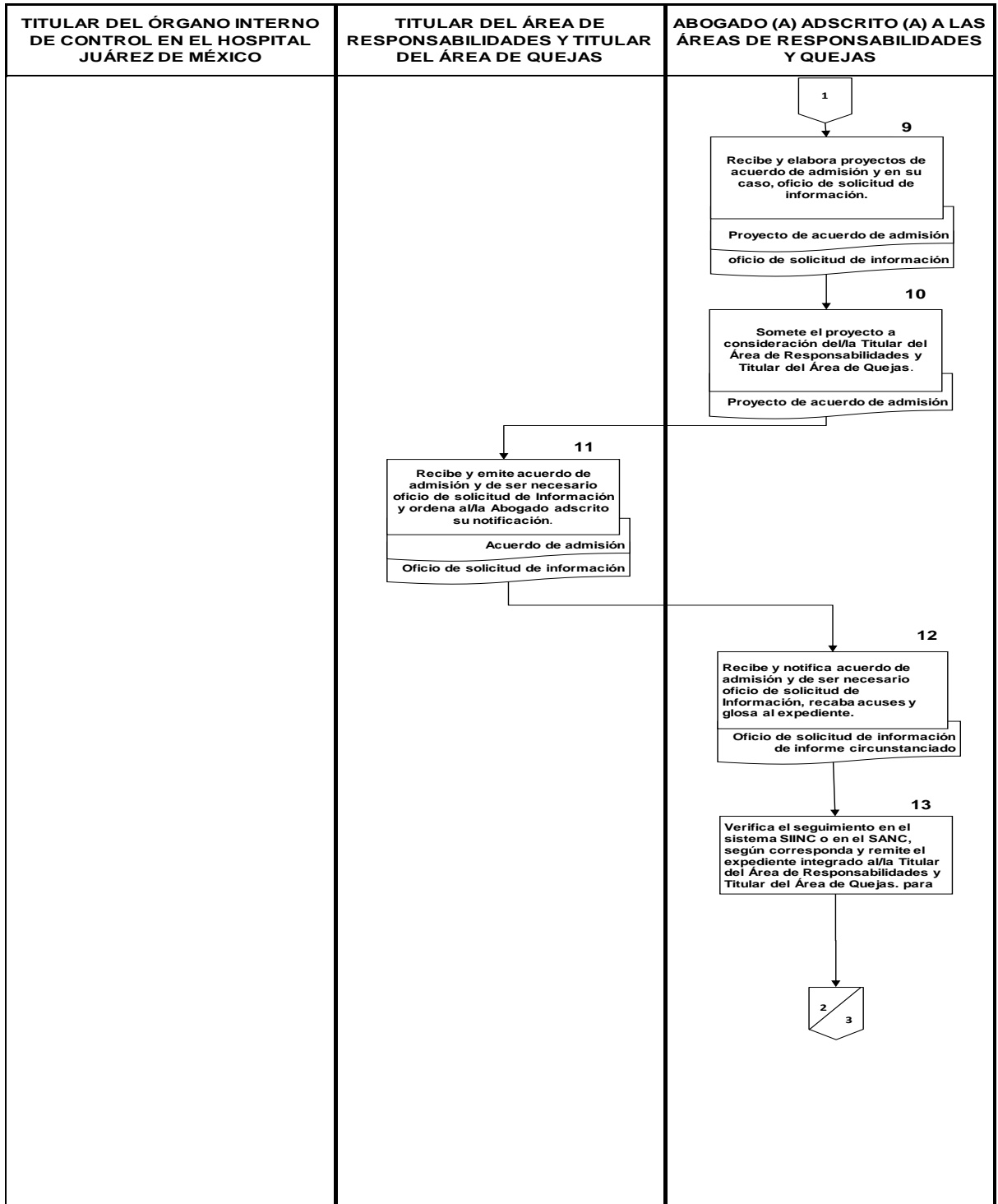
		<p>expediente integrado al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para su revisión.</p> <p>En caso de haberse solicitado información y ésta no haya sido recibida, elabora proyecto de recordatorio y somete a consideración del Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.</p>	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	14	Recibe, analiza el expediente y solicita al/la abogado(a) adscrito(a) elabore proyecto de resolución.	Expediente.
Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas.	15	Recibe instrucción y elabora proyecto de resolución y cumpliendo con los requisitos de fondo y forma, la somete a consideración del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Proyecto de resolución
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	16 17 18	<p>Recibe y revisa que el proyecto de resolución cumpla con los requisitos de fondo y forma.</p> <p>¿La Resolución cumple con los requisitos de fondo y forma?</p> <p>No: Regresa a paso 15.</p> <p>Sí: Envía la resolución al/la Titular del Órgano Interno de Control, para su determinación.</p>	Proyecto de resolución
Titular del Órgano Interno de Control.	19 20	Recibe y confirma la resolución Ordena al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas la notificación de la Resolución mediante oficio a los interesados.	Resolución
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	21 22	<p>Recibe la resolución y genera los oficios de notificación.</p> <p>Instruye al/la abogado (a) adscrito (a) que notifique la resolución y oficios de notificación a los interesados.</p>	Resolución de Oficios de notificación.
Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas.	23 24	<p>Recibe resolución y oficios de notificación, y notifica la resolución impugnada mediante oficio</p> <p>Recaba acuses, glosa al expediente y actualiza el SIINC o el SANC.</p>	Resolución confirmatoria. Oficio de notificación. Expediente.
TERMINA PROCEDIMIENTO			

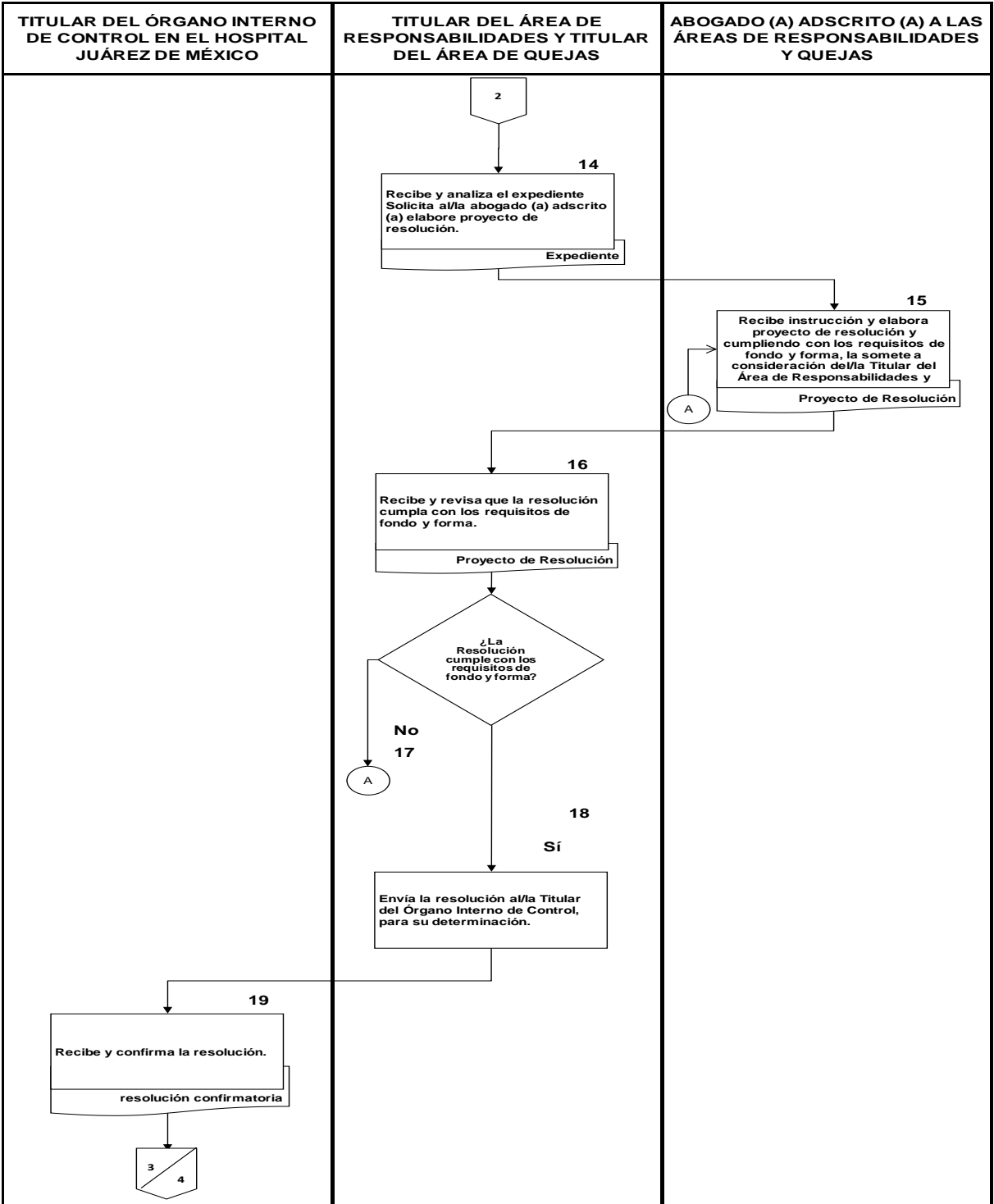
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		Hoja: 6 de 11
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		



5 DIAGRAMA DE FLUJO

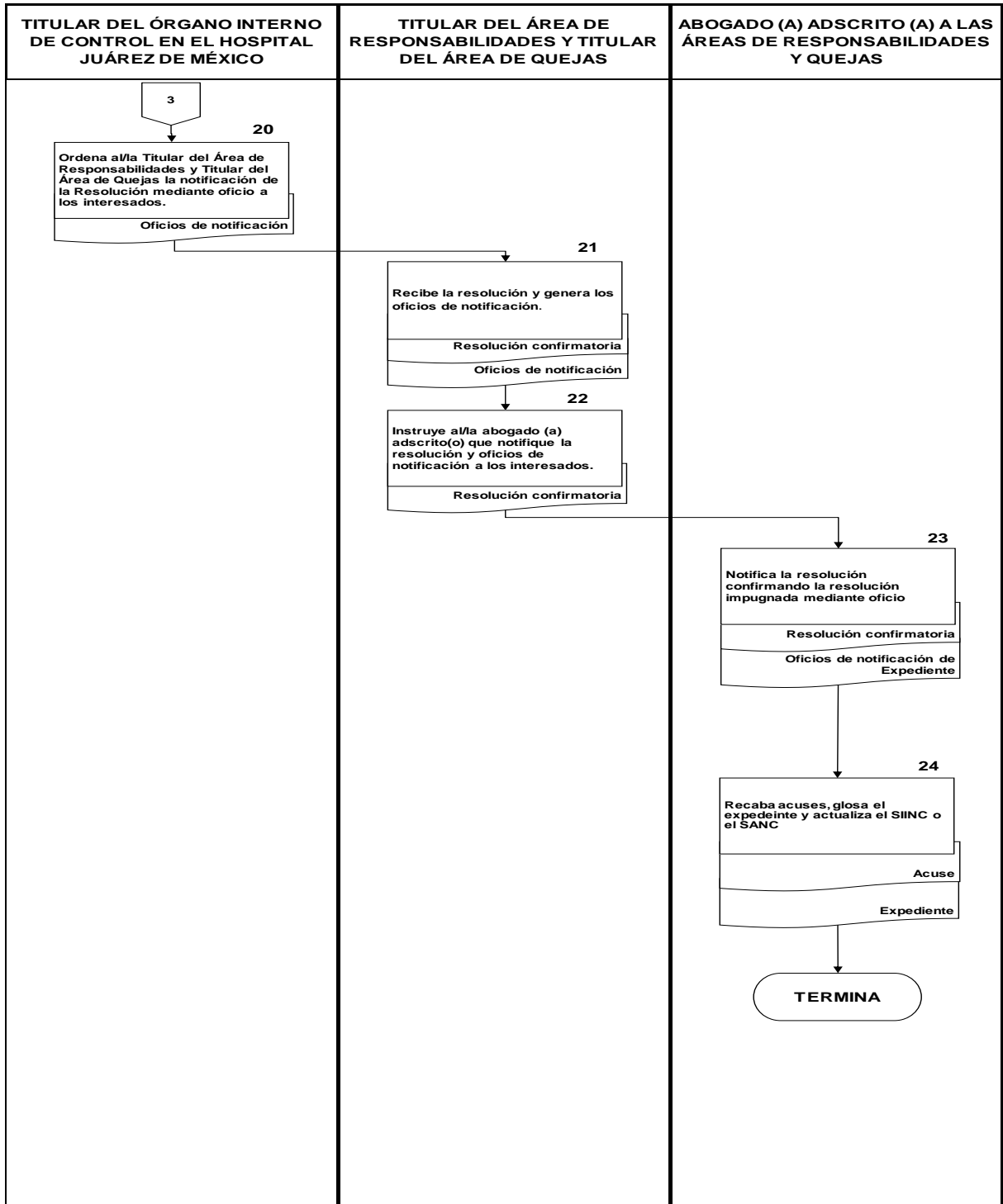





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		Hoja: 9 de 11



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		Hoja: 10 de 11

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	DOF 17-10-2016
6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.4 Manual de Organización Específico del Titular del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carátula de clasificación del expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.2 Acuerdo de Apercibimiento.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.3 Acuerdo de Admisión.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.4 Oficio de Solicitud de Información.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.5 Resolución.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.6 Cédula de Notificación.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.7 Citatorio.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.8 Instructivo de Notificación.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.9 Expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acuerdo de Admisión: Acto mediante el cual la autoridad determina y funda su competencia para conocer del asunto que se le plantea, así como su decisión de abocarse a su atención.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	68. Procedimiento para la atención de Recursos de Revisión.		Hoja: 11 de 11



- 8.2 Competencia: Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.4 Fianza: Obligación subsidiaria, constituida para asegurar el cumplimiento de otro principal, contraída por un tercero.
- 8.5 Licitación: Procedimiento mediante el cual la convocante adquiere los bienes o servicios necesarios para su buen funcionamiento.
- 8.6 Licitante: Persona que participa en cualquier procedimiento de licitación pública o de invitación a cuando menos tres personas.
- 8.7 Notificación: Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.
- 8.8 Personal operativo: Se considera personal operativo, al Soporte Administrativo, al Soporte Administrativo y Apoyo Administrativo.
- 8.9 Procedimiento: Coordinación ligados entre sí, que tiene como consecuencia la emisión del acto.
- 8.10 SIINC: Sistema de Inconformidades (SIINC).
- 8.11 SANC: Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Noviembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realiza modificaciones al procedimiento y diagrama de flujo en cuanto al lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">ÓRGANO INTERNO DE CONTROL</p>		
	<p>69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 17</p>

69.PROCEDIMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN DE SESIONES DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (COCODI).

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 2 de 17

1. PROPÓSITO.




- 1.1 Establecer los criterios generales que orienten al personal de la institución para la operación del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) del Hospital Juárez de México (HJM).

2. ALCANCE.



- 2.1 A nivel interno: Derivado del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, aplica al/la directora(a) General, Directores de Área y servicios del Hospital Juárez de México que participen como invitados; así como al/la Titular del Órgano Interno de Control y al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.
- 2.2 A nivel externo: En relación con el Acuerdo de referencia, aplica al representante de la Coordinadora Sectorial que participe (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad), Auditor(a) Externo(a) y al Delegado(a) de la Coordinación de Órganos de Vigilancia y Control de la Secretaría de la Función Pública.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los miembros propietarios y los suplentes del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) deberán observar el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado por la Secretaría de la Función Pública.
- 3.2 La información del COCODI se debe incorporar en el Sistema de Administración de Comités de Control y Desempeño Institucional que se encuentra disponible en internet. Quienes tienen acceso al sistema son los miembros del Comité, el Comisario Público, el Coordinador de Control Interno, el Enlace del Comité y el Auditor Externo, de conformidad con lo que establece el Manual.
- 3.3 En el HJM, el Comité se integra con los siguientes miembros propietarios:
I El presidente: Director General; II El Vocal Ejecutivo: Titular del OIC; III Vocal: Un representante de la Coordinadora Sectorial. También se podrán incorporar al Comité como invitados permanentes: El Coordinador de Control Interno (Director de Administración del Hospital Juárez de México); Enlace del Comité; El Comisario Público del Sector Salud, de la Secretaría de la Función Pública; Los responsables de las áreas del HJM competentes de los asuntos a tratar; Los servidores públicos de la APF, internos o externos al HJM que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución; Personas externas a la APF, expertas en asuntos relativos a la Institución, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del Presidente y el Auditor Externo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 3 de 17



- 3.4 El Titular del Órgano Interno de Control funge como Vocal Ejecutivo del Comité y corresponde al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública apoyarlo en el cumplimiento de las atribuciones que le competen.
- 3.5 En caso de que los miembros propietarios no puedan participar en el Comité, deberán nombrar un suplente del nivel jerárquico inmediato inferior, que cuente con los conocimientos técnicos, la experiencia necesaria y con capacidad para la toma de decisiones. Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta de la sesión correspondiente.
- 3.6 El Presidente de Comité deberá elaborar la propuesta del calendario anual de las sesiones ordinarias del COCODI del ejercicio siguiente, el cual se someterá a consideración de los miembros del órgano colegiado en la última sesión del año.
- 3.7 El Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública deberá solicitar al Enlace del COCODI del Hospital la información necesaria para el desarrollo de la sesión y éste deberá remitirla por lo menos con 12 días hábiles previos a la fecha de la sesión, con la finalidad de incorporarla en el sistema informático que administra la Secretaría de la Función Pública.
Asimismo, deberá enviar la convocatoria a los miembros e invitados al menos con 7 días hábiles de anticipación a la fecha de la sesión ordinaria y con 2 días en el caso de las extraordinarias.
- 3.8 El Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública establecerá contacto con el proveedor del servicio de estenografía contratado por el HJM, indicándole la fecha y hora en que deberá presentarse a grabar la sesión.
- 3.9 Previo al inicio de la sesión, el Presidente del Comité deberá verificar que haya quórum legal, mismo que se integrará con su asistencia, la del Vocal Ejecutivo y, al menos, un vocal.
- 3.10 La sesión no podrá llevarse a cabo cuando no se reúna el quórum requerido. En este caso, el/la Vocal Ejecutivo(a) levantará constancia del hecho y convocará nuevamente a los/las miembros en un plazo no mayor de 5 días hábiles siguientes a la fecha en que la misma debió celebrarse.
- 3.11 El/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública o el Consultor deberá elaborar un acta de cada sesión de COCODI, la cual incluirá los nombres y cargos de los asistentes; los asuntos tratados; el seguimiento de los riesgos identificados; los acuerdos que se adoptan y los responsables de su cumplimiento, entre otros aspectos sustantivos. Asimismo, remitirá vía correo electrónico el proyecto del acta a los integrantes del Comité para sus comentarios a fin de considerarlos; una vez que se cuente con la versión definitiva, la remitirá a los/las integrantes para su firma y se incorporará escaneada en el SICOCODI.
- 3.12 Las comunicaciones, notificaciones y remisión de información, señaladas se realizarán por correo electrónico, verificando su recepción.

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	

Hoja: 4 de 17



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control	1	Revisa el acta de la sesión anterior del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), con el fin de identificar los acuerdos y riesgos en proceso de atención.	Acta del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)
	2	Elabora solicitud de información de los acuerdos y riesgos en proceso de atención, misma que remite vía electrónica al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México, con copia al/la Director de Administración, estableciendo la fecha límite de entrega.	
Director(a) General del Hospital Juárez de México	3	Recibe solicitud de información por vía electrónica.	Solicitud de Información
	4	Envía solicitud de información al/la Director (a) de Administración para que se realice el requerimiento a las áreas responsables.	
Director(a) de Administración	5	Recibe solicitud del/la Director (a) General.	Oficio solicitud de Información Correo electrónico u Oficio de solicitud a direcciones de área
	6	Elabora oficios o correos electrónicos dirigidos a los/las Directores(as) de área o titulares de unidades responsables de generar la información,	
	7	Señala en oficio o mediante correo electrónico la fecha límite que tienen para entregarla.	
Directores (as) de área del HJM (Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Investigación y Enseñanza y Dirección Médica)	8	Reciben la solicitud vía correo electrónico u oficio de la información a su cargo.	Correo electrónico u oficio de solicitud de información. Oficio Información
	9	Envían por oficio la información solicitada al/la Director (a) de Administración dentro del plazo establecido.	
Director(a) de Administración	10	Recibe la información mediante oficio y la revisa.	Oficio Información Oficio con información generada
	11	Envía por oficio la información al/la Titular del Órgano Interno de Control	
Titular del Órgano Interno de Control	12	Recibe oficio con la información generada.	Oficio con información generada
	13	Turna la información al/la Titular del Área de	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	



Hoja: 5 de 17

		Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para que incorpore la información en el Sistema de Administración de Comités de Control y Auditoría (SICOCODI)	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	14	Recibe información mediante oficio.	Oficio con la información generada
	15	Incorpora la información en los apartados correspondientes dentro del Sistema de Administración de Comités de Control y Auditoría (SICOCODI)	Información generada
	16	Informa de manera verbal al/la Titular del Órgano Interno de Control que la información está cargada para su revisión.	
Titular del Órgano Interno de Control.	17	Accede al sistema, revisa la información de la institución e incorpora sus comentarios en el apartado correspondiente al "Vocal Ejecutivo".	
	18	Solicita al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que recabe la información del Órgano Interno de Control (Área de Quejas y Área de Responsabilidades y Área de Auditoría Interna), así como la información del Auditor Externo.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	19	Solicita por correo electrónico la información que es competencia del Órgano Interno de Control y del Auditor Externo.	Solicitud de Información
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. Titular del Área de Auditoría Interna Auditor Externo	20	Recibe solicitud y recaban la información.	Solicitud de Información
	21	Envían la información vía correo electrónico al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su revisión.	Correo electrónico con Información.
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	22	Recibe información, revisa e incorpora al sistema lo remitido por las áreas.	
	23	Imprime la carpeta de información con la documentación del Sistema de Administración de Comités de Control y Auditoría (SICOCODI) con base en la Orden del día y la entrega al/la Titular	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	



Hoja: 6 de 17

		del Órgano Interno de Control.	
Titular del Órgano Interno de Control.	24	Recibe la carpeta de información con la documentación del Sistema de Administración de Comités de Control y Auditoría (SICOCODI) con base en la Orden del día.	Carpeta de información
	25	Indica al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, que elabore las convocatorias vía electrónica dirigidas a los miembros del Comité e invitados	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	26	Recibe indicación y elabora las convocatorias dirigidas a los miembros del Comité e invitados, en las que indica la fecha (de acuerdo al calendario de sesiones), hora y lugar en que se llevará a cabo la sesión.	Convocatorias
	27	Envía las convocatorias por correo electrónico a los miembros del comité.	
Director(a) General del Hospital Juárez de México Representante de la Coordinadora Sectorial Comisario Público Propietario Titular del órgano Interno de Control Director de Administración del Hospital Juárez de México Auditor Externo. (miembros del Comité)	28	Recibe convocatoria vía electrónica para asistir a la sesión.	Convocatoria vía electrónica
	29	Asiste a la reunión en la fecha, lugar y hora indicada en la convocatoria.	
Director(a) General del Hospital Juárez de México	30	Da la bienvenida a los integrantes del Comité	Constancia de hechos
	31	Verifica que exista quórum legal.	
	32	¿Existe quórum legal? No. Solicita al/la Titular del Órgano Interno de Control que realice las acciones procedentes en su carácter de Vocal Ejecutivo. <hr/> Se levanta constancia del hecho e indica a los asistentes que pueden retirarse y que	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	




Hoja: 7 de 17

	33	<p>se convocará nuevamente a los miembros en un plazo no mayor de 5 días hábiles siguientes a la fecha en que la misma debió celebrarse.</p> <p>Sí. Cede la palabra al/la Director (a) de Administración, como Coordinador de Control Interno designado.</p>	
Director(a) de administración.	34	Da lectura a los temas con la participación interactiva de las áreas responsables de cada asunto, en este sentido, el/la Director (a) General, el/la Director (a) de Administración o los/las responsables de los asuntos podrán someter a consideración del pleno dar por concluidos los riesgos o acuerdos a su cargo, de conformidad con las acciones realizadas.	
	35	Cede la palabra al/la Titular del Órgano Interno de Control.	
Titular del Órgano Interno de Control.	36	Presenta la situación que guardan los asuntos que son competencia del Órgano Interno de Control.	Versión Estenográfica
	37	Somete al pleno los riesgos y acuerdos que se darán de alta para su seguimiento.	
	38	Da lectura a los Acuerdos derivados de la sesión y ésta se da por concluida. Toda la sesión queda asentada en la versión estenográfica del evento.	
	39	Envía versión estenográfica al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, una vez que la recibe por parte del proveedor del servicio de estenografía.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	40	Recibe la versión estenográfica de la sesión.	Versión estenográfica
	41	Elabora el proyecto de acta de la sesión.	Proyecto de acta.
	42	Envía por correo electrónico el proyecto de acta al/la Titular del Órgano Interno de Control para su revisión.	
Titular del Órgano Interno de Control.	43	Recibe por correo electrónico el proyecto de acta	Proyecto del Acta
	44	Revisa el proyecto de acta y en su caso, solicita al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que realice las modificaciones procedentes.	

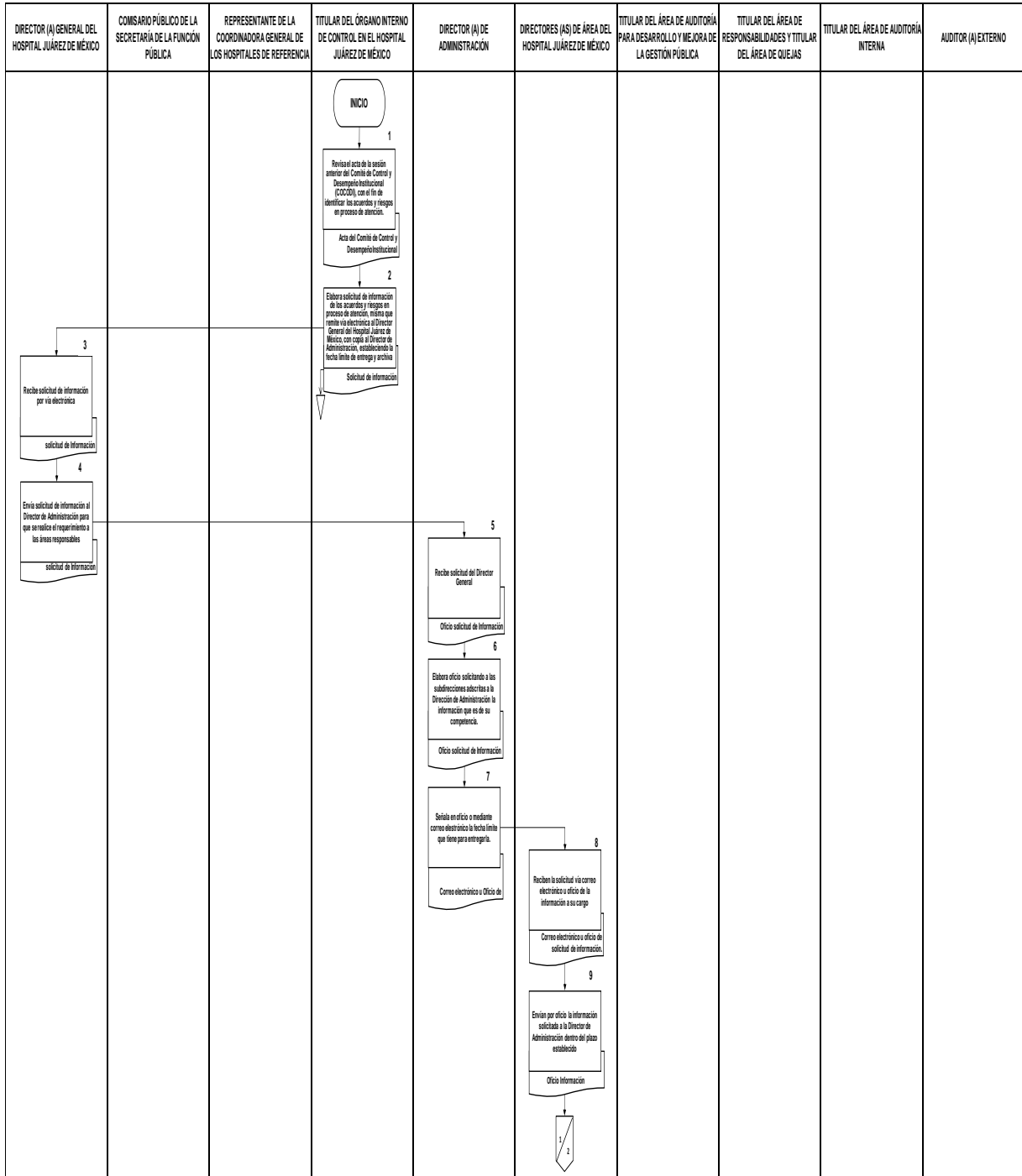
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).	




Hoja: 8 de 17

	45	Solicita al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que envíe por correo electrónico el proyecto de acta a los miembros del Comité para su revisión.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	46	Envía por correo electrónico el proyecto de acta a los miembros del Comité, para su revisión	Correo electrónico. Proyecto de acta
Director(a) General del Hospital Juárez de México Comisario(a) Público Propietario Representante de la Coordinadora Sectorial Director(a) de Administración del HJM (Miembros del Comité)	47	Recibe proyecto de acta por correo electrónico.	Correo electrónico con el Proyecto de acta.
	48	Revisa el documento y en su caso, solicitan se realicen las modificaciones procedentes, mismas que remiten por la misma vía.	
	49	Contesta el correo al que adjuntan en su caso las modificaciones solicitadas.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	50	Recibe los correos electrónicos con los comentarios. <hr/> En caso de que los miembros no den respuesta al correo, se entenderá que están de acuerdo con el contenido del acta.	Acta definitiva.
	51	Imprime el acta definitiva y la entrega al/la Director (a) de Administración para que recabe las firmas de los miembros e invitados.	
Director(a) de Administración.	52 53 54	Recibe el acta definitiva. Recaba la firma de los miembros del Comité. Entrega el acta firmada al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	Acta definitiva firmada.
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	55 56	Recibe el acta firmada. Archiva el acta en el Expediente de la sesión, la cual incorporará en medio electrónico en el Sistema de Administración de Comités de Control y Desempeño Institucional para la siguiente sesión.	Acta firmada. Expediente de la sesión COCODI.
TERMINA PROCEDIMIENTO			

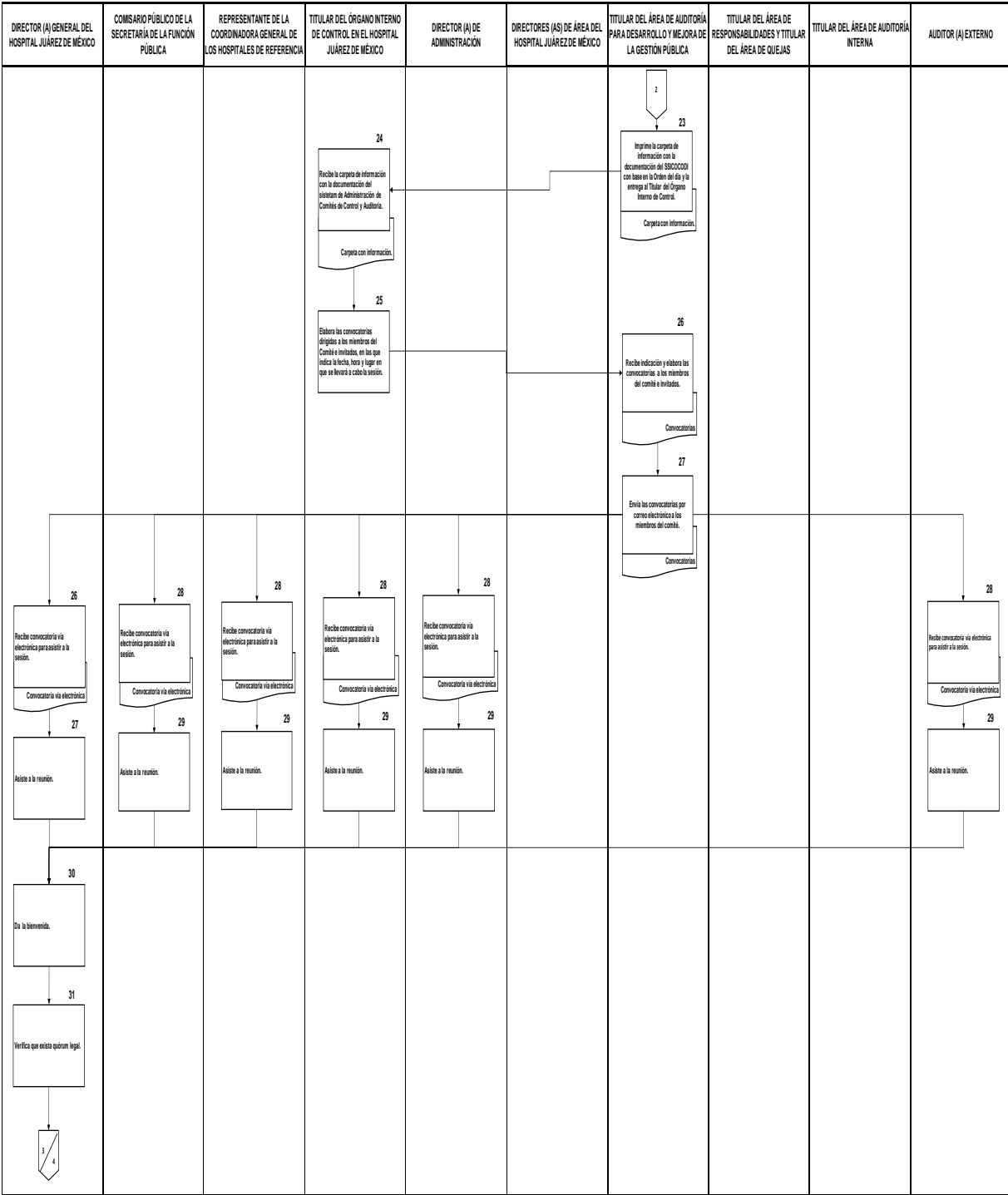
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 9 de 17




5 DIAGRAMA DE FLUJO

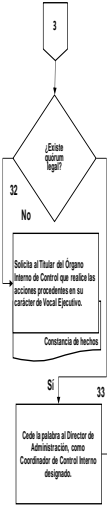
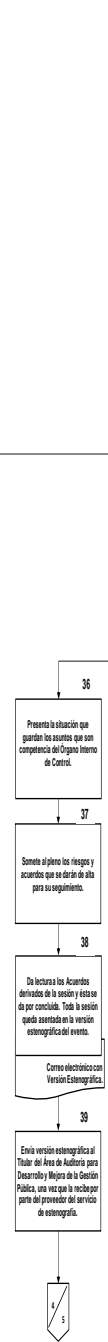





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 10 de 17

DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	COMISARIO PÚBLICO DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	REPRESENTANTE DE LA COORDINADORA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACIÓN	DIRECTORES (AS) DE ÁREA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	AUDITOR (A) EXTERNO											
			<p>1</p> <p>10</p> <p>Recibe la información y la revisa</p> <p>Oficio Información</p> <p>11</p> <p>Envía por oficio la información al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública</p> <p>Oficio con información generada</p> <p>12</p> <p>Recibe oficio con la información generada</p> <p>Oficio con información generada</p> <p>13</p> <p>Turna la información al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para que incorpore la información en el SICOODI</p> <p>17</p> <p>Accede al sistema, revisa la información de la institución e incorpora sus comentarios en el apartado correspondiente al "trazal Ejecutivo"</p> <p>18</p> <p>Solicita al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que reciba la información del Órgano Interno de Control (Área de Quejas y Área de Responsabilidades y Área de Auditoría Interna), así como la información del Auditor Externo.</p>			<p>14</p> <p>Recibe la información generada</p> <p>Oficio con la información generada</p> <p>15</p> <p>Incorpora la información en los apartados correspondientes dentro del SICOODI</p> <p>Información generada</p> <p>16</p> <p>Informa de manera verbal al Titular del Órgano Interno de Control que la información está cargada para su revisión.</p>														
						<p>19</p> <p>Solicita por correo electrónico la información que es competencia del Órgano Interno de Control y del Auditor Externo.</p> <p>Solicitud de información</p>	<p>20</p> <p>Recibe solicitud y recaban la información.</p> <p>Solicitud de información</p> <p>21</p> <p>Envían la información vía correo electrónico al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su revisión.</p>	<p>20</p> <p>Recibe solicitud y recaban la información.</p> <p>Solicitud de información</p> <p>21</p> <p>Envían la información vía correo electrónico al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su revisión.</p>	<p>20</p> <p>Recibe solicitud y recaban la información.</p> <p>Solicitud de información</p> <p>21</p> <p>Envían la información vía correo electrónico al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su revisión.</p>											
						<p>22</p> <p>Recibe información, revisa e incorpora al sistema remediado por las áreas.</p> <p>3</p>														

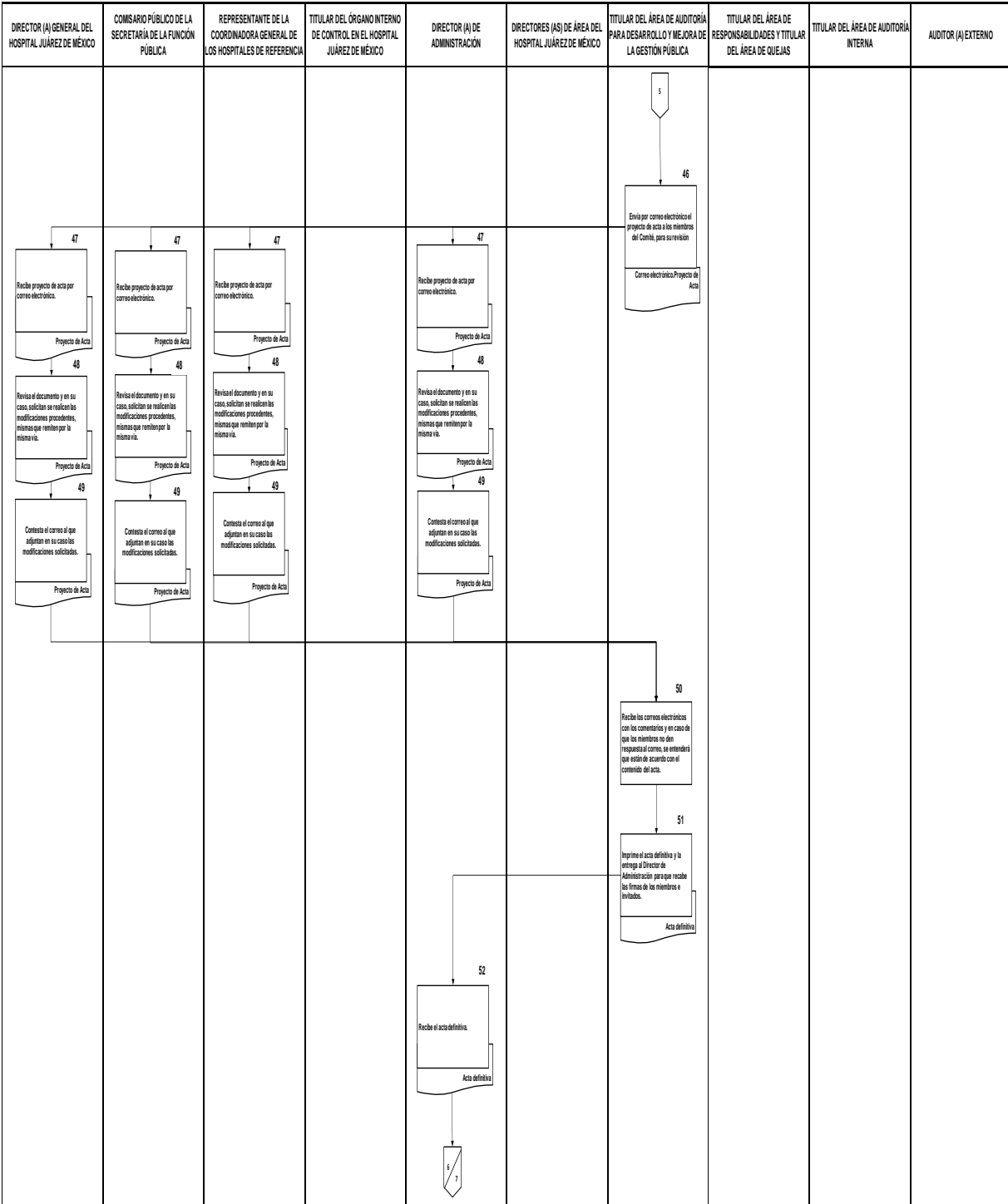





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		Hoja: 12 de 17
69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).			

DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	COMSARIO PÚBLICO DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	REPRESENTANTE DE LA COORDINADORA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACIÓN	DIRECTORES (AS) DE ÁREA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	AUDITOR (A) EXTERNO
 <p>32 ¿Existen quejas legítimas? No Solicita al Titular del Órgano Interno de Control que realice las acciones procedentes en su carácter de Fiscal Ejecutivo. Constatación de hechos Si 33 Cede la palabra al Director de Administración, como Coordinador de Control Interno designado.</p>			 <p>34 Da lectura a los temas con la participación interactiva de los áreas responsables de cada asunto, en este sentido, el Director General, el Director de Administración o los responsables de los asuntos 35 Cede la palabra al Titular del Órgano Interno de Control. 36 Presenta la exhibición que guardan los asuntos que son competencia del Órgano Interno de Control. 37 Sonete al plenario los riesgos y acuerdos que se darán de alta para su seguimiento. 38 Da lectura los Acuerdos derivados de la sesión y ésto se da por concluido. Toda la sesión queda asentada en la versión estenográfica del evento. Corre electrónico con Versión Estenográfica 39 Envía versión estenográfica al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, una vez que le recibe para el proveedor del servicio de estenografía.</p>						




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).			

DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	COMSARIO PÚBLICO DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	REPRESENTANTE DE LA COORDINADORA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACIÓN	DIRECTORES (AS) DE ÁREA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	AUDITOR (A) EXTERNO	
						<p>4</p> <p>40</p> <p>Recibe la versión estenográfica de la sesión.</p> <p>Versión Estenografica</p> <p>41</p> <p>Elabora el proyecto de acta de la sesión.</p> <p>Proyecto de Acta</p> <p>42</p> <p>Envía por correo electrónico el proyecto de acta al Titular del Órgano Interno de Control para su revisión.</p> <p>Proyecto de Acta</p>				
			<p>43</p> <p>Recibe por correo electrónico el proyecto de acta</p> <p>Proyecto de Acta</p> <p>44</p> <p>Revisa el proyecto de acta en su caso, solicita al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que realice las modificaciones procedentes.</p> <p>Proyecto de Acta</p> <p>45</p> <p>Solicita al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que envíe por correo electrónico el proyecto de acta a los miembros del Comité para su revisión.</p> <p>Proyecto de Acta</p> <p>5</p> <p>6</p>							



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).			Hoja: 15 de 17

DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	COMSARIO PÚBLICO DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	REPRESENTANTE DE LA COORDINADORA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACIÓN	DIRECTORES (AS) DE ÁREA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	AUDITOR (A) EXTERNO
				<p>5</p> <p>53</p> <p>Recabada la firma de los miembros del Comité.</p> <p>Acta definitiva</p> <p>54</p> <p>Entrega el acta firmada al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública</p> <p>Acta definitiva</p>		<p>55</p> <p>Recibe el acta firmada.</p> <p>Acta definitiva</p> <p>56</p> <p>Archiva el acta en el Expediente de la sesión, la cual incorporará en medio electrónico en el SICODDI para la siguiente sesión.</p> <p>Acta definitiva</p> <p>TERMINA</p>			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 16 de 17

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre, 2016
6.2	Manual de Organización Específico del Titular del Órgano Interno de Control	Diciembre, 2016
6.3	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013	Septiembre, 2013

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Calendario de sesiones.	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.2 Correo electrónico	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.3 Orden del día.	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.4 Versión estenográfica	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.5 Acta de la sesión firmada.	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.6 Expediente sesión COCODI	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Acta.** Contendrá una síntesis del desarrollo de la sesión, la cual no deberá ser una transcripción estenográfica de lo que se comente en ella, y en la cual se consignará, como mínimo, lo siguiente:
Nombres y cargos de los asistentes;
Asuntos tratados;
Acuerdos aprobados, y
Firma autógrafa de los miembros del Comité, invitado permanente e invitados especiales cuando asistan a la sesión. Los otros invitados podrán firmar por excepción, sólo cuando asuman compromisos derivados de los asuntos tratados.
Excepcionalmente se incluirán comentarios relevantes vertidos en el transcurso de la reunión.
- 8.2 **Comité y/o COCODI:** el Comité de Control y Desempeño Institucional, órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales; a

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	69. Procedimiento para la celebración de sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).		Hoja: 17 de 17



impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento para la detección y administración de riesgos, conforme a lo dispuesto en el Título Cuarto de las presentes Disposiciones en Materia de Control Interno.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Noviembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realiza modificaciones al procedimiento y diagrama de flujo en cuanto al lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 1 de 12

70.PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO




- 1.1 Establecer las políticas para la formulación y seguimiento del Programa Anual de Trabajo (PAT) a cargo del Órgano Interno de Control, de conformidad con los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública (SFP).

2. ALCANCE


- 2.1 A nivel interno: Aplica a todo el personal del Órgano Interno de Control, con base en los Lineamientos para la formulación de los programas de trabajo que emite la Secretaría de la Función Pública.
- 2.2 A nivel externo: En relación con los lineamientos antes referidos, aplica a la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control y a diversas unidades administrativas de la Secretaría de la Función Pública.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1. El/la Titular del Órgano Interno de Control coordinará la realización de los trabajos de conformidad con lo que establezcan los lineamientos que para tal efecto emita la Secretaría de la Función Pública.
- 3.2. Para elaborar el PAT se podrá consultar el material de apoyo que para tal efecto emita la SFP y que se publica en la página electrónica del sistema de evaluación de resultados de Órganos de Vigilancia y Control (serOVC).
- 3.3. Como parte de la investigación previa para integrar el Programa Anual de Trabajo (PAT), el/la Titular del Órgano Interno de Control verificará que se recopile información relevante y suficiente que sirva de base para seleccionar las áreas, operaciones, programas, procesos o transacciones que se consideren vulnerables.
- La fuente de dicha información puede ser: Portal de Obligaciones de Transparencia, carpetas del Comité de Control y Desempeño Institucional, la derivada de auditorías, diagnósticos, etc. Así mismo, se debe recopilar y analizar información relevante de la institución, tal como: resultados de indicadores, presupuesto autorizado (global y desagregado por programa presupuestario), programa anual de adquisiciones, matriz de administración de riesgos a la que se hace referencia en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno, trámites y procesos que sean susceptibles a posibles actos de corrupción y/o que tengan debilidades de control institucional, entre otras.
 - La investigación previa permitirá generar insumos valiosos de información para identificar y evaluar la probabilidad de ocurrencia y el grado de impacto de los riesgos que pueda afrontar la institución para cumplir con los programas, servicios, proyectos y objetivos a su cargo; con el fin de integrarlos al Mapa de Riesgos Institucionales.
- 3.4. El/la Titular del Órgano Interno de Control junto con el/la Titular del Área de Auditoría Interna, el/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y el /la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas,



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 3 de 12

- serán los responsables de integrar el proyecto del Programa Anual de Trabajo, de acuerdo a las áreas proclives y riesgos identificados.
- 3.5. Los criterios para la priorización de actividades y la asignación de los recursos humanos (fuerza de trabajo) a considerar para cada tema o rubro serán determinados en los lineamientos.
 - 3.6. Una vez elaborado el Programa Anual de Trabajo, sus diversos componentes deberán registrarse en los sistemas de información y formatos diseñados para tales efectos por las unidades administrativas de la Secretaría de la Función Pública y la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control. Dichos sistemas son: Sistema de Evaluación de Resultados de Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) y Sistema de Información de Auditorías (SIA).
 - 3.7. La Secretaría de la Función Pública establecerá los términos para autorizar el Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control.
 - 3.8. El/la Titular del Órgano Interno de Control deberá revisar que se realicen las modificaciones o ajustes que solicite la SFP al Programa Anual de Trabajo; en caso de que éstos no sean procedentes, se deberá contar con la justificación correspondiente, misma que se hará de conocimiento de la SFP a través del medio que se establezca.
 - 3.9. El/la Titular del órgano Interno de Control a través de los/las Titulares del Área de Auditoría Interna, Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y Área de Responsabilidades y Área de Quejas, serán responsables de supervisar que se ejecuten las actividades correspondientes a sus áreas en la forma y plazos establecidos en el Programa Anual de Trabajo.
 - 3.10. El/la Titular del Órgano Interno de Control deberá vigilar que sus Titulares de Área cumplan con el seguimiento semestral de los temas y rubros a sus cargos y se capturen los avances en el sistema de evaluación de resultados de Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) y en el Sistema de Información de Auditorías (SIA), en la forma y plazos que establezca la SFP.


	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo. Hoja: 4 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control.	1	Recibe por correo electrónico el aviso por parte de la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control (CGOVC) de la Secretaría de la Función Pública en el que se informa que los Lineamientos para la elaboración del Programa Anual de Trabajo, se encuentran disponibles en el Sistema de Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (serOVC)	Aviso de información de Lineamientos para la elaboración del Programa Anual de Trabajo
	2	Revisa los lineamientos y los remite vía electrónica a los titulares de área para su conocimiento.	
	3	Solicita verbalmente a los/las Titulares de Área que trabajen en forma conjunta en la integración del Programa Anual de Trabajo de acuerdo a los lineamientos y políticas de este procedimiento.	
Titular del Área de Auditoría Interna, Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y el Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Titulares de área)	4	Reciben instrucción y seleccionan la información relevante que será necesaria para elegir las áreas, operaciones, programas, procesos o transacciones a cargo del Hospital Juárez de México que se consideren vulnerables, de conformidad con lo establecido en la política 3.2 de este documento.	Información electrónica y documental
	5	Identifican y redactan el inventario de riesgos a atender.	Mapa de Riesgos Institucionales
	6	Definen y priorizan los factores asociados a los riesgos así como sus respectivos efectos.	
	7	Valoran el grado de impacto y probabilidad de ocurrencia de cada riesgo.	
	8	Determinan las estrategias a seguir para atender los factores asociados a los principales riesgos.	
	9	Definen la fuerza de trabajo (semanas-hombre) para formular el concentrado de fuerza de trabajo en materia de auditorías, seguimiento de observaciones, temas de mejora de la gestión, de responsabilidades, quejas y demás rubros.	
	10	Concentran la información y documentación y la remiten al/la Titular del Órgano Interno de Control	Documentación

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo. Hoja: 5 de 12	

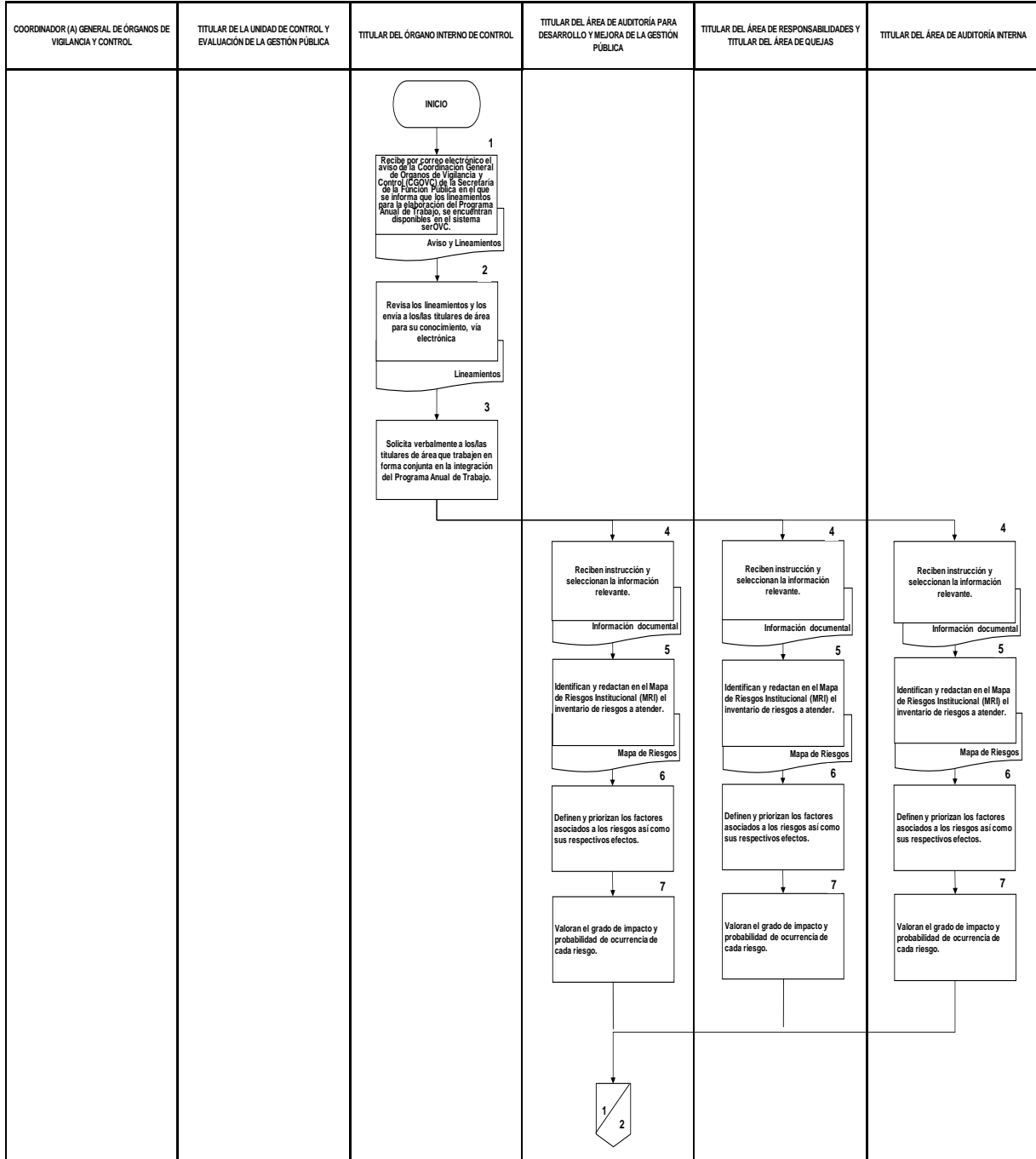
		para su revisión.	
Titular del Órgano Interno de Control	11	Recibe la documentación y revisa para determinar las líneas de acción.	Documentación
	12	Instruye verbalmente al/la Titular de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública que incorpore en el Sistema de Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) el Programa Anual de Trabajo y/o que lo envíe a la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control en la forma en que esta determine.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	13	Recibe instrucción e integra el Programa Anual de Trabajo en el Sistema de Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) para revisión del/la Coordinador(a) General de Órganos de Vigilancia.	
Coordinador(a) General de Órganos de Vigilancia y Control	14	Recibe y revisa la información del Programa Anual de Trabajo (PAT) en el Sistema de Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control (serOVC).	
	15	Emite la opinión en el Sistema de Evaluación de Resultados de los Órganos de Vigilancia y Control para revisión del/la Titular del órgano Interno de Control.	
Titular del Órgano Interno de Control.	16	Accede al sistema para verificar la opinión de la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control. ¿La opinión es favorable para aprobar el Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control?	
	17	No. Indica a las áreas que analicen la opinión de la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control y en su caso realicen las modificaciones para su solventación. Regresa a la actividad 12.	
	18	Sí. Indica al/la Titular de Auditoría Interna que incorpore el Programa de Trabajo en materia de Auditoría en el Sistema de Información de Auditorías (SIA).	
Titular de Auditoría Interna	19	Recibe indicación y alimenta el Sistema de Información de Auditorías con el Programa de	

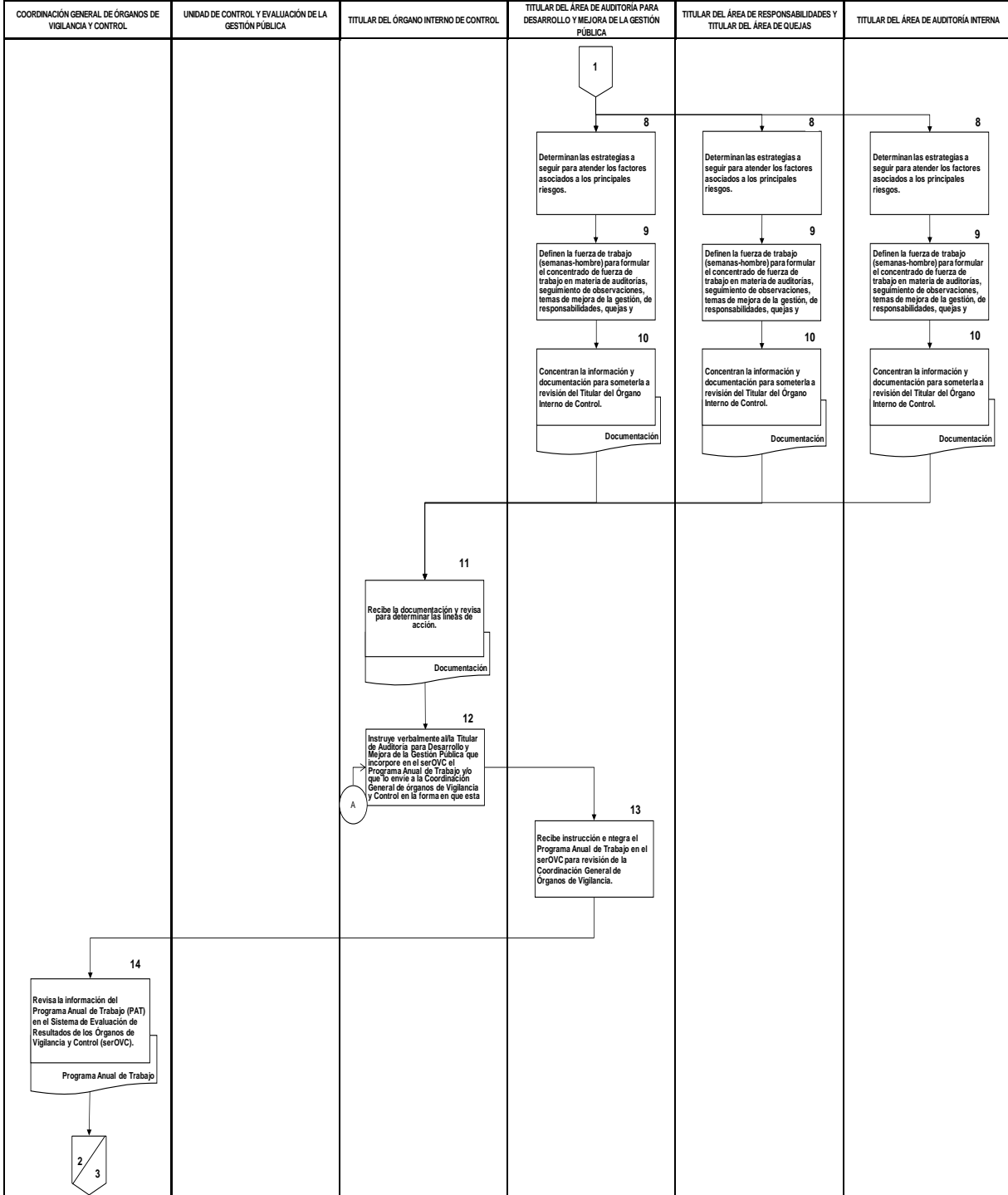
	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo. Hoja: 6 de 12	

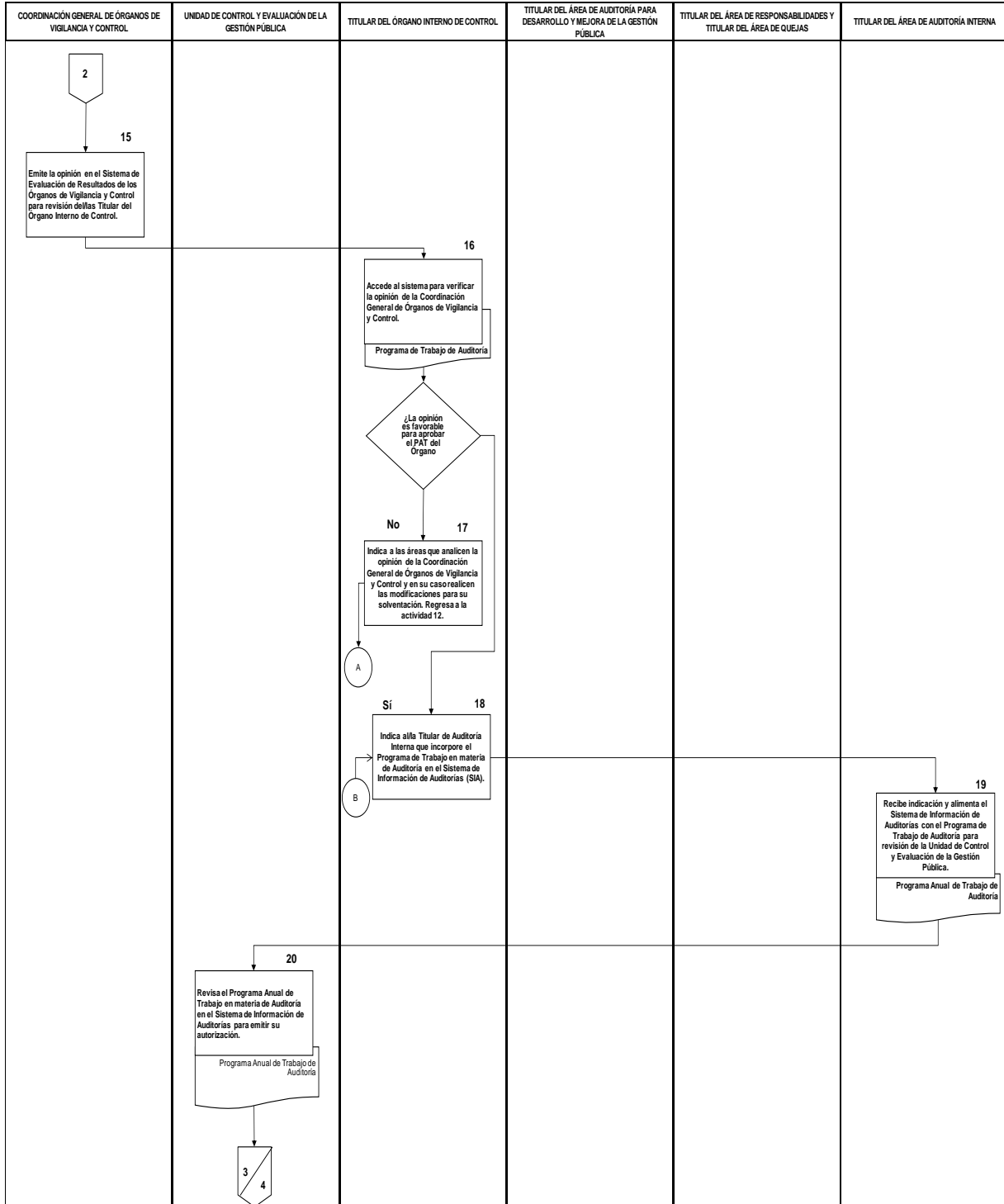
		Trabajo de Auditoría para revisión de la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública.	
Titular de la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública	20	Revisa el Programa Anual de Trabajo en materia de Auditoría en el Sistema de Información de Auditorías para emitir su autorización.	Comentarios vía oficio o correo electrónico.
		¿La Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública autoriza el Programa de Trabajo de Auditoría?	
	21	No. Informa vía oficio y/o correo electrónico al Titular del Órgano Interno de Control cuáles son las modificaciones que se solicitan, para que se realicen o en su caso se emita la justificación correspondiente. Regresa a la actividad 18.	
	22	Sí. Informa vía Oficio al/la Titular del Órgano Interno de Control que el Programa de Trabajo de Auditoría ha sido autorizado.	
Titular del Órgano Interno de Control	23	Recibe la oficio de autorización y difunde el Programa Anual de Trabajo entre el personal del Órgano Interno de Control, para su debido seguimiento en los plazos y términos establecidos.	Oficio de Autorización.
	24	Solicita semestralmente a los/la Titulares de cada Área que registren los avances del Programa Anual del Órgano Interno de Control en la forma y medios que establezca la Secretaría de la Función Pública.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

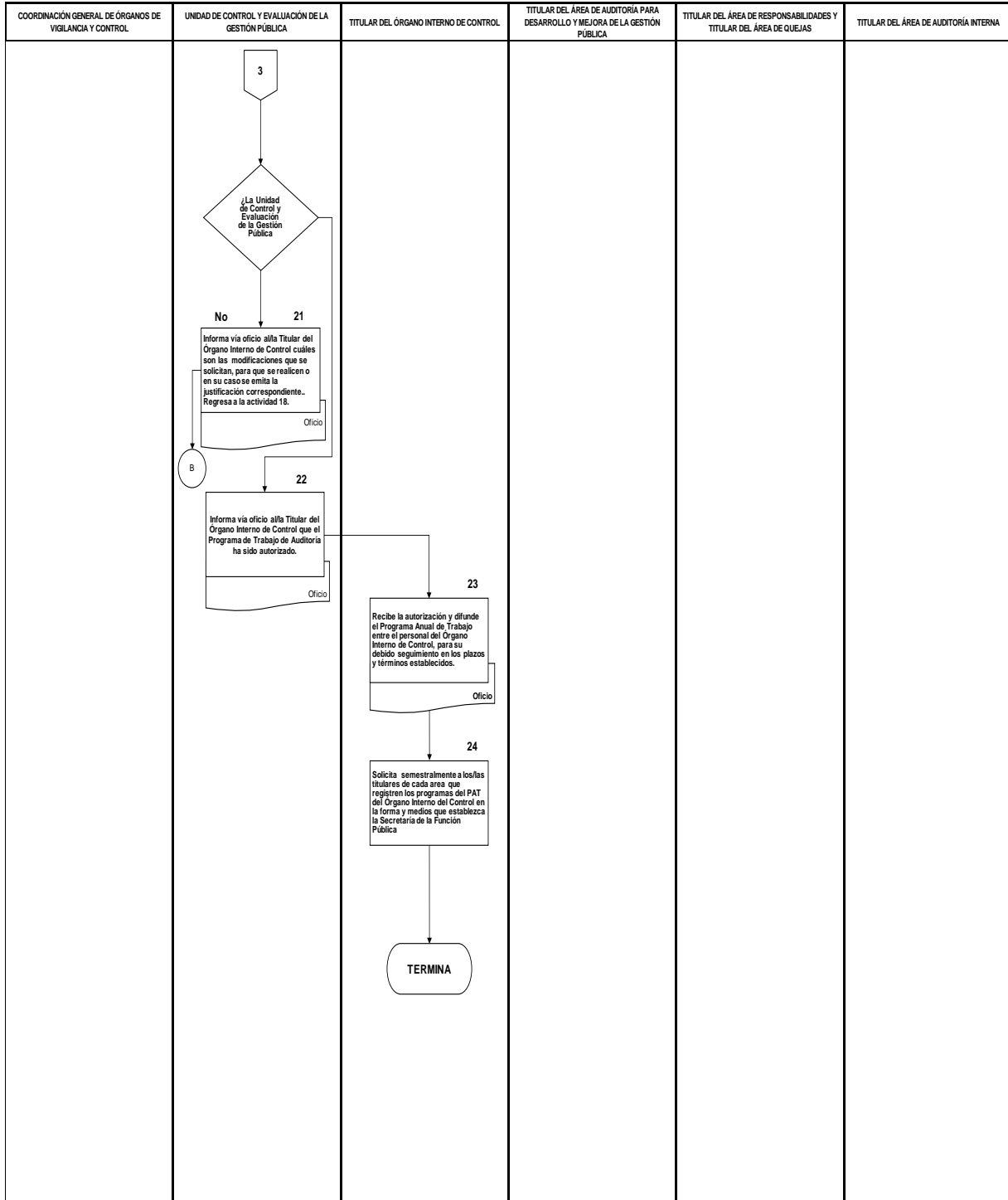
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 7 de 12




5 DIAGRAMA DE FLUJO









 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 11 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Lineamientos para la formulación de los programas anuales de trabajo	N/A
6.2 Guía para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2016
6.3 Manual de Organización Específico del Titular del Órgano Interno de Control.	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Aviso	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo de la Función Pública	N/A
7.2 Lineamientos para la elaboración del Programa Anual de Trabajo	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo de la Función Pública	N/A
7.3 Información electrónica y documental	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo de la Función Pública	N/A
7.4 Mapa de Riesgos Institucionales	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo de la Función Pública	N/A
7.5 Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control	1 año	Área de Auditoría para Desarrollo de la Función Pública	N/A
7.6 Programa de trabajo de auditoría interna	1 año	Área de Auditoría Interna	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Mapa de riesgos institucionales.** Es una representación gráfica en un plano cartesiano, representando un conjunto de riesgos, jerarquizados a partir de la vinculación de su grado de impacto y probabilidad de ocurrencia, lo cual permite identificar aquellos con mayor potencial de materializarse y con más capacidad de afectar negativamente los logros institucionales.
- 8.2 **Programa Anual de Trabajo.** Documento que concentra las actividades sustantivas que realizará el Órgano Interno de Control: 1) Auditorías; 2) Revisiones de control; 3) Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública; 4) Quejas y denuncias; 5) Responsabilidades administrativas de los servidores públicos; 6) Controversias y sanciones en contrataciones públicas.
- 8.3 **Riesgo:** Evento adverso e incierto (interno o externo), que pudiera obstaculizar el logro de las metas, objetivos y/o programas a cargo de la institución.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	70. Procedimiento para la integración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo.		Hoja: 12 de 12

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Noviembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios en el apartado de la descripción del procedimiento, modificaciones al diagrama de flujo y se aplica lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 1 de 15

**71.PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS EN
MATERIA DE MEJORA DE LA GESTIÓN.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 2 de 15

1. PROPÓSITO.

- 1.1 Apoyar la promoción de las políticas y estrategias de mejora de la gestión pública establecidas en el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM) para que las dependencias y entidades mejoren su desempeño, la calidad de sus bienes y servicios y mejoren sus prácticas de innovación con plena orientación a resultados.

2. ALCANCE.

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las áreas responsables de los trámites, servicios, procesos y programas del Hospital Juárez de México, así como al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del Órgano Interno de Control.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión Pública de la Secretaría de la Función Pública, quien emite las directrices que deberán seguir los Órganos Interno de Control.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 La programación de los diagnósticos en materia de mejora de la gestión se llevará a cabo de acuerdo a los Lineamientos anuales que para tal efecto emita la SFP y que se hayan determinado en el Taller de Enfoque Estratégico, con base en las necesidades específicas del hospital.
- 3.2 Los diagnósticos se integrarán al Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control y podrán ser instruidos por la SFP o bien, ser propuestos por el OIC, de acuerdo a lo que determinen los lineamientos referidos.




Los diagnósticos se clasificarán conforme a lo siguiente:
Según su propósito o tipo:

- De integración o fortalecimiento: Su finalidad es identificar oportunidades para integrar o fortalecer acciones enfocadas a la mejor implementación de las estrategias y líneas de acción del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, en temas específicos instruidos por la Secretaría de la Función Pública (SFP) o propuestos por el OIC.
- Exploratorios Su propósito es integrar información sobre la situación en la institución pública en temas prioritarios definidos por la SFP.
- De aseguramiento: Su objetivo es evaluar la situación de la institución pública en la implementación de temas específicos definidos por la SFP.
Según su temática.
- Alineación, análisis y propuesta de proyectos de mejora institucionales e interinstitucionales vinculados con las metas nacionales del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y los programas emanados de este.
- En materia de procesos y simplificación regulatoria.
- Implementación de la Estrategia Digital Nacional.

- 3.3 La estructura de los diagnósticos es la siguiente:

Diagnóstico:

- Definición de temas y alcance.
- Conformación del marco técnico de referencia y planeación del diagnóstico.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 3 de 15

- Conocer el estado actual de la institución.
- Identificar brechas y sus causas.



Propuestas de mejora

- Proponer alternativas para la mejora
- Analizar con la institución las alternativas para mejorar.
- Identificar con la institución las mejoras a implementar.

Programa de trabajo



- Desarrollar proyectos para implementar las mejoras.
- Formalizar y documentar proyecto.
- Presentar informe de resultados y cerrar diagnóstico.

- 3.4. La reunión de presentación con los/las responsables del área, proceso o programa a diagnosticar constituye el inicio formal de la ejecución. En este sentido, es recomendable involucrar al servidor público de mayor nivel jerárquico, para obtener su apoyo y compromiso en la realización de los trabajos y así mismo, integrar un equipo de trabajo con personal de la misma área.
- 3.5 En la ejecución del diagnóstico, específicamente en las etapas de recopilación de información y análisis, se podrán utilizar las herramientas que para tal efecto proporcione la SFP.
- 3.6 El Órgano Interno de Control presentará al/la titular de la institución los resultados del diagnóstico y definirá junto con los responsables del área, trámite o servicio involucrado, la factibilidad de desarrollar un proyecto que contenga propuestas de acciones enfocadas a mejorar la calidad y eficiencia de los procesos y la ejecución de los programas.



 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión. Hoja: 4 de 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	1	Revisa el Programa Anual de Trabajo del OIC en el sistema de evaluación de resultados de Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) donde se indica el tipo y tema del diagnóstico a realizar.	Marco Técnico de Referencia (MTR). Formatos. Proyecto de oficio de inicio de diagnóstico
	2	Verifica en el sistema de evaluación de resultados de Órganos de Vigilancia y Control (serOVC) en el apartado de Lineamientos y Manuales, que se encuentren publicados los formatos con las herramientas para la realización del diagnóstico: ¿Se encuentra publicado el Marco Técnico de Referencia (MTR) con las herramientas del diagnóstico?	
	3	No: Espera a que se publiquen. Regresa a actividad 2.	
	4	SÍ: Accede al Marco Técnico de Referencia (MTR) y lo revisa para conocer el detalle de las actividades a realizar, el plazo establecido para su ejecución, los productos (entregables) correspondientes y, en su caso, los formatos que se deben requisitar.	
	5	Elabora oficio de inicio de diagnóstico dirigido al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México, señalando el servicio o trámite a diagnosticar, la fecha de inicio y de término, el nombre del personal comisionado por parte del Órgano Interno de Control; así mismo, solicita nombrar a un enlace institucional.	
	6	Envía proyecto de oficio de inicio de diagnóstico al/la Titular del Órgano Interno de Control para su revisión y firma.	
Titular del Órgano Interno de Control	7	Recibe el oficio de inicio de diagnóstico y lo firma.	Oficio de inicio de diagnóstico
	8	Envía Oficio de inicio de diagnóstico al/la Director (a) General para que nombre al personal que será el enlace institucional para la ejecución del diagnóstico por parte de la institución.	
Director (a) General del Hospital Juárez de México	9	Recibe oficio de inicio de Diagnóstico.	Oficio de inicio de diagnóstico Oficio con nombramiento del personal
	10	Envía oficio de respuesta al/la Titular del Órgano Interno de Control, nombrando al enlace institucional.	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión. Hoja: 5 de 15	




			institucional responsable
Titular del Órgano Interno de Control	11	Recibe oficio con nombramiento del enlace institucional responsable de apoyar al Órgano Interno de Control en la realización del diagnóstico.	Oficio con nombramiento del personal institucional responsable
	12	Turna oficio de nombramiento al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y lo instruye verbalmente para que dé inicio a los trabajos.	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	13	Recibe el oficio de nombramiento del enlace y agenda reunión de trabajo para el inicio formal de los trabajos.	Oficio de nombramiento del personal institucional responsable Minuta
	14	Acude a la reunión en la fecha y hora señaladas y le explica el objetivo del diagnóstico y la forma en que se trabajará.	
	15	Requisita minuta de trabajo informando al personal institucional responsable las actividades y la documentación que el Órgano Interno de Control requiere.	
Personal Institucional Responsable	16	Recaba la información requerida por el Órgano Interno de Control en la minuta de la reunión de presentación de diagnóstico.	Documentación
	17	Entrega la documentación al/la Consultor (a) adscrito (a) al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, ya sea en forma impresa o electrónica.	
Consultor(a) adscrito(a) al Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	18	Recibe información y documentos solicitados y la revisa.	Documentación Cédulas de Trabajo
	19	Acude al área para aplicar las herramientas de trabajo en la realización de diagnósticos (encuestas de satisfacción de usuarios(as), hojas ser-deber ser, observación en el área, levantamiento de procedimientos, revisión de controles, medición de tiempos).	
	20	Concentra la información y la analiza.	
	21	Elabora las cédulas de trabajo correspondientes, en las que registra los datos referentes al análisis, evaluación, comprobación y conclusión respecto a las operaciones y documentación evaluados.	

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión. Hoja: 6 de 15

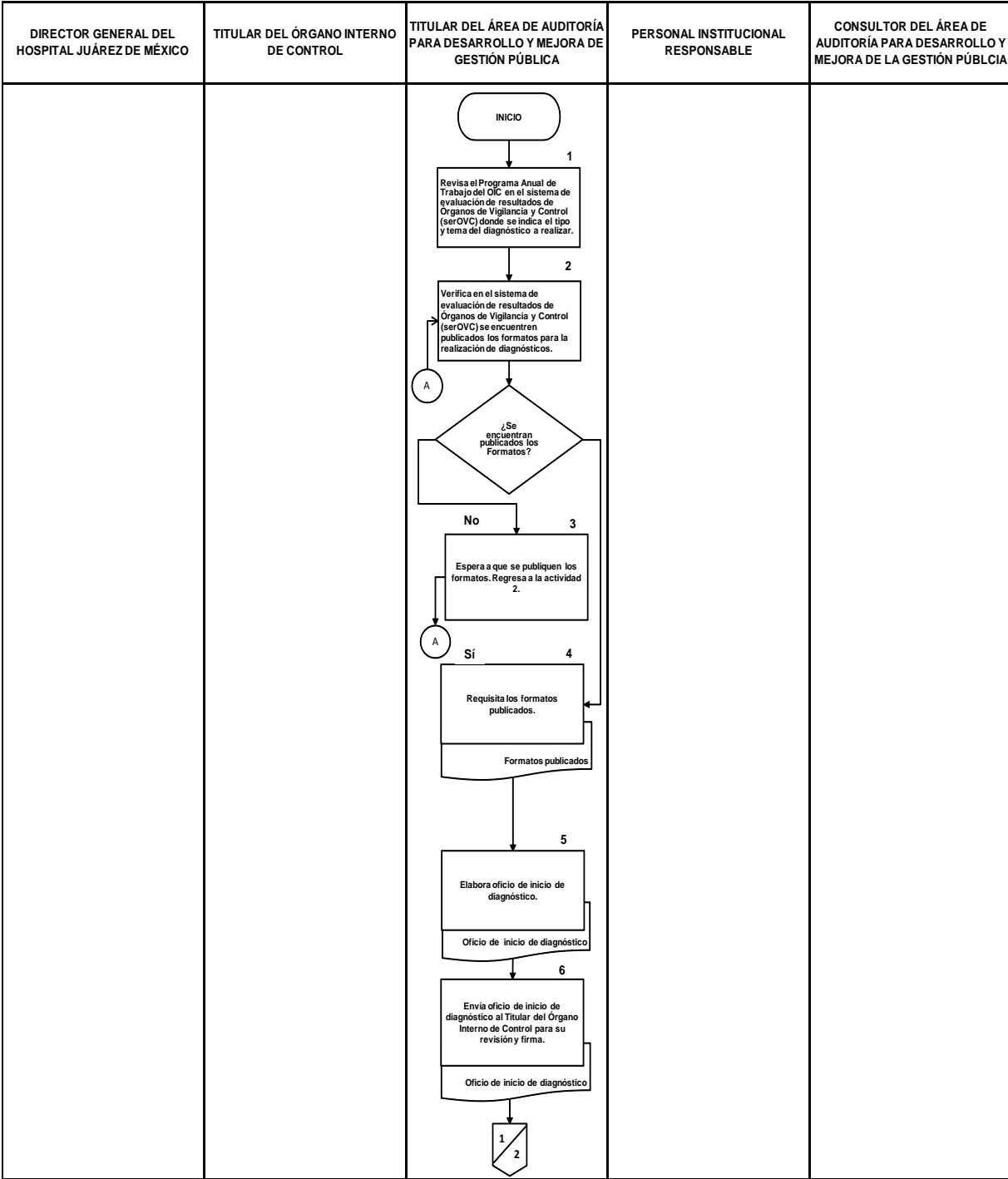
	22	Presenta al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública las cédulas junto con la documentación que las soporta.	Cédulas de trabajo. Documentos soporte
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	23	Recibe las cédulas junto con los soportes	Cédulas de trabajo requisitadas Documentos soporte
	24	Verifica que estén debidamente documentadas.	Documentos soporte
		¿Están debidamente documentadas?	
	25	No: Regresa a la actividad 22	Proyecto de informe de resultados
	26	Sí: Presenta los resultados preliminares al enlace área diagnosticada y elabora el proyecto de Informe de resultados que incluya las acciones que el Órgano Interno de Control sugiere a la institución para la mejora del trámite y/o proceso.	Proyecto de resultados
	27	Comenta los resultados del diagnóstico con el enlace responsable de la institución y, en su caso, con el equipo de trabajo.	Proyecto de Mejora
	28	Analiza con el personal de la institución, responsable si los resultados del diagnóstico se integrarán en un proyecto de mejora, al cual se dará seguimiento a través de los sistemas y metodología que en su oportunidad indique la Secretaría de la Función Pública.	Proyecto de mejora
	29	Elabora minuta donde se deja asentada la presentación de los resultados.	Minuta
	30	Recaba nombre y firma de los/las participantes.	expediente
	31	Entrega una copia de la minuta a los/las responsables del área revisada.	
	32	Archiva la minuta en el expediente.	Proyecto de oficio para envío de informe de resultados
	33	Elabora proyecto de oficio para el envío del Informe de resultados dirigido al/la Director(a) General del Hospital Juárez de México.	Informe de resultados
34	Envía proyecto de oficio y el Informe de resultados para revisión y firma del/la Titular del Órgano Interno	Informe de resultados	

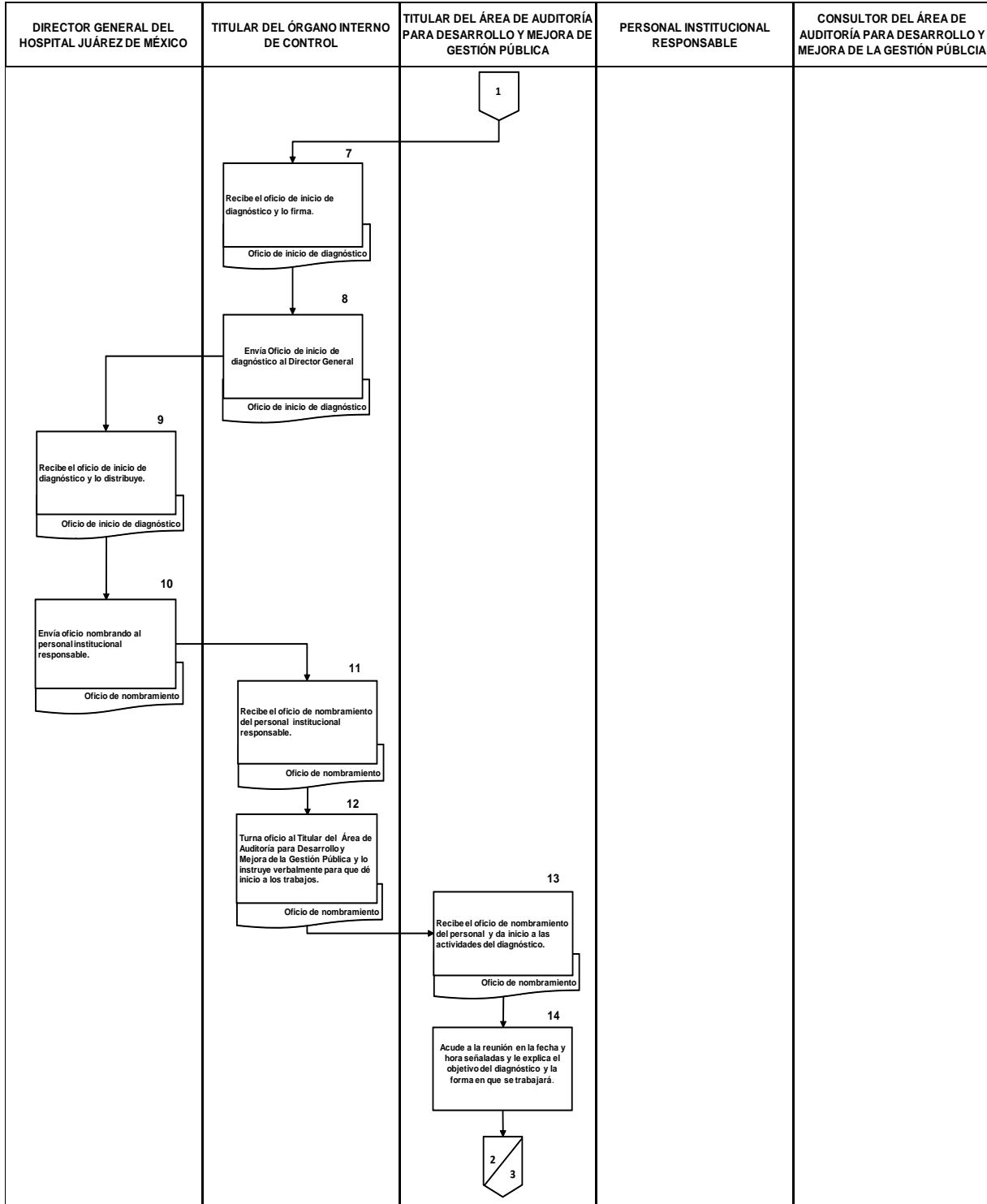
	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión. Hoja: 7 de 15




		de Control.	
Titular del Órgano Interno de Control	35	Recibe proyecto de Oficio y el Informe de resultados del diagnóstico.	Oficio Informe de resultados
	36	Revisa el proyecto de Oficio y el Informe de resultados del diagnóstico.	
	37	Firma oficio e Informe de resultados.	
	38	Indica al/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública se incorporen en el expediente los originales de los trabajos desarrollados y envía oficio e informe de resultados al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.	
Director General del Hospital Juárez de México	39	Recibe el oficio e informe de resultados.	Oficio Informe de Resultados
TERMINA PROCEDIMIENTO			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 8 de 15




5 DIAGRAMA DE FLUJO

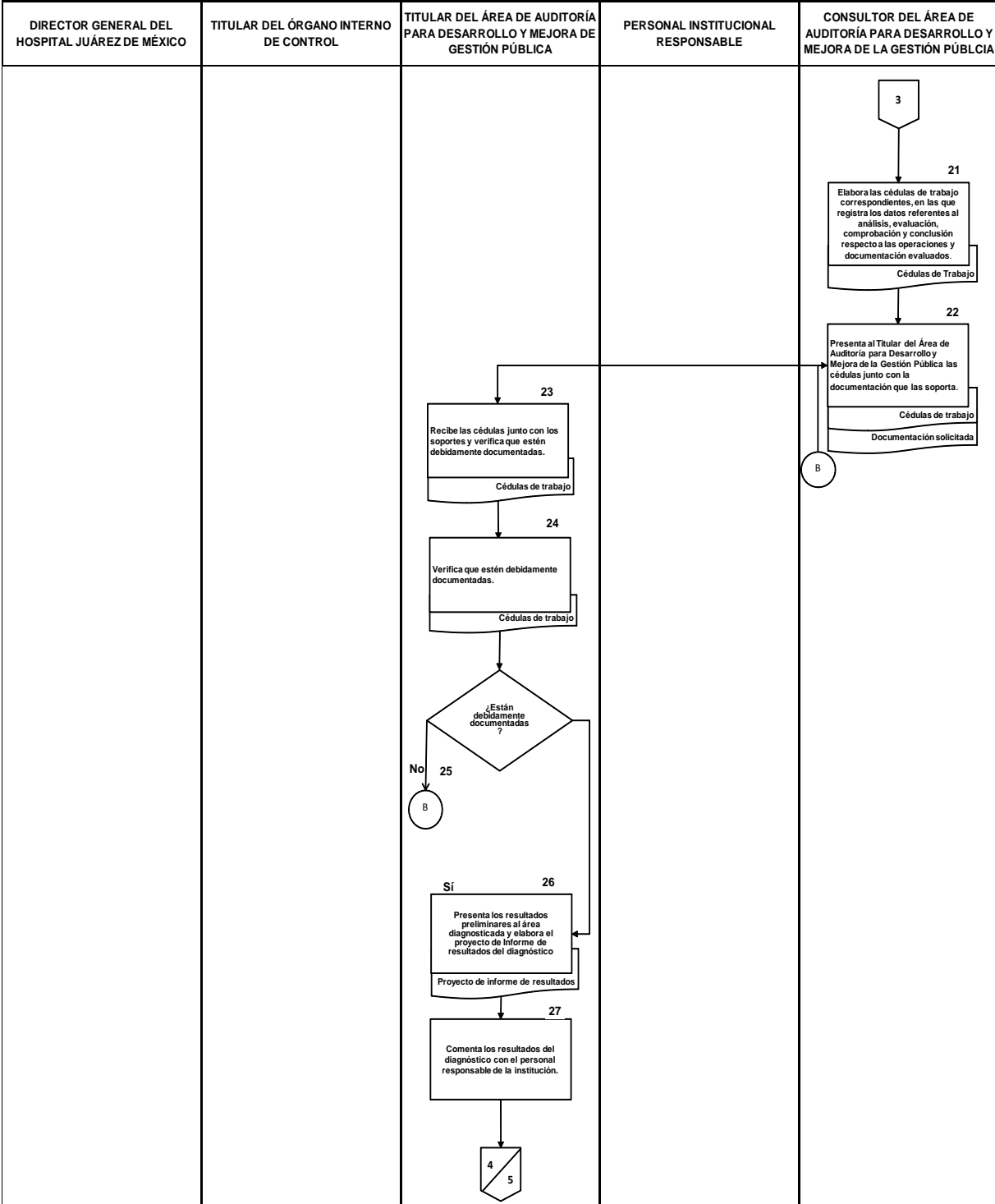







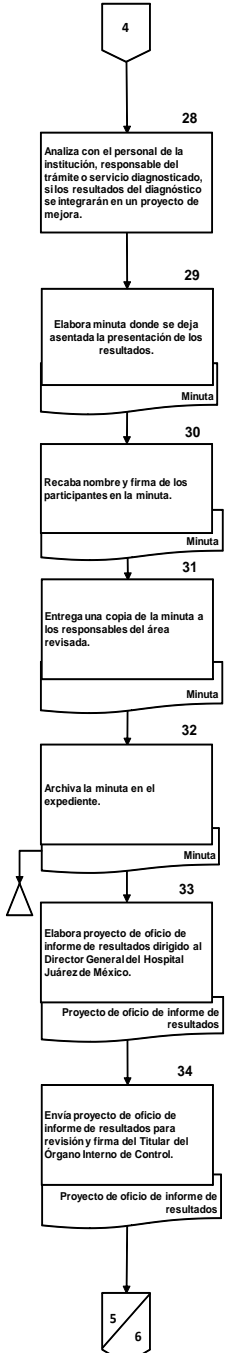
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 10 de 15

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE GESTIÓN PÚBLICA	PERSONAL INSTITUCIONAL RESPONSABLE	CONSULTOR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA
		<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: right;">15</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Requisita minuta de trabajo informando al personal institucional responsable las actividades y la documentación que el Órgano Interno de Control requiere.</p> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Minuta</p>	<p style="text-align: right;">16</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Recaba la información requerida por el Órgano Interno de Control en la minuta de la reunión de presentación de diagnóstico.</p> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Solicitud de Documentación</p> <p style="text-align: right;">17</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Entrega la documentación solicitada.</p> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Documentación</p>	<p style="text-align: right;">18</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Recibe información y documentos solicitados.</p> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;">Documentación solicitada</p> <p style="text-align: right;">19</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Acude al área para aplicar las herramientas de trabajo en la realización de diagnósticos.</p> </div> <p style="text-align: right;">20</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Concentra la información y la analiza.</p> </div> <p style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 3 4 </div> </p>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 11 de 15






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 12 de 15

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE GESTIÓN PÚBLICA	PERSONAL INSTITUCIONAL RESPONSABLE	CONSULTOR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA
		 <pre> graph TD 4{{4}} --> 28[28 Analiza con el personal de la institución, responsable del trámite o servicio diagnosticado, si los resultados del diagnóstico se integrarán en un proyecto de mejora.] 28 --> 29[29 Elabora minuta donde se deja asentada la presentación de los resultados. Minuta] 29 --> 30[30 Recaba nombre y firma de los participantes en la minuta. Minuta] 30 --> 31[31 Entrega una copia de la minuta a los responsables del área revisada. Minuta] 31 --> 32[32 Archiva la minuta en el expediente. Minuta] 32 --> 33[33 Elabora proyecto de oficio de informe de resultados dirigido al Director General del Hospital Juárez de México. Proyecto de oficio de informe de resultados] 33 --> 34[34 Envía proyecto de oficio de informe de resultados para revisión y firma del Titular del Órgano Interno de Control. Proyecto de oficio de informe de resultados] 34 --> 56{{5/6}} </pre>		



DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE GESTIÓN PÚBLICA	PERSONAL INSTITUCIONAL RESPONSABLE	CONSULTOR DEL ÁREA DE AUDITORÍA PARA DESARROLLO Y MEJORA DE LA GESTIÓN PÚBLICA
<p>39</p> <p>Recibe el oficio e informe de resultados.</p> <p>Oficio de informe de resultados</p> <p>TERMINA</p>	<p>35</p> <p>Recibe el proyecto de Informe de resultados del diagnóstico.</p> <p>Proyecto de oficio de informe de resultados</p> <p>36</p> <p>Revisa el proyecto de Informe de resultados del diagnóstico.</p> <p>Proyecto de oficio de Informe de resultados</p> <p>37</p> <p>Firma oficio de Informe de resultados.</p> <p>Oficio de informe de resultados</p> <p>38</p> <p>Indica al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública se incorporen en el expediente los originales de los trabajos desarrollados y envía oficio e informe de resultados al Director</p> <p>Oficio de informe de resultados</p>	<p>5</p>		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 14 de 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 15-08-16
6.2	Lineamientos Generales para la Formulación de Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control	04-03-2016
6.3	Documento de referencia para la realización de Diagnósticos en Materia de Mejora de la Gestión	N/A
6.4	Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre 2013
6.5	Manual de Organización Específico del Área de auditoría para desarrollo y mejora de la gestión pública.	Diciembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Información electrónica y documental	N/A	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.2 Informe de Resultados	N/A	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.3 Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control	N/A	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A
7.4 Cédulas de trabajo	N/A	Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Diagnóstico:** Metodología cuyo propósito es determinar la situación de una institución respecto a temas específicos con el propósito de: a) Identificar oportunidades para integrar o fortalecer acciones enfocadas a la mejor implementación de las estrategias y líneas de acción del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, en temas específicos instruidos por la SFP o propuestos por el propio OIC; b) Integrar información sobre la propia institución pública respecto a temas prioritarios definidos por la SFP; c) Evaluar la situación de la institución pública en la implementación de temas específicos definidos por la SFP.
- 8.2 **Programa Anual de Trabajo.** Documento que concentra las actividades sustantivas que realizará el Órgano Interno de Control: 1) Auditorías; 2) Revisiones de control; 3) Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública; 4) Quejas y denuncias; 5) Responsabilidades administrativas de los servidores públicos; 6) Controversias y sanciones en contrataciones pública



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	71. Procedimiento para la realización de diagnósticos en materia de Mejora de la Gestión.		Hoja: 15 de 15

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se agregaron las políticas 3.5 y 3.6, se realizaron modificaciones en el apartado de Descripción del Procedimiento, se ordenó alfabéticamente el apartado del glosario y se utiliza el lenguaje incluyente en el manual.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">ÓRGANO INTERNO DE CONTROL</p>		
	<p>72. Procedimiento para la asesoría y seguimiento de Proyectos de Mejora Gubernamental.</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 8</p>

72.PROCEDIMIENTO PARA LA ASESORÍA Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS DE MEJORA GUBERNAMENTAL.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	72. Procedimiento para la asesoría y seguimiento de Proyectos de Mejora Gubernamental.		Hoja: 2 de 8

1. PROPÓSITO.



- 1.1 Implementar una metodología para la asesoría y seguimiento de los Proyectos de Mejora Gubernamental del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE.

- 2.1 A nivel interno: Aplica a las áreas del Hospital Juárez de México que tengan Proyectos de Mejora Gubernamental a su cargo y al Órgano Interno de Control en su seguimiento.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión (UPMGP), ya que es esta instancia la que vigila el seguimiento y conclusión de los Proyectos de Mejora Gubernamental a través del Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental (SIPMG).


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 El Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental (SIPMG) funcionará como vínculo entre el Hospital Juárez de México y el Órgano Interno de Control para conocer información sobre los proyectos de mejora gubernamental a cargo de la institución, así como los avances y estatus de dichos proyectos.
- 3.2 Dependiendo del tema y alcance del mismo, un proyecto puede desarrollarse de manera independiente por una sola institución o bien, requerir la participación de dos o más instituciones para cumplir con el objetivo. Tomando esto en cuenta, en el SIPMG los proyectos de mejora gubernamental se clasifican en:
 - Proyectos Institucionales: Aquellos esfuerzos al interior que propone, planea, ordena, desarrolla y estructura una dependencia o entidad, para mejorar sus procesos, transformando de manera positiva su gestión y optimizando la calidad de su operación y de los servicios que presta a los ciudadanos.
 - Proyectos Interinstitucionales: Son los proyectos que agrupan a proyectos de mejora desarrollados de manera individual por un conjunto de instituciones con el propósito de que en conjunto logren un objetivo común. El esfuerzo en conjunto impacta en los procesos de las diversas instituciones que participan y de manera integral a los resultados del conjunto de instituciones.
- 3.3 El Órgano Interno de Control deberá vigilar que la información registrada en el sistema sea correcta y forme parte de un plan de trabajo.
- 3.4 Una vez concluido el proyecto de mejora gubernamental, el Órgano Interno de Control presentará un informe sobre los resultados del proyecto, mismo que será incorporado en la plataforma del SIPMG.
- 3.5 El personal del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública deberá revisar que los avances registrados en el SIPMG cuenten con el soporte documental respectivo.
- 3.6 En caso de que la entidad no pueda concluir con las actividades incluidas en su plan de trabajo, podrá solicitar prórroga mediante oficio dirigido al Titular UPMGP, explicando los motivos por los que no pudo dar cumplimiento en tiempo y forma a lo establecido.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	72. Procedimiento para la asesoría y seguimiento de Proyectos de Mejora Gubernamental. Hoja: 3 de 8

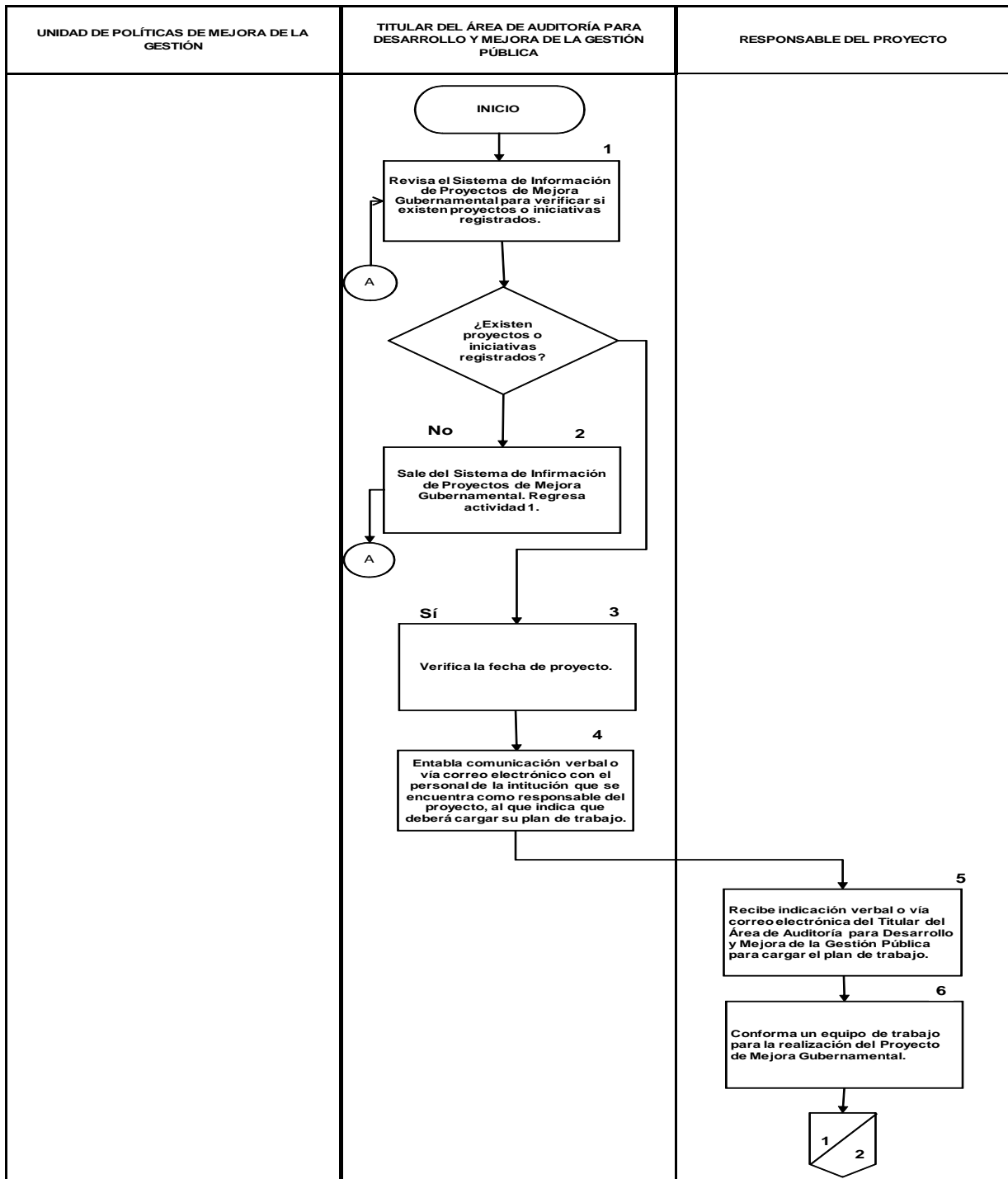
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

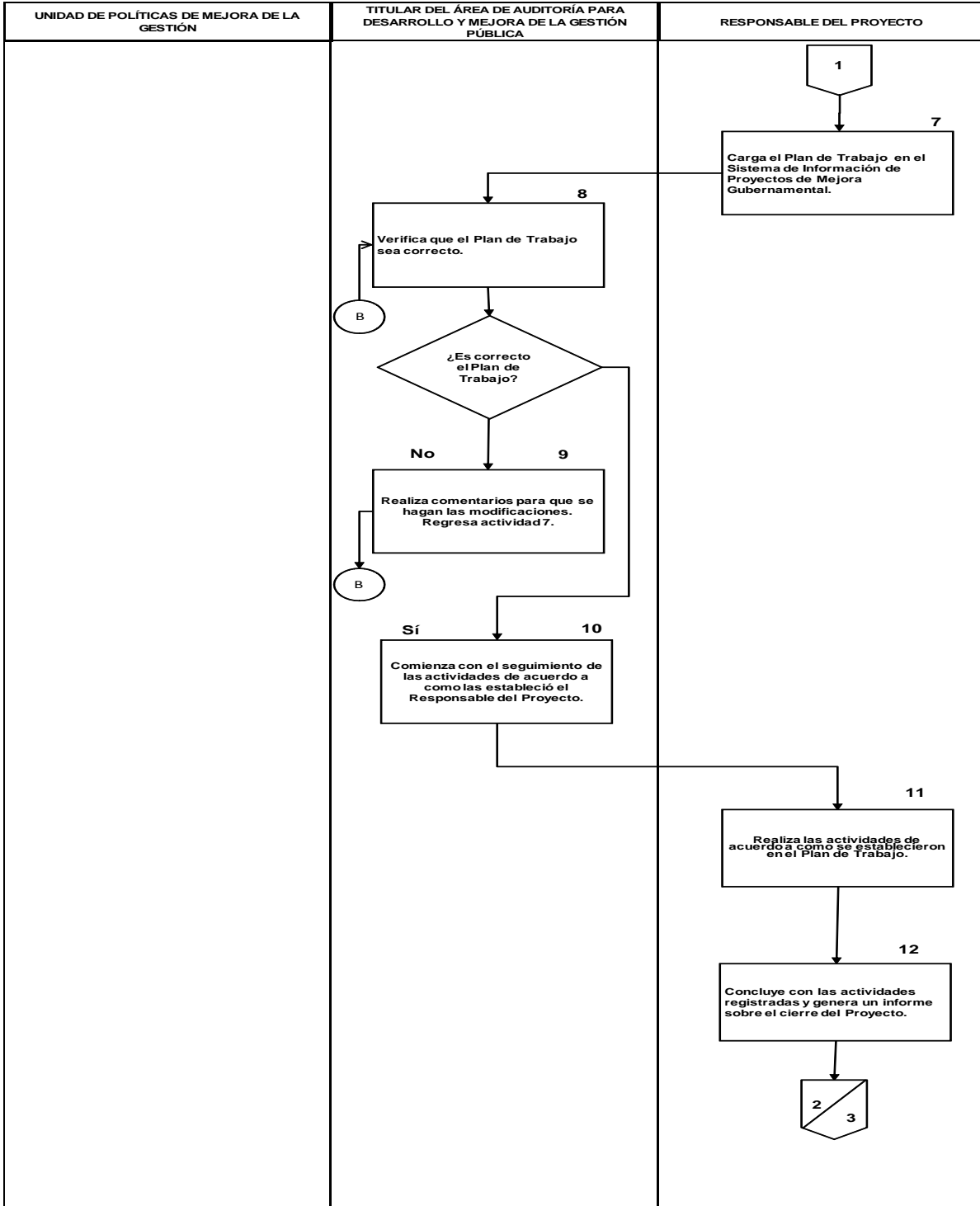
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	1	Revisa el Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental para verificar si existen proyectos o iniciativas registrados. ¿Existen proyectos o iniciativas registrados?	
	2	No: Sale del Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental. Regresa actividad 1.	
	3	Sí: Verifica la ficha del proyecto.	
	4	Entabla comunicación verbal o vía correo electrónico con el personal de la Institución que se encuentra como Responsable del Proyecto, a quien indicará que debe cargar su Plan de Trabajo.	
Responsable del Proyecto	5	Recibe indicación verbal o vía correo electrónica del/la Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	
	6	Conforma un equipo de trabajo para la realización del Proyecto de Mejora Gubernamental.	
	7	Carga el Plan de Trabajo en el Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental (SIPMG).	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	8	Verifica a través del sistema que el Plan de Trabajo sea correcto. ¿Es correcto el Plan de Trabajo?	
	9	No: Realiza comentarios para que se hagan las modificaciones. Regresa actividad 7.	
	10	Sí: Comienza con el seguimiento de las actividades de acuerdo a lo establecido en el Programa de Trabajo.	
Responsable del Proyecto	11	Realiza las actividades de acuerdo a como se establecieron en el Plan de Trabajo.	
	12	Concluye con las actividades registradas y genera un Informe sobre el cierre del Proyecto.	
	13	Registra en el Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental el estatus	

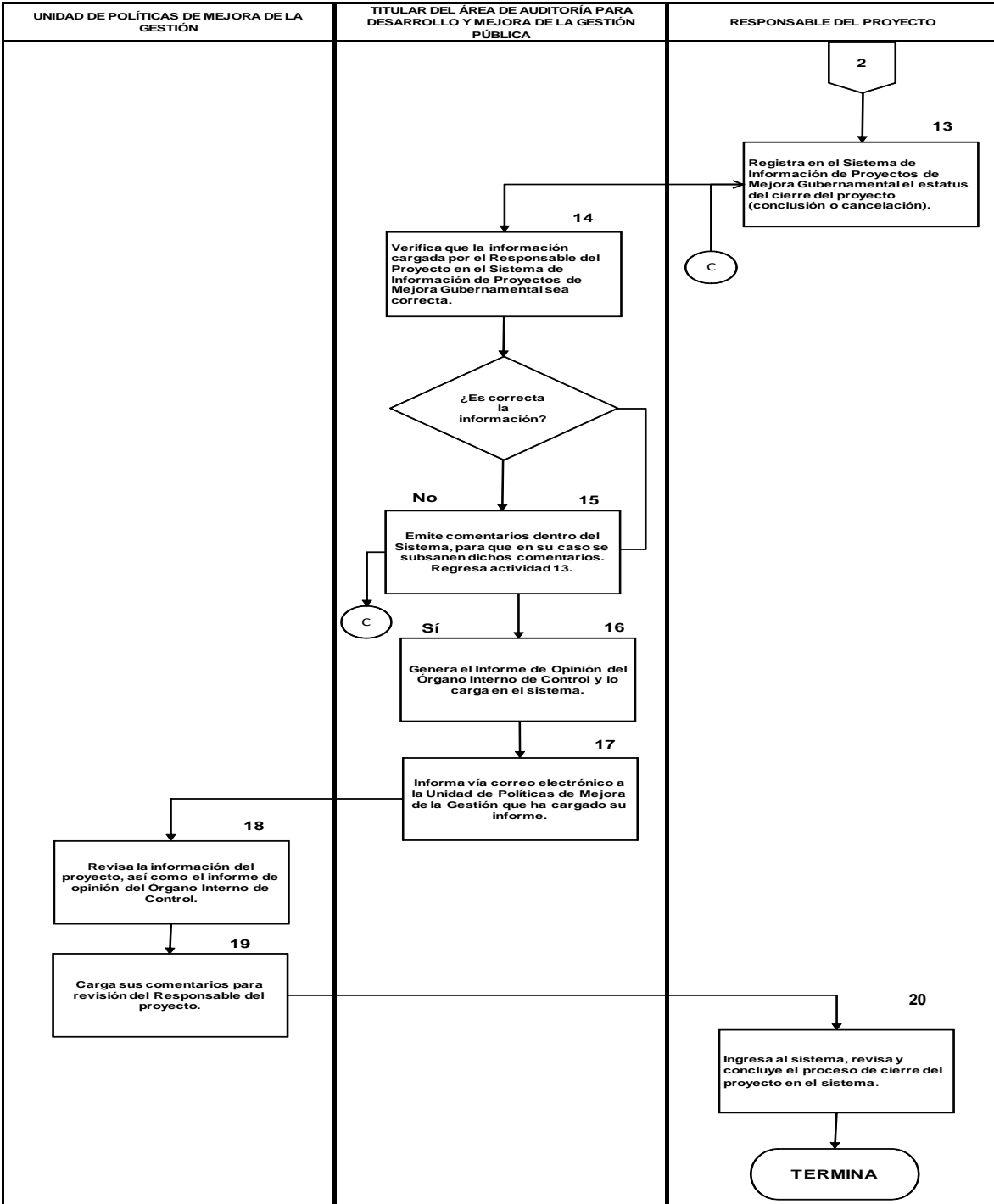
	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	72. Procedimiento para la asesoría y seguimiento de Proyectos de Mejora Gubernamental. Hoja: 4 de 8




		del cierre del proyecto (conclusión o cancelación).	
Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.	14	Verifica que la información cargada por el/la Responsable del Proyecto en el Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental sea correcta. ¿Es correcta la información?	
	15	No: Emite comentarios dentro del Sistema, para que en su caso se subsanen dichos comentarios. Regresa actividad 13	
	16	SÍ: Genera el Informe de Opinión del Órgano Interno de Control y lo carga en el sistema.	
	17	Informa vía correo electrónico a la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión que ha cargado su informe.	
Titular de la Unidad de Políticas de Mejora de la Gestión	18	Recibe y revisa la información del proyecto, así como el informe de opinión del Órgano Interno de Control.	
	19	Carga sus comentarios para revisión del/la Responsable del proyecto.	
Responsable del Proyecto	20	Ingresar al sistema, revisar y concluir el proceso de cierre del proyecto en el sistema. TERMINA PROCEDIMIENTO	

5 DIAGRAMA DE FLUJO







 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	72. Procedimiento para la asesoría y seguimiento de Proyectos de Mejora Gubernamental.		Hoja: 8 de 8

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2	Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México	Fecha de publicación en el DOF 17-10-2016
6.3	Decreto por el que se aprueba Programa para un Gobierno Cercano y Moderno (PGCM), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 2013.	Última reforma DOF 30-04-2014
6.4	Lineamientos Generales para la Formulación de Programas de Trabajo de los Órganos Internos de Control	04-03-2016
6.5	Manual del Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental.	Febrero-2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Información electrónica y documental	1 año	Responsable del Proyecto	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Proyecto de mejora.** Conjunto de actividades interrelacionadas, programadas y planificadas, con un inicio y fin definido, el cual utiliza recursos limitados para lograr los objetivos de un gobierno centrado en el/la ciudadano(a).
- 8.2 **Sistema de Información de Proyectos de Mejora Gubernamental.** Plataforma digital administrada por la Secretaría de la Función Pública, para el seguimiento de proyectos de mejora gubernamental a cargo de instituciones y entidades del gobierno federal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Diciembre, 2014	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se agregó la política 3.6 y se modificó la política 3.2 y se ordenó alfabéticamente el apartado del glosario y se utiliza el lenguaje incluyente.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 1 de 30

73.PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR AUDITORÍAS Y SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 2 de 30

1 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer las acciones que se deben desarrollar para instrumentar la Auditoría en forma secuencial y ordenada, tomando en cuenta las condiciones que tienen que prevalecer para lograr en tiempo y forma los objetivos establecidos.

2 ALCANCE

- 2.1 A nivel Interno: Este procedimiento es aplicable al Área de Auditoría Interna del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México y las áreas y servicios del Hospital, para el desarrollo y ejecución de la auditoría, de conformidad con las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la función Pública mediante el informe de resultados de la auditoría.



3 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 El personal de Auditoría es responsable de dar cumplimiento al Acuerdo por el que se establecen las disposiciones generales para la realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección publicado por la Secretaría de la Función Pública.
- 3.2 El personal del Área de Auditoría Interna es responsable de observar el presente procedimiento y obtener la documentación establecida en cada una de sus etapas.
- 3.3 El personal de Auditoría es responsable de conocer el objetivo de la revisión y el plan de trabajo de las actividades de revisión que se les encomiende.
- 3.4 El personal de Auditoría deberá conducirse con apego a los valores contemplados en el Código de Conducta de los Servidores Públicos de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.5 El/la Titular del Área de Auditoría Interna supervisará los avances y Resultados de las Auditorías, a fin verificar el cumplimiento de metas y objetivos planteados al Inicio de la Auditoría, así como la aplicación de las Normas y Procedimientos de Auditoría, debiendo realizar dicha supervisión por lo menos una vez en cada etapa de la Auditoría (Planeación, ejecución, conclusión e informe).
- 3.6 Los/las Auditores (as) deberán formular el Cuestionario de Control Interno, de acuerdo con las características particulares de cada tipo de Auditoría (administrativa, de evaluación de programas, específica, financiera, integral, operativa, entre otras)
- 3.7 El personal de Auditoría deberá custodiar y archivar la documentación e información obtenida y Papeles de Trabajo realizados, impidiendo el extravío, la sustracción, la destrucción, el ocultamiento y la utilización indebida de los mismos.
- 3.8 La documentación original proporcionada por las áreas o servicios del Hospital al Área Auditada Interna, en la ejecución de la Auditoría, deberá ser solicitada y devuelta (al

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 3 de 30

término de la auditoría), a las áreas o servicios respectivos en los mismos términos en que fue proporcionada.



- 3.9 La Auditora o Auditor adscrito al Área de Auditoría Interna, deberá elaborar el Proyecto del Informe de Resultados de la Auditoría.
- 3.10 El/la Titular del Área de Auditoría Interna o el Titular del Órgano Interno de Control deberá supervisar el Informe de Resultados de la Auditoría.
- 3.11 El Informe de Resultados de la Auditoría se considera liberado una vez que la o el Titular del Área de Auditoría Interna lo aprueba mediante su rúbrica.
- 3.12 En caso de pérdida, extravío, daño o deterioro de los bienes y/o documentación de la Unidad Auditada, proporcionados para la ejecución de la Auditoría, se dejará constancia escrita Constancia de Daño, Extravío o Deterioro de Bienes y/o Documentación del Área Auditada de los hechos que se presenten, contando con la participación del personal que proporcionó dichos Bienes.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.

Hoja: 4 de 30


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Auditoría Interna	1	Integra grupo de trabajo.	Programa Anual de Trabajo
	2	Instruye de forma verbal o por correo electrónico al/la Auditor (a) y/o grupo de auditores para que prepare la Planeación de la Auditoría a practicar, con base en el Programa Anual de Auditoría.	
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	3	Recibe instrucción para la preparación de la Planeación de la Auditoría a practicar y conforma Grupo de Trabajo.	Oficio de Modificación o de alta de Auditoría.
	4	Consulta el Programa Anual de Auditoría detallado de la Auditoría a practicar, identifica la Unidad a Auditar, tipo de Auditoría, alcance de la revisión, objetivo, semana inicial y de término.	Programa Anual de Auditoría
	5	Elabora oficio firmado por el/la Titular del Área de Auditoría Interna y por el/la Titular Órgano Interno de Control, dirigido a la Secretaría de la Función Pública solicitando modificación o alta de Auditoría.	
Titular de La Unidad de Control de la Gestión Pública, de la Secretaría de la Función Pública	6	Recibe Oficio de Modificación, o de alta de la Auditoría.	Oficio de Modificación
	7	Analiza la información.	Oficio de autorización de Modificación
	8	Elabora oficio y autoriza la modificación o alta de la Auditoría.	
	9	Remite autorización al Área de Auditoría Interna del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México.	
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	10	Recibe oficio de autorización para la modificación al Programa Anual de Auditoría.	Oficio de autorización para la modificación al Programa Anual de Auditoría.
	11	Recaba información de la Unidad Auditada	Carta de Planeación
	12	Analiza y elabora la Carta de Planeación y el Cronograma de actividades a desarrollar con base en los riesgos y procedimientos generales definidos en el Programa Anual de Trabajo.	
13	Presenta la Carta de Planeación y Cronograma de Actividades al/la Titular del Área de Auditoría Interna para su revisión.	Cronograma de actividades	
Titular del Área de Auditoría Interna	14	Recibe la Carta de Planeación y el Cronograma de actividades a desarrollar.	Carta de Planeación.
	15	Revisa los documentos y en caso de modificaciones, solicita al personal de Auditoría Interna que las realice.	Cronograma de Actividades
	16	Aprueba y turna al personal de Auditoría para su ejecución.	
Titular del Área de Auditoría	17	Recibe la Carta de Planeación y el Cronograma de actividades a desarrollar e integra al	Orden de Auditoría.

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	



Hoja: 5 de 30

Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	18	expediente. Elabora Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado.	Carátula de expediente reservado.
	19	Envía al/la Titular del Área de Auditoría Interna para su revisión.	
Titular del Área de Auditoría Interna	20	Recibe y revisa la Orden de Auditoría y la Carátula de expediente reservado. ¿Es viable la propuesta?	Orden de Auditoría.
	21	No: Regresa a la actividad 19	Carátula de expediente reservado.
	22	Si: Entrega al/la Titular del Órgano Interno de Control para obtener la rúbrica y aprobación.	
Titular del Órgano Interno de Control	23	Recibe la Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado.	Orden de Auditoría.
	24	Aprueba mediante su firma ambos documentos.	Carátula de expediente reservado.
	25	Turna al/la Titular del Área de Auditoría Interna para continuar con el proceso.	
Titular del Área de Auditoría Interna	26	Recibe la Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado firmadas.	Orden de Auditoría.
	27	Concierta cita con el responsable de la Unidad por Auditar para la presentación de la Auditoría.	Carátula de expediente reservado.
	28	Turna al/la auditor (a) la Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado firmadas y le informa la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo el Inicio y presentación de la Auditoría.	
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	29	Recibe documentos; conserva la orden de Auditoría para entregarla al/la responsable del Área a Auditar en la presentación e integra la carátula al expediente de la Auditoría.	Orden de Auditoría. Carátula de expediente reservado.
	30	Remite al/la Titular de Auditoría Interna la documentación (Orden de Auditoría, Acta de Inicio de Auditoría, Carátula de expediente reservado y Requerimiento de información y/o documentación) para convocar a la presentación de Inicio de la Auditoría.	Requerimiento de información y/o documentación. Acta de Inicio de Auditoría.
Titular del Órgano Interno de Control	31	Recibe Orden de Auditoría, Oficio de Requerimiento de información y/o documentación y Acta de Inicio de Auditoría.	Orden de Auditoría, Acta de Inicio de Auditoría.
	32	Agenda cita con el/la Director(a) General del Hospital, el/la responsable de la Unidad Auditada, el/la Titular de Auditoría Interna y Personal del Área de Auditoría Interna para presentar el Inicio de la Auditoría.	Oficio de Requerimiento de información.
Titular del Órgano Interno de Control Titular del Área de Auditoría Interna	33	Acuden a la presentación e Inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el Inicio de Auditoría.	

	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	


Hoja: 6 de 30

<p>Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna) Director (a) General del Hospital Juárez de México</p> <p>Personal de la Unidad de Atender el desarrollo de la Auditoría</p>			
Titular del Órgano Interno de Control	34	Formaliza el Inicio de la Auditoría dando lectura a la documentación de Auditoría (Orden de Auditoría, Oficio de Requerimiento de Información en el que se establece la fecha para su entrega, Acta de Inicio de Auditoría, en el que se recaban firmas de los asistentes) y haciendo entrega al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México y al/la responsable de la Unidad de atender el desarrollo de la Auditoría	Documentos de Auditoría
	35	Solicita en el acto al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México la designación del o la Responsable, y propone que se formalice posteriormente a través de oficio la designación del/la Responsable de Atender la Auditoría (Titular del Área) y dos testigos.	Oficio de designación de responsable.
	36	Solicita Identificaciones Oficiales de los y/o las integrantes en la reunión.	Identificaciones Oficiales
Director (a) General del Hospital Juárez de México	37	Recibe documentos de Auditoría, para recabar firmas de los asistentes.	Documentos de Auditoría
	38	Envía Oficio de Designación del o la Responsable de Atender la Auditoría.	Oficio de Designación de Responsable.
	39	Devuelve documentos de Auditoría firmados al/la Titular del Órgano Interno de Control y/o al/la Titular del Área de Auditoría Interna.	
Titular del Área de Auditoría Interna	40	Recibe documentos de Auditoría firmados.	Documentos de Auditoría
	41	Da por terminada la presentación de la Auditoría	
	42	Devuelve Documentos de Auditoría para analizarse y elaborar el expediente de Auditoría al Personal de Auditoría Interna.	
Titular del Área de Auditoría	43	Recibe la Documentación de Auditoría para archivar en el expediente de la Auditoría.	Requerimiento de información.

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	


Hoja: 7 de 30

Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	44	Recibe la información solicitada en el requerimiento por parte de la Unidad Auditada y la analiza.	Documentos de Auditoría Expediente de la Auditoría.
	45	Comenta la información con el/la Titular del Órgano Interno de Control y con el/la Titular del Área de Auditoría Interna.	
Titular del Área de Auditoría Interna	46	Revisa el Requerimiento de información y los Documentos de Auditoría para determinar la muestra del programa, partida, rubro u operación a revisar.	Requerimiento de información. Documentos de Auditoría
	47	Establece detalles de los trabajos a desarrollar.	
	48	Instruye de forma verbal o por correo electrónico al Auditor que lleve a cabo el trabajo de Auditoría a la Unidad Auditada.	
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	49	Recibe instrucción y lleva a cabo el trabajo de Auditoría a la Unidad Auditada.	Cuestionario de Control Interno Documentación del oficio de requerimiento Oficio de Requerimiento de Información. Cédulas de Trabajo. Cédulas de Observaciones. Informe Ejecutivo de Auditoría.
	50	Elabora Cuestionario de Control Interno y lo aplica al personal de la Unidad Auditada.	
	51	Recaba información del cuestionario de Control Interno y de la documentación del oficio de requerimiento, la analiza y elabora las Cédulas de trabajo.	
	52	Aplica los Procedimientos y Técnicas de Auditoría necesarios en cada caso, con el debido soporte documental y elabora las Cédulas de Trabajo correspondientes.	
	53	Integra los Resultados preliminares con base en la información y documentación recabada.	
	54	Remite las Cédulas de Trabajo al/la Titular del Área de Auditoría Interna.	
	55	Elabora las Cédulas de Observaciones y el Informe Ejecutivo de Auditoría, de acuerdo a las deficiencias detectadas.	
56	Envía las Cédulas de Observación y el Informe Ejecutivo de Auditoría al/la Titular del Órgano Interno de Control y al/la Titular del Área de Auditoría Interna.		
Titular del Órgano Interno de Control Titular del Área de Auditoría Interna	57	Reciben, supervisan y evalúan los avances de los Resultados de la Auditoría durante todo el proceso, a fin de comprobar el cumplimiento de los objetivos y alcance de la revisión determinados.	Cédulas de Observaciones. Informe Ejecutivo de Auditoría.
	58	Instruyen verbalmente o por correo electrónico al/la Auditor (a) para acordar cita con la Unidad Auditada.	
Titular del Área de Auditoría Interna	59	Recibe instrucción para elaborar y enviar el oficio autorizado por el/la Titular del Órgano Interno de Control con Visto Bueno del/la Titular de Auditoría	Oficio autorizado

	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	



Hoja: 8 de 30

(Personal del Área de Auditoría Interna)		Interna, a la Unidad Auditada para programar cita con el objeto de dar a conocer los Resultados de la Auditoría.	
Personal de la Unidad de Atender el desarrollo de la Auditoría	60	Recibe oficio autorizado y contesta por Oficio al/la Titular del Órgano Interno de Control, la fecha, hora y lugar para ver los Resultados de la Auditoría.	Oficio autorizado Oficio. Respuesta de Oficio para agendar cita.
Titular del Órgano Interno de Control	61	Recibe oficio de respuesta del personal de la Unidad para dar a conocer los Resultados de la Auditoría.	Oficio de respuesta.
	62	Informa de manera verbal o por correo electrónico al/la Titular del Área de Auditoría la cita, fecha, hora y lugar para presentar el Resultado de la Auditoría ante la Unidad Auditada.	
Titular del Área de Auditoría Interna Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna) Director (a) General del Hospital Juárez de México Personal de la Unidad de Atender el desarrollo de la Auditoría	63	Acuden a la cita para la presentación o determinación de los Resultados de la Auditoría el personal de Auditoría como del personal de atenderla en el lugar, fecha y hora programados.	
Titular del Área de Auditoría Interna	64	Presenta documentalmente a la Unidad Auditada el proyecto de Resultados de las Cédulas de Observaciones previas obtenidas para su posible aclaración u atención. ¿Se requiere más información para poder atender las Recomendaciones Correctivas y Preventivas determinados en las Cédulas de Observaciones?	Documentación adicional. Cédulas de Observaciones.
	65	No: Da de baja.	Informe Ejecutivo.
	66	Sí: Solicita al Área Auditada entregar información adicional al auditor para su análisis y atención en el tiempo determinado.	

	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	



Hoja: 9 de 30

	67	Recaban firmas del Informe Ejecutivo para formalizar cierre de la Auditoría.	
Titular del Área de Auditoría Interna	68	Formaliza el Cierre de la Auditoría, en el que puede participar el/la Director (a) General de la institución.	Cédulas de Observaciones.
	69	Da lectura y hace entrega de las Observaciones determinadas al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México y/o al/la Responsable de la Unidad Auditada para recabar firmas de los asistentes.	Informe Ejecutivo
	70	Informa al/la responsable de la Unidad Auditada las acciones a seguir para la atención de las Recomendaciones Correctivas y Preventivas en el que se señala la fecha compromiso para atender las Recomendaciones.	
	71	Entrega un tanto del Informe Ejecutivo al/la Responsable de la Unidad Auditada, con una copia de las Cédulas de Observaciones, recaba el acuse de recibo.	
	72	Entrega Informe Ejecutivo y Cédulas de Observaciones al Auditor para integración de expediente.	
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	73	Integra al expediente de la Auditoría los documentos (Cédulas de Observaciones. Informe Ejecutivo de la Auditoría.) para su captura:	Expediente de la Auditoría
	74	Ingresa al Sistema integral de Auditorías e incorpora el informe Ejecutivo y las Cédulas de Observaciones, de acuerdo a los lineamientos de la Secretaría de la Función Pública.	Cédulas de Observaciones.
	75	Informa al/la Titular del Área de Auditoría Interna que concluyó la captura, para su revisión.	Informe Ejecutivo de la Auditoría
Titular del Área de Auditoría Interna.	76	Revisa en el Sistema Integral de Auditorías que la captura esté correcta, en caso de modificaciones en el sistema, solicita al personal de Auditoría Interna que las realice.	Cédulas de Evaluación de Auditoría.
	77	Elabora la Cédula de evaluación de la Auditoría y la presenta al/la Titular del Órgano Interno de Control junto con el expediente.	
	78	Firma de visto bueno la Cédula de evaluación de la Auditoría y la entrega al personal de Auditoría Interna para su inclusión en el expediente de papeles de trabajo.	
Titular del Área de Auditoría Interna	79	Recibe Cédula de Evaluación de la Auditoría y la integra en el expediente de la Auditoría.	Expediente de la Auditoría
	80	Prepara investigación para dar Inicio a la	Cédula de

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	




Hoja: 10 de 30

(Personal del Área de Auditoría Interna)	81	Auditoría de Seguimiento de Observaciones pendientes de atender. Elabora oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría y Requerimiento de Información a la Unidad Auditada para la atención de las Observaciones y/o Recomendaciones determinadas por los entes fiscalizadores (Órgano Interno de Control, Auditoría Superior de la Federación, Auditoría Gubernamental y Auditores (as) Externos).	Evaluación de la Auditoría
	82	Envía al/la Titular del Órgano Interno de Control y al/la Titular de Auditoría Interna oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría y Requerimiento de Información a la Unidad Auditada para su revisión y/o Visto Bueno y envía al/la Titular de la Unidad Auditada.	Oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría y Requerimiento de Información a la Unidad Auditada
Titular de la Unidad Auditada	83	Recibe oficio de Requerimiento a la Unidad Auditada para la atención de las Observaciones y/o Recomendaciones determinadas por los entes fiscalizadores como el Órgano Interno de Control, Auditoría Superior de la Federación, Auditoría Gubernamental y Auditores Externos.	Oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría y Requerimiento de Información a la Unidad Auditada
	84	Envía al/la Titular del Área de Auditoría Interna respuesta del oficio.	Respuesta
Titular del Área de Auditoría Interna.	85	Recibe respuesta y da inicio a la Auditoría de seguimiento.	Respuesta de Oficio de Inicio de Auditoría y Requerimiento de Información
	86	Consulta el Programa Anual de Auditoría detallado de la Auditoría de seguimiento a practicar, identifica la Unidad a Auditar, se revisa el avance trimestral anterior para identificar la atención de las Recomendaciones determinadas.	Programa Anual de Auditoría
	87	Turna la información recibida por parte de la unidad auditada al personal del Área de Auditoría Interna para su análisis.	Información recibida.
Titular del Área de Auditoría Interna (Personal del Área de Auditoría Interna)	88	Recibe y evalúa la información proporcionada por la Unidad Auditada para la solventación de las Observaciones y/o Recomendaciones y determina los avances trimestrales.	Información proporcionada.
	89	Elabora Informe de Resultados de Seguimiento y Cédulas de Seguimiento y ambos se turnan al/la Titular del Órgano Interno de Control y al/la Titular de Auditoría Interna para su revisión.	Informe de Resultados de Seguimiento. Cédulas de Seguimiento
Titular del Área de Auditoría Interna	90	Recibe Informe de Resultados y Cédulas de Seguimiento, las revisa y da visto bueno.	Informe de Resultados y Cédulas de Seguimiento.
	91	Envía oficio solicitando cita con el/la responsable de la Unidad Auditada para la presentación del Resultado del seguimiento.	

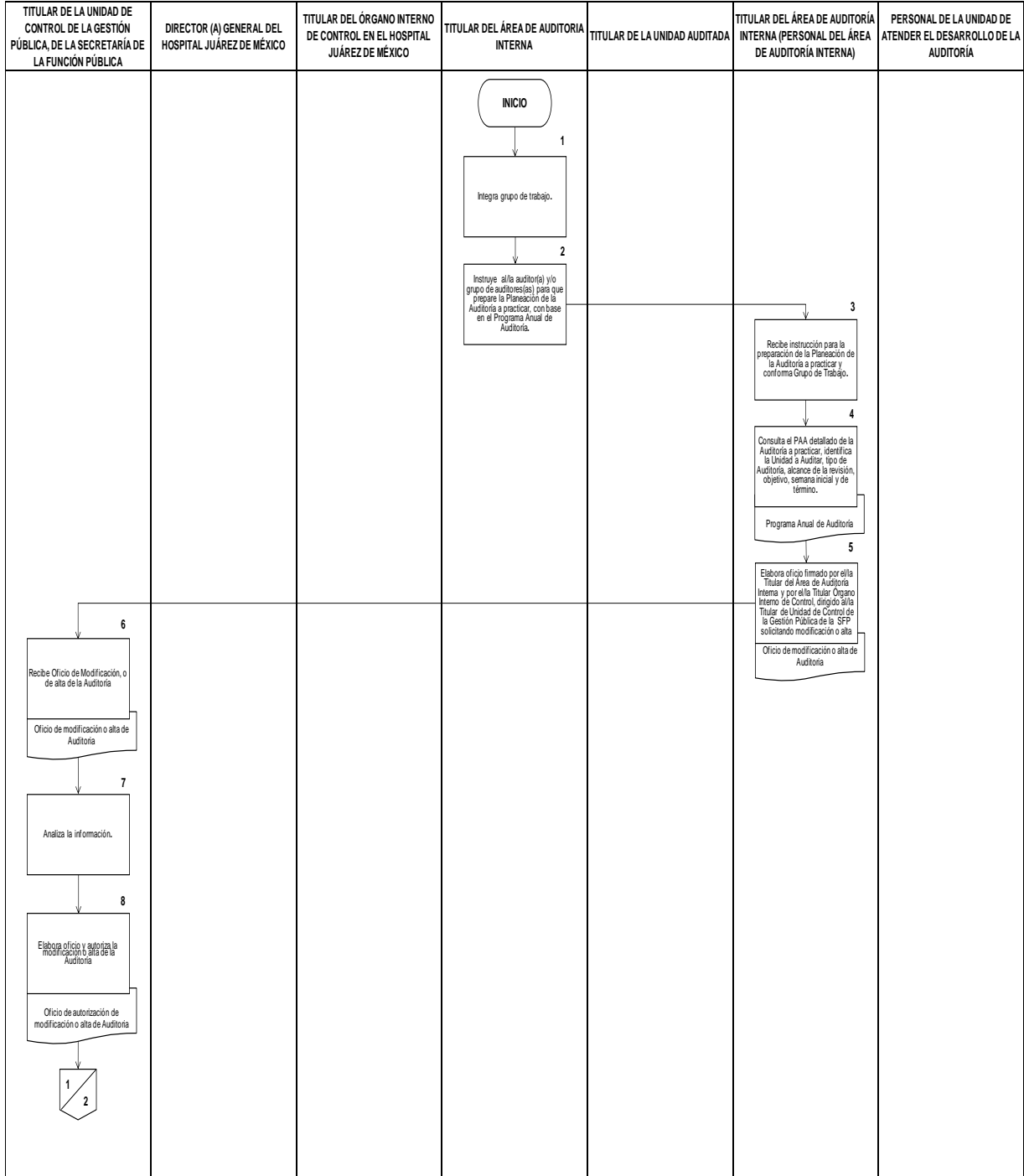
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.	

Hoja: 11 de 30

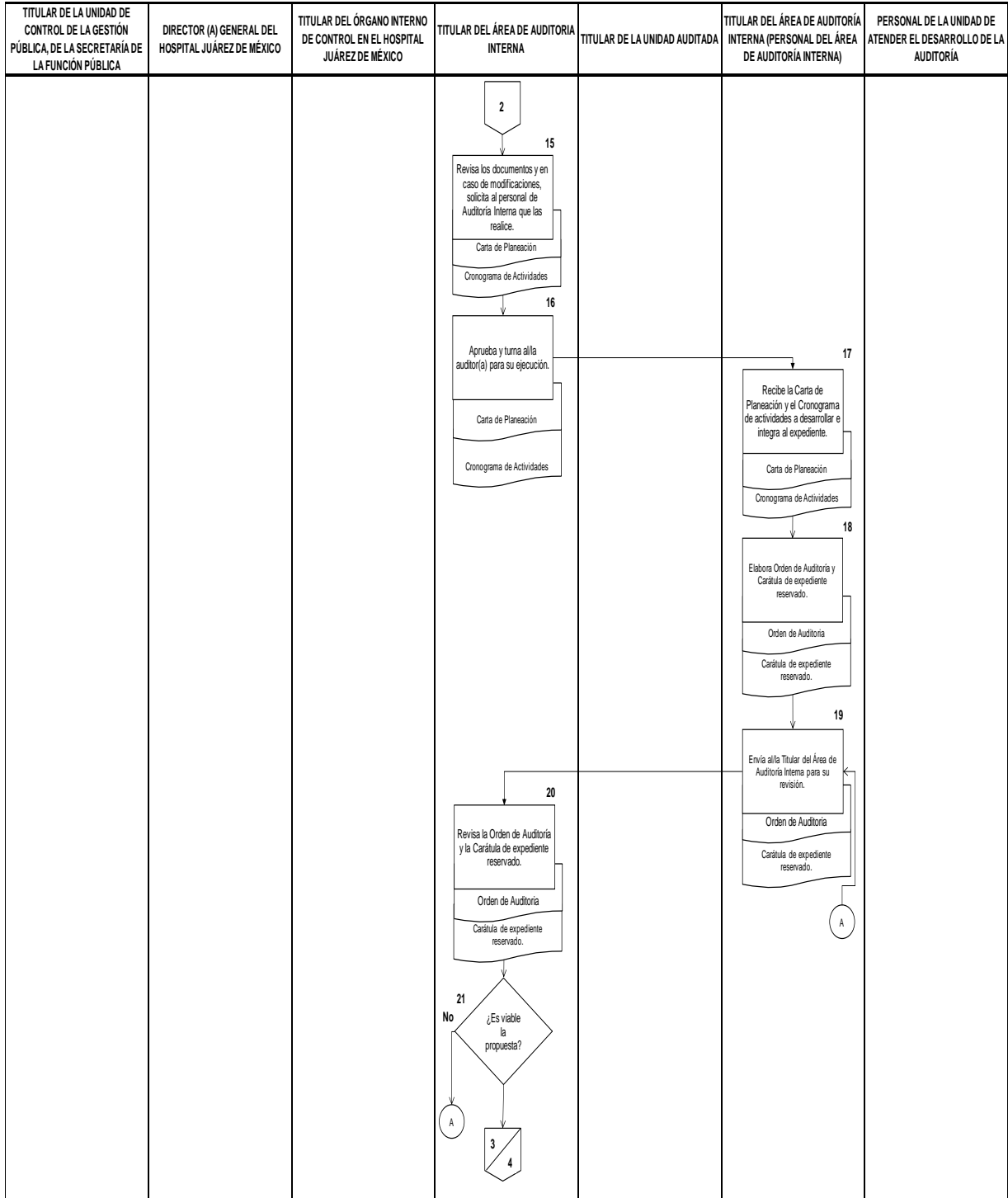
Titular de la Unidad Auditada	92	Recibe Oficio y da respuesta en el que determina el lugar, fecha y hora programados.	Oficio para agendar cita. Oficio de Solicitud de Respuesta
Titular del Órgano Interno de Control	93	Recibe respuesta y acude con el personal que designe a la presentación del Informe de Resultados del Seguimiento de Observaciones de Auditoría en el lugar, fecha y hora concertados y formaliza el cierre de Auditoría.	Informe de Resultado de Seguimiento Acta de cierre de Auditoría de seguimiento.
	94	Informa sobre las Observaciones y/o Recomendaciones atendidas y las Observaciones que continúan en seguimiento.	Oficio de Respuesta.
	95	Instruye al personal del Área de Auditoría o al/la Titular del Área de Auditoría Interna, para que verifique si se requiere información para atender las recomendaciones Correctivas y Preventivas determinados en las Cédulas de Observaciones	
Personal del Área de Auditoría y Titular del Área de Auditoría Interna	96	Verifica si la información atiende a los requerimientos determinados en las recomendaciones ¿Se requiere más información para poder atender las Recomendaciones Correctivas y Preventivas determinados en las Cédulas de Observaciones?	Cédulas de Seguimiento de Observaciones. Información adicional.
	97	No: Da de baja.	
	98	Sí: Solicita al Área auditada información adicional para su análisis y atención en el tiempo determinado para su atención.	
Personal de Auditoría Interna	99	Envía informe de resultados de seguimiento y cédulas de seguimiento al/la Titular de Auditoría Interna.	Informe de Resultados de Seguimiento Cédulas de Seguimiento
Titular del Área de Auditoría Interna	100	Recibe informe de resultados de seguimiento y cédulas de seguimiento.	
	101	Recibe informe de resultados de seguimiento y cédulas de seguimiento para registrar el avance de atención de las Observaciones y/o Recomendaciones en el Sistema Integral y da seguimiento.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 12 de 30

5 DIAGRAMA DE FLUJO






TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
<div style="text-align: center;">1</div> <div style="text-align: right;">9</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Remite autorización al Área de Auditoría Interna del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Oficio de autorización de modificación o alta de Auditoría </div>			<div style="text-align: center;">14</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Recibe la Carta de Planeación y el Cronograma de actividades a desarrollar. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Carta de Planeación </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Cronograma de Actividades </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 5px;">3</div> </div>		<div style="text-align: right;">10</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Recibe oficio de autorización para la modificación al Programa Anual de Auditoría. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Oficio de autorización de modificación o alta de Auditoría </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Recaba información de la Unidad Auditada </div> <div style="text-align: right;">12</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Analiza y elabora Carta de Planeación y el Cronograma de Actividades a desarrollar con base al PAT. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Carta de Planeación </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Cronograma de Actividades </div> <div style="text-align: right;">13</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Presenta la Carta de Planeación y Cronograma de Actividades al/la Titular del Área de Auditoría Interna para su revisión. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Carta de Planeación </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> Cronograma de Actividades </div>	

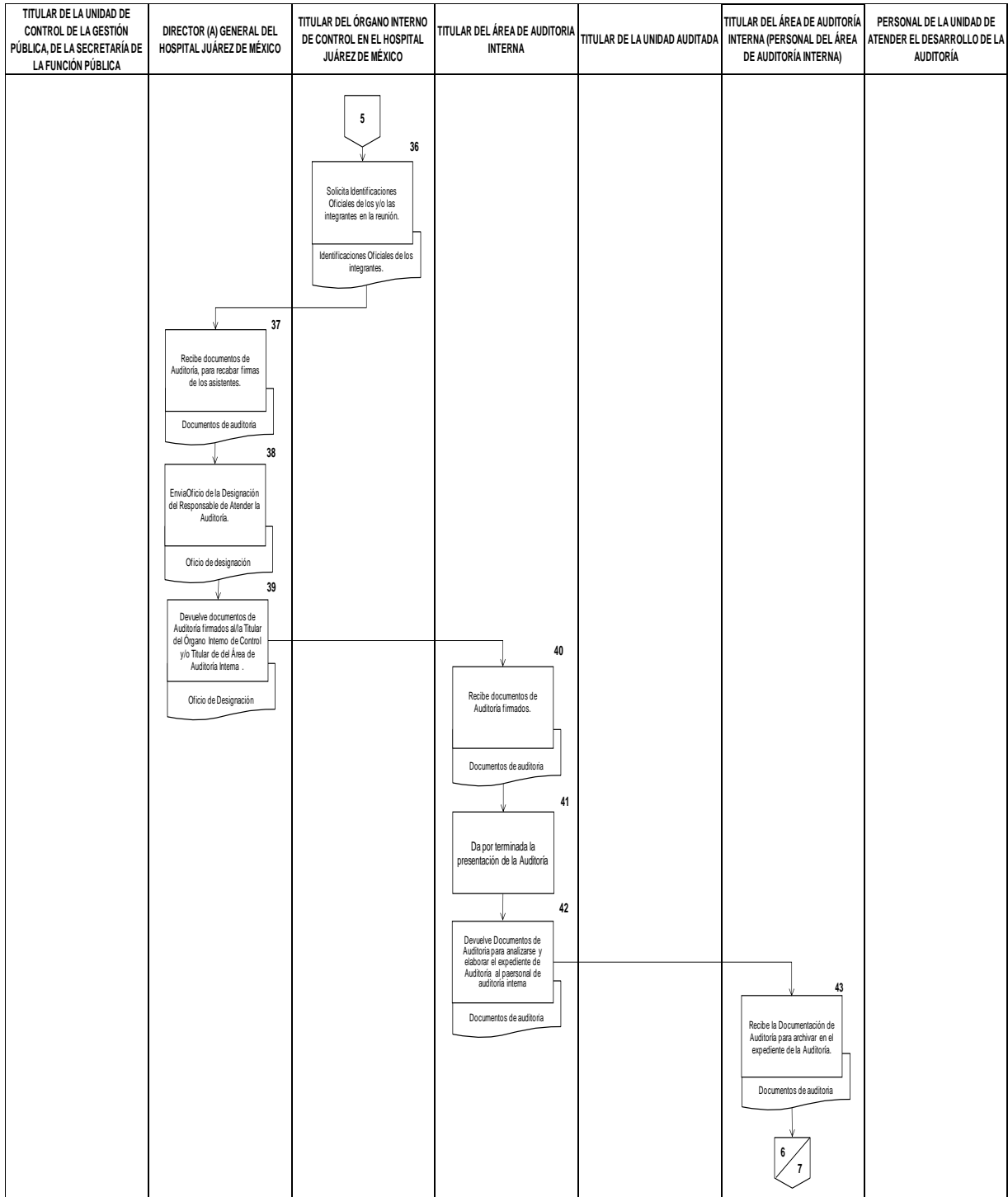





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 15 de 30

TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
		<p>23</p> <p>Recibe la Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>24</p> <p>Aprueba mediante su firma ambos documentos.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>25</p> <p>Turna al/la Titular del Área de Auditoría Interna para continuar con el proceso.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p>	<p>3</p> <p>Si</p> <p>22</p> <p>Entrega al/la Titular del Órgano Interno de Control para obtener la rubrica y aprobación.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>26</p> <p>Recibe la Orden de Auditoría y Carátula de expediente reservado firmadas.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>27</p> <p>Concierta cita con el/la responsable de la Unidad por Auditar para la presentación de la Auditoría.</p> <p>28</p> <p>Turna al/la auditor(a) la Orden de Auditoría y Carátula de expediente y le informa la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo el inicio y presentación de la Auditoría.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>4 5</p>			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 16 de 30


TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA
		<p style="text-align: center;">31</p> <p>Reciben Orden de Auditoría, Oficio de Requerimiento de información y/o documentación y Acta de Inicio de Auditoría.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Acta de inicio de auditoría</p> <p>Oficio de requerimiento de información.</p> <p style="text-align: center;">32</p> <p>Agenda cita con el/la Director (a) General del Hospital, personal de la Unidad de atender el desarrollo de la Auditoría, el/la Titular de Auditoría Interna y personal del Área de Auditoría para presentar el inicio de</p>			<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">29</p> <p>Recibe documentos; conserva la orden de Auditoría para entregarla, en la presentación e integra la carátula al expediente de la Auditoría.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p style="text-align: center;">30</p> <p>Remite al/la Titular de Auditoría la documentación, para convocar a la presentación de Inicio de la Auditoría.</p> <p>Orden de Auditoría</p> <p>Carátula de expediente reservado.</p> <p>Acta de inicio de auditoría</p> <p>Oficio de requerimiento de información.</p>	
	<p style="text-align: center;">33</p> <p>Acuden a la presentación e inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el inicio de Auditoría.</p>	<p style="text-align: center;">33</p> <p>Acuden a la presentación e inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el inicio de Auditoría.</p>	<p style="text-align: center;">33</p> <p>Acuden a la presentación e inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el inicio de Auditoría.</p>		<p style="text-align: center;">33</p> <p>Acuden a la presentación e inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el inicio de Auditoría.</p>	<p style="text-align: center;">33</p> <p>Acuden a la presentación e inicio de la Auditoría en el lugar, fecha y hora programados y formaliza el inicio de Auditoría.</p>
		<p style="text-align: center;">34</p> <p>Formaliza el inicio de la Auditoría dando lectura a la Documentación de auditoría y haciendo entrega al DG del Hospital y al/la responsable de la Unidad de atender el</p> <p>Documentos de auditoría</p> <p style="text-align: center;">35</p> <p>Solicita en el acto al/la Director (a) del Hospital Juárez de México la designación del Responsable, y propone que se formalice posteriormente a través de oficio la designación del Responsable de atender la Auditoría (Titular del Área) y sus respqes.</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">6</p>				






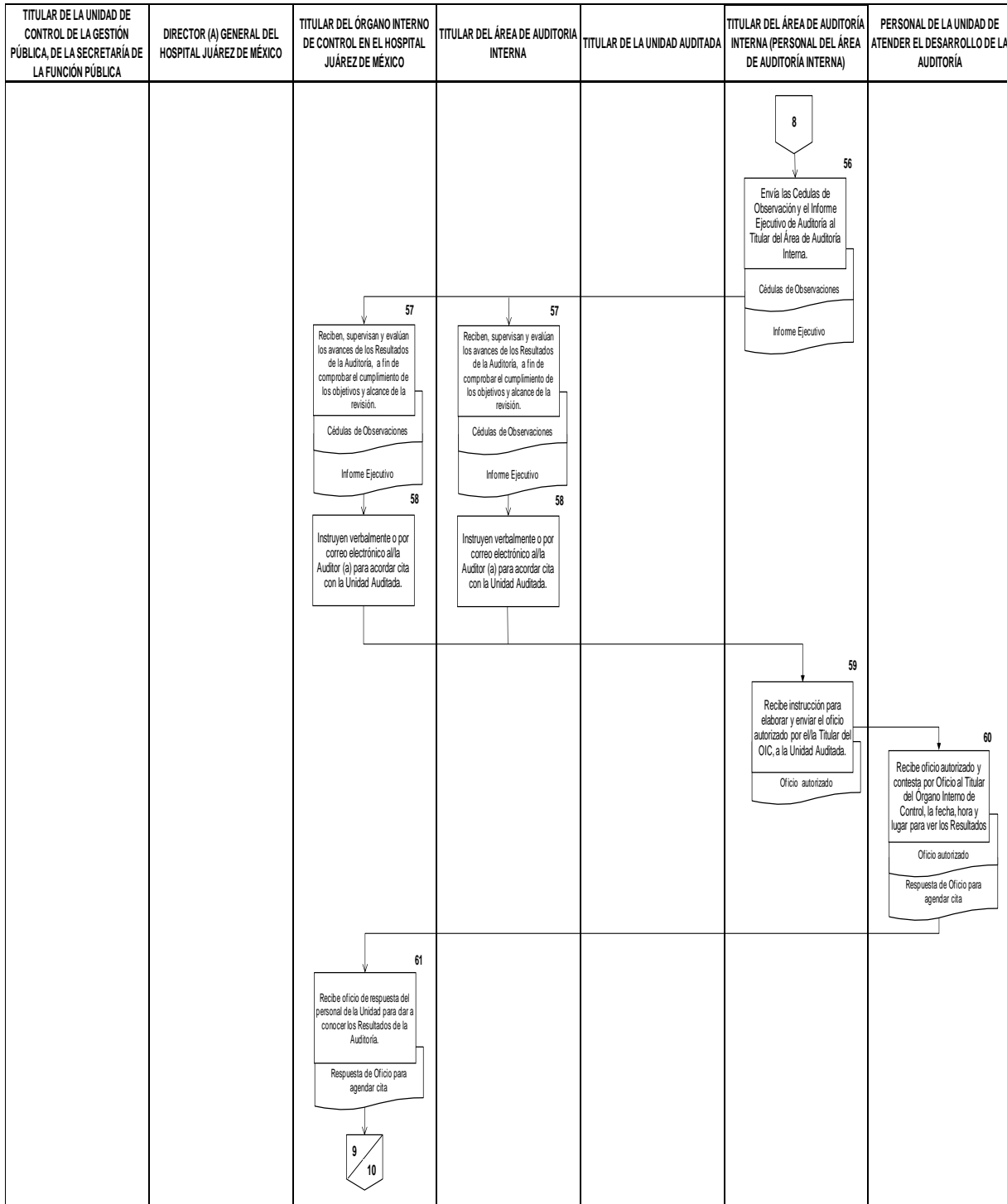
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 18 de 30

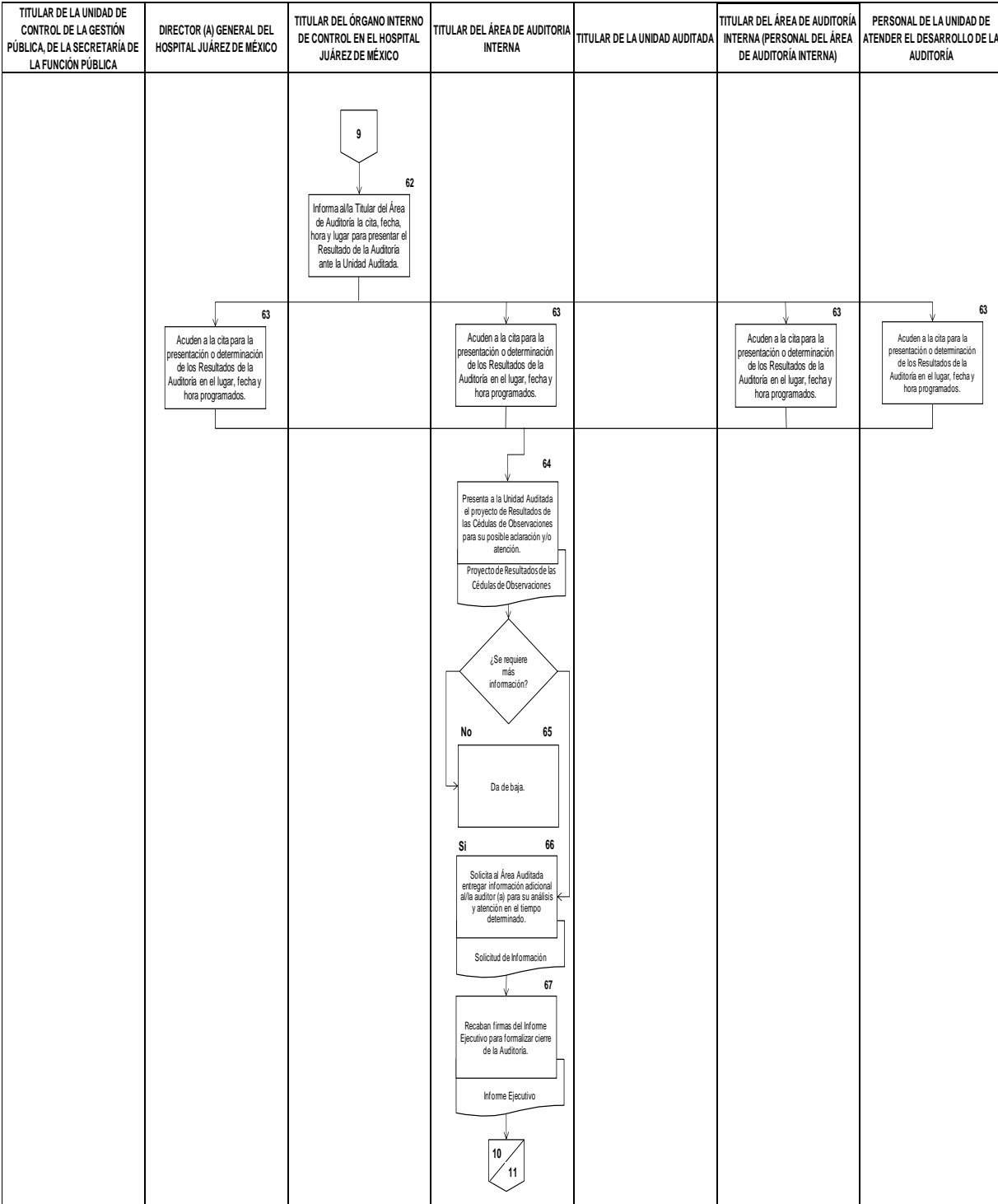
TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
			<p>46</p> <p>Revisa el Requerimiento de información y los Documentos de Auditoría para determinar la muestra del programa, partida, rubro u operación a revisar.</p> <p>Oficio de requerimiento de información con documentos de auditoría.</p> <p>47</p> <p>Establece detalles de los trabajos a desarrollar.</p> <p>48</p> <p>Instruye de forma verbal o por correo electrónico al(a) Auditor (a) que lleve a cabo el trabajo de Auditoría a la Unidad Auditada.</p>		<p>6</p> <p>44</p> <p>Recibe la información solicitada en el requerimiento por parte de la Unidad Auditada y la analiza.</p> <p>Oficio de requerimiento de información.</p> <p>45</p> <p>Comenta la información con el o la Titular del Órgano Interno de Control y con el o la Titular del Área de Auditoría Interna.</p> <p>49</p> <p>Recibe instrucción y lleva a cabo el trabajo de Auditoría a la Unidad Auditada.</p> <p>50</p> <p>Elabora Cuestionario de Control Interno y lo aplica al personal de la Unidad Auditada.</p> <p>Cuestionario de Control Interno</p> <p>7 8</p>	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 19 de 30

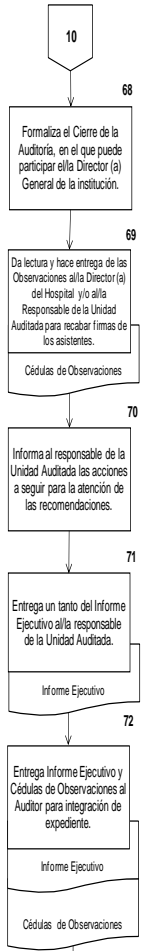
TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
						




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 20 de 30








 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 22 de 30

TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
			 <p>10</p> <p>68</p> <p>Formaliza el Cierre de la Auditoría, en el que puede participar en la Director (a) General de la institución.</p> <p>69</p> <p>Da lectura y hace entrega de las Observaciones al/a Director (a) del Hospital, y/o al/a Responsable de la Unidad Auditada para recabar firmas de los asistentes.</p> <p>Cédulas de Observaciones</p> <p>70</p> <p>Informa al responsable de la Unidad Auditada las acciones a seguir para la atención de las recomendaciones.</p> <p>71</p> <p>Entrega un tanto del Informe Ejecutivo al/a responsable de la Unidad Auditada.</p> <p>Informe Ejecutivo</p> <p>72</p> <p>Entrega Informe Ejecutivo y Cédulas de Observaciones al Auditor para integración de expediente.</p> <p>Informe Ejecutivo</p> <p>Cédulas de Observaciones</p>		<p>73</p> <p>Integra al expediente de la Auditoría los documentos (Informe Ejecutivo y Cédulas de Observaciones para su captura:</p> <p>Informe Ejecutivo</p> <p>Cédulas de Observaciones</p> <p>Expediente de la Auditoría</p> <p>11 / 12</p>	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 23 de 30

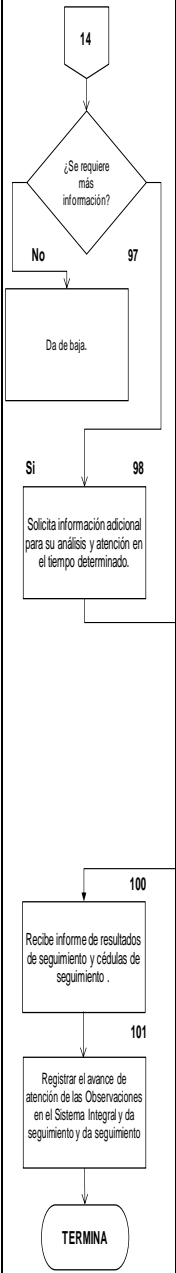
TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
			<p style="text-align: center;">76</p> <p>Revisa en el Sistema Integral de Auditorías que la captura esté correcta, en caso de modificaciones, solicita al auditor que las realice.</p> <p style="text-align: center;">77</p> <p>Elabora la Cédula de evaluación de la Auditoría y la presenta a la Titular del Órgano Interno de Control junto con el expediente.</p> <p style="text-align: center;">78</p> <p>Firma de visto bueno la Cédula de evaluación de la Auditoría y la entrega al auditor para su inclusión en el expediente de papeles de trabajo.</p>		<p style="text-align: center;">11</p> <p style="text-align: right;">74</p> <p>Ingresar al Sistema Integral de Auditorías e incorporar el informe Ejecutivo y las Cédulas de Observaciones.</p> <p>Informe ejecutivo</p> <p>Cédulas de observación</p> <p style="text-align: right;">75</p> <p>Informa al Titular del Área de Auditoría Interna que concluyó la captura, para su revisión.</p>	
					<p style="text-align: right;">79</p> <p>Recibe Cédula de Evaluación de la Auditoría y la integra en el expediente de la Auditoría.</p> <p style="text-align: right;">80</p> <p>Prepara investigación para dar inicio a la Auditoría de Seguimiento de Observaciones pendientes de atender.</p> <p style="text-align: right;">81</p> <p>Elabora oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría y Requerimiento de Información a la Unidad</p> <p>Oficio de Inicio de Auditoría y Requerimiento de Información</p> <p style="text-align: center;">12 13</p>	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 24 de 30

TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA
			<p>85</p> <p>Recibe respuesta y da inicio a la Auditoría de seguimiento.</p> <p>Oficio de Inicio de Auditoría y Requerimiento de Información</p> <p>86</p> <p>Consulta el PAR de la Auditoría de seguimiento a practicar, identificando el avance trimestral anterior para la atención de las Recomendaciones determinadas o pendientes.</p> <p>Programa Anual de Auditoría</p> <p>87</p> <p>Turna la información recibida por parte de la unidad auditada al Auditor, para su análisis.</p> <p>Información recibida</p>	<p>83</p> <p>Recibe oficio de requerimiento para atender las recomendaciones determinadas por los entes fiscalizados</p> <p>Oficio de Inicio de Auditoría y Requerimiento de Información</p> <p>84</p> <p>Envía respuesta del oficio al/a Titular del Área de Auditoría Interna.</p> <p>Respuesta</p>	<p>12</p> <p>82</p> <p>Envía al/a Titular del Área auditada oficio de Inicio del Seguimiento de Observaciones de Auditoría.</p> <p>Oficio de Inicio de Auditoría y Requerimiento de Información</p> <p>88</p> <p>Recibe y evalúa la información proporcionada por la Unidad Auditada para la solventación de las Observaciones y determina los avances trimestrales</p> <p>Información proporcionada</p> <p>89</p> <p>Elabora Informe de Resultados de Seguimiento y Cédulas de Seguimiento y se turnan al/a Titular del OIC y Titular de Auditoría Interna para su revisión.</p> <p>Informe de Resultados de Seguimiento</p> <p>Cédulas de Seguimiento</p> <p>13 14</p>	

TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA
			<p>13</p> <p>90</p> <p>Recibe Informe de Resultados y Cédulas de Seguimiento, las revisa y da visto bueno.</p> <p>Informe de Resultados de Seguimiento</p> <p>Cédulas de Seguimiento</p> <p>91</p> <p>Envía oficio solicitando cita con el responsable de la Unidad Auditada para la presentación del Resultado del seguimiento.</p> <p>Oficio de solicitud de cita</p>		<p>92</p> <p>Recibe Oficio y da respuesta al/la Titular del OIC, en el que determina el lugar, fecha y hora programados.</p> <p>Oficio de Solicitud</p> <p>Oficio de Respuesta</p>	
		<p>93</p> <p>Recibe respuesta y acude con el personal que designe a la presentación del Informe de Resultados del Seguimiento de Observaciones.</p> <p>Oficio de Respuesta</p> <p>94</p> <p>Informa verbalmente al/la Titular del Área auditada sobre las Observaciones y/o Recomendaciones atendidas y las Observaciones que continúan en seguimiento.</p> <p>95</p> <p>Instroye verbalmente al personal del área de auditoría y Titular para que verifique si se requiere información para atender las recomendaciones.</p>	<p>96</p> <p>Recibe instrcc. y verifica si la información atiende a los requerimientos determinados en las recomendaciones</p> <p>14</p> <p>15</p>			




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 26 de 30

TITULAR DE LA UNIDAD DE CONTROL DE LA GESTIÓN PÚBLICA, DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	TITULAR DE LA UNIDAD AUDITADA	TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA (PERSONAL DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA)	PERSONAL DE LA UNIDAD DE ATENDER EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA
			 <pre> graph TD 14[14] --> D{¿Se requiere más información?} D -- No --> 97[97] D -- Si --> 98[98] 97 --> B[Da de baja.] 98 --> 99[99] 99 --> 100[100] 100 --> 101[101] 101 --> T([TERMINA]) </pre>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: right;">99</p> <p>Envía informe de resultados de seguimiento y cédulas de seguimiento al Titular de Auditoría Interna</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Informe de Resultados de Seguimiento</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Cédulas de Seguimiento</p> </div>	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 27 de 30

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última Reforma DOF 19-12-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.	Última reforma publicada DOF 18-12-2015
6.4 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	Última reforma publicada DOF 10-11-2014
6.5 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	Última reforma publicada DOF 13-01-2016
6.6 Ley Federal de Procedimiento Administrativo.	Última reforma publicada DOF 09-04-2012
6.7 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.	Última reforma publicada DOF 09-04-2012
6.8 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	D.O.F. el 28 de julio de 2010.
6.9 Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas	DOF 28-07-2010
6.10 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria	Última reforma publicada DOF 30-03-2016
6.11 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma publicada DOF 28 de enero de 2013
6.12 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	N/A
6.13 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México	Diario Oficial de la Federación el 17 de octubre de 2016.
6.14 Código Fiscal de la Federación	Última Reforma DOF 17-06-2016
6.15 Reglamento al Código Fiscal de la Federación.	Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2014
6.16 Lineamientos generales para la elaboración y presentación del Programa Anual de Trabajo.	N/A
6.17 Boletines expedidos por la SFP, relativos a las Normas Generales de Auditoría Pública, Marco de actuación de los OIC's, entre otros.	N/A
6.18 ACUERDO por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección publicado por la Secretaría de la Función Pública. Publicado (D.O.F. 12-VII-2010)	Última reforma D.O.F. 16-VI-2011
6.19 Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 28 de 30




	Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas, y Acuerdo Modificatorio	
6.20	Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y Acuerdo Modificatorio	Reformas y adiciones (Febrero de 2016).
6.21	Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros, y Acuerdo Modificatorio	Última reforma DOF: 16/05/2016
6.22	Guía General de Auditoría Pública.	última reforma del 29 de agosto de 2011
6.23	Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud 2013.	Septiembre, 2013
6.24	Manual de Organización Específico del Área de Auditoría Interna	Diciembre, 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Programa Anual de Auditoría.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.2 Cédulas de trabajo	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.3 Cédulas de Observaciones.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.4 Acta de cierre de Auditoría	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.5 Informe de Resultados de Auditoría.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.6 Cédula de evaluación de la Auditoría.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.7 Cédulas de seguimiento.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A
7.8 Informe de Resultados de seguimiento de Observaciones.	3 años	Área de Auditoría Interna.	N/A




8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acta de cierre de Auditoría:** Documento que formaliza la conclusión de la Auditoría y en la que se hacen constar los Resultados de la Auditoría y plazos de atención.
- 8.2 Acta de Inicio de Auditoría:** Documento que formaliza el Inicio de la Auditoría y en la que se hacen constar la Unidad a revisar, el personal que interviene para dar atención de los requerimientos de la Auditoría.
- 8.3 Auditoría administrativa:** Verifica, evalúa y promueve el cumplimiento y apego, a los factores o elementos del proceso administrativo aplicado o a seguir en las

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 29 de 30

dependencias y entidades que conforman el sector gubernamental, además de evaluar la calidad de la administración en su conjunto.

- 8.4 Auditoría de evaluación de programas:** Analiza la eficacia y congruencia alcanzada en el logro de los objetivos y metas establecidos en relación con el avance presupuestal. El análisis de la eficacia se obtendrá revisando que efectivamente se alcanzaron las metas establecidas en el tiempo, lugar, cantidad y calidad requeridos. La congruencia se determinará al examinar la relación lógica que existe entre el logro de las metas y objetivos de los programas y el avance del ejercicio presupuestal.
- 8.5 Auditoría de seguimiento:** Verificación que el Órgano Interno de Control efectúa para asegurar que las Áreas Auditadas atiendan en los términos y plazos establecidos, las Recomendaciones Preventivas y Correctivas.
- 8.6 Auditoría específica:** Revisiones administrativas, operativas, financieras, de legalidad o sustantivas orientadas a reforzar objetivos de las Auditorías integrales, a través de revisiones con alcance de la revisión, enfoques y objetivos particulares.
- 8.7 Auditoría financiera:** Examen total o parcial de la información financiera, y la complementaria operacional y administrativa, así como los medios utilizados para identificar, medir, clasificar y reportar esa información y dotarla de confiabilidad e integridad, a fin de expresar una opinión para efectos Internos sobre las cuentas, rubros o conceptos examinados, con efectos en aspectos de Control Interno y sistemas de información, tomas de decisiones y cumplimientos de las disposiciones normativas legales vigentes.
- 8.8 Auditoría integral:** Evaluación del grado y forma de cumplimiento de las metas y del objetivo social de una dependencia (concurren varios tipos de Auditoría).
- 8.9 Auditoría operativa:** comprende el examen de la eficiencia obtenida en la asignación y utilización de los recursos financieros, humanos y materiales, mediante el análisis de la estructura organizacional, los sistemas de operación, e información, así como de Control Interno.
- 8.10 Cédula de evaluación de la Auditoría:** Cuestionario que destaca la Planeación de la Auditoría, ejecución de los trabajos, cumplimiento de las normas generales de Auditoría pública y los Resultados de la Auditoría.
- 8.11 Cédula de Observaciones:** Documento que contiene las desviaciones e incumplimientos detectados, las causas, efectos, disposiciones legales y normativas no observadas y Recomendaciones sugeridas por e/la auditor(a) para promover la solución a la problemática detectada mediante acciones Correctivas y Preventivas, fecha compromiso para dar solución a la problemática y acciones que se ejecutarán para lograrlo.
- 8.12 Cédula de Trabajo:** Documento que concentra la información detallada que se derivó de la revisión de uno o varios procesos y que pueden ser analíticas o sumarias.
- 8.13 Cédula única de Auditoría:** Documento que concentra la información general que se derivó de la revisión, datos de identificación, cantidad de Observaciones y personal participante en la Auditoría e importes fiscalizados.
- 8.13 Informe de Resultados de la Auditoría practicada:** Documento donde se consignan los Resultados de la Auditoría practicada por el Órgano Interno de Control; en él se describe de manera resumida, clara y precisa los principales problemas que enfrenta la institución, su origen y principales efectos.
- 8.14 Orden de Auditoría:** Mandato escrito para la práctica de una Auditoría.
- 8.15 Personal de Auditoría Interna:** Personal designado por el/la Titular del Área de Auditoría Interna para la ejecución de la Auditoría.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	73. Procedimiento para realizar auditorías y seguimiento de auditorías.		Hoja: 30 de 30



- 8.16 Requerimiento de información y/o documentación:** Documento mediante el cual se solicita la información y documentación necesaria para llevar a cabo los trabajos de Auditoría.
- 8.17 SIA:** Sistema Integral de Auditorías, en el cual se contempla el módulo de Auditorías, cuyo objetivo es la automatización integral de los procesos de Auditoría Interna.
- 8.18 Unidad auditable:** Unidad con funciones y actividades propias, con atribuciones específicas establecidas en el marco jurídico que integra la institución.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Febrero, 2016	Nueva de creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, se realizan cambios en la descripción e igualmente se realizan las modificaciones al diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 1 de 12

74.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO




- 1.1 Orientar al personal del Hospital Juárez de México en la atención de las peticiones ciudadanas que se reciban en el área de quejas y responsabilidades, con el propósito de atenderlas y brindar un mejor servicio a los/las pacientes y público usuario.

2. ALCANCE

- 2.1 Este procedimiento es aplicable al/la Titular de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas y al Abogado (a) adscrito (a) a dichas Áreas, así como a los servidores públicos de las diferentes áreas y servicios del Hospital Juárez de México involucrados en la atención de las peticiones que se reciban.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 Para atender las peticiones ciudadanas el personal que integra las Áreas de Responsabilidades y de Quejas, deberá observar lo dispuesto en los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias expedidos por la Secretaría de la Función Pública, así como los demás ordenamientos legales aplicables.
- 3.2 Las peticiones ciudadanas podrán recibirse por diversas vías: por medio de los buzones instalados en el Hospital; por correo electrónico; vía telefónica; a través de la Secretaría de la Función Pública; la Comisión Nacional de Derechos Humanos, entre otros. Asimismo, los usuarios de los servicios pueden presentarse directamente en las oficinas del Órgano Interno de Control para externar su petición y el personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas deberá proporcionarles asesoría y atención inmediata, a fin de promover que la problemática se solucione de manera satisfactoria.
- 3.3 Todas las peticiones deberán clasificarse conforme a los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias. Asimismo, de ser el caso, se les asignará un número de expediente, el cual se integrará por dos letras de acuerdo a su clasificación, seguido por el número consecutivo que le corresponda y el año de captación, las letras se asignarán conforme a lo siguiente:
Peticiones vinculadas con la calidad de los servicios gubernamentales.
a) Incompetencias.
Peticiones relacionadas con el incumplimiento de servidores públicos.
a) Queja (QU).
b) Denuncia (DE).
- 3.4 El/la Abogado(a) adscrito(a) deberá registrar las peticiones ciudadanas en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECC) a su recepción; asimismo, actualizará el Sistema de acuerdo al seguimiento que se dé a cada asunto hasta su conclusión.
Lo anterior no aplica para las incompetencias o asuntos laborales, puesto que éstos deben turnarse de inmediato a la autoridad correspondiente.
- 3.5 El/la Titular de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas solicitará al/la directora (a) General del Hospital Juárez de México, la información necesaria para atender o

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 3 de 12



resolver las sugerencias y solicitudes. La institución deberá comunicar al ciudadano la respuesta a su petición por oficio, vía telefónica, correo electrónico o cualquier otro medio, siempre y cuando sea posible localizarlo.

Los reconocimientos se remiten al Director General, para que los haga del conocimiento de l(los/las) servidor(es/as) público(s/as) involucrados.

Las quejas y denuncias se investigan de acuerdo a los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias y demás disposiciones legales aplicables.

Las incompetencias y asuntos laborales, se turnan mediante oficio a las instancias competentes para su atención.


- 3.6 El/la Titular de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas, supervisará que todos los expedientes de las peticiones ciudadanas se encuentren debidamente integrados y foliados.
- 3.7 Las actividades del/la Titular de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas que se señalan en el presente procedimiento, serán las relacionadas al Titular del Área de Quejas conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.

Hoja: 4 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

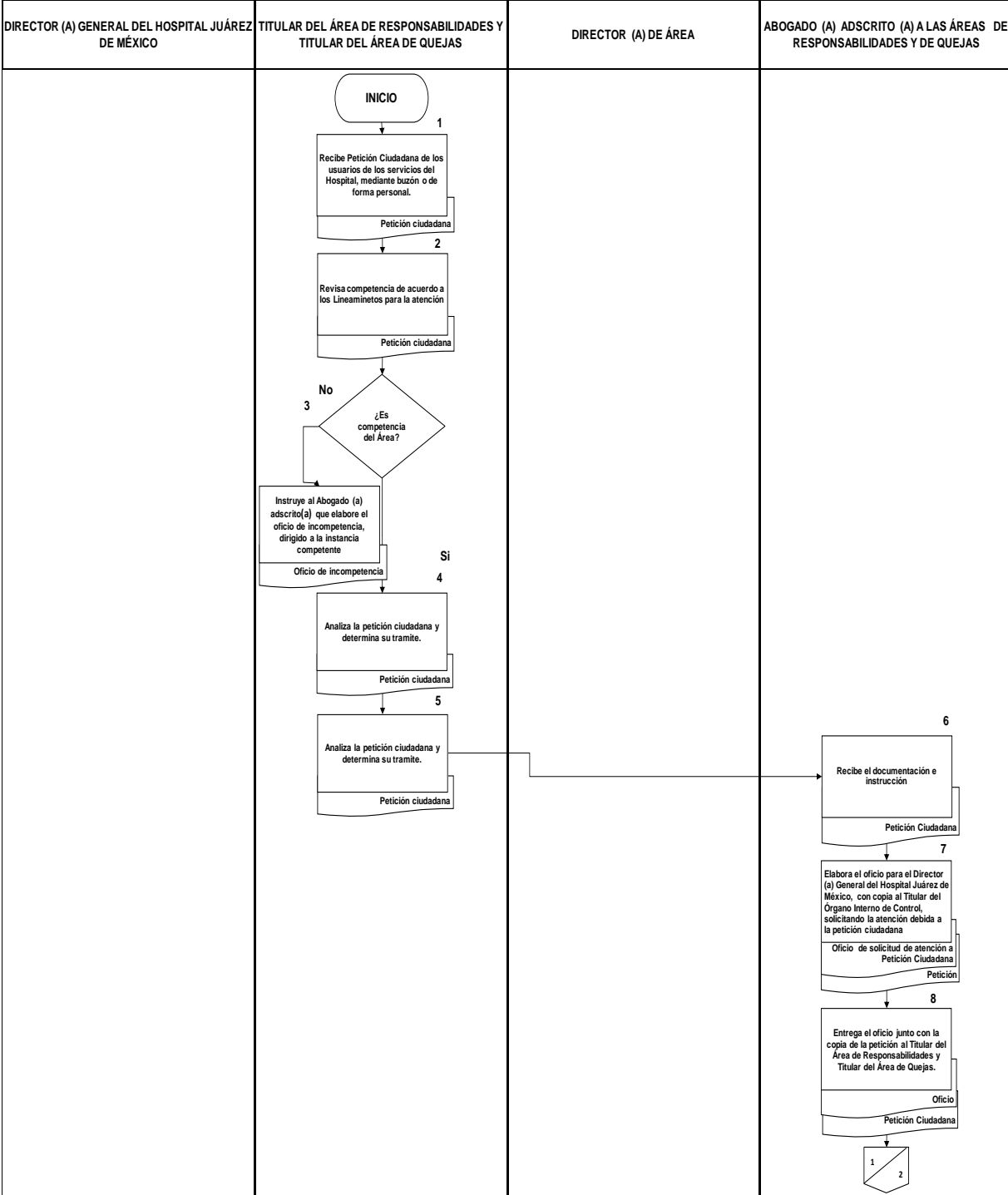
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	1	Recibe Petición Ciudadana de los/las usuarios (as) de los servicios del hospital. (mediante buzón de quejas denuncia y peticiones ciudadanas o de forma personal)	Peticiones Ciudadanas. Oficio de incompetencia
	2	Revisa de acuerdo a los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias el Proceso de Atención Ciudadana, ¿Es competencia del área de quejas y responsabilidades?	
	3	No: Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore el oficio de incompetencia dirigido a la instancia competente y marca copia de conocimiento al/la Titular del Órgano Interno de Control y al peticionario.	
	4	Sí: Analiza la Petición Ciudadana y determina su trámite.	
	5	Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore un oficio dirigido al Director General del Hospital, para dar atención la Petición Ciudadana.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	6	Recibe documento e instrucción.	Oficio. Copia de Petición Ciudadana
	7	Elabora el oficio para el/la Director (a) General del Hospital, con copia al/la Titular del Órgano Interno de Control, donde solicita que comunique la petición ciudadana al área correspondiente a fin de que le dé la atención debida y conservando el original	
	8	Entrega el oficio junto con la copia de la Petición Ciudadana al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	9	Recibe los documentos.	Petición Ciudadana. Oficio.
	10	Revisa el oficio y, en su caso, solicita modificaciones.	
	11	Firma el oficio e indica al/la abogado (a) adscrito (a) que lo notifique junto con la copia de la Petición Ciudadana y recabe el acuse de recibo.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades)	12	Recibe los documentos.	Petición Ciudadana. Oficio. Acuse
	13	Entrega en la oficina del/la directora (a) General del Hospital y recaba el acuse de recibo.	
	14	Archiva el acuse del oficio junto con el original de la petición ciudadana.	

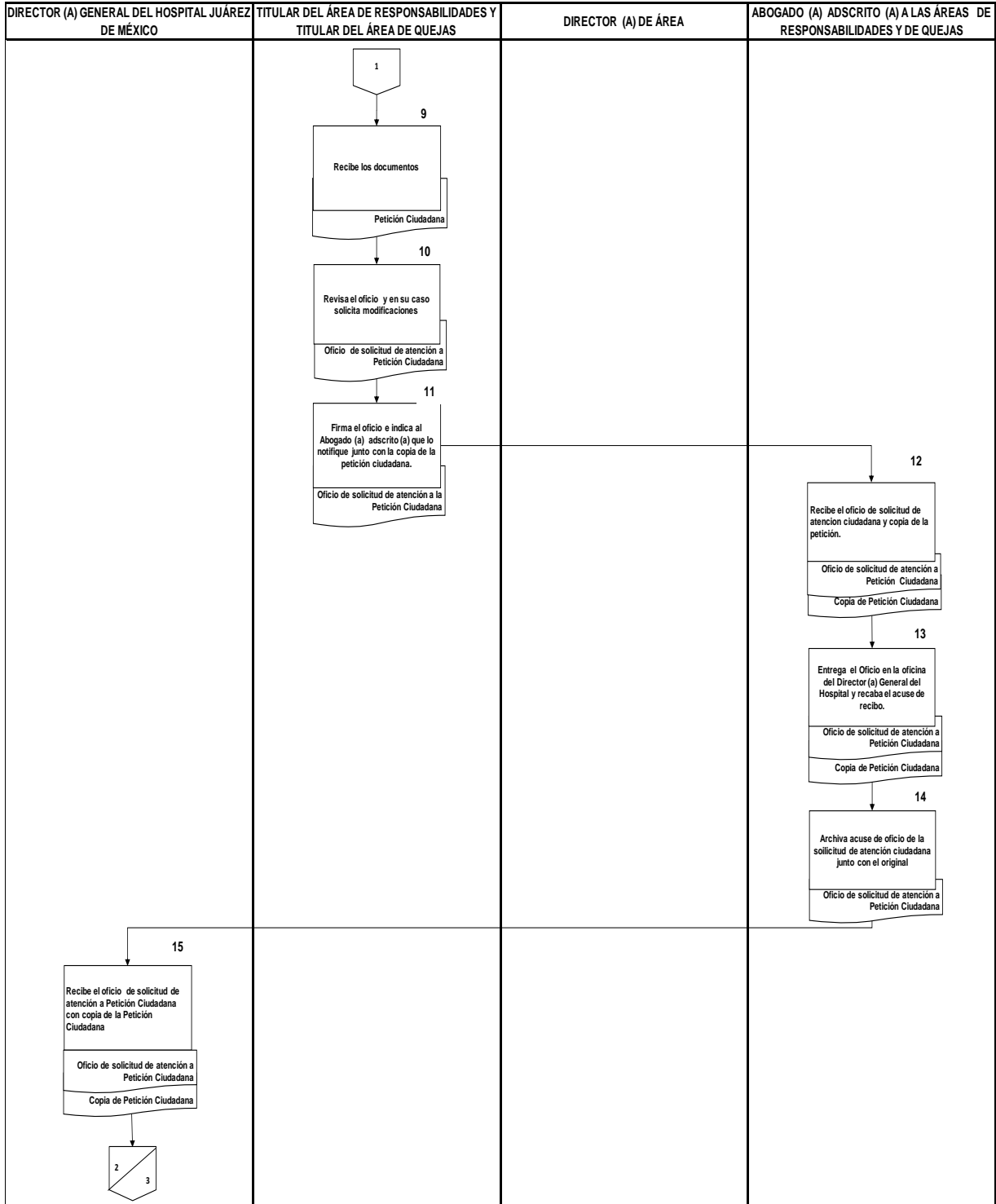
	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.	

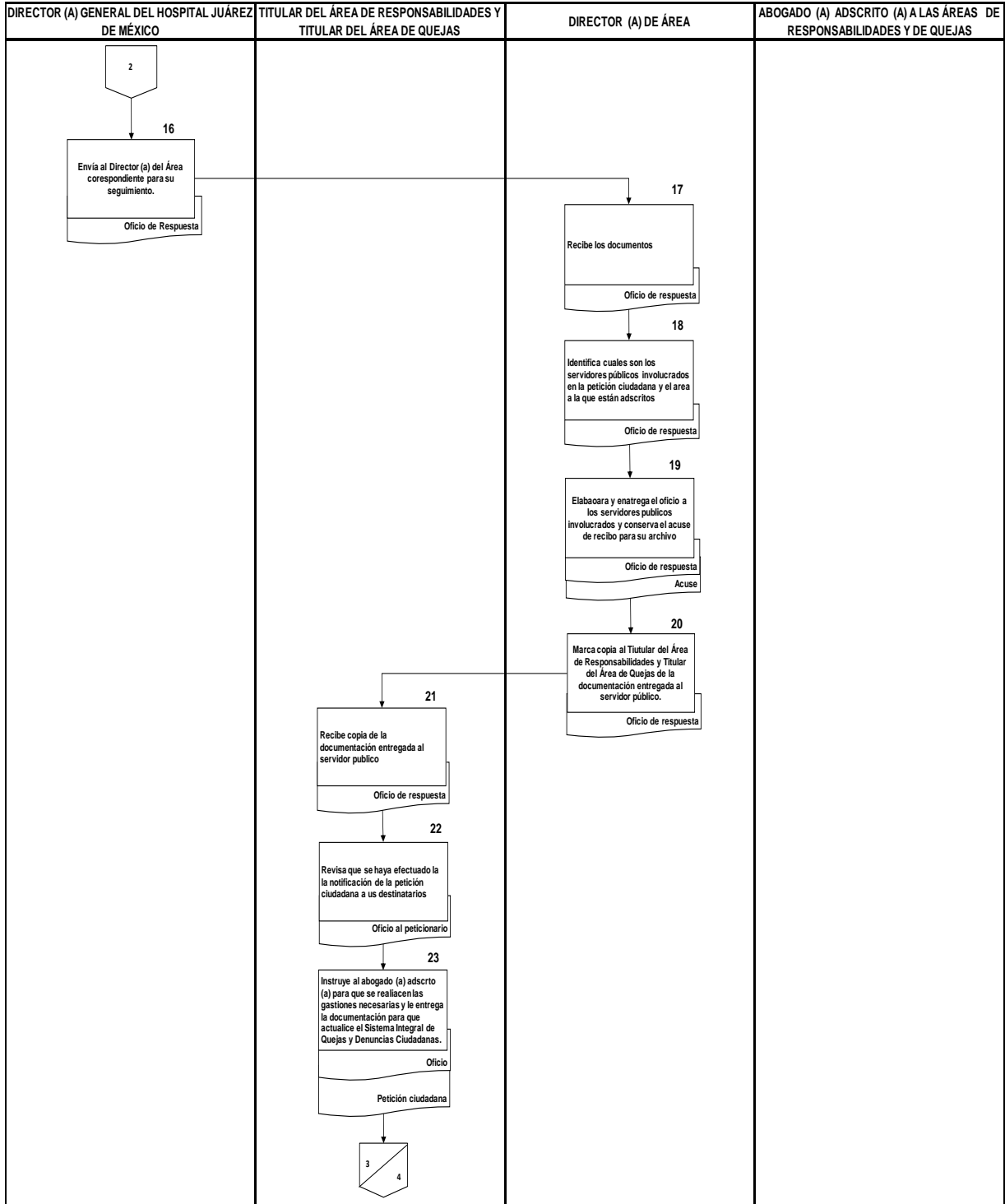
Hoja: 5 de 12




s y de Quejas)			
Director (a) General del Hospital Juárez de México.	15	Recibe documentos del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Petición Ciudadana.
	16	Envía a los/las Directores (as) de área correspondiente para su seguimiento.	Oficio.
Director (a) de área.	17	Recibe los documentos.	Petición Ciudadana. Oficio.
	18	Identifica cuáles son los servidores públicos mencionados en la Petición Ciudadana y el área a la que están adscritos.	
	19	Elabora entrega el oficio a los/las servidores (as) públicos involucrados (as) y conserva el acuse de recibo para su archivo.	
	20	Marca copia al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas de la documentación entregada al servidor.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	21	Recibe copia de la documentación entregada al servidor público involucrado (a).	Petición Ciudadana. Oficio.
	22	Revisa que se haya efectuado la notificación de la Petición Ciudadana a sus destinatarios.	
	23	Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que se realicen las gestiones correspondientes y le entrega la documentación para que se actualice el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECA).	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	24	Recibe los documentos.	Petición Ciudadana. Oficio.
	25	Integra el oficio y Petición Ciudadana en el archivo correspondiente. (Bibliorato)	
	26	Da por concluido la Petición Ciudadana en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECA).	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

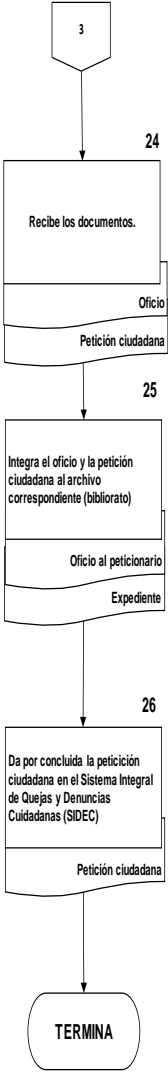
5 DIAGRAMA DE FLUJO










 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 9 de 12

DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	DIRECTOR (A) DE ÁREA	ABOGADO (A) ADSCRITO (A) A LAS ÁREAS DE RESPONSABILIDADES Y DE QUEJAS
			 <pre> graph TD 3{{3}} --> 24[24 Recibe los documentos.] 24 --> 25[25 Integra el oficio y la petición ciudadana al archivo correspondiente (bibliorato)] 25 --> 26[26 Da por concluida la petición ciudadana en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECD)] 26 --> TERMINA([TERMINA]) </pre>




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 10 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3	Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4	Ley Federal de las Entidades Paraestatales	Última reforma DOF 18-12-2015
6.5	Código Federal de Procedimientos Civiles.	Última reforma DOF 09-4-2012
6.6	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 28-01-2013
6.7	Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013	ULTIMA REFORMA DOF 02-01-2013
6.8	Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2005	Fecha de publicación DOF 26-01-2005
6.9	Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias	Última reforma DOF 25-04-2016
6.10	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.11	Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.12	Manual de Organización Específico del Área de responsabilidades y el área de quejas del órgano interno de control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.	
7.1	Petición ciudadana.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A
7.2	Oficio de incompetencia.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A
7.3	Acuerdo de Radicación	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A
7.4	Oficio de solicitud de información y/o documentación.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.			

7.5	Oficio de respuesta.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A
7.6	Documentación soporte respecto del seguimiento de irregularidad.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A
7.7	Oficio para notificar al ciudadano.	1 año	Titular de las Áreas de Quejas y de Responsabilidades.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acuerdo de Radicación: Acto mediante el cual la autoridad determina y funda su competencia para conocer del asunto que se le plantea, así como su decisión de abocarse a su atención.
- 8.2 Asesoría.- Es la orientación que se brinda al ciudadano atendiendo el planteamiento que realiza.
- 8.3 Atención directa.- personal o vía telefónica, con la finalidad de atender una consulta, proporcionar asesoría o realizar una gestión
- 8.4 Competencia: Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.5 Determinación de competencia: La competencia se determina de acuerdo a la naturaleza de los hechos, así como por la adscripción de los servidores públicos involucrados.
- 8.6 Denuncia: Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona, que se hacen del conocimiento de la autoridad por un tercero.
- 8.7 Gestión.- Es el conjunto de acciones realizadas por el Órgano Interno de Control ante la institución, con objeto de proporcionar al ciudadano alternativas de solución viables al problema planteado, cuando se refiera a trámites o servicios.
- 8.8 Notificación: Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.
- 8.9 Petición: Derecho reconocido por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a los ciudadanos, en virtud del cual pueden dirigirse a las autoridades en demanda de algo que estimen justo y conveniente. El medio de recepción puede ser a través de escrito, vía telefónica, correo electrónico, personal, buzón o a través de la Secretaría de la Función Pública.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	74. Procedimiento para la atención de peticiones ciudadanas.		Hoja: 12 de 12

8.10 Queja: Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona, misma que los hace del conocimiento de la autoridad.

8.11 Servidor Público: los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial de la Federación, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión o en la Administración Pública Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.



8.12 Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDE): Libro de Gobierno electrónico que almacena los registros y seguimientos de las quejas, denuncias o peticiones ciudadanas recibidas hasta su total conclusión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016,	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, la descripción y se realizarán las modificaciones al diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>		<p align="center">Rev. 2</p>
	<p align="center">ÓRGANO INTERNO DE CONTROL</p>		
	<p>75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.</p>		<p align="center">Hoja: 1 de 18</p>

75.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y DENUNCIAS.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 2 de 18

1. PROPÓSITO




- 1.1 Orientar respecto de la atención, trámite, investigación y conclusión de las quejas y denuncias que presentan usuarios de los servicios.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al/la Titular del Órgano Interno de Control, el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas y Abogado (a) adscrito (a) a dichas Áreas, así como a los servidores públicos del Hospital Juárez de México involucrados en la investigación de las quejas y denuncias que se reciban.
- 2.2 A nivel externo, El procedimiento es aplicable a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por ser la Instancia que emite un dictamen Médico respecto de la atención Médica que brinda el Hospital Juárez México a sus pacientes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS



- 3.1 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas así como el Abogado (a) adscrito (a), deberán dar cumplimiento a sus respectivas responsabilidades dentro de los plazos establecidos en el procedimiento, para la debida determinación de la queja o denuncia.
- Las quejas y denuncias podrán recibirse por diversas vías: en los buzones instalados en el Hospital; por correo electrónico; vía telefónica; a través de la Secretaría de la Función Pública; la Comisión Nacional de Derechos Humanos, entre otros.
 - Asimismo, los usuarios de los servicios pueden presentarse directamente en las oficinas del Órgano Interno de Control para externar su petición y el personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas y deberá darles asesoría y atención inmediata, a fin de promover que la problemática se solucione de manera satisfactoria.
- 3.2 Los expedientes de quejas y denuncias deberán contar con su carátula de clasificación de información, de acuerdo a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su Reglamento y los Lineamientos Generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información, expedidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI), actualmente Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI)
- 3.3 Es responsabilidad del Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Quejas y de Responsabilidades:
- a) Observar los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias y las disposiciones aplicables, en la atención, trámite, investigación y resolución de quejas y denuncias.
 - b) Dar puntual seguimiento a los requerimientos de información que se formulen, a fin de elaborar el recordatorio respectivo al día siguiente a aquél en que se cumpla el término concedido.
 - c) Registrar todas las quejas y denuncias en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECC), el mismo día a su recepción; asimismo, debe

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 3 de 18

actualizar la información de los expedientes abiertos en el Sistema, hasta su conclusión.

- d) Integrar la documentación en sus respectivos expedientes y foliarla en orden cronológico.
- e) Verificar que se realicen adecuadamente y con oportunidad las notificaciones de los comunicados (atención de instancia, citatorios y oficios) que se generen durante la integración de los expedientes y, de ser el caso, se notifiquen de manera personal a los destinatarios.
Para realizar las notificaciones podrá solicitarse el apoyo del área de correspondencia de la Dirección de Administración del Hospital Juárez de México.
- f) Elaborar el acuerdo de trámite el mismo día en que reciba la información requerida.



- 3.4 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas supervisará la debida aplicación de los Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias y las demás disposiciones en la materia, a fin de atender, tramitar, investigar y resolver las quejas y denuncias que se reciban.
- 3.5 Durante la etapa de investigación de las quejas y denuncias, no se otorgará a los solicitantes copia de las actuaciones que integran los expedientes, toda vez que las actuaciones que desarrolla el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas son de carácter interno y versan exclusivamente sobre hechos denunciados.
- 3.6 Cuando en los asuntos se requiera la participación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico u otra instancia, se deberá hacer la solicitud del dictamen correspondiente.
- 3.7 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas deberá comentar con el/la Titular del Área de Auditoría Interna la viabilidad de practicar una auditoría para esclarecer los hechos en aquellas quejas y denuncias que así se requiera. Una vez determinada procedente la auditoría, ambos titulares someterán el caso al Titular del Órgano Interno de Control para su visto bueno.
- 3.8 Se deberá dar seguimiento a las recomendaciones de los acuerdos de archivo que establezca el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas hasta su conclusión.
- 3.9 En los asuntos en que el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas se excuse de intervenir para su atención, tramitación y resolución, su conocimiento se entenderá reservado para el/la Titular del Órgano Interno de Control.
- 3.10 Las actividades del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que se señalan en este procedimiento, serán las relacionadas al Titular del Área de Quejas, conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.

Hoja: 4 de 18



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	1	Recibe queja o denuncia de pacientes, familiares o servidores públicos.	Queja o Denuncia
	2	Revisa la queja o denuncia para determinar si su atención es competencia del Órgano Interno de Control. ¿La queja o denuncia es competencia del Órgano Interno de Control?	
	3	No Entrega la queja o denuncia al/la Abogado (a) adscrito (a) e Instruye para que elabore el oficio de incompetencia.	
	4	Si: Analiza el contenido de la queja o denuncia por sí o con el/la Abogado (a) adscrito (a).	
	5	Define las líneas de investigación para su atención.	
	6	Entrega la queja o denuncia al/la Abogado (a) adscrito (a) para que la registre en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECA).	
	7	Solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que elabore el proyecto de acuerdo de radicación, el requerimiento de información y/o documentación, el comunicado de atención de instancia y la carátula de clasificación del expediente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	8	Recibe la queja o denuncia y registra en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECA).	Queja o Denuncia
	9	Elabora los siguientes documentos y entrega al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para su revisión. <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Acuerdo de radicación. • Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución. • Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. • Carátula de clasificación del expediente • Citorio para diligencia de investigación, si fuera el caso. 	
			Proyecto de Acuerdo de radicación. Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución. Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. Carátula de clasificación del

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.	



Hoja: 5 de 18

			expediente.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	10	Recibe documentación.	Proyecto de
	11	Revisa y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	Acuerdo de radicación.
	12	Firma el Acuerdo de radicación, el requerimiento de información y/o documentación, la atención de instancia y, en su caso, el citatorio para diligencia de investigación.	Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución.
	13	Comenta la queja o denuncia con el/la Titular del Órgano Interno de Control y le solicita que firme la carátula de clasificación del expediente.	Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. Carátula de clasificación del expediente.
Titular del Órgano Interno de Control.	14	Recibe carátula y toma conocimiento del asunto.	Carátula de clasificación del expediente.
	15	Asienta su firma autógrafa en la carátula y la entrega firmada al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	16	Recibe la carátula firmada.	Carátula de clasificación del expediente. Acuerdo de radicación. Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución. Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. Citatorio para diligencia de investigación.
	17	Entrega los documentos al/la Abogado (a) adscrito (a) para que inicie las gestiones. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Carátula de clasificación del expediente. ✓ Acuerdo de radicación. ✓ Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución. ✓ Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. ✓ Citatorio para diligencia de investigación. 	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas).	18	Recibe documentos. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Carátula de clasificación del expediente. ✓ Acuerdo de radicación. ✓ Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución. ✓ Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante. ✓ Citatorio para diligencia de investigación. 	Carátula de clasificación del expediente. Acuerdo de radicación. Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.	



Hoja: 6 de 18

	19	Integra expediente con la carátula de clasificación y el acuerdo de radicación.	de la institución.
	20	Notifica al/la quejoso (a) o denunciante el comunicado de atención de instancia y recaba acuse.	Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante.
	21	Notifica el citatorio para diligencia de Investigación al/los servidor(es) público(s) involucrado(s) y recaba el acuse.	Citatorio para diligencia de investigación.
	22	Entrega el requerimiento de información y/o documentación en la oficina del/la directora (a) General del Hospital y recaba el acuse de recibo.	Expediente
Director (a) General del Hospital Juárez de México	23	Recibe el requerimiento de información y/o documentación.	Requerimiento de información y/o documentación.
	24	Remite e instruye al/la Director (a) del área correspondiente lleve a cabo las acciones necesarias para su atención.	
Director (a) de Área.	25	Recibe el requerimiento de información y/o documentación.	Requerimiento de información y/o documentación.
	26	Recaba la información y/o documentación solicitada.	Oficio de respuesta.
	27	Elabora oficio de respuesta, archiva el oficio de requerimiento y envía al Director General el oficio de respuesta conservando acuse.	Información y/o documentación.
Director (a) General del Hospital Juárez de México.	28	Recibe la respuesta junto con la información y/o documentación solicitada.	Oficio de respuesta.
	29	Envía al Órgano Interno de Control la respuesta junto con la información y/o documentación solicitada. <hr/> La Dirección de área correspondiente, puede remitir directamente la respuesta al Órgano Interno de Control.	Información y/o documentación.
Titular del Órgano Interno de Control.	30	Recibe la respuesta junto con la información.	Oficio de respuesta.
	31	Turna dicha información al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Información y/o documentación.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	32	Recibe y revisa oficio de respuesta e información y la entrega al/la Abogado (a) adscrito (a) para que la integre al expediente.	Oficio de respuesta. Información y/o documentación.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de	33	Recibe la información y prevé el día de la comparecencia, que el equipo de cómputo y archivo a utilizar se encuentren preparados, para que la diligencia de investigación inicie con puntualidad, a fin de que no exceda de una hora, salvo en casos excepcionales.	
	34	Informa al/la Titular del Área de	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.	




Hoja: 7 de 18

Responsabilidades y de Quejas)		Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que todo está en orden para la comparecencia.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	35	Recibe la información y acude al área para presidir la diligencia.	Constancia de no comparecencia. Acta de comparecencia.
	36	¿Se presenta el compareciente el día señalado? No: Indica al/la abogado (a) adscrito (a) elaborar proyecto de constancia de no comparecencia.	
	37	Si: Preside la diligencia, elabora acta de comparecencia y entrega al/la abogado (a) para que integre expediente. <hr/> En caso de requerirse diligencias de investigación adicionales o mayor información y/o documentación, se realizan los requerimientos y comparecencias necesarias incluso Dictamen Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	38	Recibe el acta y prepara el expediente integrado con toda la información recabada y lo presenta al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para comentarlo.	Acta de comparecencia. Expediente.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	39	Recibe expediente y analiza junto con el Abogado (a) adscrito (a) la información y documentación soporte que obra en el expediente. ¿Existen elementos para la instauración del procedimiento administrativo de responsabilidades	Expediente
	40	No: Devuelve el expediente al/la Abogado (a) adscrito (a) y lo instruye para que elabore el proyecto de acuerdo de archivo y el oficio de notificación que se deberá entregar al quejoso o denunciante.	
	41	Si: instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore el proyecto de acuerdo de turno al Área de Responsabilidades, así como el oficio de notificación al quejoso o denunciante.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	42	Recibe el expediente y elabora el proyecto de acuerdo de turno al Área de Responsabilidades y oficio de notificación al quejoso o denunciante.	Expediente. Proyecto de acuerdo de turno al Área de
	43	Conserva el expediente en el lugar asignado para	

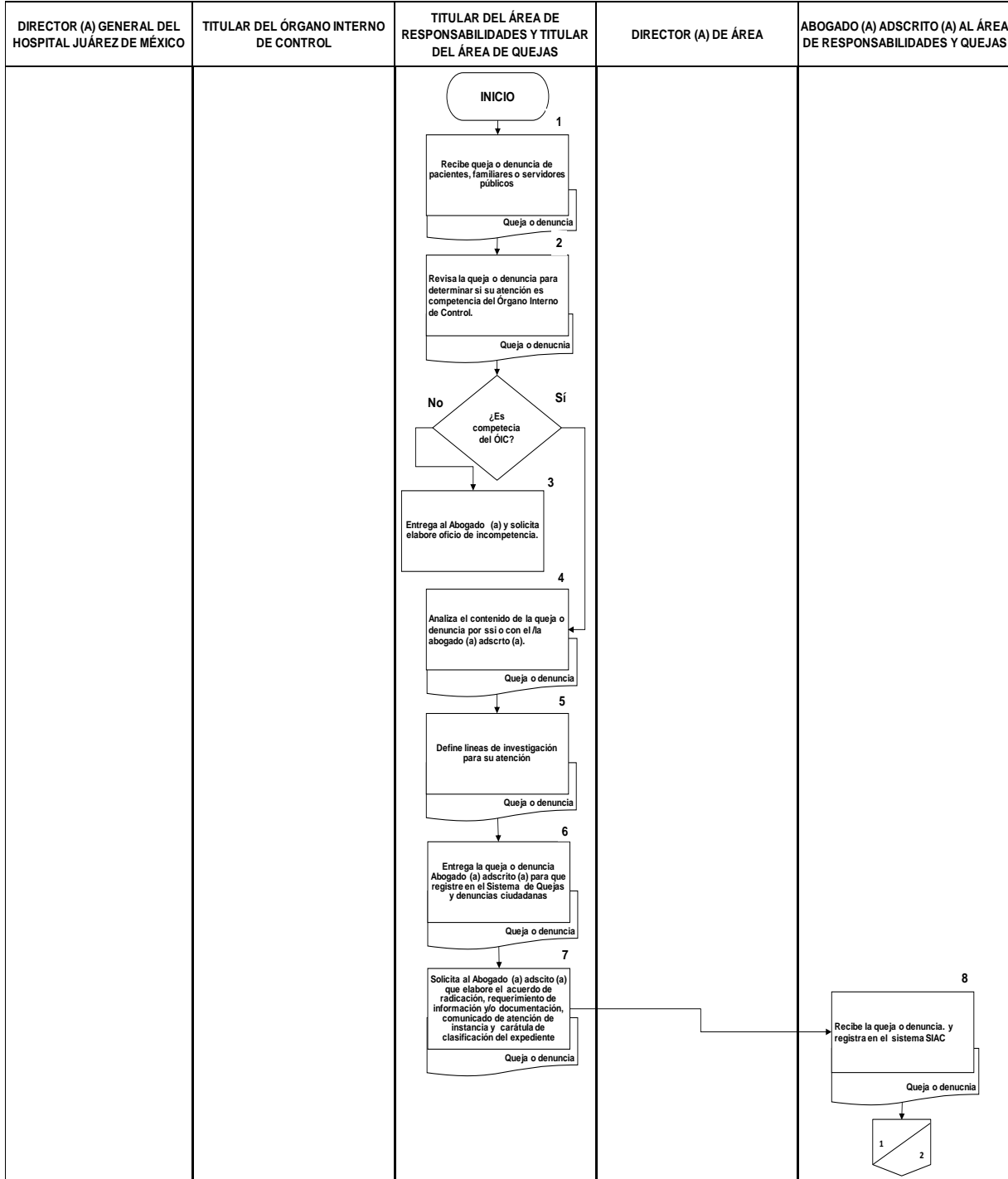
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.	

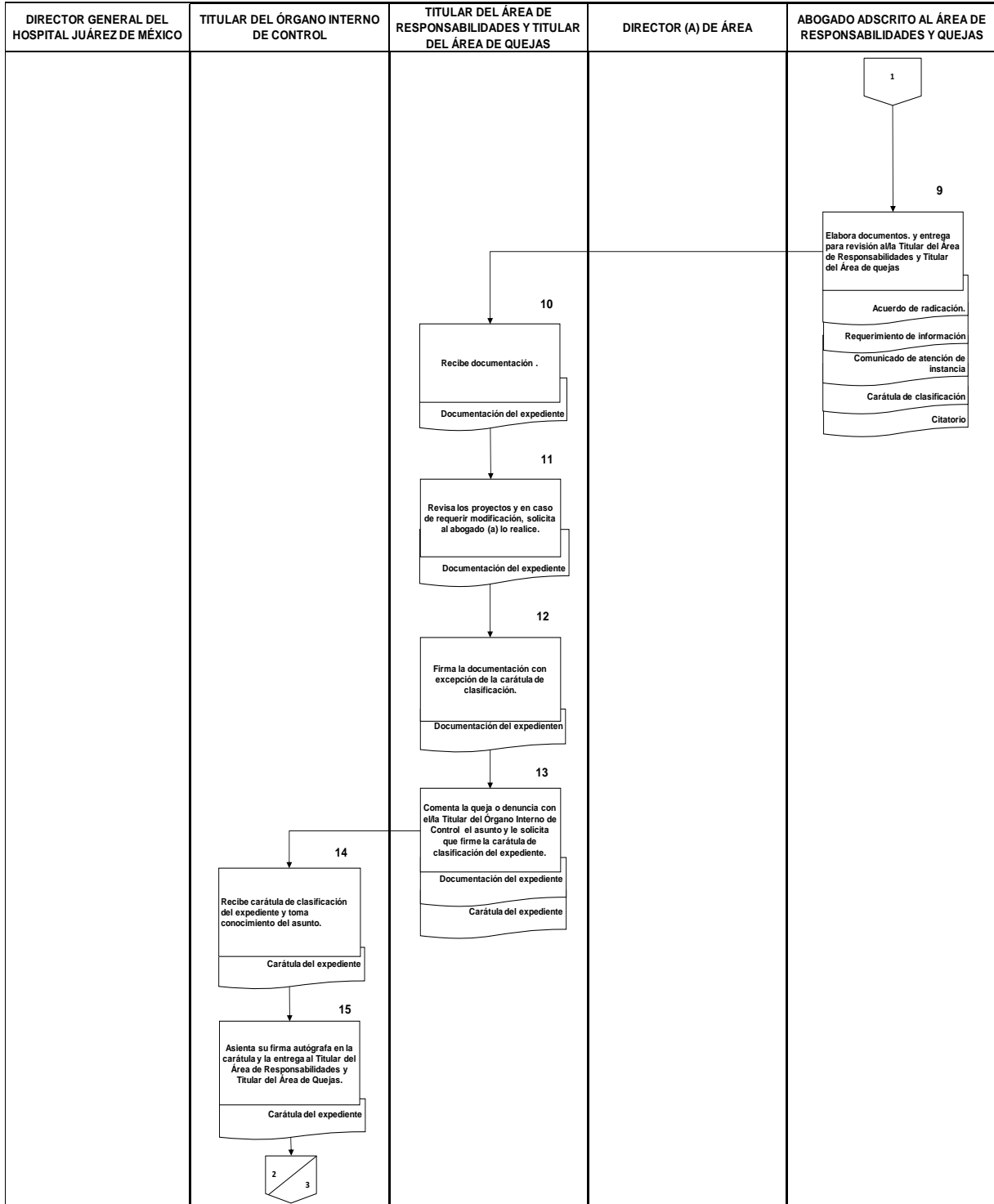
Hoja: 8 de 18

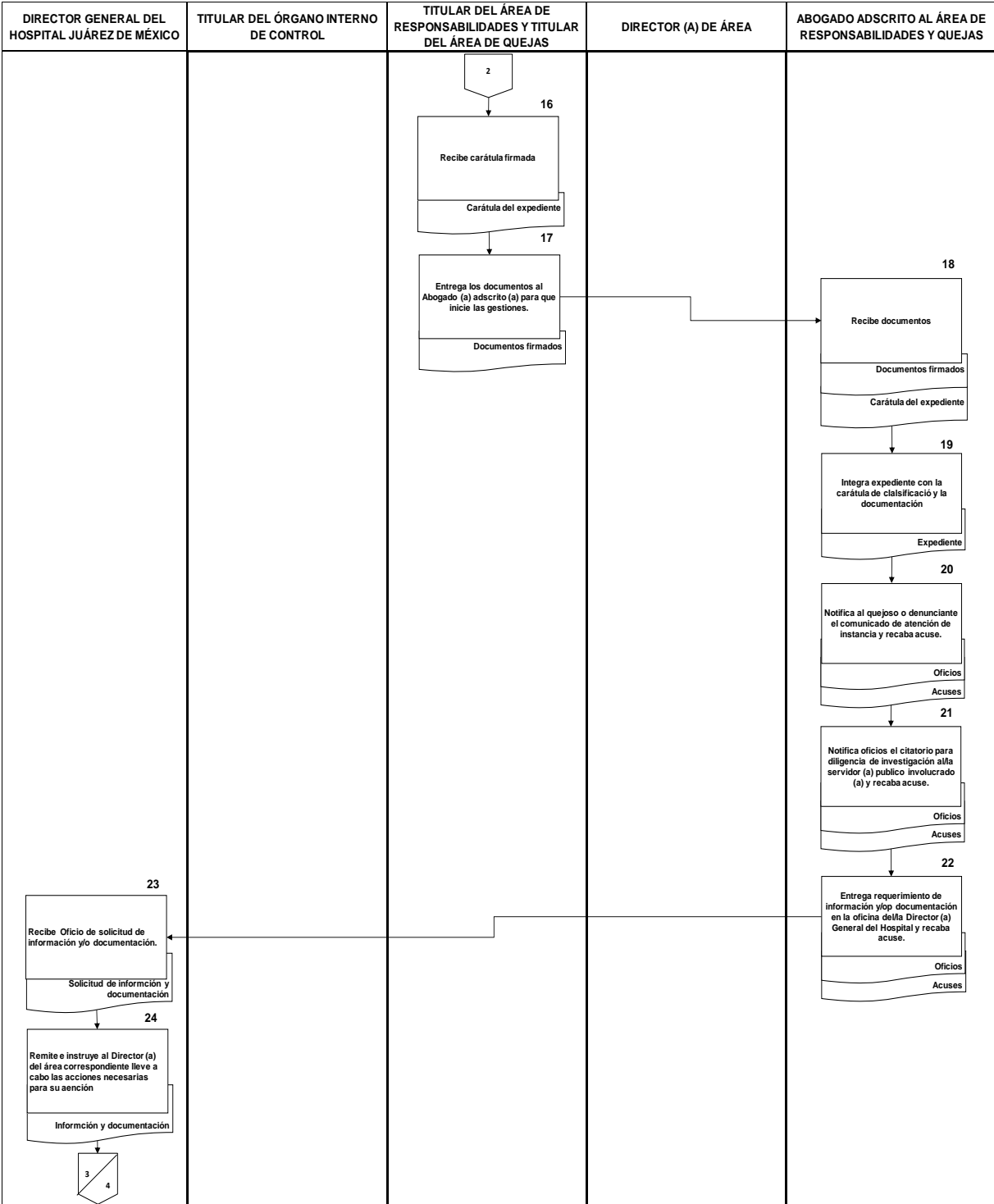
(Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)		ello, turna el acuerdo y el oficio al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para firma.	Responsabilidades. Oficio de notificación al quejoso o denunciante.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	44	Recibe y revisa documentos y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	Proyecto de acuerdo de turno al Área de Responsabilidades.
	45	Firma el acuerdo de turno y el oficio de notificación	Oficio de notificación al quejoso o denunciante.
	46	Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que se realicen las gestiones correspondientes y le entrega la documentación.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	47	Recibe documentos y notifica el oficio al quejoso o denunciante y recaba el acuse de recibo.	Expediente. Acuerdo de turno al Área de Responsabilidades.
	48	Integra el acuerdo de turno y el acuse de recibo de la notificación en el expediente.	Oficio de notificación al quejoso o denunciante.
	49	Da por concluida la queja o denuncia en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas (SIDECA). <hr/> Se dará seguimiento a la queja o denuncia a través del Procedimiento Administrativo de Responsabilidades, hasta su resolución	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

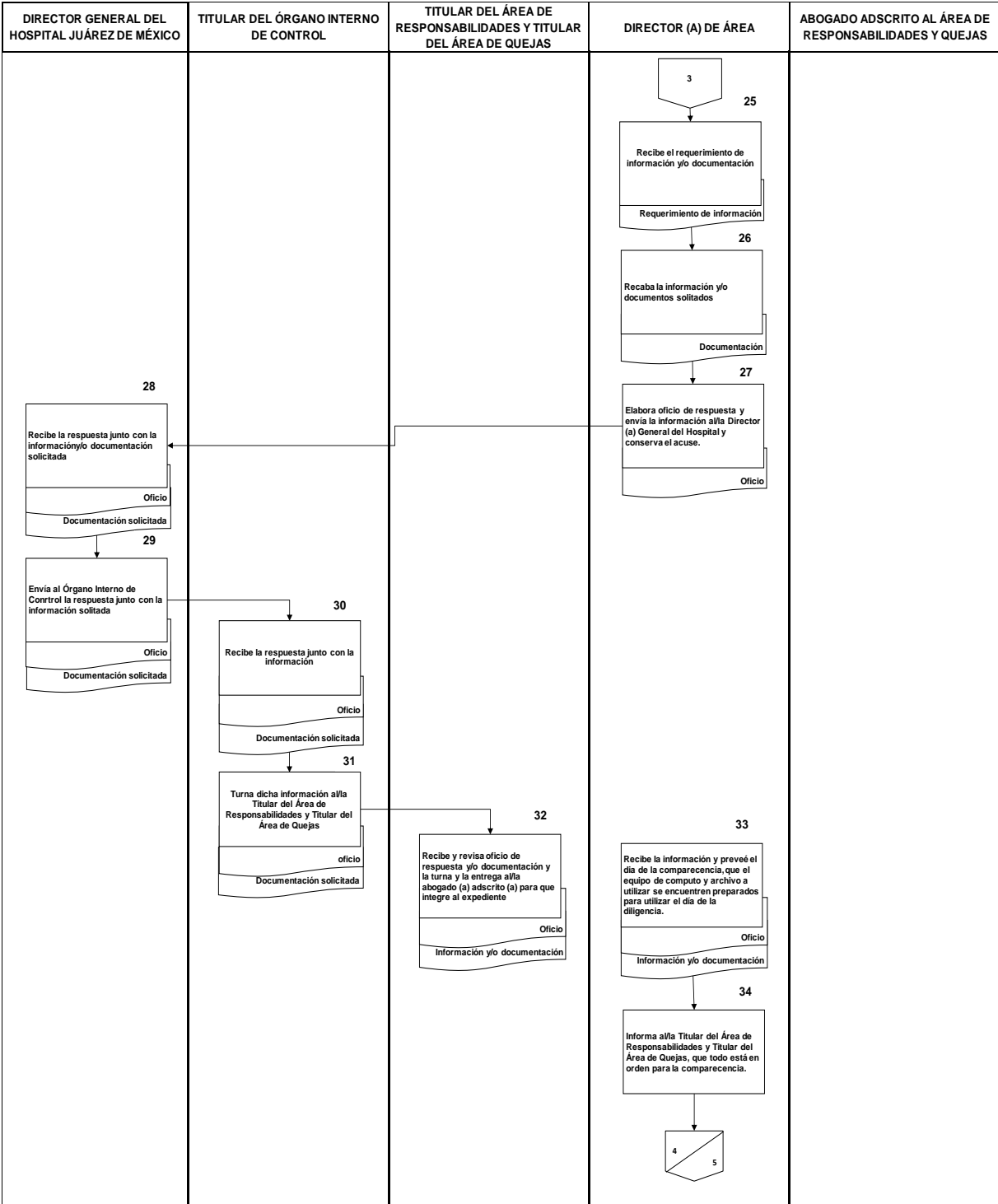
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 9 de 18

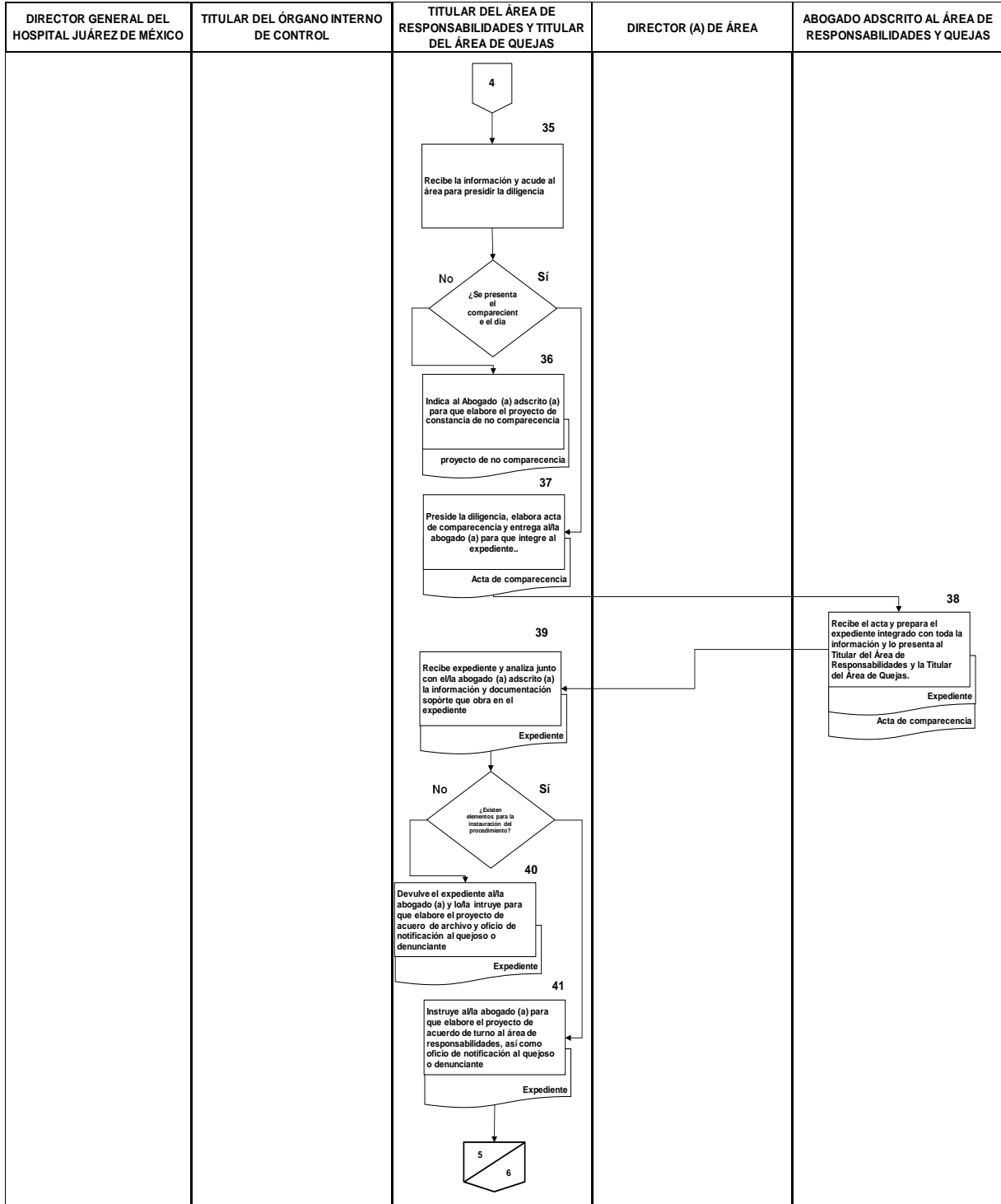
5 DIAGRAMA DE FLUJO






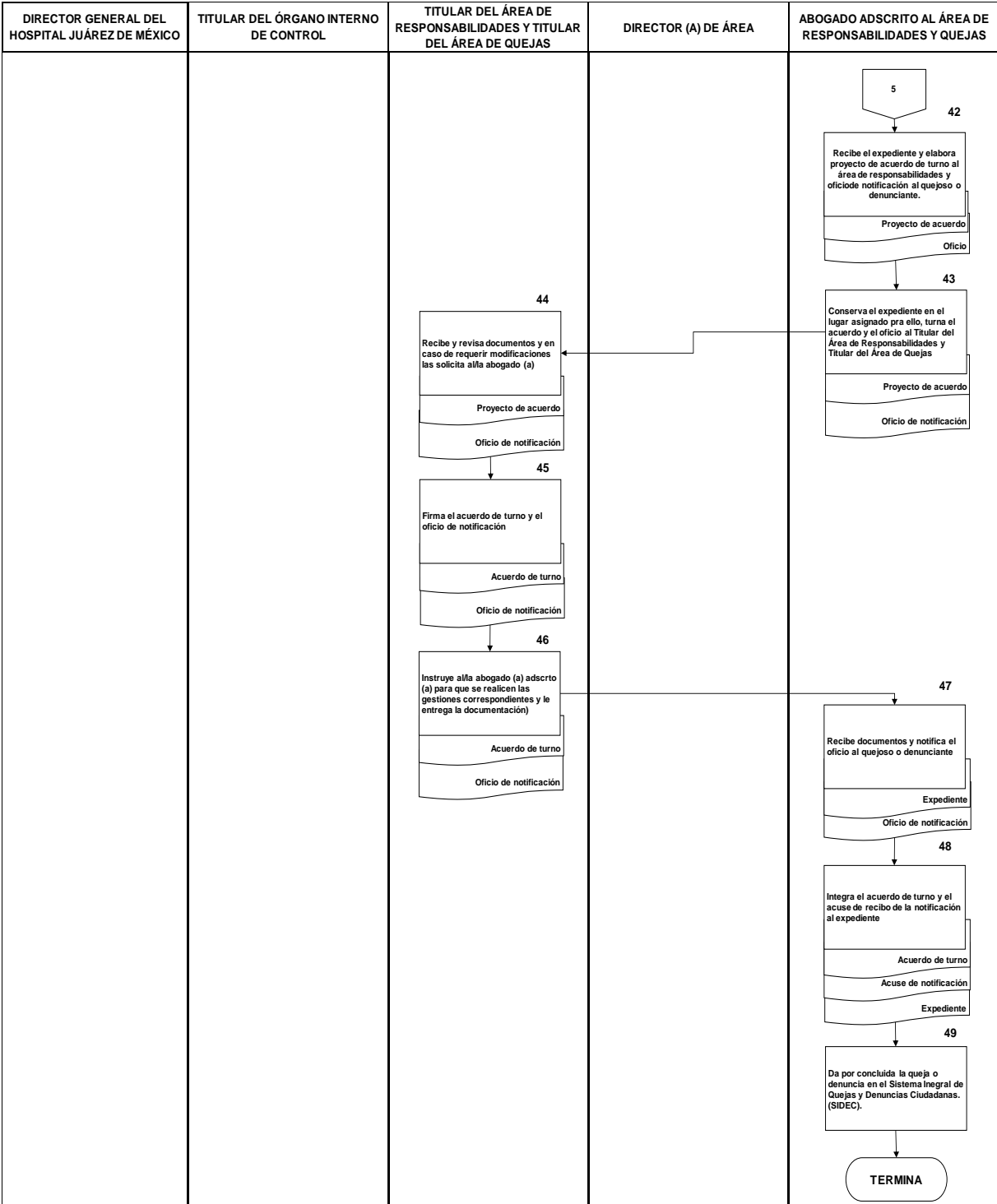











 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 14 de 18






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 15 de 18

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4 Ley Federal de las Entidades Paraestatales	Última reforma DOF 18-12-2015
6.5 Código Federal de Procedimientos Civiles.	Última reforma DOF 09-4-2012
6.6 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 28-01-2013
6.7 Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013	Última reforma DOF 02-01-2013
6.8 Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2005	Fecha de publicación DOF 26-01-2005
6.9 Lineamientos para la Atención, Investigación y Conclusión de Quejas y Denuncias	Última reforma DOF 25-04-2016
6.10 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.11 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.12 Manual de Organización Específico del Área de responsabilidades y el área de quejas del órgano interno de control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Queja.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.2 Denuncia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.3 Oficio de incompetencia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.4 Acuerdo de	2 años	Titular del Área de	N/A




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 16 de 18

radicación.		Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	
7.5 Requerimiento de información y/o documentación dirigido al titular de la institución.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.6 Comunicado de atención de instancia dirigido al quejoso o denunciante	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.7 Carátula de clasificación del expediente	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.8 Citatorio para diligencia de investigación	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.9 Oficio de respuesta.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.10 Información y/o documentación	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.11 Constancia de no comparecencia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.12 Acta de comparecencia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.13 Proyecto de acuerdo de archivo.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A
7.14 Acuerdo de turno al Área de Responsabilidades	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 17 de 18

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Acuerdo de archivo por falta de elementos:** Determinación de que el asunto no cuenta con los elementos suficientes para instruir procedimiento administrativo de responsabilidades, a partir de los antecedentes, consideraciones de hecho, de derecho y puntos resolutivos derivados del análisis acucioso de los hechos y pruebas recabadas.
- 8.2 **Acuerdo de radicación:** Acto mediante el cual la autoridad determina y funda su competencia para conocer del asunto que se le plantea, así como su decisión de abocarse a su atención.
- 8.3 **Acuerdo de turno al Área de Responsabilidades:** Determinación de que el asunto cuenta con los elementos suficientes para instruir procedimiento administrativo de responsabilidades, a partir de los antecedentes, consideraciones de hecho, de derecho y puntos resolutivos derivados del análisis acucioso de los hechos y pruebas recabadas, que determinará la infracción cometida y la presunta responsabilidad del o los servidores públicos involucrados.
- 8.4 **Atención de instancia al quejoso o denunciante:** Acto mediante la cual la autoridad informa al peticionario la recepción de su queja o denuncia, y el inicio de las investigaciones procedentes para el esclarecimiento de los hechos.
- 8.5 **Competencia:** Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.6 **Constancia de no comparecencia:** Acto por el que la autoridad hace constar la inasistencia del citado a la celebración de una diligencia de investigación.
- 8.7 **Denuncia:** Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona, que se hacen del conocimiento de la autoridad por un tercero.
- 8.8 **Determinación de competencia:** La competencia se determina de acuerdo a la naturaleza de los hechos, así como por la adscripción de los servidores públicos involucrados.
- 8.9 **Diligencia de investigación:** Actuación de carácter administrativo, cuyo fin consiste en la aportación de elementos que permitan determinar la existencia o no de presuntas irregularidades administrativas, cuyo requerimiento debe hacerse por oficio debidamente fundado y motivado.
- 8.10 **Líneas de investigación:** Acciones de la autoridad encaminadas a recabar los elementos suficientes para la atención de la queja o denuncia.
- 8.11 **Notificación:** Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	75. Procedimiento para la atención de Quejas y Denuncias.		Hoja: 18 de 18

8.12 **Queja: Manifestación** de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona, misma que los hace del conocimiento de la autoridad.




8.13 **Servidor Público:** Los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial de la Federación, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión o en la Administración Pública Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto, 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, la descripción del procedimiento y se realizan las modificaciones al diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.		Hoja: 1 de 18

76.PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE RESPONSABILIDADES.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS				Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL				
	76. Procedimiento	Administrativo	de	Responsabilidades.	

1. PROPÓSITO

- 1.1 Informar a los servidores públicos adscritos al Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, en qué consisten los procedimientos administrativos de responsabilidades.

2. ALCANCE




- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable al/la Titular del Órgano Interno de Control, Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas y al Abogado(a) adscrito(a), a fin de que durante la tramitación del procedimiento administrativo de responsabilidades se respete el debido proceso legal y a los servidores públicos del Hospital Juárez de México involucrados en el procedimiento
- 2.2 A nivel externo Este procedimiento es aplicable a la Administración Local de Recaudación del Servicio de Administración Tributaria (SAT), porque es la encargada de ejecutar las sanciones económicas impuestas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS



- 3.1 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas y el Abogado(a) adscrito(a), darán cumplimiento estricto a los plazos establecidos en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en cuanto a la substanciación del procedimiento administrativo en cita.

Asimismo, observarán el Código Federal de Procedimientos Civiles en el desahogo de los medios probatorios, así como en todas las situaciones previstas en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

- 3.2 Los procedimientos administrativos de responsabilidades podrán derivarse de quejas, denuncias u observaciones practicadas por el propio Órgano Interno de Control, la Auditoría Superior de la Federación o la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 El/la Abogado(a) adscrito(a), deberá:
- a. Dar de alta los expedientes en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades y actualizar la información que se genere, hasta su conclusión.
 - b. Integrar la documentación que reciba en los expedientes respectivos y foliarla en orden cronológico.
 - c. Verificar que se realicen conforme a la ley y con oportunidad las notificaciones de oficios y acuerdos generados durante la substanciación del procedimiento y emisión de la resolución y, en todo caso, que se lleven a cabo de manera personal a su destinatario, persona autorizada o abogado (a) defensor (a).
 - d. Observar las disposiciones jurídicas aplicables para la atención, trámite y resolución de los procedimientos administrativos de responsabilidades.
 - e. Resguardar los expedientes en el archivo correspondiente.
- 3.4 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, debe conducir los procedimientos administrativos de responsabilidades acorde a las disposiciones jurídicas aplicables para su atención, trámite y resolución.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS				Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL				
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.				Hoja: 3 de 18



- 3.5 Solo se deberán incluir en el presente procedimiento los expedientes que cuenten con elementos para instaurar procedimiento administrativo de responsabilidades, excluyendo aquellos en los que se emita acuerdo de archivo por falta de elementos, incompetencia o prescripción.
- 3.6 Las actividades del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que se señalan en el presente procedimiento, serán las relacionadas al Titular del Área de Responsabilidades conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.

Hoja: 4 de 18



4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	1	Recibe vía electrónica y físicamente el expediente que contiene asunto de presunta responsabilidad.	Expediente.
	2	Revisa la documentación junto con el/la Abogado (a) y determina actos u omisiones constitutivos de responsabilidad administrativa.	
	3	Gira instrucciones al/la Abogado (a) para que se dé seguimiento al asunto y se registre en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades y le entrega el expediente	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	4	Recibe expediente que contiene el asunto de presunta responsabilidad.	Carátula de clasificación del expediente. Acuerdo de Radicación. Acuerdo de Inicio de Procedimiento Administrativo. Citorio para Audiencia
	5	Registra los datos del expediente en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades.	
	6	Elabora los siguientes documentos: a) Carátula de clasificación del expediente; b) Acuerdo de Radicación; c) Acuerdo de Inicio de Procedimiento Administrativo; y d) Citorio para Audiencia.	
	7	Entrega al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, los documentos elaborados.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	8	Recibe la documentación.	Carátula de clasificación del expediente. Acuerdo de Radicación. Acuerdo de Inicio de Procedimiento Administrativo. Citorio para Audiencia.
	9	Revisa la documentación y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) que las realice.	
	10	Firma los acuerdos y el citorio.	
	11	Expone el asunto al/la Titular del Órgano Interno de Control y le solicita que firme la carátula de clasificación del expediente.	
Titular del Órgano Interno de Control.	12	Toma conocimiento del asunto y recibe la carátula para firma.	Carátula de clasificación del expediente.
	13	Asienta su firma autógrafa en la carátula y la entrega al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	14	Recibe la carátula e integra al expediente.	Carátula de clasificación del expediente. Expediente
	15	Entrega el Expediente al/la Abogado (a) adscrito (a) y le indica que notifique el citorio para audiencia al presunto responsable.	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.	



Hoja: 5 de 18

Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas).	16	Recibe el Expediente.	Expediente
	17	Integra la documentación al expediente.	
	18	Notifica personalmente al presunto responsable el citatorio para audiencia, recaba acuse de recepción y lo integra al expediente	Citatorio para audiencia
	19	Actualiza el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	20	Realiza la audiencia en la fecha y hora establecida.	Acta de audiencia
	21	¿Comparece el/la presunto (a) responsable? No: Elabora el acta de audiencia, acuerdo para ofrecimiento de pruebas y elabora oficio para formalizar la entrega del acta de notificación del plazo para ofrecimiento de pruebas y obtiene acuse de recibo del presunto responsable	Acta para ofrecimiento de pruebas Acuse Expediente
	22	Si: Elabora el acta de audiencia y elabora el acta para ofrecimiento de pruebas	
	23	Concluye la audiencia y notifica al/la presunto (a) responsable el plazo para ofrecimiento de pruebas.	
	24	Indica al/la Abogado (a) adscrito (a) que integre al expediente la documentación generada.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	25	Recibe documentos e integra en el expediente la documentación	Expediente
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	26	Espera a que concluya el término de ofrecimiento de pruebas.	
	27	¿Ofrece pruebas el/la presunto (a) responsable? No: Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que se genere el acuerdo de preclusión.	
	28	Sí: Recibe las pruebas ofrecidas por el presunto responsable, las analiza, comenta con el/la Abogado (a) adscrito (a), y entrega para su admisión y desahogo.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área	29	Elabora el Acuerdo de admisión y desahogo de pruebas y el oficio de notificación.	Acuerdos de admisión y desahogo de
	30	Presenta los acuerdos y oficio al/la Titular del	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.	



Hoja: 6 de 18

de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)		Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para su firma.	pruebas.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	31	Recibe documentación.	Documentación
	32	Revisa y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	
	33	Firma los documentos e instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) que se notifiquen.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	34	Recibe documentación y notifica al/la presunto (a) responsable, recaba acuse de recibo y glosa en el expediente.	Documentación Acuerdo de cierre de instrucción. Oficio de notificación de Acuerdo de cierre de instrucción.
	35	Elabora el acuerdo de cierre de instrucción y oficio de notificación.	
	36	Presenta al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, para su firma.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	37	Recibe documentación.	Documentación
	38	Revisa y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	
	39	Firma los documentos e indica al/la Abogado (a) adscrito (a) que se notifiquen.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	40	Recibe documentación.	Documentación
	41	Notifica al/la presunto (a) responsable, recaba acuse de recibo y glosa en el expediente, revisa la información integrada al expediente y acude con el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para comentarlo.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	42	Recibe expediente y analiza la información y determina si existe o no responsabilidad.	Expediente.
	43	Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore el proyecto de resolución correspondiente, así como los oficios de notificación.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las	44	Recibe instrucción y elabora proyecto de resolución determinando inexistencia o existencia de la responsabilidad administrativa según corresponda, con las sanciones administrativas y económicas impuestas al/la infractor (a), así como los respectivos oficios de notificación.	Proyecto de resolución. Oficios de notificación.

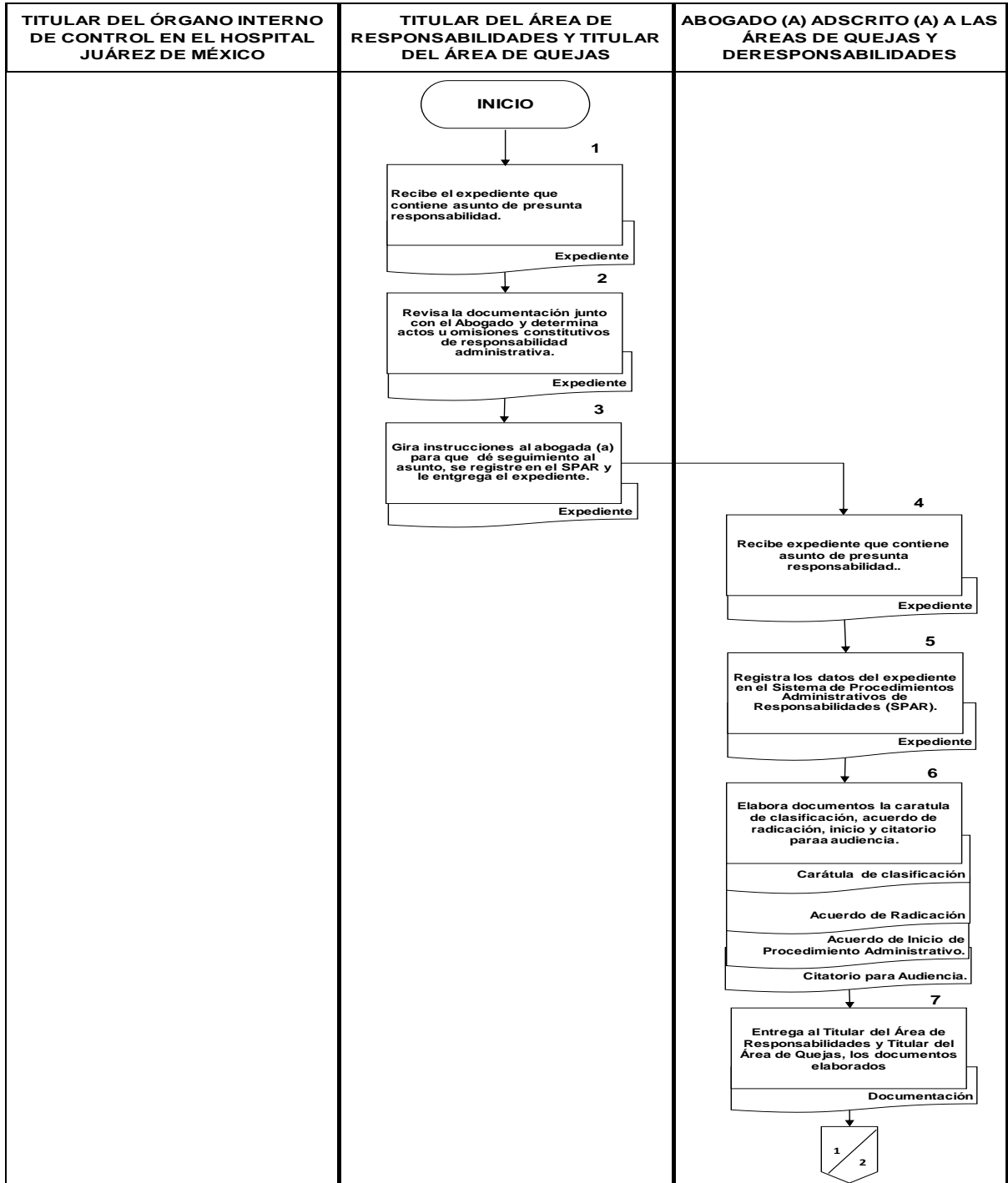
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.	

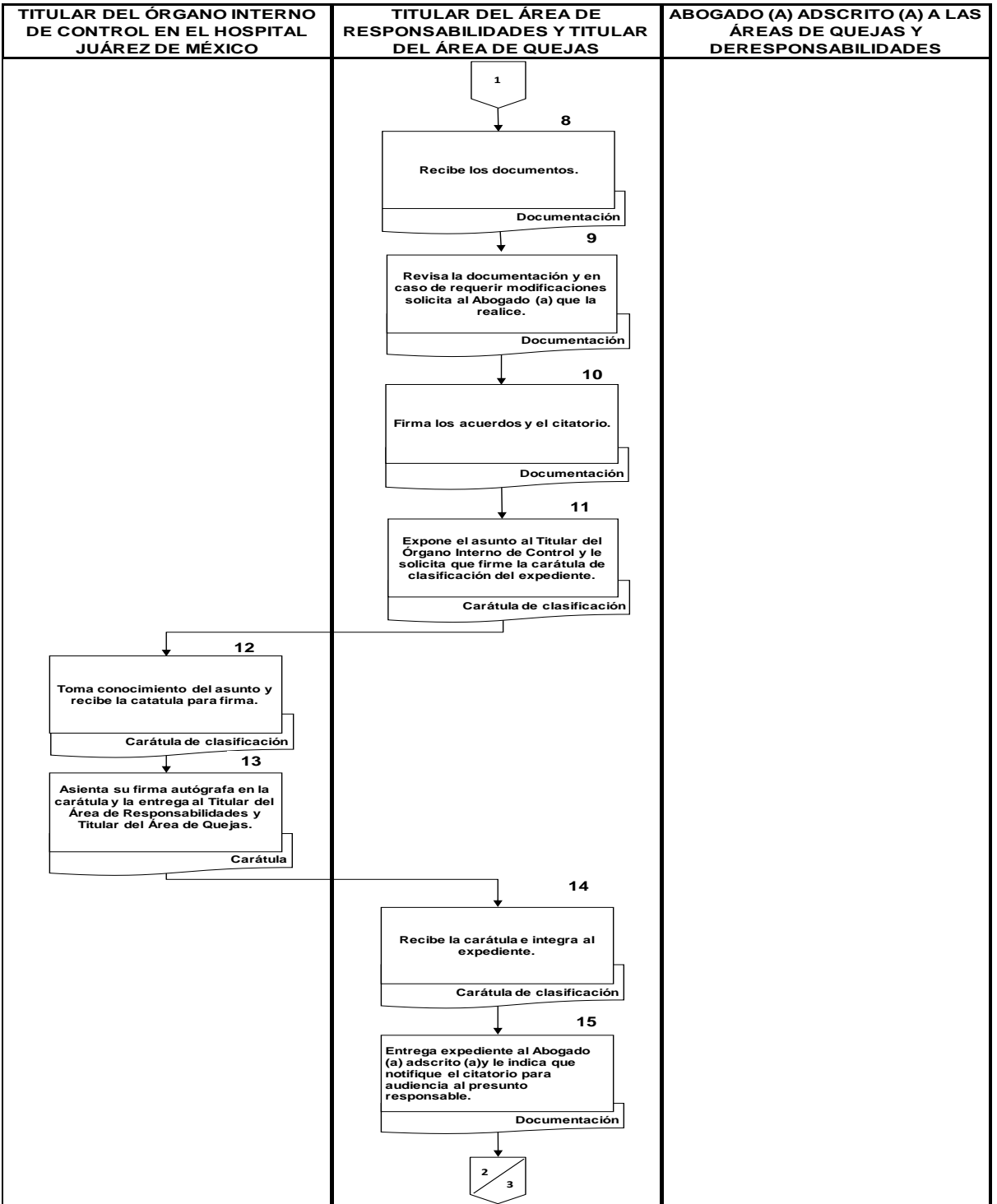
Hoja: 7 de 18




Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	45	Somete a revisión del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	46	Recibe los documentos.	Resolución. Oficios de notificación.
	47	Revisa que la resolución y los oficios cumplan con los requisitos de fondo y forma y, en caso de modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	
	48	Firma los documentos e indica al/la Abogado adscrito que se notifiquen.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	49	Recibe los documentos firmados.	Documentación
	50	Notifica al Servidor Público la resolución. En caso de que se determine la existencia de la responsabilidad administrativa, también se deberá notificar al Superior jerárquico del Servidor Público y/o al Director General del Hospital Juárez y si la resolución conlleva pena económica, también notificará a la Administración Local de Recaudación del Servicio de Administración Tributaria (SAT), que corresponda al domicilio del infractor, para que ejecute la sanción económica impuesta al responsable.	
	51	Requisita documentación y archiva en el expediente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	52	Recibe de la Administración Local de Recaudación del Servicio de Administración Tributaria (SAT), las constancias de ejecución de las sanciones administrativas impuestas al infractor, y en su caso la asignación y ejecución del crédito fiscal correspondiente a la sanción económica.	Constancias de asignación y ejecución de las sanciones.
	53	Revisa, informa al/la Abogado (a) adscrito (a) y le ordena su glosa.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	54	Recibe las constancias.	Constancias de asignación y ejecución de las sanciones. Expediente
	55	Glosa al expediente las constancias de asignación y ejecución.	
	56	Actualiza el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

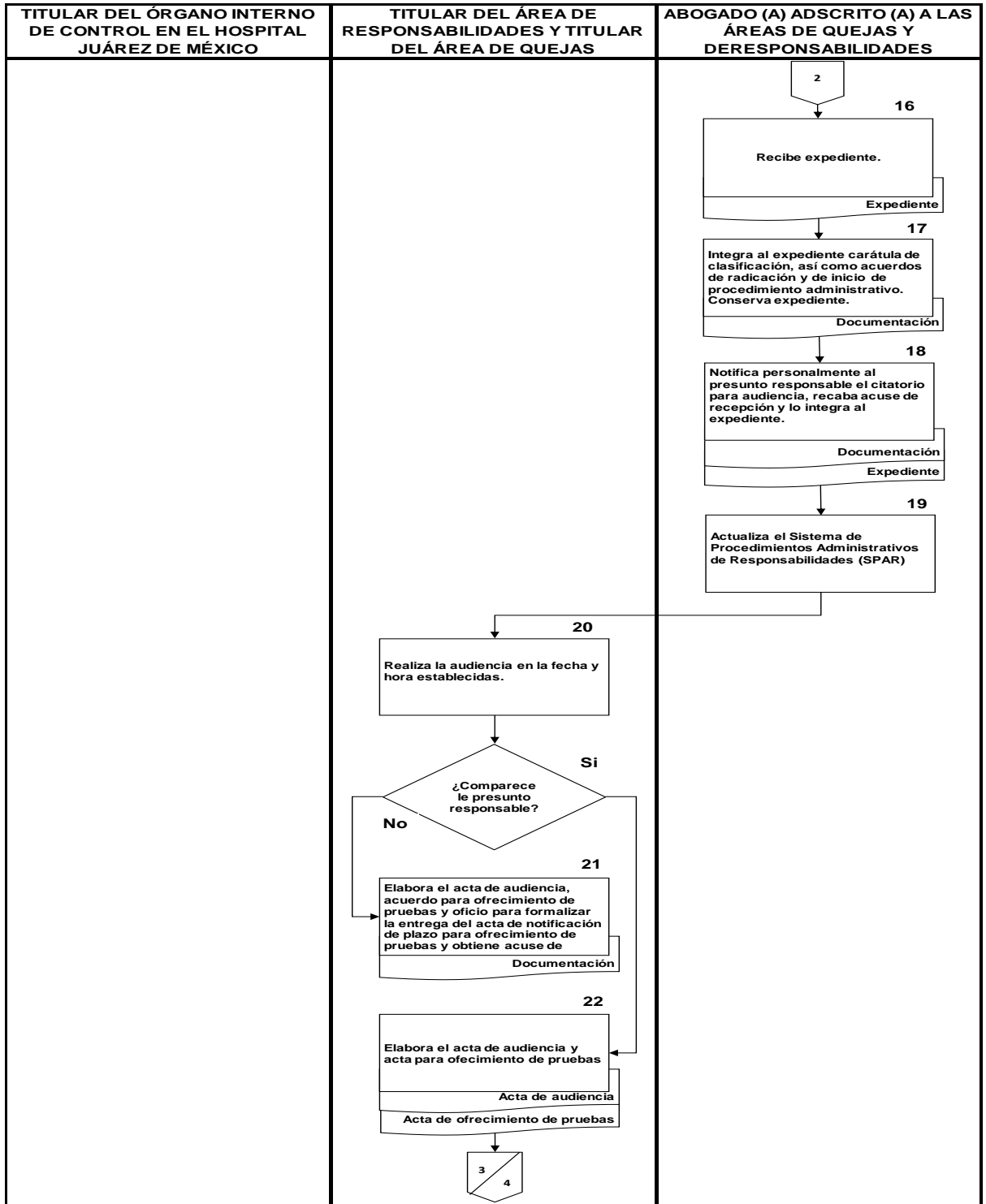
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	76.	Procedimiento	Administrativo	de
Responsabilidades.				

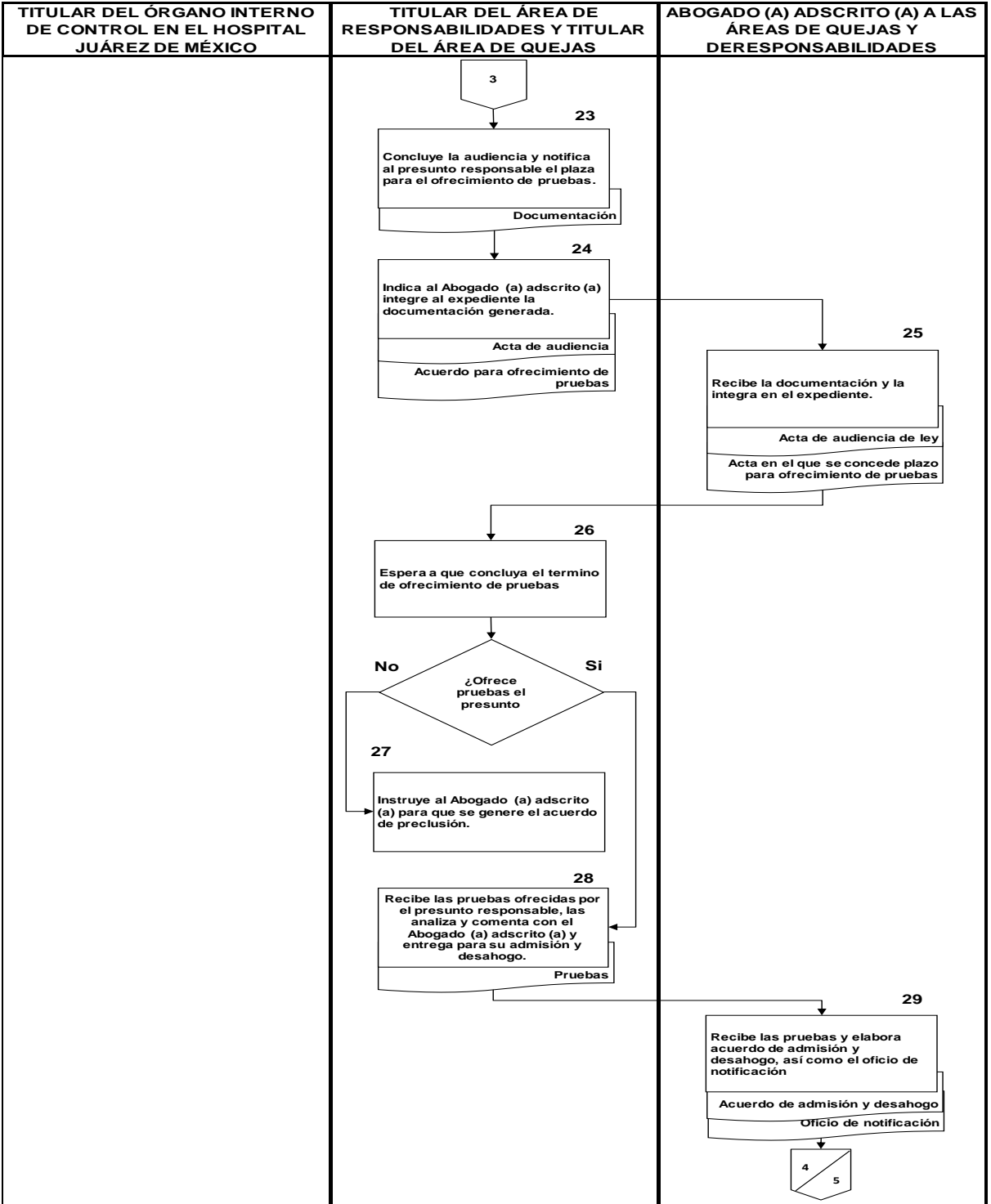
5 DIAGRAMA DE FLUJO






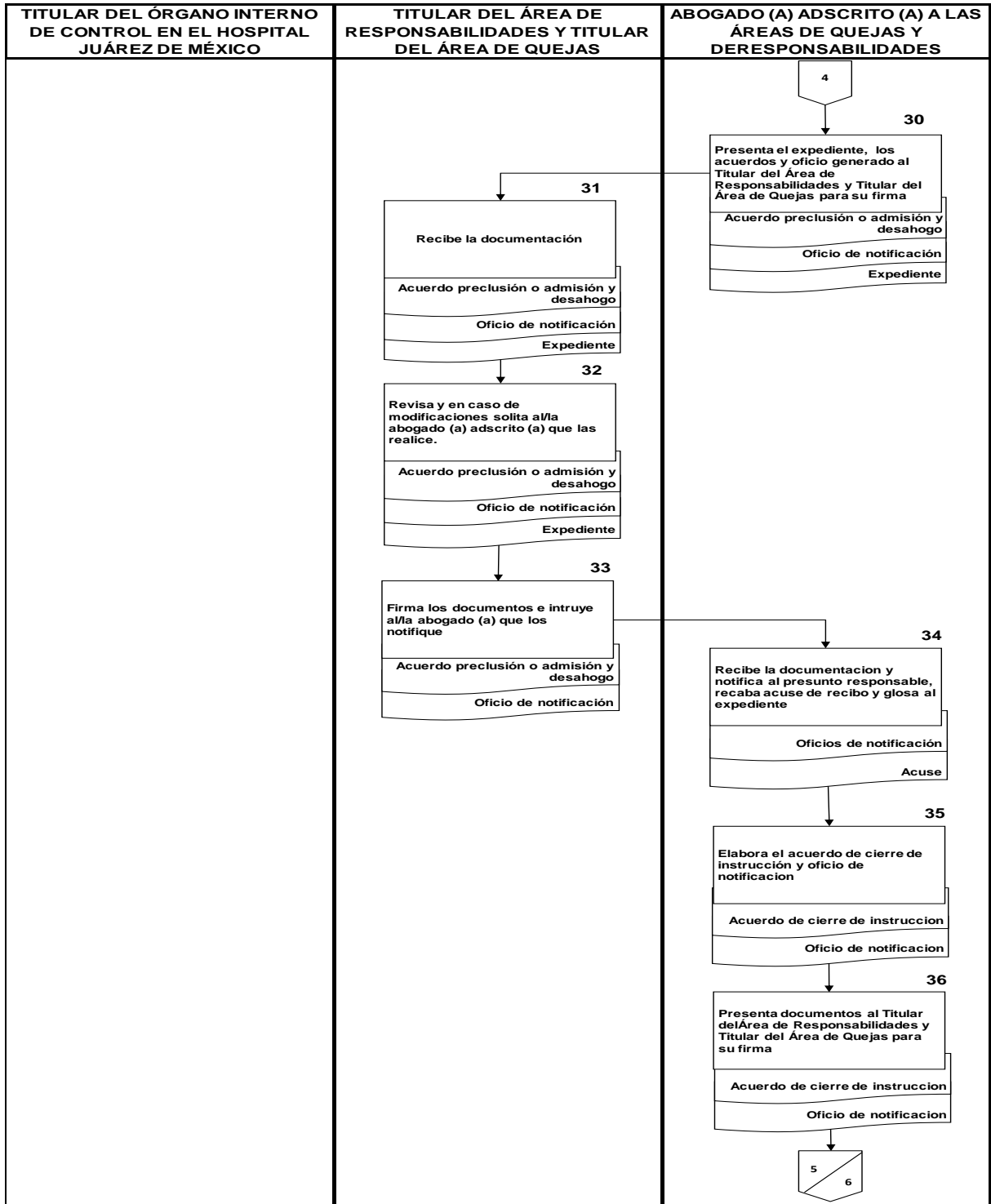





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	76.	Procedimiento	Administrativo	de

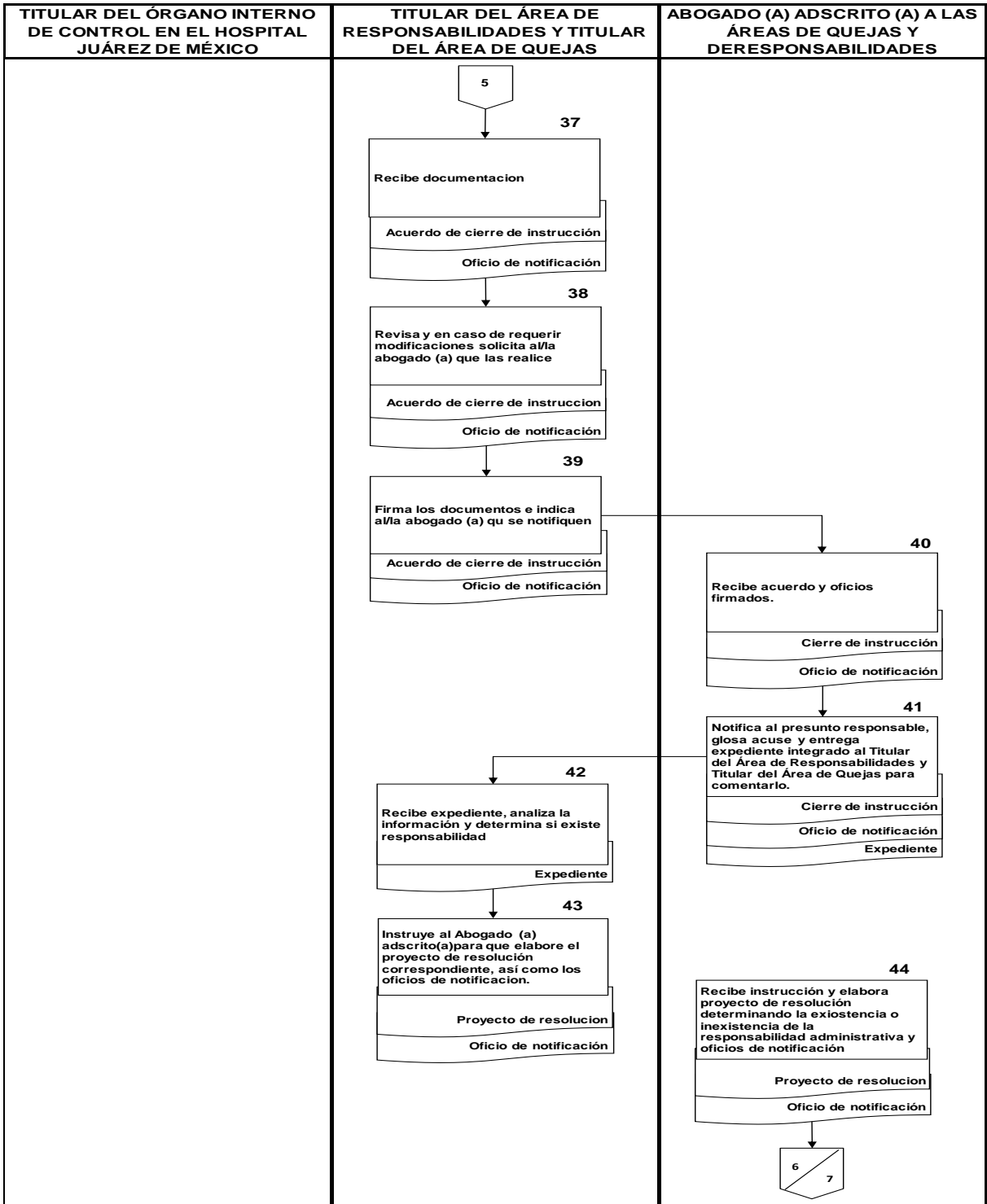







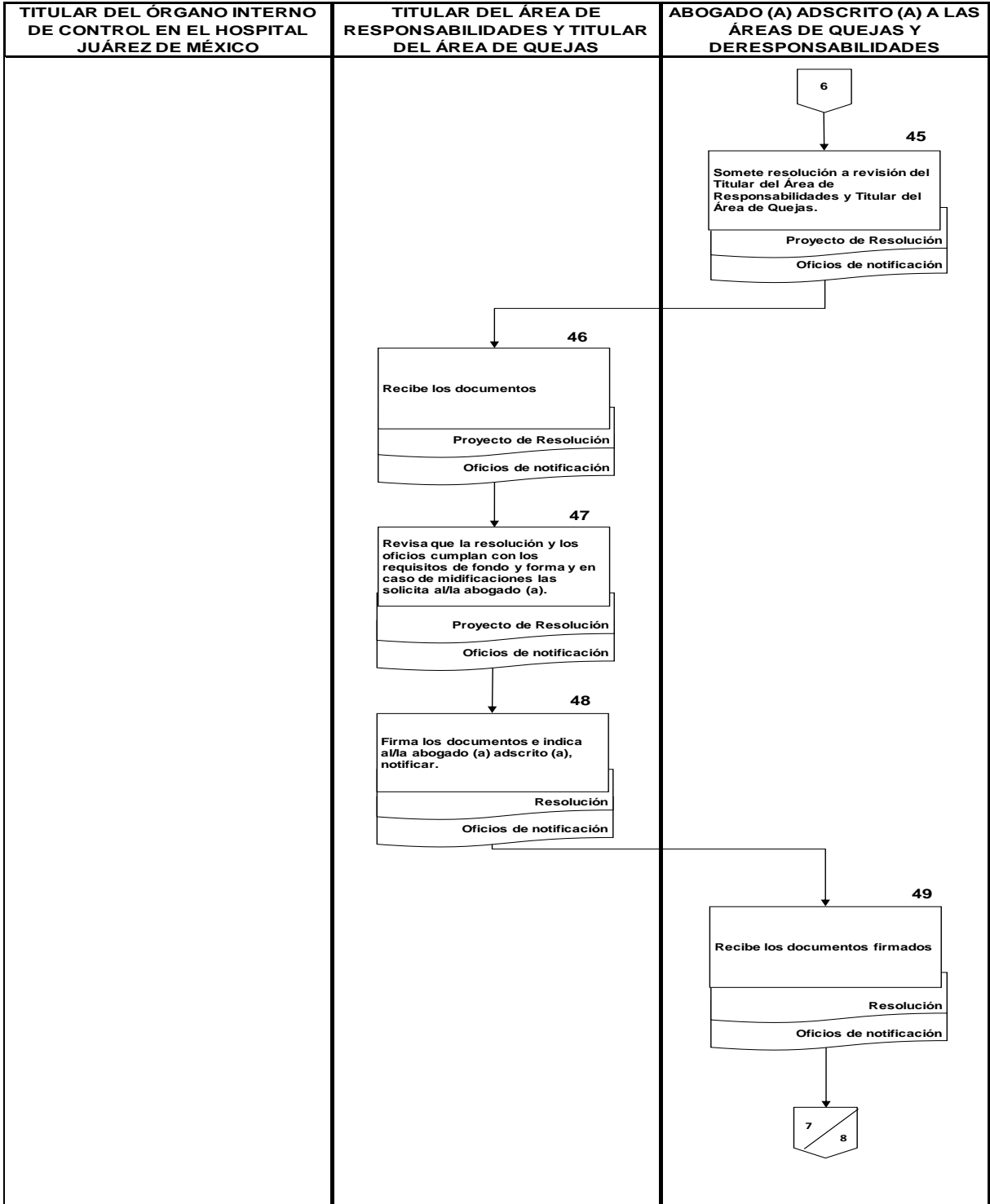
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		Hoja: 12 de 18
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.		






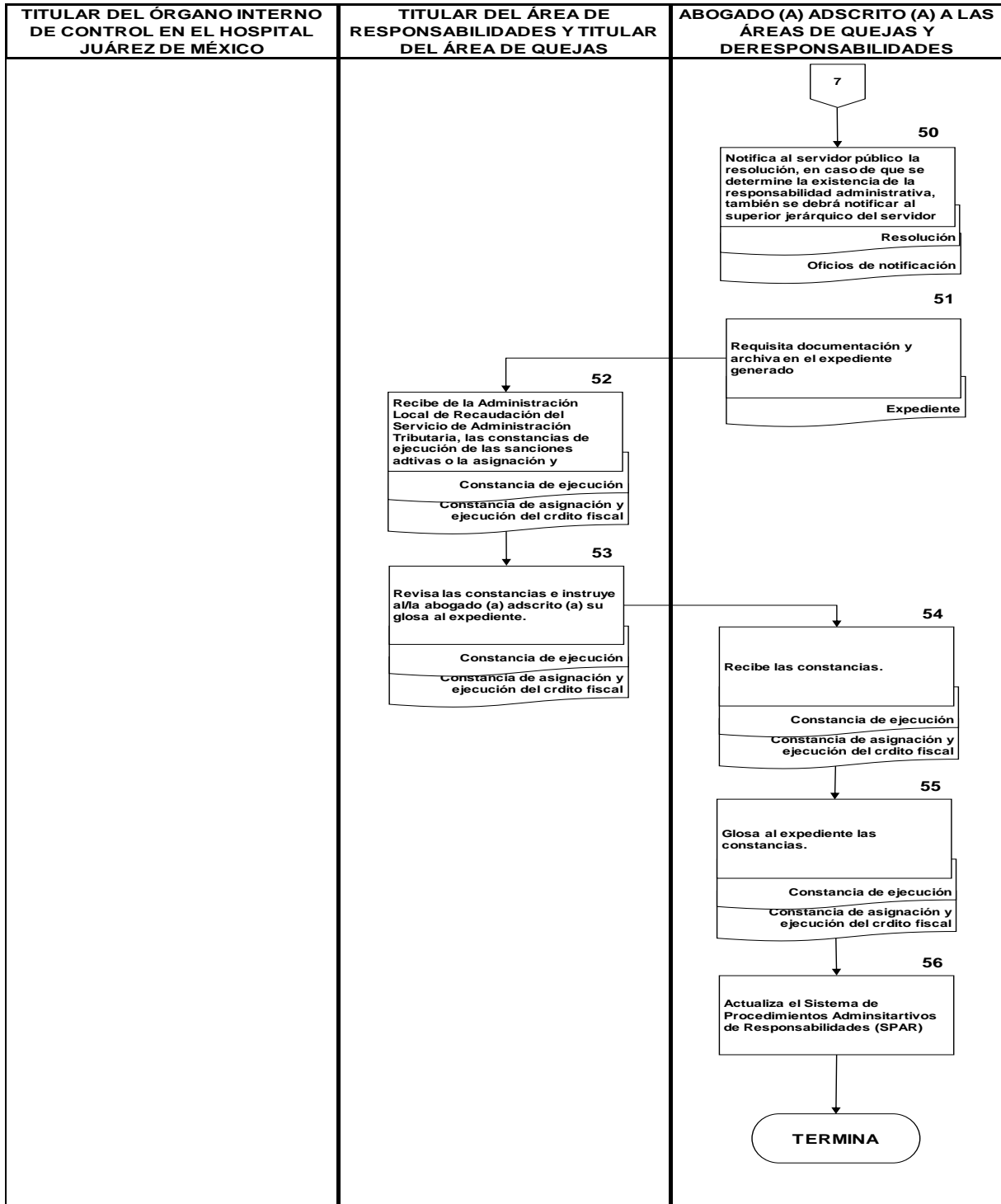
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		Hoja: 13 de 18
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.		






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	76. Procedimiento Administrativo de Responsabilidades.		de



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	76.	Procedimiento	Administrativo	de
Responsabilidades.				






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS				Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL				
	76.	Procedimiento	Administrativo		de
Responsabilidades.					

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3	Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4	Ley Federal de las Entidades Paraestatales	Última reforma DOF 18-12-2015
6.5	Código Federal de Procedimientos Civiles.	Última reforma DOF 09-4-2012
6.6	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 28-01-2013
6.7	Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013	Última reforma DOF 02-01-2013
6.8	Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2005	Fecha de publicación DOF 12-10-2016
6.9	Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Publicado en el DOF el 17-10-2016
6.10	Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.11	Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.12	Manual de Organización Específico del Área de responsabilidades y el área de quejas del órgano interno de control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carátula de clasificación del expediente.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.2 Acuerdo de radicación.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.3 Acuerdo de inicio de procedimiento administrativo.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.4 Citorio para	3 años	Titular del Área de	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	76. Procedimiento	Administrativo		de
Responsabilidades.				

audiencia de ley.		Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
7.5 Expediente.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.6 Resolución.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.7 Oficios de notificación.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.8 Oficio recordatorio.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.9 Constancias de ejecución.	3 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acto administrativo: La decisión general o especial que, en el ejercicio de sus funciones, toma la autoridad administrativa.
- 8.2 Acto de autoridad: El realizado por la Administración Pública, por sus representantes, en cumplimiento de las funciones jurídicas que a ella le atañen.
- 8.3 Audiencia de ley: Es la cristalización de la garantía de audiencia prevista en el artículo 14, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 8.4 Procedimiento: Coordinación de actos ligados entre sí, que tiene como consecuencia la emisión del acto administrativo.
- 8.5 Resolución: Es el acto de la autoridad administrativa que define o da certeza a una situación legal o administrativa.
- 8.6 Responsabilidad: Capacidad de responder por los actos u omisiones.
- 8.7 Sanción: Es la consecuencia jurídica que el incumplimiento de un deber produce con relación al obligado.
- 8.8 Servidor público: Toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Federal, quien será responsable por los actos y omisiones en que incurra en el desempeño de sus respectivas funciones.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS				Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL				
	76.	Procedimiento	Administrativo		de
Responsabilidades.					

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto, 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, la descripción del procedimiento y se realizan las modificaciones al diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 1 de 16

77.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 2 de 16

1. PROPÓSITO




- 1.1 Informar e inducir al personal respecto de la atención, trámite y resolución de las inconformidades interpuestas por los actos que contravengan lo dispuesto por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y por la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, con el propósito de atender y brindar un mejor servicio a los licitantes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a los servidores públicos adscritos al Área de Responsabilidades y Área de Quejas, así como al personal del Hospital Juárez de México que así corresponda.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a las empresas licitantes que presenten alguna inconformidad, en materia de adquisiciones u obra pública y, en su caso a los terceros perjudicados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS



- 3.1 El personal del Área de Responsabilidades y Área de Quejas deberá dar cumplimiento estricto a este procedimiento, dentro de los plazos establecidos.
- 3.2 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas debe conducir los procedimientos acorde a las disposiciones jurídicas aplicables, para la atención, trámite y resolución de inconformidades en materia de adquisiciones u obra pública.
- 3.3 En caso de que el escrito de inconformidad no cumpla con el requisito de procedibilidad previsto en el artículo 65 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se desechará sin que previamente se aperciba a la empresa inconforme. Para el caso de las inconformidades en materia de obra pública, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.
- 3.4 Los registros de adquisiciones y obra pública se utilizarán dependiendo de la materia de la inconformidad.
- 3.5 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas deberá informar mediante oficio a la Secretaría de la Función Pública cuando el monto asignado para la licitación en la cual se inconforma(n) el(los) licitante(s) supere los \$10'000,000.00 (diez millones de pesos M.N. 00/100), para que ésta actúe en consecuencia.
- 3.5 En caso de que se ejerza la facultad de atracción de un expediente de inconformidad por parte de la Secretaría de la Función Pública, el Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas deberá remitir mediante oficio el expediente de inconformidad de que se trate.
- 3.6 El/la Abogado(a) adscrito(a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas deberá:

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 3 de 16

- a) Agregar de inmediato la documentación que reciba dentro de los respectivos expedientes; asimismo, la foliará en orden cronológico.
- b) Actualizar el Sistema de Inconformidades (SIINC) con los avances que presenten los expedientes.
- c) Realizar con oportunidad las notificaciones de los oficios y acuerdos generados durante la integración de los expedientes, de manera personal a sus destinatarios cuando así proceda, para ello utilizará el citatorio y cédula de notificación correspondientes.
- d) Observar las disposiciones jurídicas aplicables, para la atención, trámite y resolución de inconformidades, dándoles seguimiento hasta su conclusión.
- e) Elaborar la carátula de clasificación del expediente, la cual será firmada por el Titular del Órgano Interno de Control.

3.7 Cuando se solicite información al área convocante y ésta no dé contestación en el término concedido, se emitirá recordatorio, y en caso de que no se proporcione toda la información solicitada, se enviará un nuevo requerimiento.



3.8 Las actividades del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que se señalan en el presente procedimiento, serán las relacionadas al/la Titular del Área de Responsabilidades conforme a lo dispuesto en el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.



Hoja: 4 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	1	Recibe del concursante no elegido escrito de inconformidad y determina su competencia.	Escrito de inconformidad.
	2	Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que lo registre en el Sistema de Inconformidades (SIINC).	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	3	Recibe instrucción, registra escrito de inconformidad en el Sistema (SIINC) e informa al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	Escrito de inconformidad.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	4	Analiza el escrito de conformidad para determinar su competencia. ¿Es competencia del OIC?	Inconformidad. Acuerdo de incompetencia. Acuerdo de prevención o admisión. Oficio de solicitud de información e informe circunstanciado
	5	No: Indica al/la abogado (a) adscrito (a) que elabore acuerdo de incompetencia.	
	6	Si: Solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) elabore acuerdo de prevención al inconforme o de admisión en su caso, así como la solicitud de documentación y el informe circunstanciado, dirigidos al/la Director (a) General del Hospital.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	7	Elabora el acuerdo de prevención o admisión dirigido al inconforme, así como oficio y solicitud de informe circunstanciado al/la Director (a) General del Hospital (convocante).	Acuerdo de prevención o admisión. Oficio de solicitud de información e informe circunstanciado.
	8	Entrega al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, para su revisión.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	9	Recibe y revisa los documentos y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	Acuerdo de prevención o admisión. Oficio de solicitud de información e informe circunstanciado.
	10	Emite los documentos e instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que se notifiquen.	
Titular del Área de Responsabilidades	11	Recibe documentos y notifica el acuerdo de prevención o admisión al inconforme y recaba	Acuerdo de prevención o

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.	
		Hoja: 5 de 16

y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	12	acuse de recibo. Entrega el oficio de solicitud de información y la Solicitud de informe circunstanciado al/la Director (a) General del Hospital.	admisión. Oficio de solicitud de información e informe circunstanciado.
	13	Glosa los acuses de recibo al expediente.	Expediente.
Director (a) General del Hospital Juárez de México	14	Recibe requerimiento de información.	Oficio de solicitud de información e informe circunstanciado.
	15	Turna a la Dirección de Administración para que lo atienda.	
Director (a) de Administración.	16	Recibe requerimiento y elabora respuesta que turna al/la Titular del Órgano Interno de Control.	Documentación. Informe circunstanciado.
	17	Recaba acuse de recibo y lo conserva en su expediente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	18	Recibe la información y la revisa, de existir terceros perjudicados, hace de su conocimiento la presentación de la inconformidad para que se pronuncien al respecto.	Documentación. Informe circunstanciado. Escritos de terceros.
	19	¿Desahoga la vista los terceros interesados? No: Solicita al/la Abogado (a) que integre el acuerdo de preclusión y le entrega la documentación.	
	20	Si: Analiza su contenido y la documentación soporte, turna al/la Abogado (a) adscrito (a) y lo instruye para que elabore el acuerdo de pruebas y el acuerdo de cierre de instrucción.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	21	Recibe escritos de los terceros.	Escritos de terceros. Proyectos de acuerdos de pruebas y de cierre de instrucción. Expediente.
	22	Glosa los escritos de terceros en el expediente.	
	23	Elabora proyectos de acuerdos de pruebas y de cierre de instrucción y turna al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas para su revisión.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	24	Recibe, revisa los acuerdos y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la Abogado (a) adscrito (a) que las realice.	Acuerdos de pruebas y de cierre de instrucción.
	25	Emite ambos documentos e instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que notifique el acuerdo de cierre de instrucción.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las	26	Recibe documentos y glosa el acuerdo de pruebas en el expediente.	Acuerdo de pruebas. Acuerdo de cierre de instrucción. Expediente.
	27	Notifica el acuerdo de cierre de instrucción al tercero perjudicado y al inconforme.	
	28	Recaba acuses de recibo y los glosa en el expediente.	




 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.	
Hoja: 6 de 16		

Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	29	Actualiza la información en el Sistema de Inconformidades.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	30	Revisa que el expediente se encuentre debidamente integrado.	Expediente.
	31	Acuerda con el/la Abogado (a) adscrito (a) el sentido de la resolución.	
	32	¿Es procedente la inconformidad? No: Instruye al/la Abogado (a) para que elabore el proyecto de resolución en el que se declare infundada la inconformidad.	
	33	SI: instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore el proyecto de resolución en el que se declare fundada la inconformidad.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	34	Recibe instrucción y elabora el proyecto de resolución en el que se declara infundada o fundada la inconformidad.	Proyecto de resolución.
	35	Somete el proyecto a consideración del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	36	Recibe y revisa el proyecto de resolución, cumpla con los requisitos de fondo y forma y, en caso de requerir modificaciones solicita al/la Abogado (a) que las realice.	Resolución de inconformidad infundada o fundada.
	37	Emite la resolución e instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que la notifique al inconforme, al tercero perjudicado de existir éste y a la convocante (Hospital Juárez de México), en caso de que hubiese resultado fundada la inconformidad, a esta última para que dé cumplimiento a las directrices determinadas por el Órgano Interno de Control.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	38	Recibe instrucción y notifica la resolución al inconforme, al tercero perjudicado de existir y al/la Director (a) General del Hospital.	Resolución de inconformidad infundada o fundada. Expediente.
	39	Recaba acuses de recibo, glosa en el expediente y actualiza la información en el Sistema de Inconformidades.	
Director (a) General del Hospital Juárez de México	40	Recibe la resolución que contiene las directrices que se deberán observar.	Resolución de inconformidad fundada.
	41	Turna a la Dirección de Administración para que se atienda y dé respuesta al Órgano Interno de	

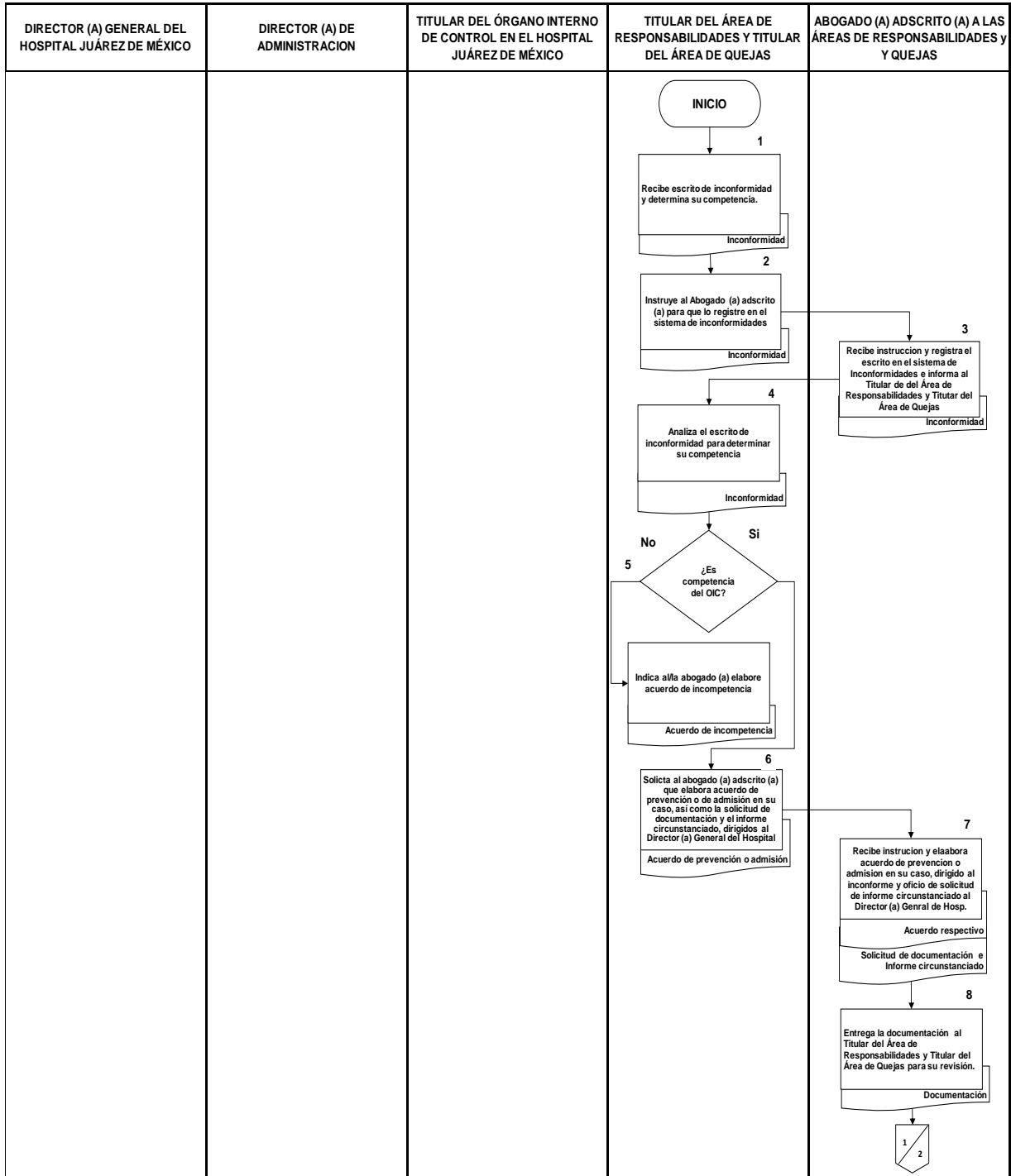
 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.	

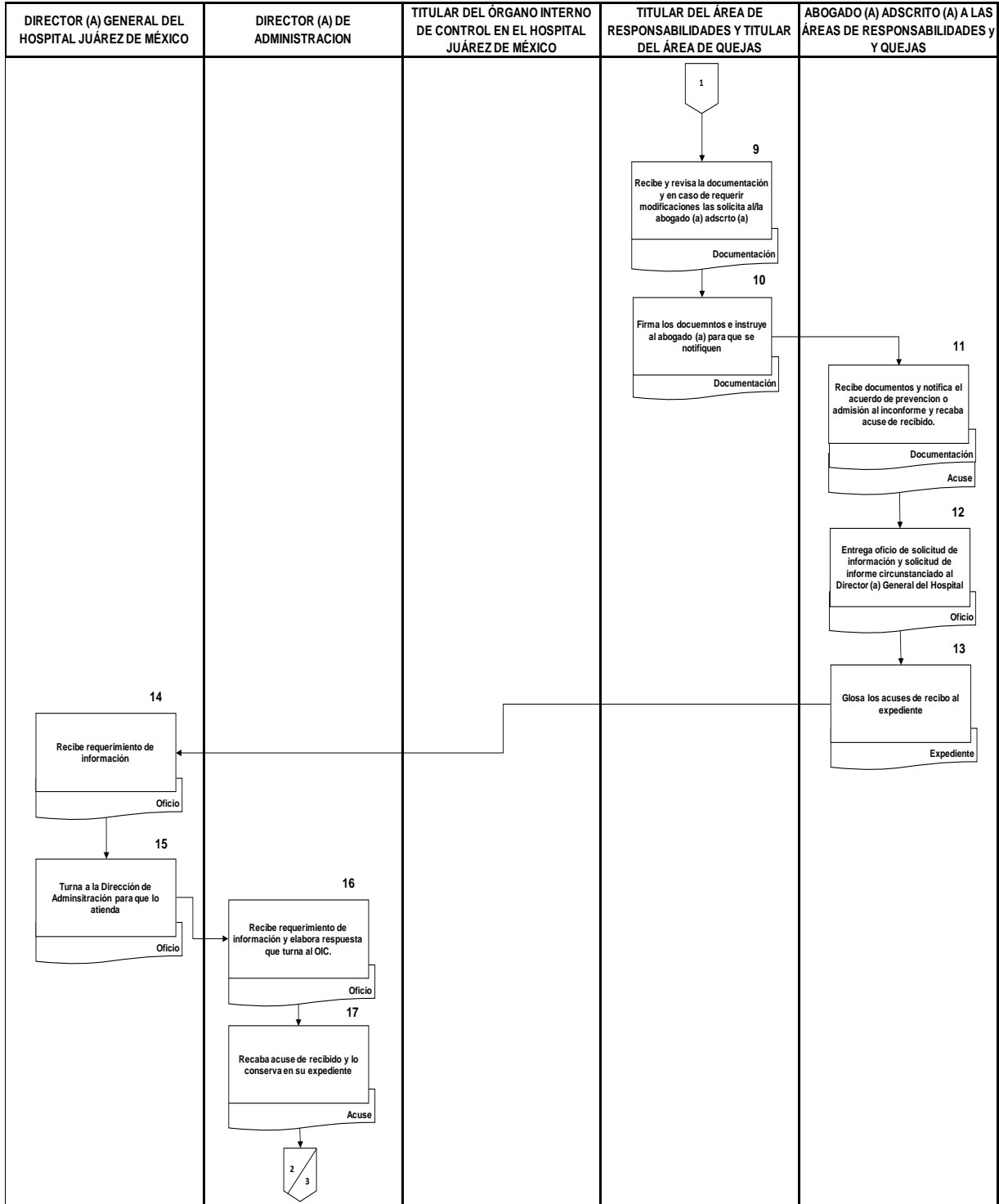
Hoja: 7 de 16




		Control.	
Director (a) de Administración.	42	Recibe la resolución y aplica las medidas establecidas.	Oficio de respuesta a las medidas adoptadas. Documentación soporte de las acciones adoptadas.
	43	Elabora oficio de respuesta que turna al Órgano Interno de Control, al que adjunta la evidencia documental de las acciones realizadas.	
	44	Recaba acuse de recibo y lo conserva en su expediente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	45	Recibe el oficio de respuesta con la evidencia documental y revisa que se cumplan los términos de la resolución.	Oficio de respuesta a las medidas adoptadas. Documentación soporte de las acciones adoptadas.
	46	Entrega al/la Abogado (a) para su registro y control.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	47	Glosa la documentación en el expediente.	Oficio Documentación soporte de las acciones adoptadas. Expediente.
	48	Actualiza la información en el Sistema de Inconformidades y da de baja el expediente.	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

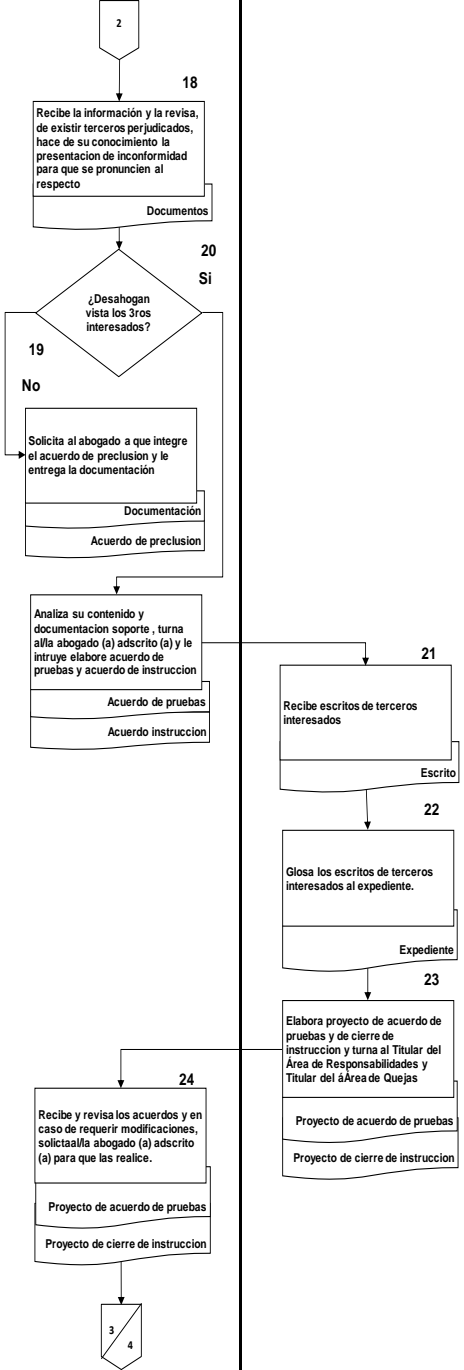
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 8 de 16

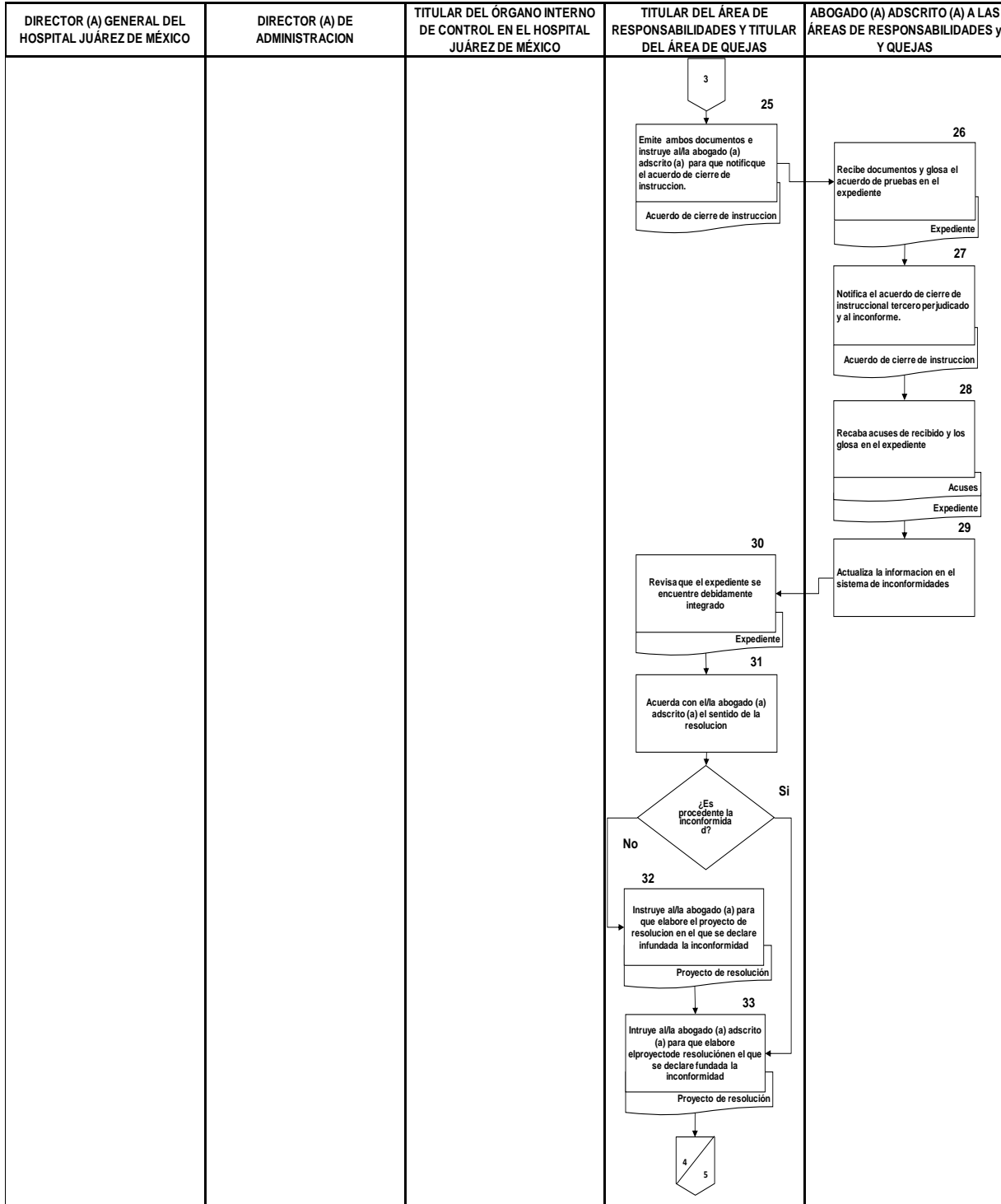
5 DIAGRAMA DE FLUJO






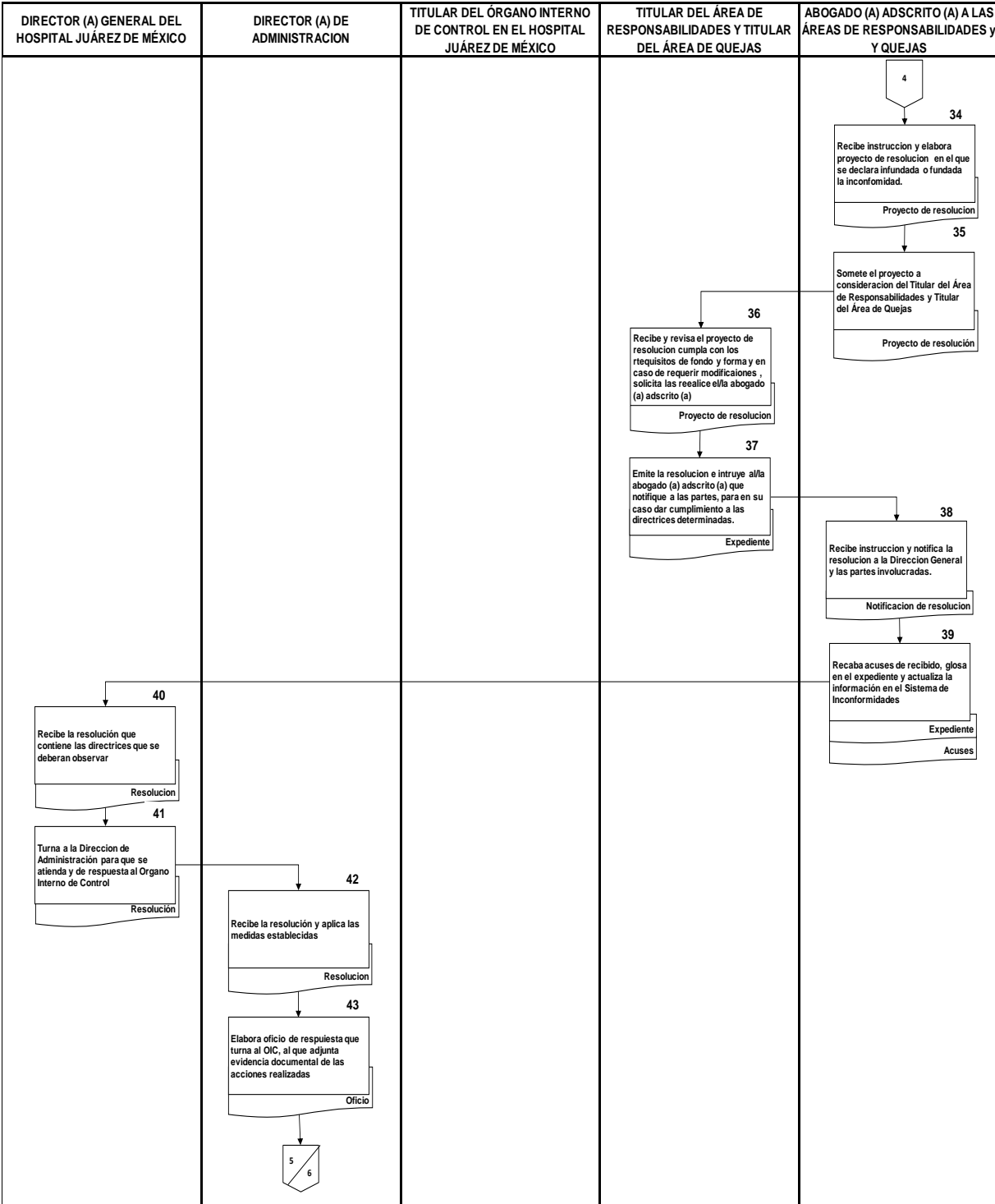





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 10 de 16

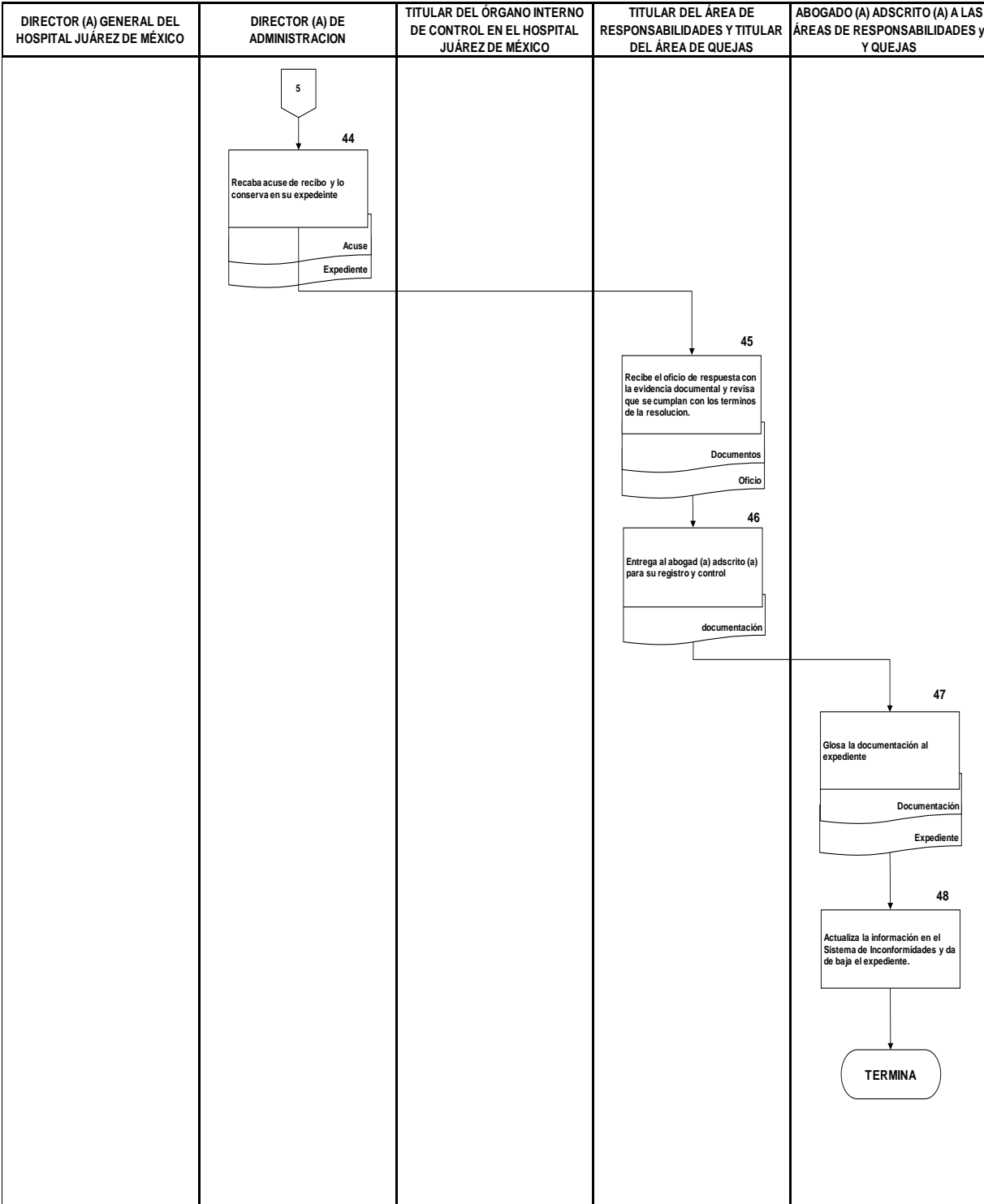
DIRECTOR (A) GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES Y TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS	ABOGADO (A) ADSCRITO (A) A LAS ÁREAS DE RESPONSABILIDADES Y QUEJAS
				






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 12 de 16



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 13 de 16






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 14 de 16

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3 Ley Federal de las Entidades Paraestatales.	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	Última reforma DOF 28-05-2009
6.5 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	Última reforma DOF 28-07-2010
6.6 Ley Federal de Procedimiento Administrativo.	Última reforma DOF 09-04-2012
6.7 Código Civil para el Distrito Federal	Última reforma DOF 13-07-2016
6.8 Código Federal de Procedimientos Civiles.	Última reforma DOF 09-4-2012
6.9 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	20 octubre 2015
6.10 Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013	Última reforma DOF 02-01-2013
6.11 Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.	Fecha de publicación DOF 26-01-2005
6.12 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México.	Publicado en DOF el 17-10-2016
6.13 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México.	Diciembre 2016
6.14 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.15 Manual de Organización Especifico del Área de Responsabilidades y el Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Carátula de clasificación del expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.2 Inconformidad.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.			

7.3	Acuerdo de incompetencia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.4	Expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.5	Acuerdo de apercibimiento.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.6	Acuerdo de desechamiento.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.7	Oficio de solicitud de información.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.8	Solicitud de informe circunstanciado.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.9	Documentación.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.10	Informe circunstanciado.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.11	Acuerdo de preclusión.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.12	Escritos de terceros.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.13	Acuerdo de pruebas.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.14	Acuerdo de cierre de instrucción.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.15	Resolución por inconformidad infundada.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.16	Resolución por inconformidad fundada.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.17	Oficio de respuesta de medidas adoptadas.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	77. Procedimiento para la atención de Inconformidades.		Hoja: 16 de 16

7.18	Documentación de las medidas adoptadas.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
------	---	--------	---	-----

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Acuerdo de Admisión:** Acto mediante el cual la autoridad determina y funda su competencia para conocer del asunto que se le plantea, así como su decisión de abocarse a su atención.
- 8.2 **Competencia:** Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.3 **Convocante:** Área solicitante de bienes o servicios determinados.
- 8.4 **Inconformidad:** Instancia: entendida como una conducta del particular que pide, solicita o en cualquier forma excita o activa las funciones de los órganos de fiscalización.
- 8.5 **Licitación:** Procedimiento mediante el cual la convocante adquiere los bienes o servicios necesarios para su buen funcionamiento.
- 8.6 **Licitante:** Persona que participa en cualquier procedimiento de licitación pública o de invitación a cuando menos tres personas.
- 8.7 **Notificación:** Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.
- 8.8 **Personal operativo:** Se considera personal operativo, al Soporte Administrativo y Apoyo Administrativo.
- 8.9 **Procedimiento:** Coordinación ligados entre sí, que tiene como consecuencia la emisión del acto.
- 8.10 **SIINC:** Sistema de Inconformidades.
- 8.11 **Terceros perjudicados.** Aquél o aquellos licitantes a quienes se les otorgó el contrato.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto, 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, se realizan cambios en la descripción del procedimiento y se realizan las modificaciones al diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 1 de 21

**78.PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE SANCIÓN A LICITANTES,
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS.**

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 2 de 21

1. PROPÓSITO




- 1.1 Informar e inducir respecto de la atención, trámite y resolución del procedimiento administrativo de sanción a licitantes, proveedores y contratistas que infrinjan las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable al Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, así como al Abogado(a) adscrito(a), para atender, tramitar y resolver los procedimientos administrativos de sanción a licitantes, proveedores y contratistas.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento aplica a licitantes, proveedores y contratistas del Hospital Juárez de México, contra los que se presenten denuncias.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 El personal del Área de Responsabilidades y Área de Quejas deberá dar cumplimiento estricto a sus respectivas funciones en la forma y plazos establecidos, con el fin de atender y dar resolución al procedimiento.
- 3.2 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas conducirá los procedimientos administrativos de sanción a licitantes, proveedores y contratistas, acorde a las disposiciones jurídicas y lineamientos técnicos aplicables para la atención, trámite y resolución de dichos procedimientos.
- 3.3 El Hospital Juárez de México puede presentar ante el Órgano Interno de Control denuncias sobre las infracciones u omisiones en que incurran proveedores o contratistas respecto de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o a la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas, para lo cual deberá proporcionar toda la información en los plazos y los términos que éste le indique.
- 3.4 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas reintegrará al Hospital Juárez de México los expedientes cuando estos no cuenten con el total de la documentación que acredite la infracción a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o a la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, para su debida integración.
- 3.5 El Área de Responsabilidades y Área de Quejas deberá verificar que los documentos entregados por la empresa denunciada sean los solicitados, los cuales permanecerán en autos del expediente hasta su total conclusión, o bien, hasta que se cotejen y reintegren los originales a quien los hubiere proporcionado, para su debida guarda y custodia.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 3 de 21

- 3.6 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas solicitará al Servicio de Administración Tributaria la información sobre el proveedor o contratista denunciado, necesaria para el desahogo de pruebas.
- 3.7 Derivado de las infracciones cometidas por el proveedor o contratista, el Órgano Interno de Control podrá imponer sanciones de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
- 3.8 Si al día en que se cumpla el plazo de inhabilitación impuesto al licitante, proveedor o contratista infractor, no ha pagado la multa que hubiere sido impuesta, la mencionada inhabilitación subsistirá hasta que se realice el pago correspondiente, por lo que el/la Abogado (a) deberá solicitar por escrito a la administración local de recaudación correspondiente el dato de los créditos, mismo que registrará en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas.
- 3.9 De conformidad con lo previsto en el artículo 45 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, se deberán acumular los expedientes en los que concurra la misma conducta y el presunto infractor.
- 3.10 Cuando el Servicio de Administración Tributaria informe que las empresas sancionadas pagaron la sanción impuesta y solicite la cancelación del crédito generado, el Órgano Interno de Control solicitará las constancias del pago mediante oficio y posteriormente se autorizará la cancelación del aludido crédito.
- 3.11 Los registros de adquisiciones y obra pública se utilizarán dependiendo de la materia de la denuncia.
- 3.12 El/la Abogado(a) adscrito(a) al Área de Responsabilidades y Área de Quejas deberá:
- Dar puntual seguimiento a los requerimientos de información que se formulen y elaborar el recordatorio respectivo al día siguiente a aquél en que se cumpla el plazo concedido.
 - Integrar a los respectivos expedientes la documentación que reciba y foliarla en orden cronológico.
 - Actualizar la situación de los expedientes en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas, hasta su conclusión.
 - Notificar conforme a derecho los oficios y acuerdos generados durante la integración y conclusión de los expedientes.
- 3.13 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas supervisará y rubricará el llenado de los citatorios, e instructivos de notificación, antes de turnar para su notificación.



 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 4 de 21

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	1	Recibe del Hospital Juárez de México denuncia en contra de un licitante, proveedor o contratista.	Acuerdo de incompetencia Denuncia
	2	Analiza la denuncia y determina su competencia. ¿Es competencia del Órgano Interno de Control?	
	3	No: Instruye al/la Abogado (a) adscrito (a) para que elabore el acuerdo de incompetencia, entregándole la denuncia.	
	4	Sí: Entrega la denuncia al/la Abogado (a) y gira instrucciones para que elabore el acuerdo de inicio (de adquisiciones o de obra pública), la carátula de clasificación del expediente y la solicitud de información dirigida al Director (a) General del Hospital Juárez de México.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	5	Recibe la denuncia y elabora el acuerdo de inicio y la carátula de clasificación del expediente.	Carátula de clasificación del expediente. Oficio de solicitud de información al Hospital Juárez de México. Solicitud de apoyo al Servicio de Administración Tributaria.
	6	Da de alta el expediente en el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas.	
	7	Elabora oficio de solicitud de información dirigido al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México y la solicitud de Apoyo al Servicio de Administración Tributaria (SAT)	
	8	Turna el oficio y la solicitud de información para su validación al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	9	Recibe documentos, los revisa y en caso de modificaciones, solicita al/la abogado (a) que las realice.	Acuerdo de inicio. Carátula de clasificación del expediente. Oficio de solicitud de información al Hospital Juárez de México. Solicitud de apoyo al Servicio de Administración Tributaria.
	10	Firma el acuerdo, la solicitud y recaba la firma del/la Titular del Órgano Interno de Control en la carátula de clasificación del expediente.	
	11	Entrega los documentos al/la Abogado (a) para que dé trámite al oficio y la solicitud de apoyo y archive en el expediente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las	12	Notifica la Solicitud de apoyo de información al Servicio de Administración Tributaria.	Acuses de oficios de solicitud de información al Hospital Juárez
	13	Recibe documentos y entrega la solicitud de información en la oficina del/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.	
	14	Recaba acuses de recibo y archiva junto con los	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 5 de 21	



Áreas de Responsabilidades y de Quejas)		otros documentos en el expediente.	de México. Solicitud de Apoyo al Servicio de Administración Tributaria. Expediente.
Director (a) General del Hospital Juárez de México	15 16	Recibe el oficio de solicitud de información. Turna a la Dirección de Administración para que la atienda.	Oficio de solicitud de información
Director (a) de Administración del Hospital Juárez de México.	17 18	Recibe oficio de solicitud y elabora respuesta a la que anexa los documentos requeridos. Turna documentos al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, recaba acuse de recibo y lo conserva en su expediente.	Oficio de solicitud de información al Hospital Juárez de México. Oficio de respuesta del Hospital Juárez de México.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	19 20 21 22 23	Espera que el Hospital Juárez de México y el Servicio de Administración Tributaria, le envíen la información solicitada. Recibe las respuestas del Hospital Juárez de México y del Servicio de Administración Tributaria. Revisa la información y verifica que este completa y sea la requerida. ¿La información está completa y es la requerida? No: Elabora nueva solicitud. Regresa a la actividad 8 Si: Analiza la información recibida y determina junto con el/la abogado (a) adscrito (a) si existen infracciones a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o a la de Obra Pública y Servicios Relacionados con las Mismas.	Elaboración de nueva solicitud
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	24 25	¿Existen infracciones a la ley? No: Integra y notifica la resolución de no inicio de procedimiento administrativo de sanciones. Si: Instruye al/la abogado (a) adscrito (a) para que integre el acuerdo de inicio de procedimiento administrativo de sanciones y le entrega la documentación.	Oficio de respuesta de Hospital Juárez de México. Documentación. Oficio de respuesta del Servicio de Administración Tributaria. Expediente. Acuerdo de inicio de procedimiento administrativo de

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 6 de 21	


			sanciones.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	26	Recibe la documentación, elabora el acuerdo de trámite y el acuerdo de inicio de procedimiento administrativo de sanciones.	Oficio de respuesta del Hospital Juárez de México.
	27	Recaba la firma del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	Documentación.
	28	Notifica el acuerdo de inicio de procedimiento administrativo de sanciones al licitante, proveedor o contratista denunciado y al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.	Acuerdo de trámite.
	29	Recaba los acuses y actualiza el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas.	Acuerdo de Inicio de procedimiento administrativo de sanciones.
	30	Integra los documentos en el expediente.	Expediente.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	31	Verifica la notificación de acuerdos ¿Comparece el licitante, proveedor o contratista el día señalado?	Escrito del licitante, proveedor o contratista.
	32	No: Elabora y notifica acuerdo de preclusión y acuerdo de alegatos.	
	33	Sí: Recibe escrito y analiza la información.	
	34	Turna al/la Abogado (a) adscrito (a) el escrito y le solicita que elabore el acuerdo de pruebas, la solicitud de validación al Servicio de Administración Tributaria o solicitud de información al área convocante u otra instancia.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	35	Recibe escrito e instrucción y elabora el acuerdo de pruebas, la solicitud de validación al Servicio de Administración Tributaria (SAT) o solicitud de información al área convocante u otra instancia.	Acuerdo de pruebas. Solicitud de validación al Servicio de Administración Tributaria (o solicitud de información al área convocante u otra instancia).
	36	Recaba la firma del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas en los documentos.	Escrito.
	37	Notifica a los destinatarios, recaba acuses de recibo e integra en el expediente junto con el escrito.	Expediente
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	38	Recibe la respuesta del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y analiza.	Respuesta del Servicio de Administración Tributaria (o solicitud de información al área convocante u otra instancia).
	39	Turna al/la abogado (a) adscrito (a) y le instruye para que elabore el acuerdo de trámite y dé vista al licitante, proveedor o contratista.	

 	PROCEDIMIENTO		
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 7 de 21		




Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	40	Recibe respuesta y elabora el acuerdo de trámite Recaba la firma del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas en los documentos. Notifica a los destinatarios, recaba acuses de recibo e integra en el expediente junto con el escrito.	Acuerdo de trámite. Vista al licitante, proveedor o contratista. Respuesta del Servicio de Administración Tributaria (o solicitud de información al área convocante u otra instancia). Expediente.
	41		
	42		
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	43	¿El licitante, proveedor o contratista da respuesta? No: Elabora y notifica el acuerdo de preclusión. Sí: Recibe escrito del licitante, proveedor o contratista y lo analiza. Entrega el escrito al/la abogado (a) y le indica elaborar el acuerdo de desahogo de pruebas.	Escrito. Acuerdo de preclusión. Acuerdo de desahogo de pruebas.
	44		
	45		
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	46	Recibe escrito y elabora el acuerdo de desahogo de pruebas. Recaba la firma del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. Notifica el acuerdo al licitante, proveedor o contratista, recaba el acuse de recibo e integra en el expediente. Actualiza el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas. Elabora el acuerdo de cumplimiento. Recaba la firma del Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas en el acuerdo de cumplimiento y le entrega el expediente	Acuerdo de desahogo de pruebas. Escrito. Expediente. Acuerdo de cumplimiento. Expediente
	47		
	48		
	49		
	50		
	51		
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	52	Recibe expediente y emite acuerdo de cierre de instrucción. Analiza el expediente y acuerda junto con el/la Abogado (a) adscrito (a) la determinación. ¿Se determina sancionar al licitante, proveedor o contratista? No: Instruye al/la Abogado (a) para que elabore resolución sin sanción Sí: Instruye al/la abogado (a) para que elabore resolución con sanción, así como	Expediente. Resolución. Acuerdo de cierre de instrucción. Oficio de notificación de resolución. Solicitud de publicación de la
	53		
	54		
	55		

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 8 de 21	

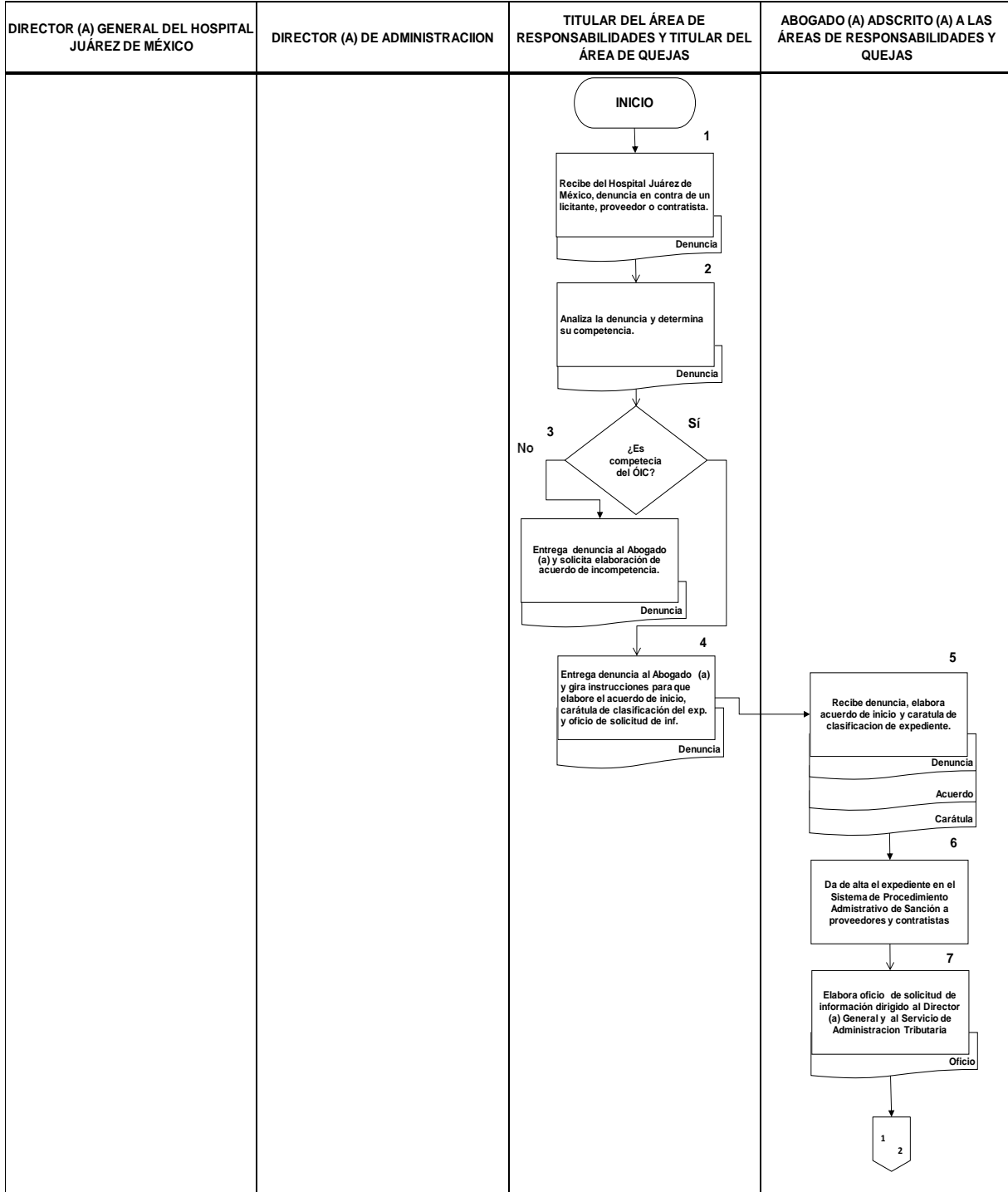
		el oficio de notificación de resolución dirigido al Servicio de Administración Tributaria; la solicitud de publicación en el Diario Oficial de la Federación, la circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista y el acuerdo de cierre de instrucción.	resolución en el Diario Oficial de la Federación. Circular de inhabilitación del licitante o proveedor o contratista.
	56	Devuelve el expediente al/la abogado (a)	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	57	Recibe expediente y elabora los documentos y los somete a consideración del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. -Acuerdo de cierre de instrucción. -Oficio de notificación de resolución. -Solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación. -Circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista. -Expediente.	Acuerdo de cierre de instrucción. Oficio de notificación de resolución. Solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación. Circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista. Expediente.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas	58	Revisa la documentación y, en caso de requerir modificaciones solicita al/la abogado (a) adscrito (a) que las realice.	Oficio de notificación de resolución.
	59	Firma e indica al/la abogado (a) adscrito (a) que notifique.	Solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación. Circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	60	Notifica la resolución y el acuerdo de cierre de instrucción al licitante, proveedor o contratista y al/la Director (a) General del Hospital Juárez de México.	Oficio de notificación de resolución.
	61	Tramita la solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación y la circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista.	Solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación.
	62	Recaba acuses de recibo y los archiva en el	Publicación de la

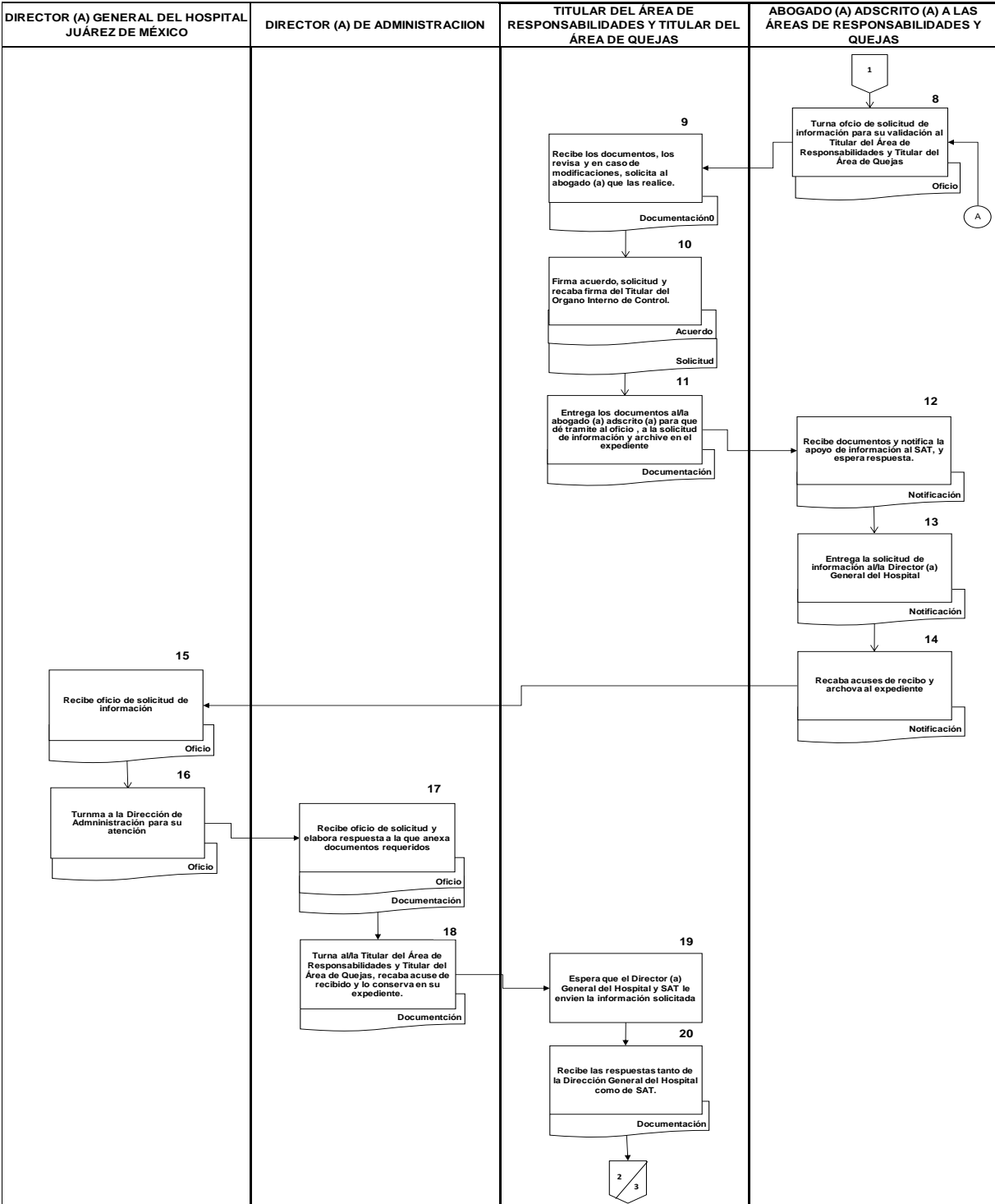
	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas. Hoja: 9 de 21	




	63	expediente. Espera que se publique la circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista en el Diario Oficial de la Federación.	resolución en el Diario Oficial de la Federación.
	64	Actualiza el Sistema de Procedimiento Administrativo de Sanción a Proveedores y Contratistas.	Circular de inhabilitación del licitante, proveedor o contratista.
		TERMINA PROCEDIMIENTO	Expediente.

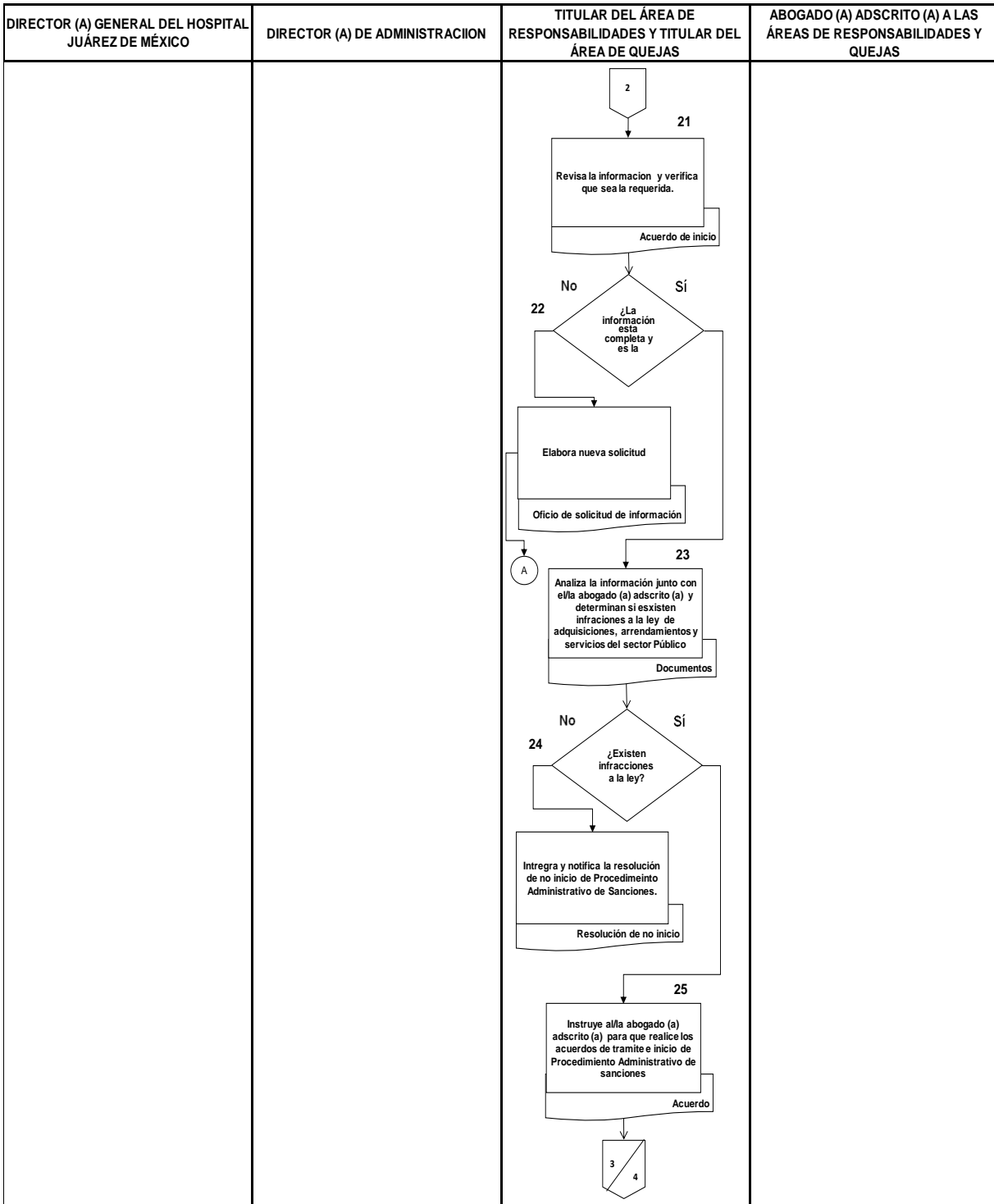
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 10 de 21




5 DIAGRAMA DE FLUJO

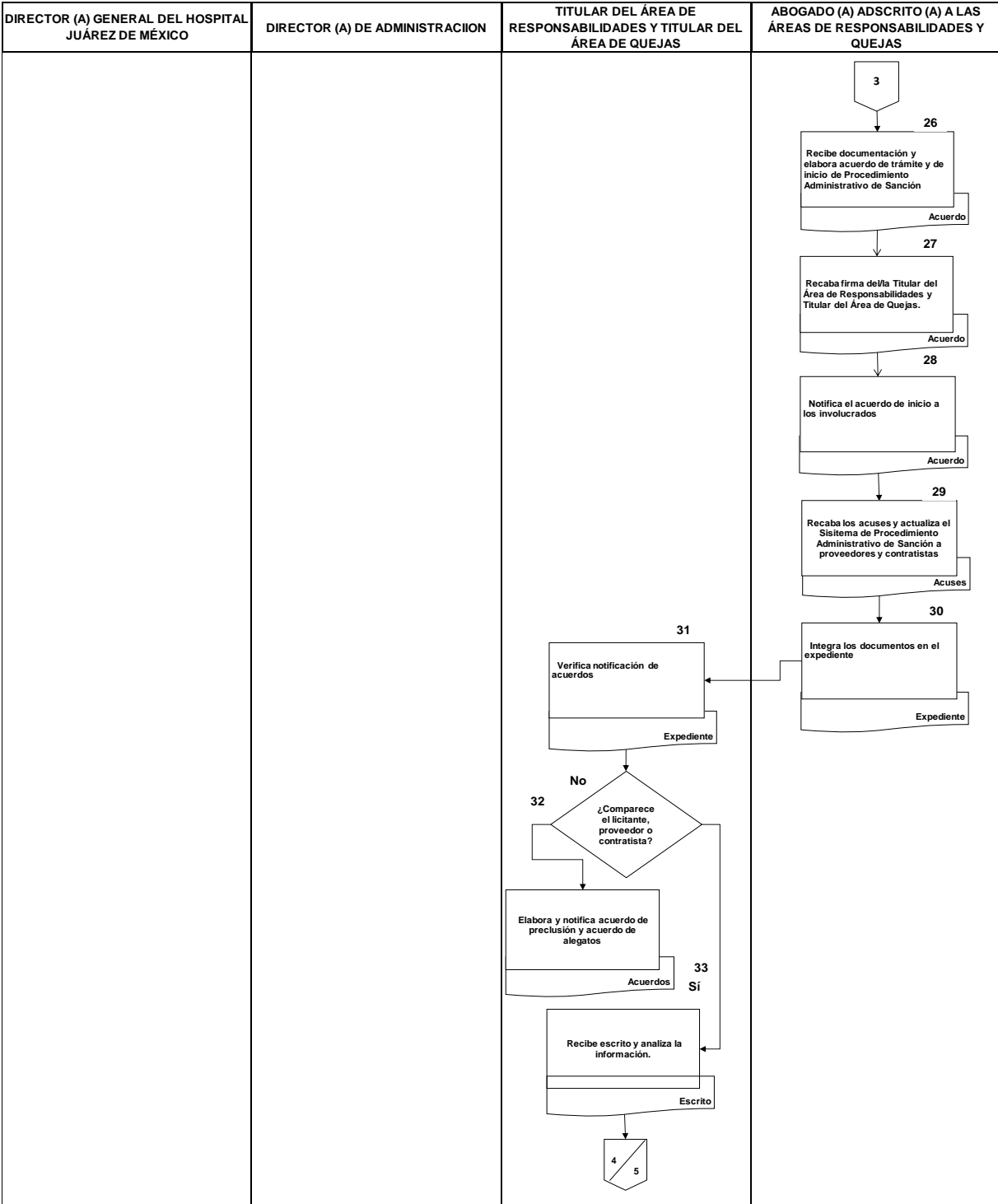







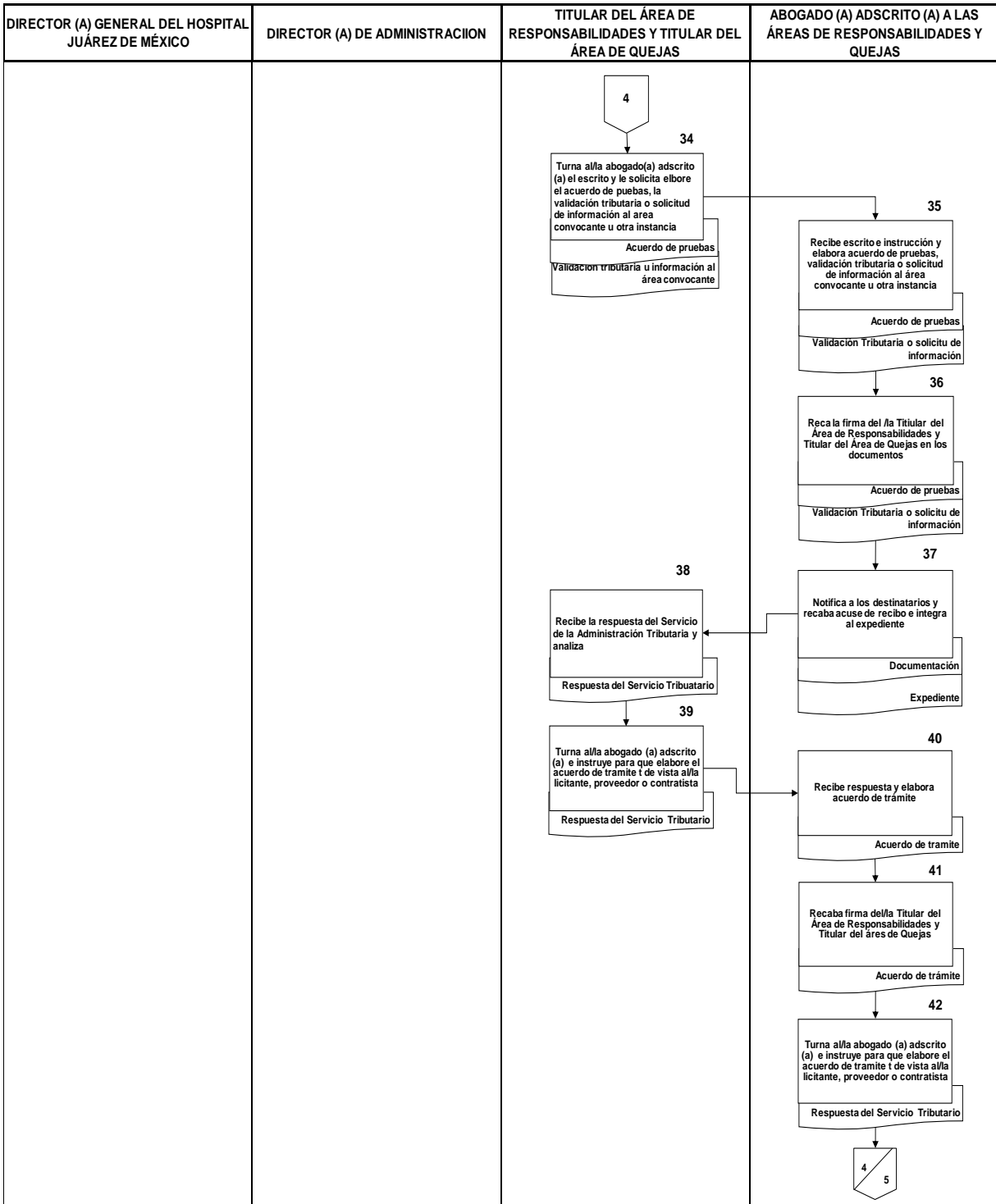
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 12 de 21






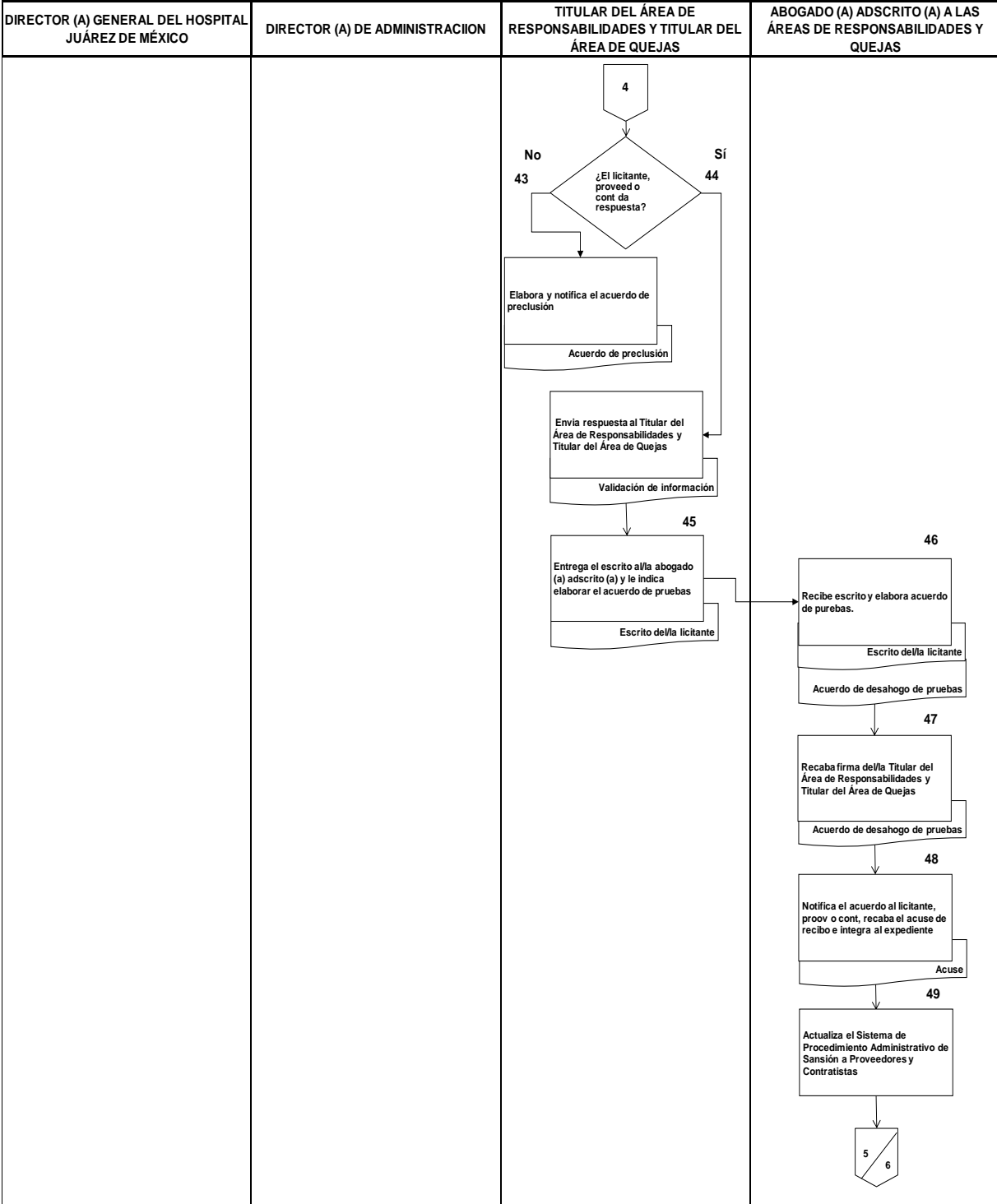
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 13 de 21






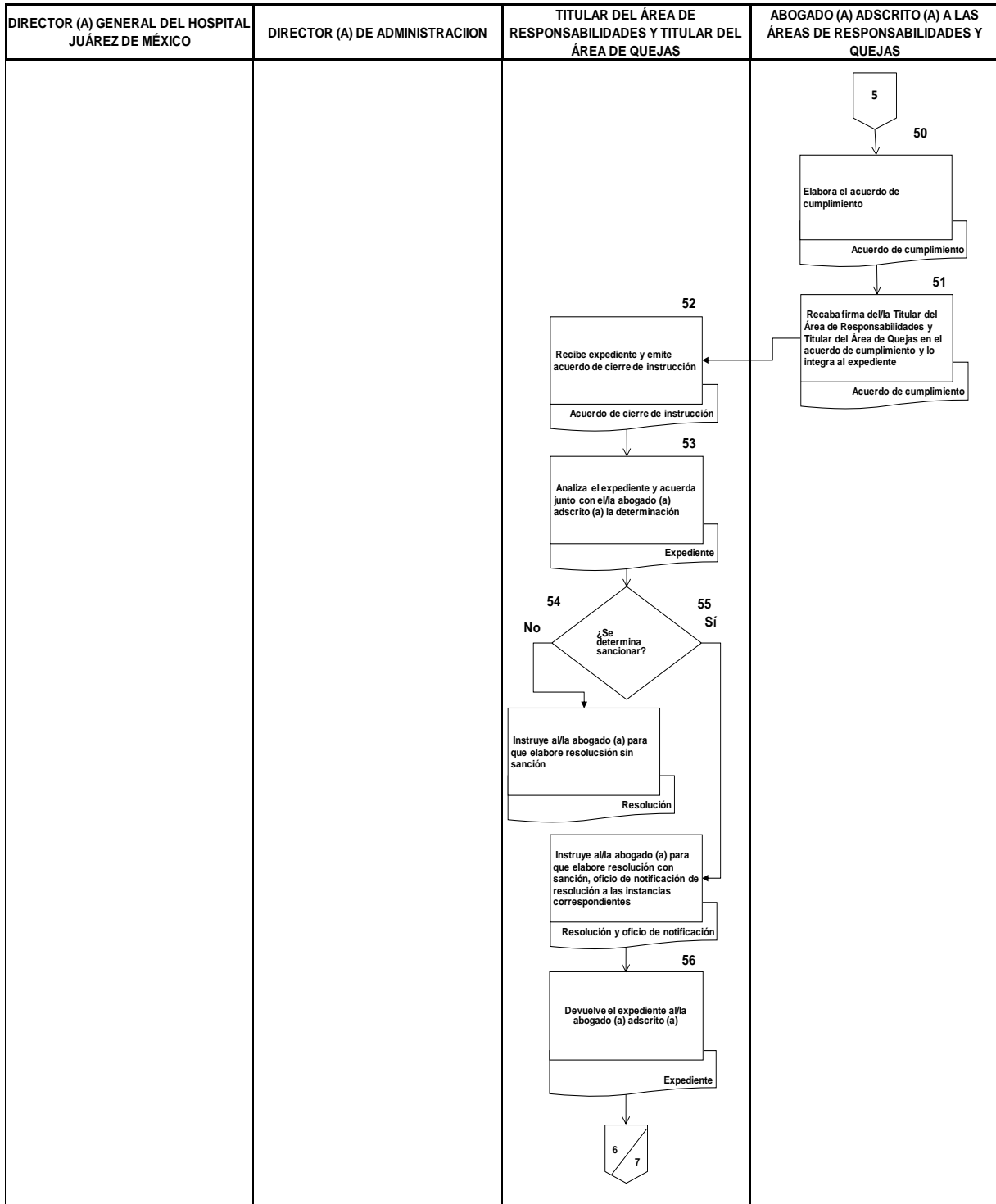
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 14 de 21






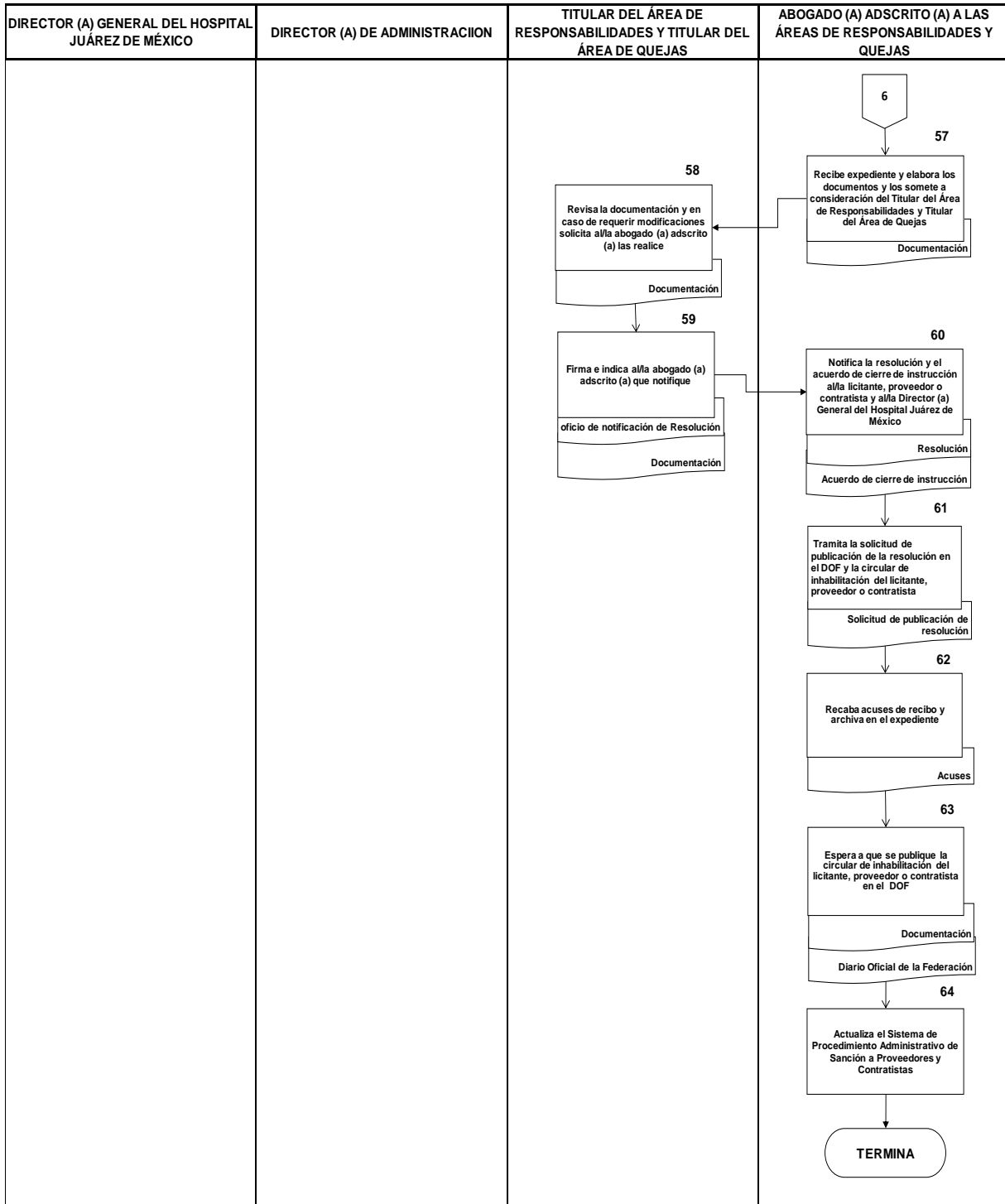
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 15 de 21






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 16 de 21



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 17 de 21






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 18 de 21

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.




Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3	Ley Federal de las Entidades Paraestatales.	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	Última reforma publicada DOF 10-11-2014
6.5	Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	Última reforma publicada DOF 13-01-2016
6.6	Ley Federal de Procedimiento Administrativo	Última reforma publicada DOF 13-06-2016
6.7	Código Civil Federal.	Últimas reformas publicadas DOF 24-12-2013
6.8	Código Federal de Procedimientos Civiles.	Última reforma DOF 09-4-2012
6.9	Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.	Publicado en el DOF el 28 de julio de 2010
6.10	Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.	Publicado en el DOF 28 de julio de 2010
6.11	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.	Última reforma DOF 28-01-2013
6.12	Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013.	Última reforma DOF 02-01-2013
6.13	Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.	Publicado en DOF 26-01-2005
6.14	Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México.	Publicado en el DOF 17-10-2016
6.15	Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.16	Manual de Organización Especifico del Área de responsabilidades y el área de quejas del órgano interno de control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Denuncia.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL			
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.			Hoja: 19 de 21

7.2	Acuerdo de Inicio.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.3	Carátula de clasificación del expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.4	Oficio de solicitud de información al Hospital Juárez de México.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.5	Solicitud de apoyo al Servicio de Administración Tributaria.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.6	Oficio de respuesta del Hospital Juárez de México.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.7	Documentación.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.8	Oficio de respuesta del Servicio de Administración Tributaria.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.9	Acuerdo de trámite.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.10	Resolución de no inicio de procedimiento administrativo de sanciones.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.11	Acuerdo de inicio de procedimiento administrativo de sanciones.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.12	Escrito del licitante, proveedor o contratista.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.13	Acuerdo de pruebas.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.14	Solicitud de validación al Servicio de Administración Tributaria (o	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 20 de 21

	solicitud de información al área convocante u otra instancia).			
7.15	Escrito	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.16	Expediente.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.17	Respuesta del Servicio de Administración Tributaria (o solicitud de información al área convocante u otra instancia).	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.18	Acuerdo de trámite	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.19	Vista al licitante, proveedor o contratista.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.20	Acuerdo de preclusión.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.21	Acuerdo de desahogo de pruebas.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.22	Acuerdo de cumplimiento.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.23	Acuerdo de cierre de instrucción.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.24	Resolución	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.25	Solicitud de publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación.	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.26	Circular de inhabilitación del licitante, proveedor	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	78. Procedimiento Administrativo de Sanción a Licitantes, Proveedores y Contratistas.		Hoja: 21 de 21

	o contratista.			
7.27	Publicación de la resolución en el Diario Oficial de la Federación	2 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO



- 8.1 **Acuerdo de inicio:** Acto mediante el cual la autoridad determina y funda su competencia para conocer del asunto que se le plantea, así como su decisión de abocarse a su atención.
- 8.2 **Competencia:** Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.3 **Contratista:** La persona que celebre contratos de obras públicas o de servicios relacionados con las mismas.
- 8.4 **Convocante:** Área solicitante de bienes o servicios determinados.
- 8.5 **Licitante:** La persona que participe en cualquier procedimiento de licitación pública, o bien, de invitación a cuando menos tres personas.
- 8.6 **Notificación:** Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.
- 8.7 **Procedimiento:** Coordinación de actos ligados entre sí, que tienen como consecuencia la emisión del acto.
- 8.8 **Proveedor:** La persona que celebre contratos de adquisiciones, arrendamientos o servicios.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto, 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, se realizan cambios en la descripción del procedimiento y en el diagrama de flujo.

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 1 de 12

79.PROCEDIMIENTO PARA LA DEFENSA JURÍDICA.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO




- 1.1 Informar e inducir al personal que participe en la defensa jurídica de las resoluciones emitidas por el/la Titular del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, y por el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas o en los que estos sean parte.

2. ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a todos los servidores públicos adscritos a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, encargados de la defensa de las resoluciones emitidas.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a los Tribunales: Federal de Justicia Administrativa y Colegiados del Primer Circuito en Materia Administrativa, por ser las instancias competentes para conocer del Juicio de nulidad y del Juicio de Amparo y/o Recurso de Revisión; así como al Servicio de Administración Tributaria por ser la Instancia que ejecuta las sanciones económicas impuestas.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS O LINEAMIENTOS

- 3.1 El personal a cargo de la defensa jurídica, deberá dar cumplimiento estricto a los términos establecidos en el Código Fiscal de la Federación, en la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, en la Ley de Amparo, y en los distintos ordenamientos legales aplicables.
- 3.2 El personal a cargo de la defensa jurídica, auxiliará al/la Titular del Órgano Interno de Control y al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México, en la defensa jurídica de las resoluciones que éstos emitan en el ámbito de sus atribuciones, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 3.3 El personal adscrito deberá elaborar las Carátulas de Identificación y Clasificación de los expedientes a partir de la recepción de las demandas e integrar el expediente con las Carátulas en comento.
- 3.4 El personal obtendrá copia de las demandas, acuerdos y sentencias que se reciban y se glosarán a los expedientes de Responsabilidades que corresponda.
- 3.5 El personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas, deberá desahogar todos los requerimientos de las autoridades correspondientes.
- 3.6 El personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas, deberá agregar a su respectivo expediente la documentación que reciba en orden cronológico.
- 3.7 El personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas, deberá observar las disposiciones aplicables para la atención, trámite y desahogo de los asuntos relacionados con la defensa jurídica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 3 de 12



- 3.8 El personal de las Áreas de Responsabilidades y de Quejas deberá guardar los expedientes a su cargo en el archivo correspondiente.
- 3.9 El/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas dará seguimiento permanente a los expedientes de defensa jurídica.
- 3.10 Las actividades del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas que se señalan en el presente procedimiento, serán las relacionadas al/la Titular del Área de Responsabilidades conforme al Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

 	PROCEDIMIENTO
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.

Hoja: 4 de 12


4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Titular del Órgano Interno de Control.	1	Recibe la notificación del medio de impugnación del Tribunal Federal de Justicia Administrativa.	Oficio de notificación y anexos.
	2	Turna la notificación y demanda al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	3	Recibe la notificación y demanda turna al/la abogado (a) adscrito (a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas para su atención y registro en los Sistemas de Procedimiento Administrativo de Responsabilidades (SPAR-SRSPS).	Demanda de Nulidad.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	4	Recibe, analiza el medio de impugnación y lo registra en los Sistemas de Procedimiento Administrativo de Responsabilidades (SPAR-SRSPS) Elabora la Carátula de Clasificación formando su expediente.	Carátula de clasificación.
	5	Elabora y entrega caratula de clasificación y expediente al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	6	Recibe y turna al/la Titular del Órgano Interno de Control la Carátula de expediente reservado para autorización y firma.	Carátula de clasificación
Titular del Órgano Interno de Control	7	Recibe Carátula de expediente reservado para autorización.	Carátula de clasificación firmada.
	8	Firma la Carátula del expediente y la turna al/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	9	Recibe carátula de clasificación e instruye al/la abogado (a) adscrito (a), su glosa en el expediente	Caratula firmada.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	10	Recibe carátula de clasificación y la glosa al expediente.	Caratula firmada. Expediente Proyecto de oficio con pruebas o documentación cumpliendo el requerimiento.
	11	Analiza el medio de impugnación, en caso de ser necesario acuerda con el/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas, el sentido de la contestación de la demanda.	
	12	Elabora proyecto de contestación de demanda, cumpliendo los requisitos de fondo y forma, agregando las pruebas o documentación	

 	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.	

Hoja: 5 de 12

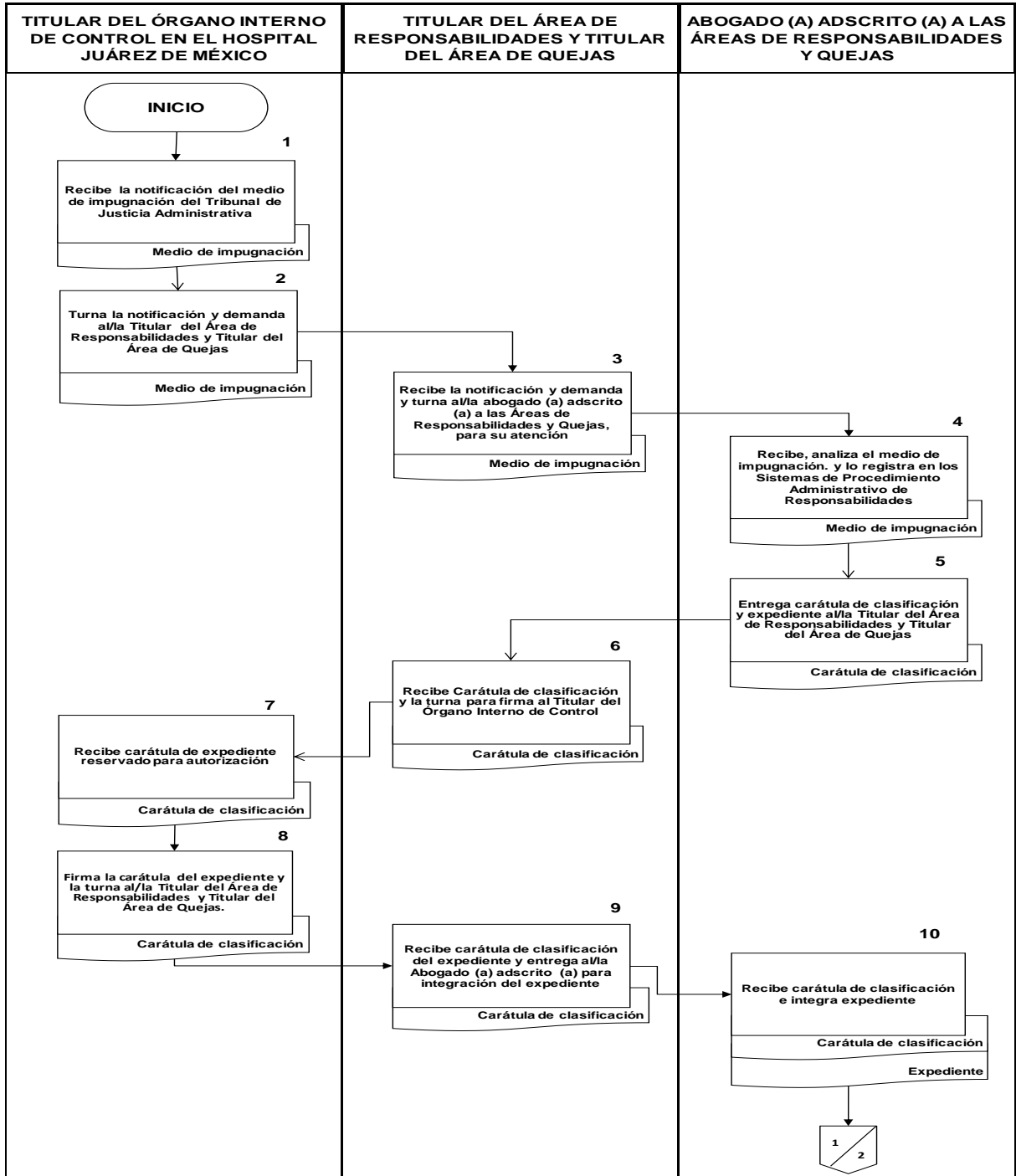
		solicitada y lo somete a revisión del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	13	Recibe y revisa que el proyecto de contestación de demanda cumpla con los requisitos de fondo y forma, así como que las pruebas ofrecidas se remitan en original o copia certificada y en caso de requerir modificaciones, solicita al/la abogado(a) adscrito que las realice.	Oficio de contestación de demanda firmado con pruebas.
	14	Firma, entrega y gira instrucciones al/la abogado(a) adscrito(a) para que lo presente ante la autoridad correspondiente.	
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas).	15	Recibe y presenta la contestación de demanda ante la autoridad competente, debiendo verificar que se asiente la fecha y hora de recepción de la autoridad judicial o administrativa, según sea el caso y, el acuse de recibo deberá integrarlo al expediente interno.	Oficio con pruebas o documentación firmado con su acuse de recibo.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	16	Recibe sentencia y turna al/la abogado(a) adscrito(a) para su registro en los Sistemas SPAR-SRSPS y para su análisis, a fin de dar cumplimiento a la sentencia e informar a la Secretaría de la Función Pública, el SAT, el Hospital Juárez de México y, en su caso, para la elaboración del medio de impugnación procedente.	Sentencia.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	17	Recibe sentencia y actualiza los Sistemas SPAR-SRSPS,	Proyectos de acuerdo y oficios
	18	Analiza y formula los proyectos de acuerdo y oficios que resulten procedentes a fin de dar cumplimiento a la misma e informar a la Secretaría de la Función Pública, al SAT, al Hospital Juárez de México, y, en su caso, elabora medio de impugnación procedente, cumpliendo con los requisitos de fondo y forma que establecen las disposiciones jurídicas aplicables.	Proyectos de Recurso de revisión o contestación del juicio de amparo
	19	Somete proyectos de acuerdo y oficios a la revisión del/la Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas el proyecto respectivo. (Proyecto de Recurso de revisión o proyecto de contestación de Juicio de Amparo)	
Titular del Área de Responsabilidades	20	Revisa que el proyecto correspondiente cumpla con los requisitos de fondo y forma, en caso de requerir modificaciones, solicita al/la abogado(a)	Medio de impugnación firmado, con las




	PROCEDIMIENTO	
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.	

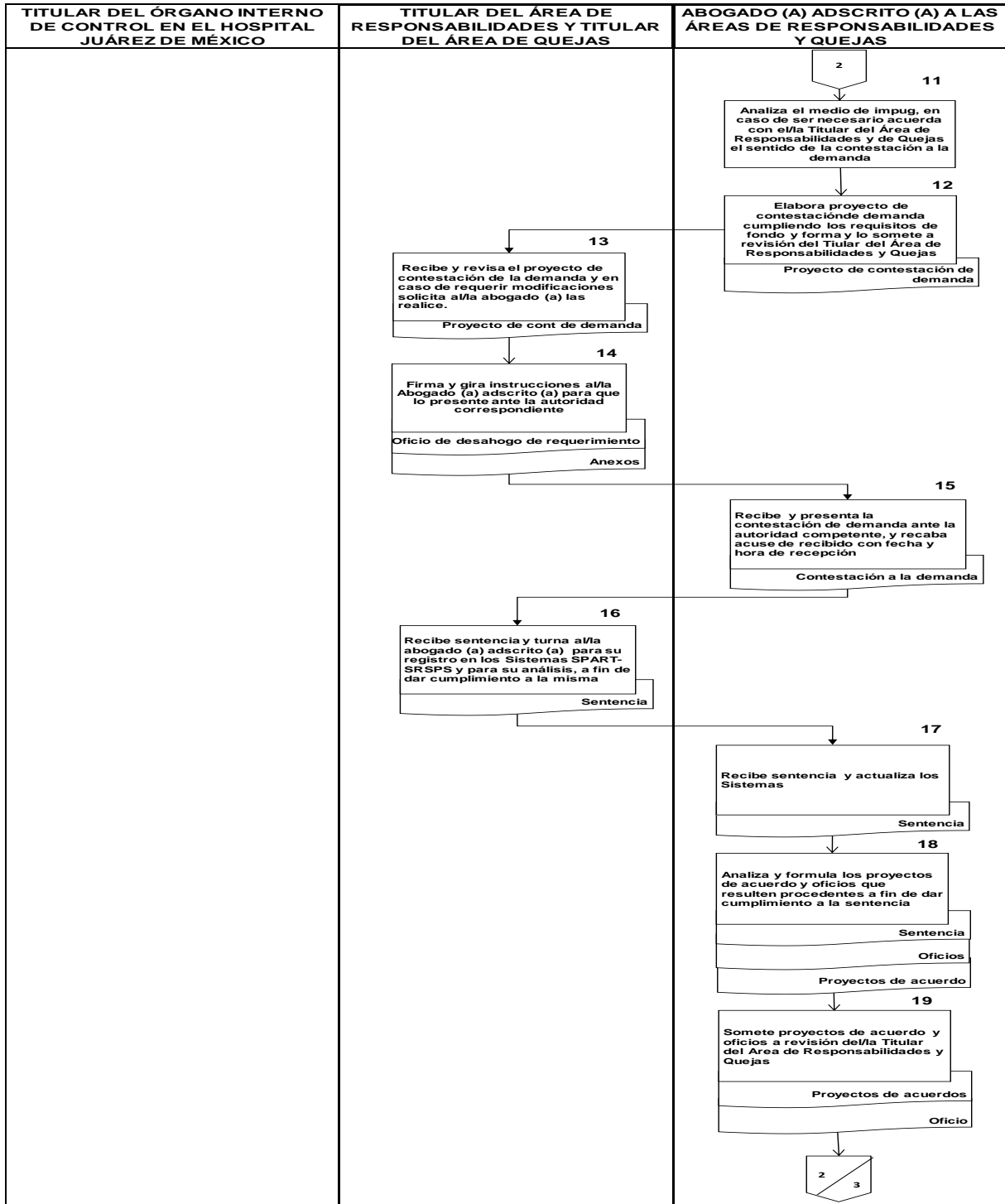
Hoja: 6 de 12




s y Titular del Área de Quejas.	21	adscrito (a) que las realice. Firma y gira instrucciones al/la abogado (a) adscrito (a) para que presente ante la autoridad correspondiente, el medio de impugnación dentro del término legal establecido.	copias correspondientes.
Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. (Abogado(a) adscrito(a) a las Áreas de Responsabilidades y de Quejas)	22	Recibe y presenta el medio de impugnación ante la autoridad competente que corresponda, debiendo verificar que se asiente la fecha y hora de recepción de la autoridad judicial o administrativa, según sea el caso e integra el acuse de recibo al expediente interno.	Medio de impugnación con acuse de recibido
	23	Da seguimiento al medio de impugnación, hasta su conclusión y archivo. TERMINA PROCEDIMIENTO	

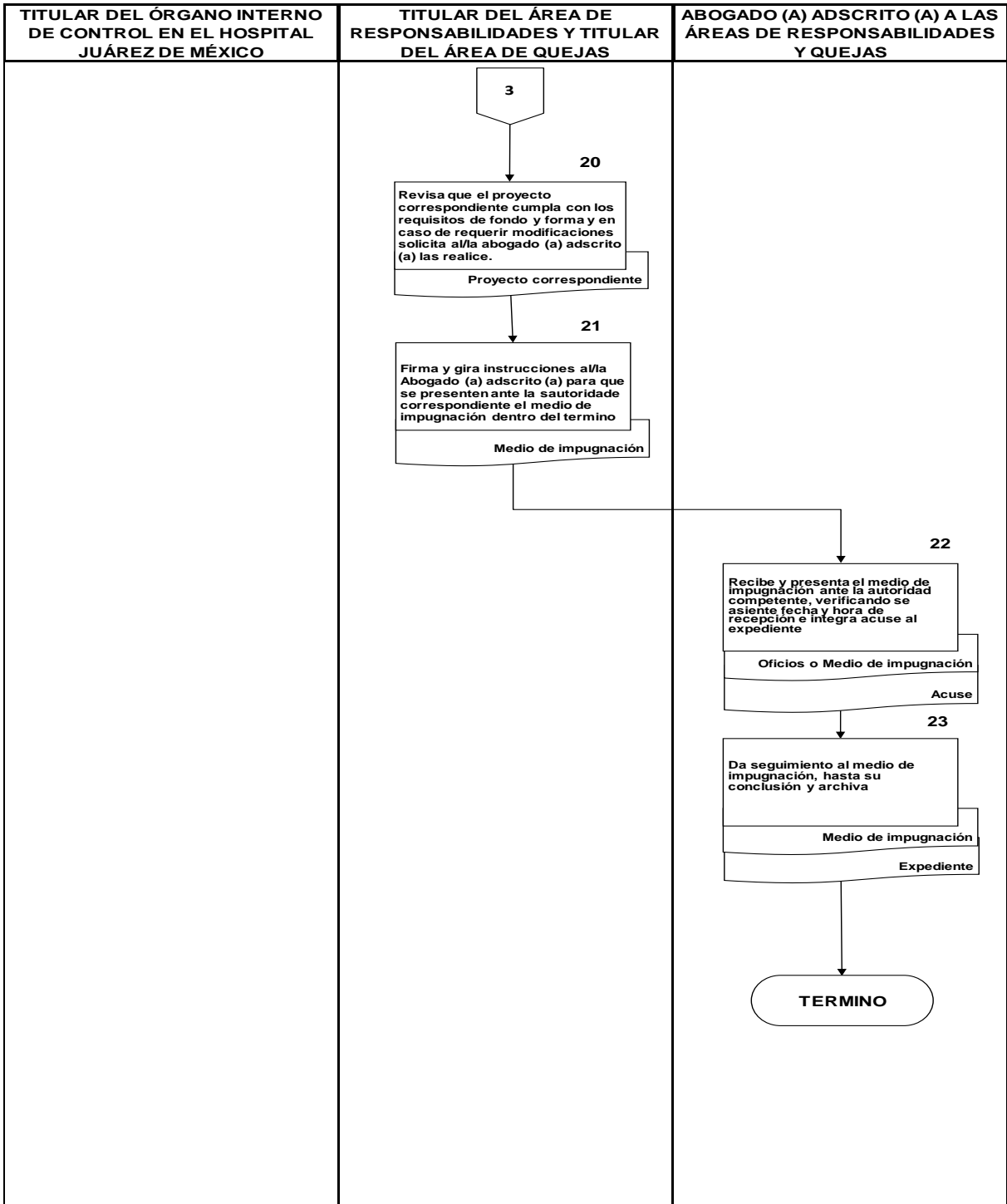
5 DIAGRAMA DE FLUJO






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 8 de 12



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 9 de 12






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 10 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

Documentos		Código (cuando aplique)
6.1	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Última reforma DOF 15-08-2016
6.2	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	Última reforma DOF 19-12-2016
6.3	Ley Federal de las Entidades Paraestatales	Última reforma DOF 18-12-2015
6.4	Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de abril de 2013 Texto vigente.	Última reforma publicada DOF 17-06-2016
6.5	Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo	Última reforma publicada DOF 13-06-2016
6.6	Código Fiscal de la Federación	Última reforma publicada DOF 12-01-2016
6.7	Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública	Última reforma DOF 28-01-2013
6.8	Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 2013.	Última reforma DOF 02-01-2013
6.9	Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal	Fecha de publicación DOF 26-01-2005
6.10	Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México	Fecha de publicación DOF 17-10-2016
6.11	Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013	Septiembre 2013
6.12	Manual de Organización Especifico del Área del Responsabilidades y el Área de Quejas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México	Diciembre 2016

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única.
7.1 Notificación de la demanda de nulidad.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.2 Sistema de Procedimiento Administrativo de Responsabilidades (SPAR).	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	N/A
7.3 Carátula	5 años	Titular del Área de	N/A




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 11 de 12

		Responsabilidades y Titular del Área de Quejas.	
7.4	Contestación de la demanda.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A
7.5	Informe previo.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A
7.6	Informe justificado.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A
7.7	Manifestaciones como Tercero Perjudicado.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A
7.8	Recurso de revisión.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A
7.9	Oficio de manifestaciones como terceros.	5 años	Titular del Área de Responsabilidades y Titular del Área de Quejas. N/A

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Juicio de amparo.** El Juicio de Amparo mexicano constituye la última instancia impugnativa de la mayor parte de los procedimientos judiciales, administrativos y aun de carácter legislativo, por lo que tutela todo el orden jurídico nacional contra las violaciones realizadas por cualquier autoridad, siempre que esas infracciones se traduzcan en una afectación actual, personal y directa a los derechos de una persona, sea individual o colectiva. El amparo en materia administrativa procede en cuanto se produzca un acto, se pronuncie una resolución o se incurra en omisión, por parte de una autoridad administrativa y contra esa conducta que afecte a un particular, no existe posibilidad de acudir ante un tribunal administrativo. Para evitar que con motivo de la tramitación del amparo se causen perjuicios irreparables o de difícil reparación a los peticionarios del amparo, existe la medida precautoria que se conoce como suspensión de los actos reclamados. La sentencia que concede el amparo tiene por objeto restituir al agraviado en el goce de sus derechos infringidos, restableciendo las cosas al estado anterior, cuando el acto reclamado sea de carácter positivo, y cuando sea negativo, el efecto será obligar a la autoridad responsable a que obre en el sentido de cumplir con lo que el derecho violado exija. La sentencia protectora debe ser cumplida por la autoridad de la que emanó el acto o resolución o provenga la omisión, dentro de un plazo razonable, y si no lo hace, el juez de amparo tiene la facultad de requerirla o a su superior jerárquico.

8.2 **Juicio de nulidad.** Medio de impugnación contra actos y resoluciones de la Administración Pública Federal, el cual debe ser interpuesto ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa dentro de los 45 días siguientes a aquel en que surta efectos la notificación del acto o resolución emitida por la autoridad. Este procedimiento es de una sola instancia, y las pruebas y los alegatos se presentan y desahogan ante el magistrado instructor y la sentencia debe dictarse por la Sala Regional respectiva dentro

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 2
	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL		
	79. Procedimiento para la defensa jurídica.		Hoja: 12 de 12

de los 45 días siguientes a aquel en que se cierre la instrucción. Procede la impugnación de las sentencias de las Salas Regionales del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa mediante el Recurso de Revisión. Puede solicitarse la suspensión de la ejecución de los actos administrativos, garantizando el interés fiscal, con la posibilidad de adoptar medidas precautorias más amplias. La sentencia recaída al juicio de nulidad, por regla general se limita a establecer si debe o no anularse total o parcialmente la resolución o acto impugnado, derivado de la incompetencia del funcionario o empleado que haya dictado el acuerdo o tramitado el procedimiento impugnado, omisión o incumplimiento de las formalidades legales, vicios del procedimiento que afecten las defensas del demandante, violación de la disposición aplicada o por no haberse aplicado la disposición debida.

- 8.3 **Recursos.** Los recursos administrativos son los procedimientos de impugnación de los actos administrativos, a fin de que los administrados defiendan sus derechos o intereses jurídicos ante la administración, generadora de los actos impugnados. Siempre deben estar previstos en la ley y no pueden en consecuencia tener ese carácter las secuelas o prácticas de instancia que se presenten o tramiten ante las autoridades administrativas si aquella no las autoriza como medios de impugnación. Es un medio legal del que dispone el particular, afectado en sus derechos o intereses por un acto administrativo determinado para obtener en los términos legales, de la autoridad administrativa una revisión del propio acto, a fin de que dicha autoridad lo revoque, lo anule o lo modifique, en caso de encontrar comprobada la ilegalidad y la inoportunidad del mismo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Agosto 2014.	Nueva creación
02	Diciembre, 2016	Se realizan cambios al procedimiento en cuanto al lenguaje incluyente, la descripción del procedimiento y al diagrama de flujo

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.