

AVISO por el que se dan a conocer los datos de actualización del Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Hospital Juárez de México.

AVISO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS DATOS DE ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

GUSTAVO ESTEBAN LUGO ZAMUDIO, Director General, con fundamento en el último párrafo del artículo del ACUERDO que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 21 de agosto de 2012, el artículo 15, antepenúltimo párrafo, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 7, fracción III, del Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, doy a conocer lo siguiente:

AVISO

Para efectos de lo dispuesto en el último párrafo del artículo del ACUERDO que modifica al diverso por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican, publicado el 21 de agosto de 2012, se dan a conocer los datos de identificación del Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México, siguientes:

Denominación: Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México.

Emisor: Hospital Juárez de México.

Fecha de emisión: 12 de noviembre de 2020.

Materia: Reglamento interno.

Fecha de aprobación del Comité de Mejora Regulatoria Interna: 7 de diciembre de 2020.

Página de internet:

http://hjm.salud.gob.mx/interna/normateca/Comeri_2019/Comeri_2020/DG_DA_COMERI_1488_2020/MP_2019_HJM_COMERI_PDF.pdf

www.dof.gob.mx/2021/SALUD/Manual-de-Procedimientos-HJM.pdf

Dado en México, Ciudad de México, a los 8 días del mes de febrero de 2021.- El Director General del Hospital Juárez de México, **Gustavo Esteban Lugo Zamudio**.- Rúbrica.

(R.- 503294)



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



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

OCTUBRE, 2020.



UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
Dirección General de Recursos Humanos y Organización

Ciudad de México, a 12 NOV 2020
OFICIO No. DGRHO/ 5859 /2020

**DR. MATÍN ANTONIO MANRIQUE
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

PRESENTE

En relación con su solicitud de Opinión Favorable sobre el Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México, con fundamento en el Artículo 29, 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 Recursos Humanos y Organización, se concluye que fue elaborado con base en la Estructura Orgánica vigente a partir del 1ro. de enero de 2019 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 de ese Hospital.

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

**ATENTAMENTE
LA DIRECTORA GENERAL**

LIC. ANALI SANTOS AVILES

| | | |
|---|--|--|
| Elaboró | Revisó | Valió |
| Mtro. Luis Damian Ortiz Villa Jefe de Departamento de Desarrollo de Instrumentos Administrativos | Lic. Francisco Bañuelos Navarro Subdirector de Análisis y Diseño Organizacional | Lic. María Hilda Sam Ibarra Directora de Diseño y Desarrollo Organizacional |

C.c.p.- Dr. Pedro Flores Jiménez. - Titular de la Unidad de Administración y Finanzas. - Presente.

Sección y Serie: 3C. 11
Referencia: DG-363-2020

Av. Marina Nacional No. 60, Piso 5, Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410.
Teléfono. (55) 50 62 16 00 Ext. 58455 y 58451.



**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 del 01 de enero de 2019 este documento se integra de 1071 fojas útiles. El 03 de julio de 2019, la Subsecretaría de la Función Pública, a través de la Dirección General de Organización y Remuneraciones de la Administración Pública Federal, mediante oficio SSFP/408/1121/2019 y SSFP/408/DGOR/0822/2019, se aprueba y registra la estructura orgánica del Hospital Juárez de México, con vigencia organizacional al 01 de enero de 2019.

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 1 de 30 |
|--|---------------------------------|---|--|

ÍNDICE

| | HOJA |
|--|----------|
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| I OBJETIVO DEL MANUAL | 7 |
| II. MARCO JURÍDICO | 8 |
| III. PROCEDIMIENTOS | |
| 1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. | |
| 2. PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR PROTOCOLOS INTERNOS DE ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO. | |
| 3. PROCEDIMIENTO PARA INSTRUIR ACCIONES DE MEJORA A LOS CÓDIGOS DE EMERGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA. | |
| 4. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS Y DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO. | |
| 5. PROCEDIMIENTO PARA ADECUAR EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE URGENCIAS Y DESASTRES DEL HOSPITAL, EN CASO DE URGENCIA EPIDEMIOLÓGICA. | |
| 6. PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR LA CELEBRACIÓN O RENOVACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON DIFERENTES CORPORACIONES. | |
| 7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN. | |
| 8. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN. | |
| 9. PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE POSGRADO (RESIDENCIAS MÉDICAS). | |
| 10. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE INTERNADO MÉDICO (PREGRADO). | |
| 11. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL ESTATUTO ORGÁNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. | |
| 12. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE METAS DE LA MATRÍZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR). | |
| 13. PROCEDIMIENTO PARA COMPILAR INFORMACIÓN DEL REPORTE DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR) DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. | |
| 14. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. | |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 2 de 30 |
|--|---------------------------------|---|--|

15. **PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE PROCESOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA.**
16. **PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
17. **PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
18. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA EN PROCESOS CLÍNICOS.**
19. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR EL SEGUIMIENTO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES DE LOS/LAS USUARIOS/AS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
20. **PROCEDIMIENTO PARA ATENDER SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.**
21. **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR EL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (PETIC).**
22. **PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS EN TEMAS DE PROTECCIÓN CIVIL.**
23. **PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE LA REVISIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS CONTRA FUEGO Y HUMO.**
24. **PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR MOVIMIENTOS DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.**
25. **PROCEDIMIENTO PARA INSTITUIR LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN, SOBRE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**
26. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR APOYOS EN ESPECIE PARA PACIENTES A TRAVÉS DE LA SOCIEDAD CIVIL.**
27. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO AUTORIZADO.**
28. **PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO.**
29. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.**
30. **PROCEDIMIENTO PARA DIRIGIR LOS MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEL HOSPITAL.**
31. **PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.**
32. **PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DEL CONTROL INTERNO.**
33. **PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**
34. **PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL ADECUADO EJERCICIO, REGISTRO Y CONTROL DEL PRESUPUESTO DE SERVICIOS PERSONALES.**

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 3 de 30 |
|--|---------------------------------|---|--|

35. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL PAGO DE REMUNERACIONES, RETENCIONES Y APORTACIONES DE LOS/LAS TRABAJADORES(AS) DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
36. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL.
37. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLANTILLA DE PERSONAL.
38. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR LAS COMISIONES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.
39. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL TRÁMITE DE LA LIQUIDACIÓN DE PERSONAL.
40. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INGRESOS PROPIOS.
41. PROCEDIMIENTO PARA EL EJERCICIO DEL GASTO.
42. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA CUENTA PÚBLICA.
43. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN.
44. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL REGISTRO DE BAJA Y DESTINO FINAL DE ACTIVO FIJO NO ÚTIL.
45. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA, LIMPIEZA, JARDINERÍA, TRATAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECIOSOS (RPBI) Y RECOLECCIÓN DE LA BASURA MUNICIPAL.
46. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL USO ADECUADO DEL COMBUSTIBLE EN VEHÍCULOS DEL HOSPITAL.
47. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE ARCHIVOS.
48. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.
49. PROCEDIMIENTO PARA LA ADAPTACIÓN Y/O REMODELACIÓN DE ESPACIOS.
50. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO CON RECURSOS CONTRATADOS.
51. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO CON RECURSOS PROPIOS.
52. PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT).
53. PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS
54. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE OBSERVACIONES.
55. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII) DE LA ENTIDAD (ANUAL).
56. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO (TRIMESTRAL).

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 4 de 30 |
|--|---------------------------------|---|--|

57. PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA INSTITUCIÓN (ANUAL).
58. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (TRIMESTRAL).
59. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.
60. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS, DENUNCIAS Y PETICIONES CIUDADANAS EN APEGO A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.
61. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE DENUNCIAS EN APEGO A LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.
62. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MATERIA DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS EN APEGO A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.
63. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, EN APEGO A LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.
64. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.
65. PROCEDIMIENTO PARA LA SANCIÓN A LICITANTES, PROVEEDORES Y CONTRATISTAS EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.

IV ANEXOS

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | <p style="text-align: center;">Rev. 03</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 5 de 30</p> |
|---|---------------------------------|---|---|

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 a partir del 1 de Enero de 2019 y con apego en la Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

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

El manual se actualizará conforme a los lineamientos para la elaboración y actualización 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/las titulares de cada área que integran la estructura autorizada, los cuales 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) y en el Sistema de Administración de Normas Internas (SANI) para consulta de todos los usuarios (personal, público en general y otras dependencias).

Los/as servidores/as 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. 03 Hoja: 6 de 30 |
|---|---------------------------------|---|--|

I.- OBJETIVO DEL MANUAL.

Servir como instrumento de consulta para los/las servidores/as públicos/as adscritos/as al Hospital Juárez de México, en relación con cada uno de los procedimientos que deben aplicar y observar de acuerdo a las atribuciones asignadas y a la normatividad vigente en cada caso.

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | <p style="text-align: center;">Rev. 03</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 7 de 30</p> |
|---|---------------------------------|---|---|

II. MARCO JURÍDICO.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 05-02-1917
Última Reforma D.O.F. 09-08-2019

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

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

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
D.O.F. 29-12-1976
Última Reforma D.O.F. 09-08-2019
Fe de erratas D.O.F. 02-02-1977
Fe de erratas D.O.F. 18-04-1984

Ley General de Salud
D.O.F. 07-02-1984
Última Reforma D.O.F. 08-11-2019
Fe de erratas al párrafo D.O.F. 06-09-1984
Capítulo adicionado D.O.F. 20-08-2009

Ley Reglamentaria de la fracción XIII Bis del apartado "B" del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 30-12-1983
Última Reforma D.O.F. 10-01-2014
Fe de erratas a la fracción D.O.F. 11-05-1984

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 8 de 30 |
|---|---------------------------------|---|--|

Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
D.O.F. 09-04-2012

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
D.O.F. 04-01-2000
Última Reforma D.O.F. 10-11-2014

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas
D.O.F. 04-01-2000
Última Reforma D.O.F. 13-01-2016

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados
D.O.F. 18-03-2005

Ley de Amparo, Reglamentaría de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
D.O.F. 02-04-2013
Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 08-10-2003
Última Reforma D.O.F. 19-01-2018

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
D.O.F. 30-05-2011
Última Reforma D.O.F. 12-07-2018

Ley General de Contabilidad Gubernamental
D.O.F. 31-12-2008
Última Reforma D.O.F. 30-01-2018

Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación
D.O.F. 18-07-2016
Última Reforma D.O.F. 18-07-2016 (SIN REFORMA)

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
D.O.F. 02-08-2006
Última Reforma D.O.F. 14-06-2018

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 01-02-2007
Última Reforma D.O.F. 13-04-2018

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 9 de 30 |
|---|---------------------------------|---|--|

Ley General para prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

D.O.F. 26-06-2017

Última Reforma D.O.F. 26-06-2017 (SIN REFORMA)

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción

D.O.F. 18-07-2016

Última Reforma D.O.F. 18-07-2016

Ley General de Bibliotecas

D.O.F. 21-01-1988

Última Reforma D.O.F. 19-01-2018

Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público

D.O.F. 15-07-1992

Última Reforma D.O.F. 17-12-2015

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

D.O.F. 04-12-2014

Última Reforma D.O.F. 17-10-2019

Ley General de Víctimas

D.O.F. 09-01-2013

Última Reforma D.O.F. 03-01-2017

Ley General para el Control del Tabaco

D.O.F. 30-05-2008

Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados

D.O.F. 26-01-2017

Última Reforma D.O.F. 26-01-2017

Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista

D.O.F. 30-04-2015

Última Reforma D.O.F. 30-04-2015

Declaratoria de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN D.O.F. 27-05-2016

Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia

D.O.F. 24-01-2012

Última Reforma D.O.F. 24-01-2012

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 10 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México

D.O.F. 26-05-1945

Última Reforma D.O.F. 19-01-2018 (Antes "Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal")

Ley de Coordinación Fiscal

D.O.F. 27-12-1978

Última Reforma D.O.F. 30-01-2018

Fe de erratas a la fracción D.O.F. 12-02-1979

Fe de erratas al párrafo D.O.F. 15-04-1982

Fe de erratas al artículo D.O.F. 12-02-1979. Reformado D.O.F. 30-12-1983

Fe de erratas al artículo D.O.F. 12-02-1979. Reformado D.O.F. 30-12-1983. Fe de erratas D.O.F. 28-03-1984. Reformado D.O.F. 31-12-1986, 31-12-1987

Fe de erratas al párrafo D.O.F. 15-04-1982. Reformado D.O.F. 31-12-1987, 28-12-1989

Fe de erratas al artículo D.O.F. 12-02-1979. Reformado D.O.F. 30-12-1980, 15-12-1995, 31-12-2000

Fe de erratas a la fracción D.O.F. 15-04-1982. Reformada D.O.F. 30-12-1983, 31-12-1986, 03-12-1993, 29-12-1993, 11-08-2014.

Fe de erratas al artículo D.O.F. 12-02-1979. Reformado D.O.F. 31-12-1981. Fe de erratas D.O.F. 15-04-1982. Reformado D.O.F. 30-12-1983, 28-12-1989, 26-12-1990, 15-12-1995, 21-12-2007, 09-12-2013, 27-04-2016

Ley de Firma Electrónica Avanzada

D.O.F. 11-01-2012

Última Reforma D.O.F. 11-01-2012

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles

D.O.F. 31-12-1975

Última Reforma D.O.F. 17-12-2015

Ley General de Bienes Nacionales

D.O.F. 20-05-2004

Última Reforma D.O.F. 19-01-2018

Ley General de Desarrollo Social

D.O.F. 20-01-2004

Última Reforma D.O.F. 25-06-2018

Ley General de Educación

D.O.F. 30-09-2019

Última Reforma D.O.F. 30-09-2019

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 11 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

D.O.F. 04-05-2015

Última Reforma D.O.F. 04-05-2015

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica

D.O.F. 16-04-2008

Última Reforma D.O.F. 25-06-2018

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2020

D.O.F. 25-11-2019

Texto vigente a partir del 01-01-2020

Nota de vigencia: El artículo Séptimo Transitorio de esta Ley, publicada en el D.O.F. 25-11-2019, entró en vigor a partir del 26 de noviembre de 2019.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

D.O.F. 29-06-1992

Última Reforma D.O.F. 25-06-2018

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

D.O.F. 25-06-2002

Última Reforma D.O.F. 12-07-2018

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

D.O.F. 26-05-2000

Última Reforma D.O.F. 16-02-2018

Ley de Asistencia Social

D.O.F. 02-09-2004

Última Reforma D.O.F. 24-04-2018

Ley de Ciencia y Tecnología

D.O.F. 05-06-2002

Última Reforma D.O.F. 08-12-2015

Ley de Instituciones de Crédito

D.O.F. 18-07-1990

Última Reforma D.O.F. 04-06-2019

Ley Sobre el Contrato de Seguro

D.O.F. 31-08-1935

Última Reforma D.O.F. 04-04-2013

Fe de erratas Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 1935

Fe de erratas Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 1946

Fe de erratas al artículo D.O.F. 13-09-1935

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 12 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Fe de erratas al párrafo D.O.F. 02-08-1946

Ley Reglamentaria del Artículo 6°, párrafo Primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Derecho de Réplica

D.O.F. 30-05-2018

Última Reforma D.O.F. 30-05-2018

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

D.O.F. 31-03-2007

Última Reforma D.O.F. 04-06-2019

Ley de Planeación

D.O.F. 05-01-1983

Última Reforma D.O.F. 16-02-2018

Nota de vigencia: La reforma al primer párrafo del artículo 21, publicada en el D.O.F. 16-02-2018, entrará en vigor el 1o. de octubre de 2024

Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales

D.O.F. 24-12-1986

Última Reforma D.O.F. 31-05-2019

Fe de erratas D.O.F. 10-06-2019

Ley del Impuesto Sobre la Renta

D.O.F. 11-12-2013

Última Reforma D.O.F. 09-12-2019

Ley del Seguro Social

D.O.F. 21-12-1995

Última Reforma D.O.F. 07-11-2019

Ley del Impuesto al Valor Agregado

D.O.F. 29-12-1978

Última Reforma D.O.F. 09-12-2019

Ley de Inversión Extranjera

D.O.F. 27-12-1993

Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Ley de la Propiedad Industrial

D.O.F. 27-07-1991

Última Reforma D.O.F. 18-05-2018

Ley de la Policía Federal

D.O.F. 01-06-2009

Última reforma publicada D.O.F. 24-06-2011

Declaración de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN D.O.F. 24-06-2011

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 13 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Ley de Nacionalidad

D.O.F. 23-01-1998

Última Reforma D.O.F. 23-04-2012

Ley de Protección al Comercio y la Inversión de Normas Extranjeras que Contravengan el Derecho Internacional

D.O.F. 23-10-1996

Última Reforma D.O.F. 09-04-12

Ley para Determinar el Valor de la Unidad de Medida y Actualización

D.O.F. 30-12-2016

Última Reforma D.O.F. 30-12-16

Ley General de Población

D.O.F. 07-08-1974

Última Reforma D.O.F. 12-07-2018

Ley General de Protección Civil

D.O.F. 06-06-2012

Última Reforma D.O.F. 19-01-2018

Ley General de Sociedades Cooperativas

D.O.F. 03-08-1994

Última Reforma D.O.F. 19-01-2018

Ley General de Sociedades Mercantiles

D.O.F. 04-08-1994

Última Reforma D.O.F. 14-06-2018

Fe de erratas D.O.F. 28-08-1934.

Fe de erratas D.O.F. 12-06-1992

Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito

D.O.F. 27-08-1932

Última Reforma D.O.F. 22-06-2018

Fe de erratas D.O.F. 08-09-1932.

Fe de erratas D.O.F. 10-02-1933

Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente

D.O.F. 27-01-1988

Última Reforma D.O.F. 05-06-2018

Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

D.O.F. 20-06-2011

Última Reforma D.O.F. 24-02-2012

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 14 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Declaración de invalidez de artículos por Sentencia de la SCJN D.O.F. 24-02-2012

Ley Orgánica de la Fiscalía General de la Republica

D.O.F. 25-12-2018

Última Reforma D.O.F. 14-12-2018

Declaratoria de entrada en vigor de autonomía constitucional D.O.F. 20-12-2018

Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación

D.O.F. 26-05-1995

Última Reforma D.O.F. 01-05-2019

Ley Orgánica del Tribunal Federal de Justicia Administrativa

D.O.F. 18-07-2016

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

D.O.F. 30-03-2006

Última Reforma D.O.F. 19-11-2019

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional

D.O.F. 28-12-1963

Última Reforma D.O.F. 01-05-2019

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado

D.O.F. 31-12-2004

Última Reforma D.O.F. 12-06-2009

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos

D.O.F. 31-12-1982

Última Reforma D.O.F. 18-07-2016

Fe de erratas D.O.F. 10-03-1983

Fe de erratas D.O.F. 22 de julio de 1992

Ley Federal del Derecho de Autor

D.O.F. 24-12-1996

Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Ley Federal del Trabajo

D.O.F. 01-04-1970

Última Reforma D.O.F. 02-07-2019

Fe de erratas D.O.F. 05-06-1970

Fe de erratas D.O.F. 30-01-1980

Fe de erratas D.O.F. 13-04-1984

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 15 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Ley Federal de Correduría Pública
D.O.F. 29-12-1992
Última Reforma D.O.F. 09-04-2012

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares
D.O.F. 05-07-2010

Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público
D.O.F. 19-12-2002
Última Reforma D.O.F. 09-08-2019

Ley Federal Sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 01-07-1992
Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
D.O.F. 11-06-2003
Última Reforma D.O.F. 21-06-2018

Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 14-05-1986
Última Reforma D.O.F. 01-03-2019

Ley Federal de Derechos
D.O.F. 31-12-1981
Última Reforma D.O.F. 28-12-2018
Fe de erratas Publicada en el D.O.F. 21-05-1982

Ley Federal de Procedimiento Administrativo
D.O.F. 04-08-1994
Última Reforma D.O.F. 18-05-2018

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo
D.O.F. 01-12-2005
Última Reforma D.O.F. 27-01-2017

Ley Federal de Competencia Económica
D.O.F. 23-05-2014
Última Reforma D.O.F. 27-01-2017

Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita
D.O.F. 17-10-2012
Última Reforma D.O.F. 09-03-2018

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 16 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Ley Federal de los Derechos del Contribuyente
D.O.F. 23-06-2005.

Ley Federal de Responsabilidad Ambiental
D.O.F. 07-06-2013

Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión
D.O.F. 14-07-2014
Última Reforma D.O.F. 15-06-2018

Declaratoria de inconstitucionalidad de artículos por Sentencia de la SCJN D.O.F. 02-04-2019
Fe de erratas D.O.F. 09-06-2016

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
D.O.F. 09-05-2016
Última Reforma D.O.F. 27-01-2017

Ley de Austeridad Republicana
D.O.F. 19-11-2019

Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. 18-07-2016
Última reforma D.O.F. 19-11-2019

Ley General de Archivos.
D.O.F. 15-06-2018

Ley de Migración.
D.O.F. 25-05-2011.
Última reforma 03-07-2019

CÓDIGOS

Código de Comercio
D.O.F. 07-10-1889
Última Reforma D.O.F. 28-03-2018
Cantidades actualizadas por Acuerdo D.O.F. 31-12-2018
Fe de erratas D.O.F. 08-01-1985

Código Civil Federal
D.O.F. 26-05-1928
Última Reforma D.O.F. 03-06-2019

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | <p style="text-align: center;">Rev. 03</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 17 de 30</p> |
|---|---------------------------------|---|--|

Fe de erratas D.O.F. 29-03-1985

Código Federal de Procedimientos Civiles

D.O.F. 24-02-1943

Última Reforma D.O.F. 09-04-2012

Fe de erratas D.O.F. 13-03-1943

Código Penal Federal

D.O.F. 14-08-1931

Últimas Reformas D.O.F. 08-11-2019

Fe de erratas D.O.F. 13-01-1982 Fe de erratas a la fe de erratas D.O.F. 15-01-1982

Fe de erratas D.O.F. 06-02-1991

Fe de erratas D.O.F. 01-08-1994

Código Nacional de Procedimientos Penales

D.O.F. 05-03-2014

Última Reforma D.O.F. 08-11-2019

Código Fiscal de la Federación

D.O.F. 31-12-1981

Última Reforma D.O.F. 08-11-2019

Código Fiscal de la Ciudad de México

Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

D.O.F. 19-01-2004

Última reforma D.O.F. 07-02-2018

Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

D.O.F. 19-07-2017.

Reglamento de la Ley Federal de Archivos

D.O.F. 13-05-2014

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

D.O.F. 18-01-1988

Última Reforma D.O.F. 28-12-2004

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

D.O.F. 28-07-2010

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 18 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público
D.O.F. 06-11-2003
Última Reforma D.O.F. 28-09-2012

Reglamento de la Ley de Firma Electrónica Avanzada
D.O.F. 21-03-2014

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial
D.O.F. 23-11-1994
Última Reforma D.O.F. 16-12-2016

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

Reglamento de la Ley de Migración
D.O.F. 28-09-2012
Última Reforma D.O.F. 23-05-2014

Reglamento de la Ley de Nacionalidad
D.O.F. 17-06-2009
Última Reforma D.O.F. 25-11-2013

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas
D.O.F. 28-07-2010

Reglamento de la Ley de Tesorería de la Federación
D.O.F. 30-06-2017

Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado
D.O.F. 04-12-2006
Última Reforma D.O.F. 25-09-2014

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta
D.O.F. 08-10-2015
Última Reforma D.O.F. 06-05-2016

Reglamento de la Ley Federal de Correduría Pública
D.O.F. 04-06-1993
Última Reforma D.O.F. 26-11-2012

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales
D.O.F. 26-01-1990
Última Reforma D.O.F. 23-11-2010

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 19 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
D.O.F. 28-06-2006
Última Reforma D.O.F. 30-03-2016

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
Gubernamental
D.O.F. 11-06-2003

Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los
Particulares
D.O.F. 21-12-2011

Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector
Público
D.O.F. 17-06-2003
Última Reforma D.O.F. 29-11-2006

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

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
D.O.F. 14-01-1999
Última Reforma D.O.F. 28-11-2012

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
D.O.F. 11-03-2008
Última Reforma D.O.F. 14-03-2014

Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
D.O.F. 02-12-2015

Reglamento de la Ley General de Población
D.O.F. 14-04-2000
Última Reforma D.O.F. 28-09-2012

Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y
Desarrollo Integral Infantil
D.O.F. 22-08-2012
Última Reforma D.O.F. 10-05-2016

Reglamento de la Ley General de Protección Civil
D.O.F. 13-05-2014

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 20 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Última Reforma D.O.F. 09-12-2015

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. 20-02-1985

Última Reforma D.O.F. 26-03-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

D.O.F. 06-01-1987

Última Reforma 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. 14-05-1986

Última Reforma D.O.F. 17-07-2018

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud

D.O.F. 05-04-2004

Última Reforma D.O.F. 17-12-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

D.O.F. 04-05-2000

Última Reforma D.O.F. 14-02-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional

D.O.F. 18-02-1985

Última Reforma D.O.F. 10-07-1985

Reglamento de la Ley General de Víctimas

D.O.F. 28-11-2014

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

D.O.F. 30-11-2012

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco

D.O.F. 31-05-2009

Última Reforma D.O.F. 09-10-2012

Reglamento de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista

D.O.F. 21-07-2016

Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia

D.O.F. 19-09-2014

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 21 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
D.O.F. 30-11-2006
Última Reforma D.O.F. 31-10-2014

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos
D.O.F. 23-09-2013.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental
D.O.F. 30-05-2000
Última Reforma D.O.F. 31-10-2014

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Prevención y Control de la Contaminación de la Atmósfera
D.O.F. 25-11-1988
Última Reforma D.O.F. 31-10-2014

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes
D.O.F. 03-06-2004
Última Reforma D.O.F. 31-10-2014

Reglamento de la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa
D.O.F. 24-05-2006
Última Reforma D.O.F. 24-05-2018

Reglamento del Código Fiscal de la Federación
D.O.F. 02-04-2014

Reglamento General de Seguridad Radiológica
D.O.F. 22-11-1988

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

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores
D.O.F. 21-03-2008
Última Reforma D.O.F. 26-07-2016

Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.

| | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | <p style="text-align: center;">Rev. 03</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Hoja: 22 de 30</p> |
|---|---------------------------------|---|--|

D.O.F. 13-11-2014

DECRETOS

Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal

D.O.F. 26-01-2005

ACUERDOS

Acuerdo por el que se emite el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal

D.O.F. 28 -12-2010

Última Reforma D.O.F. 26-06-2018

Modificaciones publicadas en el D.O.F.

D.O.F. 27-12-2011

D.O.F. 29 -06-2012

D.O.F. 24-07- 2013

D.O.F. 04-12-2015

D.O.F. 15-08-2016

D.O.F. 27-06- 2017

D.O.F. 26 -06- 2018

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.

D.O.F. 09-06-1983

Última Reforma D.O.F. 30-11-2019

Modificaciones publicadas en el D.O.F.

D.O.F. 06-11-1996

D.O.F. 24-12-2002

D.O.F. 19-10-2017

D.O.F. 15-11-2019

D.O.F. 26-11-2019

D.O.F.27-11-2019

D.O.F. 28-11-2019

Acuerdo por el que se Expiden los 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. 13-12-2005

Acuerdo que modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medios de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada

D.O.F. 25-03-2009

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 23 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Ultima Reforma 29-04-2015

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 mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 31-12-2018

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.

D.O.F. 13-06-2008

Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

D.O.F. 13-06-2008

Acuerdo que establece los lineamientos que deberán 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 científicas.

D.O.F. 12-08-2008

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

D.O.F. 25-03-2004

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 establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales

D.O.F. 16-07-2010

Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias

D.O.F. 04-02-2016

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 24 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos que regulan la designación de los titulares de las unidades de administración y finanzas de las dependencias de Administración pública Federal
D.O.F. 01-12-2018

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos que regulan el nombramiento de los titulares de las unidades encargadas del apoyo jurídico de las dependencias y entidades de la Administración pública Federal
D.O.F. 14-12-2018

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. 9-08-2010.
Última reforma D.O.F. 03-02-2016

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno
D.O.F. 03-11-2016
Última reforma D.O.F. 05-09-2018

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

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. 09-08-2010.
Última Reforma D.O.F. 03-02-2016

Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.
D.O.F. 15-07-2011
Última reforma D.O.F. 16-05-2016

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera.
D.O.F. 12-07-2010.
Última reforma publicada D.O.F. 6-04-2017

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 25 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.

D.O.F. 16-07-2010.

Última reforma D.O.F 05-04-2016

Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.

D.O.F. 08-05-2014

Última reforma D.O.F 04-02-2016.

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.

D.O.F. 15-05-2017

Acuerdo por el que se emite el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.

D.O.F. 15-02-2019

NORMAS OFICIALES

Norma Oficial Mexicana, NOM-253-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

D.O.F. 26 -10-2016

Ultima reforma D.O.F. 18-09-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de planificación familiar.

D.O.F. 30-05-1993

Ultima Reforma D.O.F. 21-01-2004

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

D.O.F. 17-04-2016

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-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

D.O.F. 18-05-2018

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 26 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

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-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-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
D.O.F. 12-08-2015.
Ultima Reforma D.O.F. 12-09-2015 (aclaración)

Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia.
D.O.F. 30-10-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas
DOF: 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
DOF: 04/01/2013

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 17-08-2012
Ultima Reforma D.O.F. 27-08-2018

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.
D.O.F. 03-03-2016
Ultima Reforma D.O.F. 04-04-2018

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.
D.O.F. 13-07-2018

Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 31-05-2010
Ultima Reforma 31-12-2018

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 27 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México (CAAS)

D.O.F. 13-09-2012

Ultima Reforma 29-08-2018

Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México

Febrero 2020.

Manual de Integración y Funcionamiento del Subcomité Revisor de Convocatorias del Hospital Juárez de México (SUBRECO)

D.O.F. 21-08-2012

Ultima Reforma 22-08-2018

Guía técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Septiembre 2013.

Guía técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud.

Septiembre 2013.

Guía de implementación de la Política de Datos Abiertos

D.O.F. 20-02-2015

Última Reforma 12-12-2017

LINEAMIENTOS

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

Lineamientos para la contratación de seguros sobre bienes patrimoniales, a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 02-05-1994

Ultima Reforma 24-10-2003

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

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 28 de 30 |
|---|---------------------------------|---|---|

Lineamientos de protección de datos personales

D.O.F. 30-09-2005

Ultima Reforma 26-01-2018

Lineamientos Generales que establecen los criterios para el cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información a cargo de las personas físicas y morales que reciben y ejercen recursos públicos o realicen actos de autoridad

D.O.F. 13-03-2017

Lineamientos que establecen el procedimiento de la denuncia por incumplimiento a las Obligaciones de Transparencia previstas en los artículos 70 a 83 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 69 a 76 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

D.O.F. 17- 02-2017

Ultima Reforma 30- 04-2018

Lineamientos de procedimientos para la atención de solicitudes de ampliación del periodo de reserva por parte del INAI

D.O.F. 15-02-2017

Lineamientos que regulen las atribuciones de las áreas encargadas de calificar la gravedad de las faltas, así como de la notificación y ejecución de las medidas de apremio previstas en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública

D.O.F. 12-02-2017.

Lineamientos para que el INAI ejerza la facultad de atracción, así como los procedimientos internos para la tramitación del mismo

D.O.F. 01-11-2016

Ultima Reforma 16- 02-2017

Lineamientos para analizar valorar y decidir el destino final de la documentación de las dependencias del poder ejecutivo

D.O.F. 16-03-2016

Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información y versiones públicas

D.O.F. 15-04-2016

Última Reforma 29-07-2016

Lineamientos para el registro en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión.

D.O.F. 30-12-2013.

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 29 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México

D.O.F. 14-08-2018

Ultima Reforma D.O.F. 13/11/2019.

Aviso por el que se dan a conocer los datos de actualización del Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México

D.O.F. 09-10-2020

AVISO por el que se da a conocer el Manual de Procedimientos del Hospital Juárez de México

D.O.F. 09-10-2017

Aviso por el que se dan a conocer los datos principales de las Políticas Hospitalarias Generales del Hospital Juárez de México.

D.O.F. 19-04-2018

Aviso por el que se dan a conocer los datos de actualización de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital Juárez de México

D.O.F. 22-08-2018

AVISO por el que se dan a conocer los datos principales de los Lineamientos Generales para la Operación y Funcionamiento del Comité de Mejora Regulatoria Interna del Hospital Juárez de México

D.O.F. 19-04-2018

AVISO por el que se dan a conocer los datos principales de los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas del Hospital Juárez de México

D.O.F. 19-04-2018

AVISO por el que se dan a conocer los Lineamientos para el Desarrollo de la Investigación Científica en el Hospital Juárez de México

D.O.F. 27/03/2018

Aviso por el que se dan a conocer los datos principales Políticas de Transferencia Tecnológica del Hospital Juárez de México.

D.O.F. 19-04-2018

Aviso por el que se da a conocer la modificación a las Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital Juárez de México.

D.O.F. 08-03-2017

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 Hoja: 30 de 30 |
|--|---------------------------------|---|---|

Aviso por el que se dan a conocer los datos principales del Acuerdo que determina los servidores del Hospital Juárez de México que deben de presentar un informe por escrito de los asuntos a su cargo al retirarse de su empleo, cargo o comisión.
D.O.F. 02-04-2018

Aviso por el que se dan a conocer los datos principales de identificación para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso de espacios físicos no hospitalarios en el Hospital Juárez de México.
D.O.F. 08-02-2019

Aviso por el que se dan a conocer los datos principales de los Lineamientos para el manejo del expediente clínico del Hospital Juárez de México.
D.O.F. 19-04-2018

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.
D.O.F. 03-01-2020

OTRAS DISPOSICIONES

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.
D.O.F. 30-08-2019

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
D.O.F. 12-07-2019

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 1 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 2 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México, a fin de contar con una herramienta que permita ordenar y sistematizar la información relevante, dando seguimiento a las estrategias y líneas de acción para cumplimiento de las metas comprometidas a corto, mediano y largo plazo.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien coordina la elaboración, integración y seguimiento de los avances comprometidos en el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México; a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección de Administración, por ser las responsables de elaborar y dar cumplimiento a las estrategias y líneas de acción comprometidas en el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México; a la Dirección General, por ser quien valida y da a conocer los resultados y avances el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), por ser quien envía los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y revisa el seguimiento al cumplimiento del mismo; a la Honorable Junta de Gobierno por ser quien aprueba y revisa el seguimiento al Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/as servidores(as) públicos(as) del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 3 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.3 Es responsabilidad de las Direcciones de Área, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 Es responsabilidad de las Direcciones de Área, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de las Direcciones de Área, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 Las Direcciones de Área son responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos del presente procedimiento, se consideran Directores (as) de Área, a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 La Dirección General elabora su Programa de Trabajo Quinquenal y lo presenta a la Honorable Junta de Gobierno, para su aprobación.
- 3.9 La Honorable Junta de Gobierno es quien aprueba el Programa Quinquenal de la Dirección General del Hospital Juárez de México.
- 3.10 La Honorable Junta de Gobierno es responsable de nombrar al/ a la Prosecretario(a), el/la cual es el enlace entre la Honorable Junta de Gobierno y la Dirección General del Hospital Juárez de México.
- 3.11 El/La Prosecretario(a) debe ser un/una servidor(a) público(a) del Hospital Juárez de México con nivel directivo, que proponga la Dirección General.
- 3.12 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), es quien entrega en la primera reunión de la Junta de Gobierno los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México a la Dirección de Área designada como Prosecretario(a).
- 3.13 La Dirección de Área designada como Prosecretario(a) es responsable de entregar a la Dirección de Planeación Estratégica los lineamientos y/o el

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 4 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

guion emitido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), para elaborar el Programa Anual de Trabajo.

- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica, es responsable de difundir a las Direcciones de Área, los lineamientos y/o el guion emitido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), para que elaboren su Programa Anual de Trabajo.
- 3.15 Las Direcciones de Área, son las responsables de elaborar su Programa Anual de Trabajo, de acuerdo los lineamientos y/o el guion emitido por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), y enviarlo a la Dirección de Planeación Estratégica para su revisión.
- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica, es responsable de integrar el Programa Anual de Trabajo de la Dirección General, tomando en cuenta los lineamientos y/o guion que envía la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), así como los objetivos, estrategias, líneas de acción y plazos de ejecución (corto, mediano y largo) del Programa Quinquenal.
- 3.17 La Dirección General del Hospital Juárez de México, valida el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.
- 3.18 La Honorable Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México, es quien aprueba el Programa Anual de Trabajo del Hospital.
- 3.19 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 Anual de la Dirección General.
- 3.20 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 del Hospital Juárez de México.
- 3.21 La Dirección de Planeación Estratégica, es la 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.
- 3.22 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, es responsable de revisar e

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 5 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

integrar los avances del cumplimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México.

- 3.23** La Dirección de Planeación Estratégica, es responsable de informar a la Honorable Junta de Gobierno el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México de forma semestral y anual.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN GENERAL |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 6 de 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Director (a) de Planeación Estratégica | 1 | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), es quien entrega en la primera reunión de la Junta de Gobierno los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México a la Dirección de Área designada como Prosecretario(a).</p> <p>-----</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico.</p> <p>-Lineamientos y/o guion.</p> |
| | 2 | <p>-----</p> <p>----- Recibe oficio y/o correo electrónico del/de la Prosecretario(a) de la Junta de Gobierno, con los lineamientos y/o guion para la elaboración del Programa Anual de Trabajo.</p> <p>-----</p> <p>Difunde por Oficio y/o correo electrónico a las Direcciones de Área los lineamientos y/o guion para la elaboración de su Programa Anual de Trabajo.</p> | |
| | 3 | <p>Recibe oficio y/o correo electrónico con los lineamientos y/o guion para elaborar el Programa Anual de Trabajo.</p> | |
| Directores (as) de Área | 4 | <p>Elabora Programa Anual de Trabajo de acuerdo a los lineamientos y/o guion y lo envían por oficio y/o correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica.</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico para elaborar programa.</p> <p>-Lineamientos y/o guion.</p> <p>-Preliminar del Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área.</p> <p>-Oficio y/o correo electrónico con programa.</p> |
| | 5 | <p>Recibe por oficio y/o correo electrónico de las Direcciones de Área, su Programa Anual de Trabajo, y verifica si están elaborados de</p> | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | | | <p>-Oficio y/o correo electrónico con</p> |

| | |
|---|--|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN GENERAL |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 7 de 15

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | 6 | <p>acuerdo a los lineamientos y/o guion.</p> <p>¿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?</p> <p>No: Indica correcciones a las Direcciones de Área y regresa a la actividad 4.</p> | <p>programa.</p> <p>-Preliminar del Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área.</p> <p>-Versión preliminar del Programa Anual Trabajo del Hospital Juárez de México.</p> <p>-Oficio y/o correo electrónico con Programa preliminar.</p> |
| | 7 | <p>Si: Integra la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y lo envía por oficio y/o correo electrónico a las Direcciones de Área para su revisión y visto bueno.</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico de versión preliminar.</p> <p>-Versión preliminar del Programa Anual Trabajo del Hospital Juárez de México.</p> <p>-Oficio y/o correo electrónico de visto bueno del Programa.</p> |
| Directores (as) de Área | 8 | <p>Recibe oficio y/o correo electrónico de la Dirección de Planeación Estratégica, con la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México para su revisión y visto bueno.</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico de versión preliminar.</p> <p>-Versión preliminar del Programa Anual Trabajo del Hospital Juárez de México.</p> <p>-Oficio y/o correo electrónico de visto bueno del Programa.</p> |
| | 9 | <p>Revisa la versión preliminar del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y envían por oficio y/o correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica, el visto bueno correspondiente.</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico de visto bueno del Programa.</p> |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 10 | <p>Recibe por oficio y/o correo electrónico de las Direcciones de Área, el visto bueno del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México, y lo remite a la Dirección General para su validación.</p> | <p>-Oficio y/o correo electrónico de visto bueno del Programa.</p> <p>-Programa Anual Trabajo</p> |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN GENERAL |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | | del Hospital Juárez de México. |
| Director (a) General | 11 | Recibe y revisa el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | -Programa Anual de Trabajo. |
| | | ¿El Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México está alineado con las estrategias y líneas de acción? | |
| | 12 | No: Solicita corregir el Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México y regresa a la actividad 7. | |
| | 13 | Si: Valida y solicita a la Dirección de Planeación Estratégica, elaborar la solicitud de acuerdo para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 14 | Recibe instrucción y elabora la solicitud de acuerdo para la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. Archiva lineamiento y/o guion. | -Solicitud de acuerdo. -Lineamientos y/o guion. -Correo electrónico los Programas autorizados. -Programa Anual de Trabajo de la Dirección General aprobado. -Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de Área. -Oficio y/o correo electrónico de solicitud de |
| | | ----- ----- La Junta de Gobierno emite la aprobación del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. ----- ----- | |
| | 15 | Envía por correo electrónico e impreso, el Programa Anual de Trabajo de la Dirección General aprobado por la Junta de Gobierno y el Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de Área. | |
| | 16 | Solicita mediante oficio y/o correo electrónico a las Direcciones de Área, envíen semestral y anualmente, los avances del cumplimiento a las Estrategias y Líneas de Acción comprometidas en su Programa Anual de Trabajo. | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN GENERAL |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 9 de 15

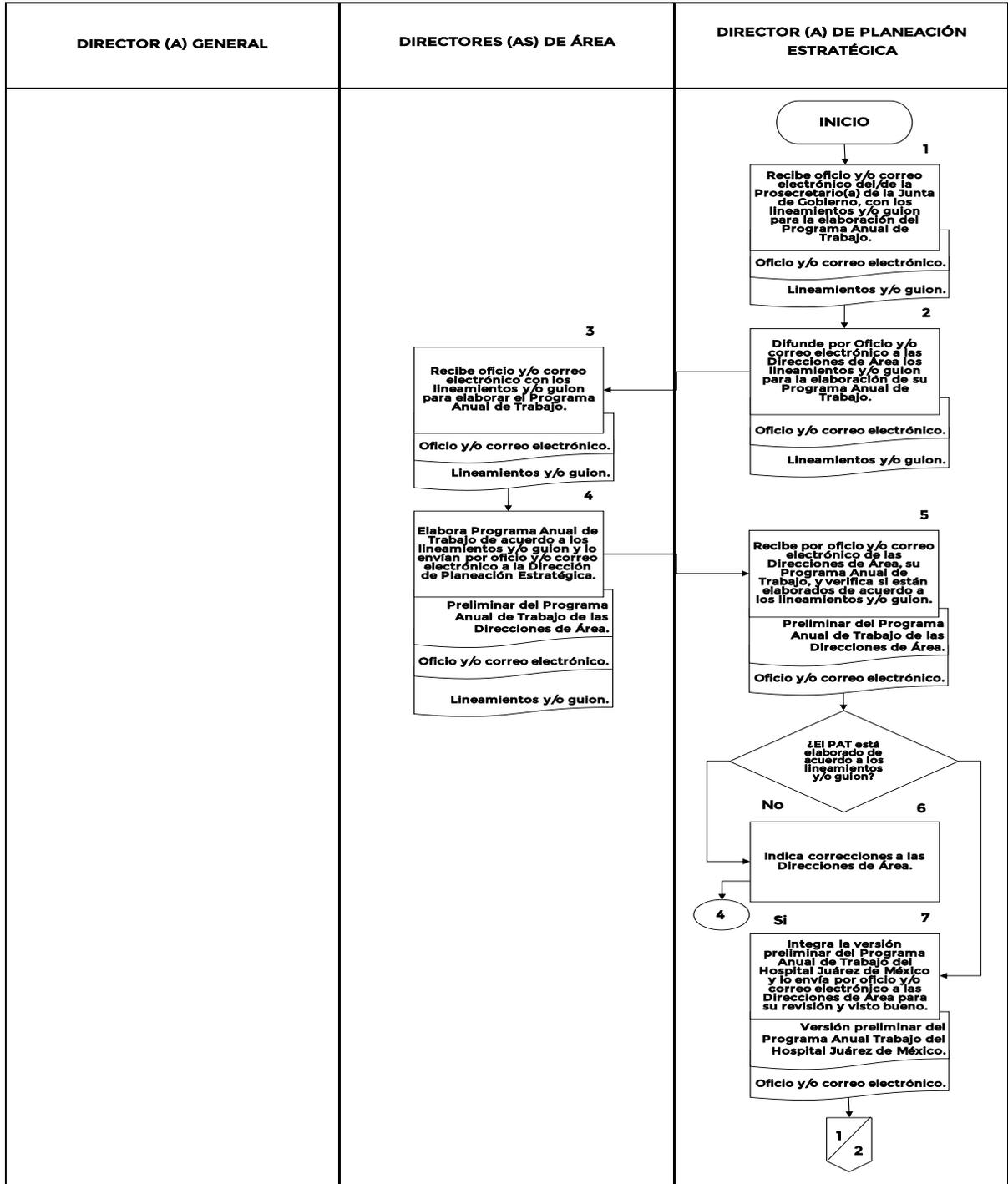
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | | | avances. |
| Directores (as) de área | 17 | Recibe mediante oficio y/o correo electrónico los Programas Anuales de Trabajo. | - Oficio y/o correo electrónico de los Programas autorizados. |
| | 18 | Envía semestral y anualmente, mediante oficio y/o correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica, los avances de cumplimiento del Programa Anual de Trabajo para ser integrados en los informes de autoevaluación. | -Programa Anual de Trabajo de la Dirección General aprobado. -Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de área. -Oficio y/o correo electrónico de solicitud de avances. -Oficio y/o correo electrónico con avances. -Avances del programa. |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 19 | Recibe mediante oficio y/o correo electrónico, la información de avances del cumplimiento del Programa Anual de Trabajo y revisa la congruencia de la información con lo comprometido en los Programas Anuales de Trabajo para ser presentado en los Informes de Autoevaluación a la Junta de Gobierno. | -Correo electrónico con avances. -Avances del programa. -Informe de Autoevaluación |
| | 20 | 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. | |

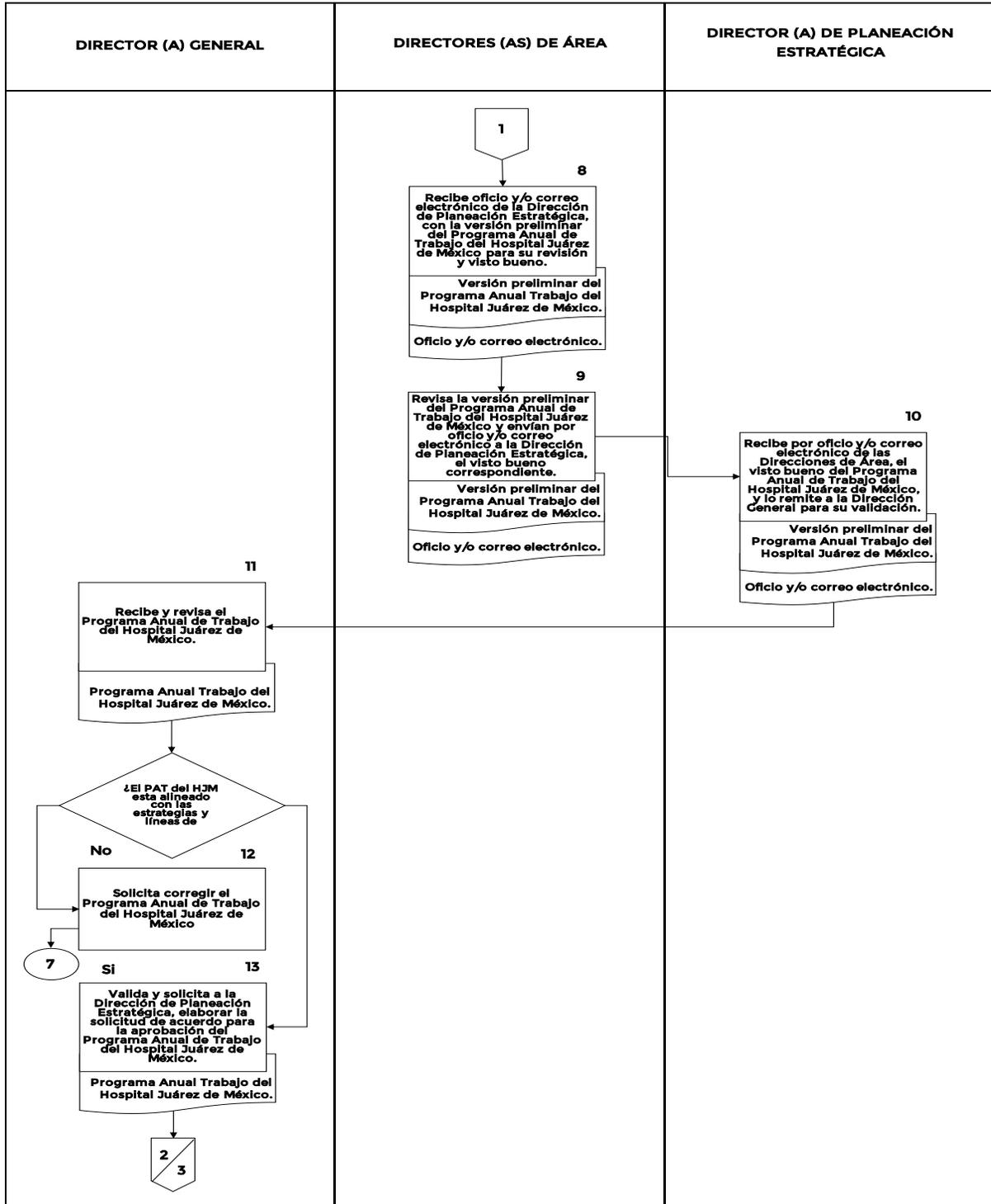
| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN GENERAL | |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | |
| Hoja: 10 de 15 | | |

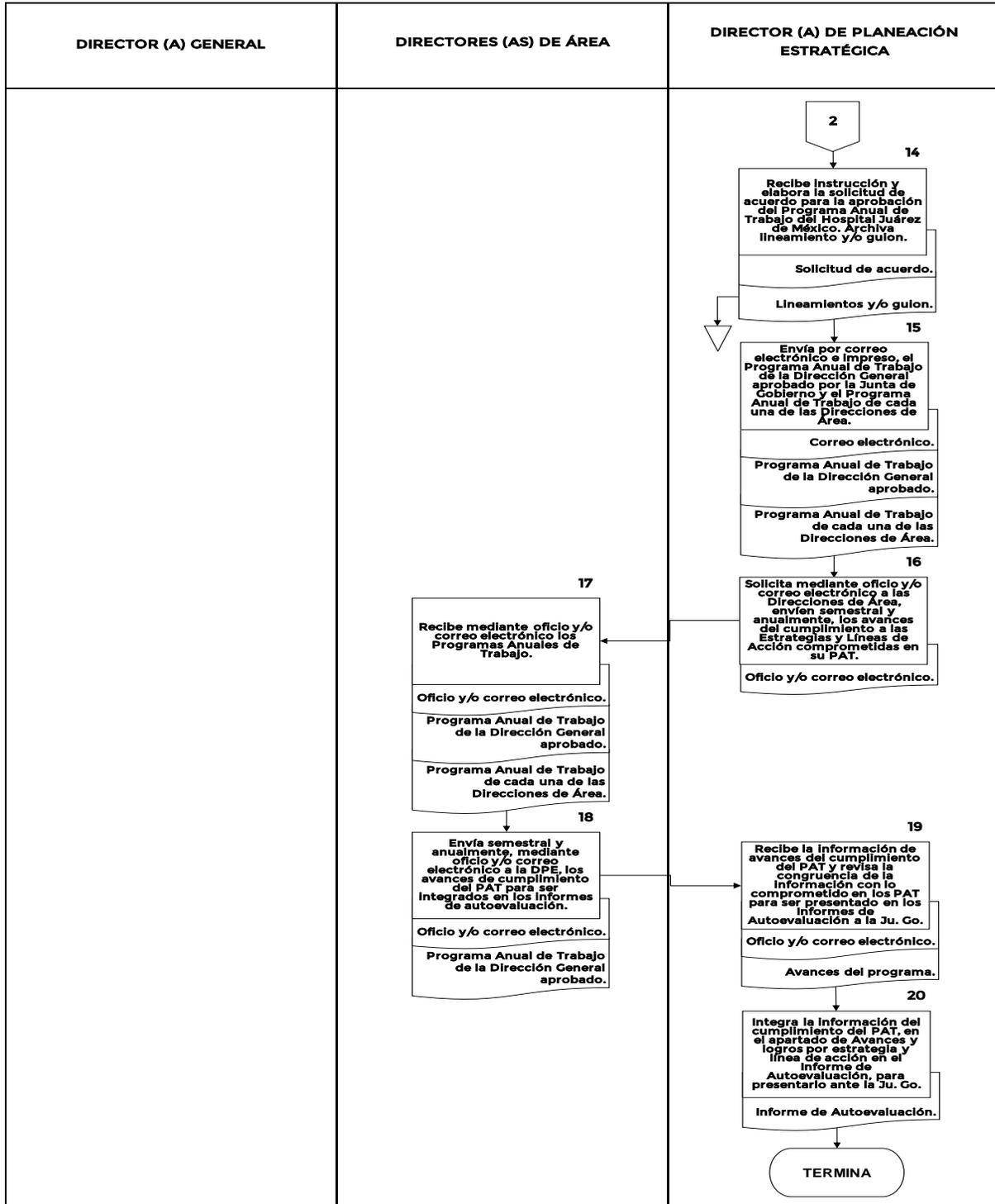
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|-------------------|
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Hoja: 11 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | |

5 DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 14 de 15 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 Lineamientos y/o guion para elaboración del Programa Anual de Trabajo. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|-------------------------------------|--|
| 7.1 Oficio y/o correo electrónico. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.2 Lineamientos y/o guion. | 5 años | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.3 Oficio y/o correo electrónico para elaborar programa. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.4 Preliminar del Programa Anual de Trabajo de las Direcciones de Área. | 5 años | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.5 Oficio y/o correo electrónico con programa. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.6 Versión preliminar del Programa Anual Trabajo del Hospital Juárez de México. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.7 Oficio y/o correo electrónico con Programa preliminar. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.8 Oficio y/o correo electrónico de visto bueno del Programa. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.9 Programa Anual Trabajo del Hospital Juárez de México | 5 años | Direcciones de Área | No aplica |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | | Hoja: 15 de 15 |
| | 1. Procedimiento para la elaboración y seguimiento del Programa Anual de Trabajo del Hospital Juárez de México. | | | |

| | | | | |
|--|----|--------|-------------------------------------|-----------|
| aprobado. | | | | |
| 7.10 Solicitud de acuerdo. | de | 5 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.11 Correo electrónico de Programas autorizados. | de | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.12 Programa Anual de Trabajo de cada una de las Direcciones de Área. | | 5 años | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.13 Oficio y/o correo electrónico de solicitud de avances. | | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.14 Oficio y/o correo electrónico con avances. | | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.15 Avances del programa. | | 5 años | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.16 Informe de Autoevaluación. | | 5 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Estrategias:** Serie de acciones encaminadas hacia un fin determinado.
- 8.2 Honorable 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.
- 8.3 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 |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 1 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

2. PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR PROTOCOLOS INTERNOS DE ASISTENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 2 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Autorizar los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, a través de la supervisión y actualización de la información, para brindar atención médica de excelencia procurando el buen desempeño del personal y la satisfacción de los/las usuarios/as.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: es aplicable a la Dirección Médica por ser quien autoriza la actualización de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico; a la Dirección Médica (Jefaturas de División) por ser quienes supervisan y coordinan la actualización necesaria de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Hospital Juárez de México identificar al/a la paciente vulnerable, orientarlo/a y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.4 La Dirección Médica es responsable de verificar a través de las Jefaturas de División, que se cuente con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 3 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional de la actualización de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico.

- 3.5 La Dirección Médica verifica a través de las Jefaturas de División, que se informen oportuna y verazmente los indicadores de desempeño que se generen de las actividades de asistencia médico-quirúrgica y de auxiliar diagnóstico.
- 3.6 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera a partir de las actividades de asistencia médico-quirúrgica y de auxiliar diagnóstico, para lo cual establecen los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos y expedientes que se generen como parte de la aplicación de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico.
- 3.8 La Dirección Médica instruye a las Jefaturas de División para mantener actualizados los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, verificando que sean factibles y que se apeguen a la normatividad y recomendaciones que emite la Secretaría de Salud.
- 3.9 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División es responsable de coordinar reuniones de trabajo periódicas con el personal adscrito a las áreas médico quirúrgicas y auxiliares de diagnóstico para realizar actualizaciones a los protocolos correspondientes, de uso interno.
- 3.10 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de enviar a la Dirección Médica las propuestas de actualización de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico para obtener su autorización.
- 3.11 La Dirección Médica analiza las propuestas de actualización de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, para que estén alineados a la normatividad oficial, tomando en cuenta la capacidad de recursos humanos y/o materiales con los que cuenta la Institución para su cumplimiento.
- 3.12 La Dirección Médica es responsable de autorizar los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, para su

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 4 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

aplicación en los servicios correspondientes o en su defecto, emite observaciones.

- 3.13 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de difundir al personal a su cargo, las actualizaciones autorizadas de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, para su aplicación inmediata en los servicios médicos hospitalarios.

- 3.14 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de dar seguimiento al desarrollo de las actividades de atención médico-quirúrgica y auxiliar de diagnóstico del Hospital, y comunicar a la Dirección Médica en caso de que se requieran nuevos ajustes o actualizaciones a los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director(a) Médico(a) | 1 | Instruye vía correo electrónico a la Dirección Médica (Jefaturas de División) para que se revisen y actualicen los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | -Correo electrónico de instrucción. |
| Director(a) Médico(a) (Jefe(a) de División) | 2 | Recibe instrucción vía correo electrónico, coordina reuniones de trabajo periódicas con personal a su cargo para hacer las actualizaciones necesarias a los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico y genera minuta de la reunión. ----- ----- Los protocolos deben actualizarse acorde a las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud. | -Correo electrónico de instrucción. -Minuta. -Documentos de evidencia. -Correo electrónico de propuesta. -Propuesta de protocolos. |
| | 3 | ----- | |
| | 4 | Actualiza los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, genera los documentos de evidencia correspondientes y archiva minuta. | |
| | | Propone vía correo electrónico a la Dirección Médica los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico actualizados, con el fin de obtener el visto bueno y/o autorización. | |
| Director(a) Médico(a) | 5 | Recibe correo electrónico y revisa las actualizaciones propuestas a los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | -Correo electrónico de propuesta. -Propuesta de protocolos. |
| | 6 | Analiza si los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico actualizados son correctos, acordes a la normatividad oficial y adecuados para su uso en el Hospital. | -Correo electrónico con observaciones a los protocolos. -Correo |

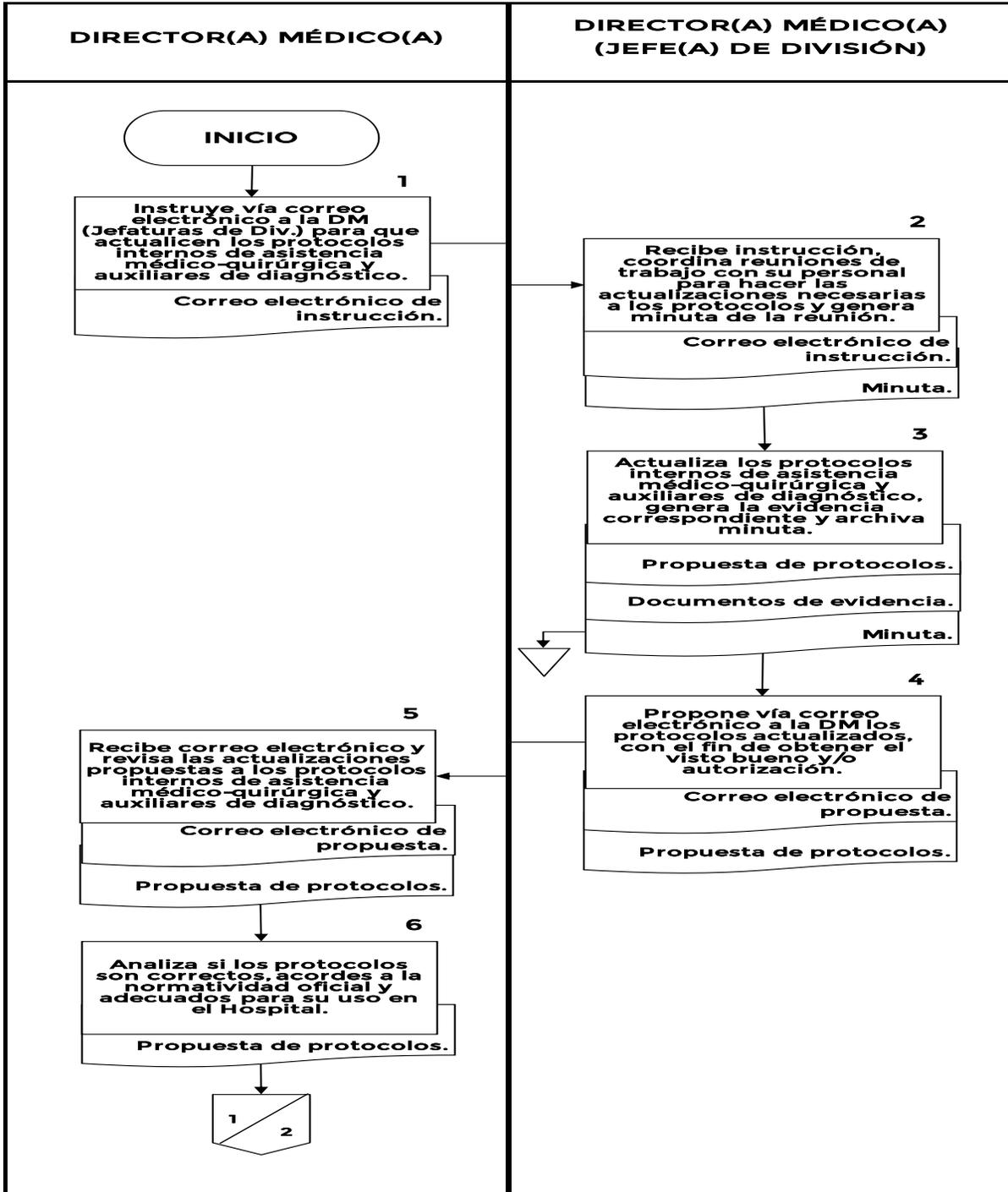
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. |

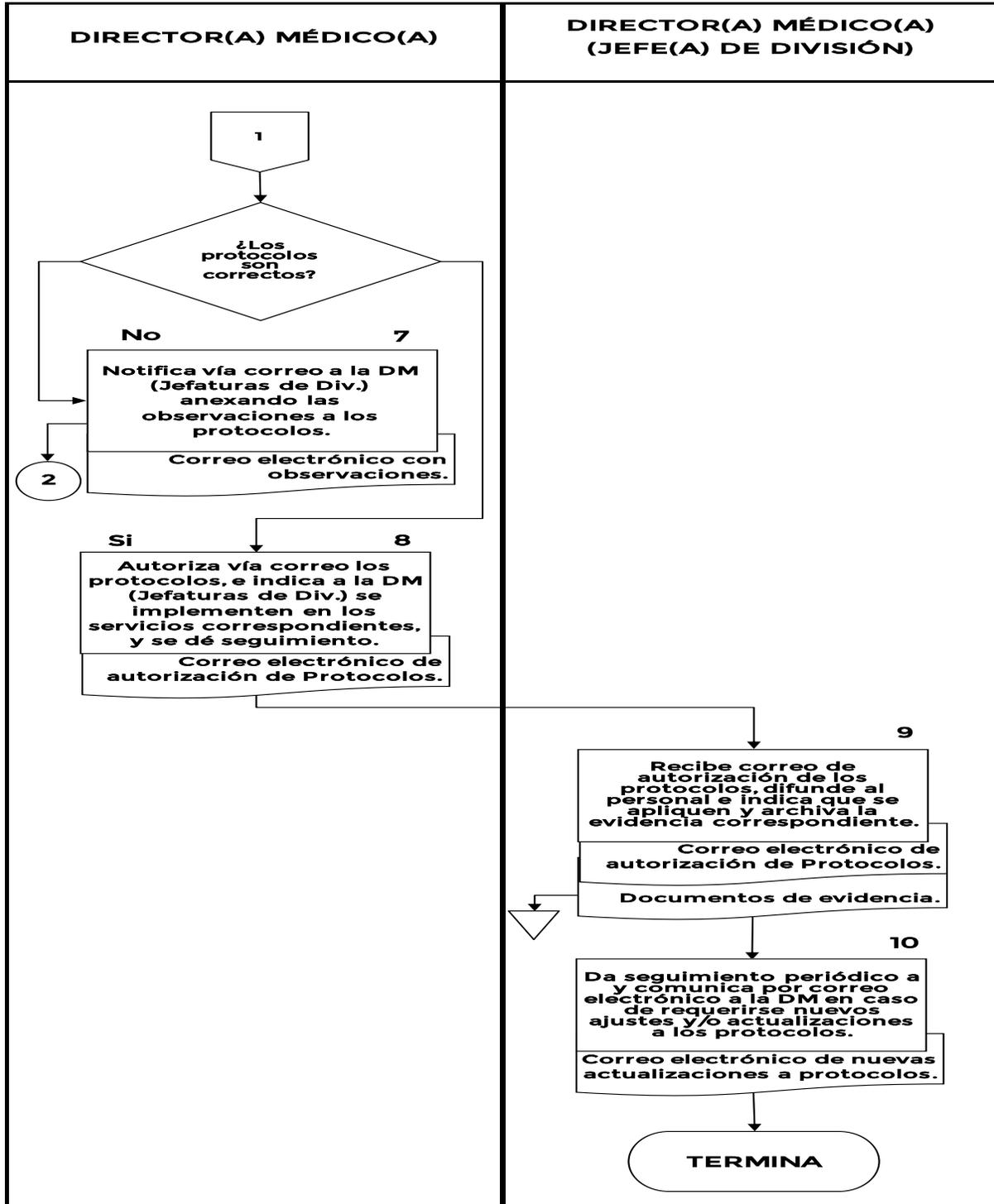
Hoja: 6 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | ¿Los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico son correctos? | electrónico de autorización de Protocolos. |
| | 7 | No: Notifica vía correo electrónico a la Dirección Médica (Jefaturas de División) anexando las observaciones a los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. Regresa a la actividad No. 2. | |
| | 8 | Si: Autoriza vía correo electrónico los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, e indica a la Dirección Médica (Jefaturas de División) se implementen en los servicios correspondientes, y se dé seguimiento continuo. | |
| Director(a) Médico(a) (Jefe(a) de División) | 9 | Recibe correo de autorización de los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico, difunde al personal a su cargo e indica que se apliquen y archiva la evidencia correspondiente. | -Correo electrónico de autorización de Protocolos. -Documentos de evidencia. |
| | 10 | Da seguimiento a las actividades de atención médico-quirúrgica y auxiliar de diagnóstico, y comunica por correo electrónico a la Dirección Médica en caso de requerirse nuevos ajustes y/o actualizaciones a los protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | -Correo electrónico de nuevas actualizaciones a protocolos. |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 7 de 11 |
| 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 9 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico de instrucción. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.2 Minuta. | 1 año | Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.3 Documentos de evidencia. | 1 año | Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.4 Correo electrónico de propuesta. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.5 Propuesta de protocolos. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.6 Correo electrónico con observaciones a los protocolos. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.7 Correo electrónico de autorización de Protocolos. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.8 Correo electrónico de nuevas actualizaciones a protocolos. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | Hoja: 10 de 11 |

- 8.1 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.
- 8.2 Normas Oficiales Mexicanas.-** Regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.
- 8.3 Pacientes vulnerables.-** Son aquellos/as pacientes afectados/as por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, todas esas condiciones hacen que se les dificulte el acceso a la atención. Convirtiéndose en pacientes frágiles que merecen una atención especial por el equipo de salud, quien debe detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos.
Se consideran vulnerables a: pacientes pediátricos/as, recién nacidos/as, adultos/as mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puerperas, psiquiátricos, infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, en coma, en estado terminal, inconscientes y paciente incapacitado por alcohol o drogas.
- 8.4 Protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico.-** Conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse del mismo modo con base en los lineamientos y recomendaciones de fuentes oficiales, acorde a las funciones que corresponden a cada especialidad médica, con el fin de obtener resultados eficientes y el beneficio para los/las pacientes. Para efectos del presente procedimiento, se refiere a los flujogramas de atención, protocolos y/o guías de práctica clínica que son utilizados de manera específica para el funcionamiento interno de cada uno de los servicios de atención médica hospitalaria.
- 8.5 Servicios auxiliares de diagnóstico.-** Se encargan de proporcionar información para la evaluación clínica del/la paciente, como apoyo diagnóstico, seguimiento en el tratamiento de enfermedades y proporcionan datos para el control epidemiológico, a través de la realización de análisis que se ajusten a los estándares de calidad y seguridad del paciente.

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 11 de 11 |
| | 2. Procedimiento para autorizar protocolos internos de asistencia médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico. | | |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 1 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

3. PROCEDIMIENTO PARA INSTRUIR ACCIONES DE MEJORA A LOS CÓDIGOS DE EMERGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA.

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 2 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Instruir estrategias de mejora de la calidad y la eficacia en la atención de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C y Código Infarto) a través de la revisión del desarrollo de las actividades que se ejecutan, para brindar atención médica que beneficie a las/los pacientes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica por ser quien instruye a la Dirección Médica (Jefaturas de División) para que elaboren un informe de las actividades realizadas en la ejecución de alguno de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) y emite recomendaciones respecto a la práctica médica del personal que se involucra en la ejecución de los mismos; a la Dirección Médica (Jefaturas de División) por ser responsable de elaborar el informe de actividades de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) y de comunicar al equipo multidisciplinario que brinda la atención médica, las recomendaciones para mejorar la calidad y eficacia de la atención en la siguiente emergencia hospitalaria.
- 2.2 A nivel externo: no aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Hospital Juárez de México identificar al/a la paciente vulnerable, orientarlo/a y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 3 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.6 Es responsabilidad de la Dirección Médica a través de Jefaturas de División, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control documentados.
- 3.7 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de mantener la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen de la ejecución de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria.
- 3.8 Los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria son los siguientes:
- Código Máter: se activa para atender una emergencia obstétrica con el objetivo de salvar la vida de la madre y del producto de la gestación.
 - Código Negro: se ejecuta tras la llegada de un/una paciente sin signos vitales al servicio de Urgencias, con el fin de salvaguardar la vida y/o iniciar las actividades protocolarias de la defunción.
 - Código C: consiste en el voceo previo al traslado de pacientes COVID-19 en las distintas áreas del Hospital para prevenir al personal médico y evitar contagio.
 - Código Infarto: se activa para agilizar las actividades de atención médica de los pacientes que requieren manejo urgente por infarto agudo al miocardio, con el fin de salvar la vida en los primeros minutos de haber iniciado la emergencia
- 3.9 La Dirección Médica instruye a la Dirección Médica (Jefaturas de División) para que se realice un informe de las actividades luego de haberse activado y ejecutado el Código Máter, Código Negro, Código C, o un Código Infarto en el Hospital; el informe debe contener las actividades realizadas, los objetivos alcanzados y las conclusiones sobre el desempeño del personal médico involucrado en la atención.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 4 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

- 3.10 La Dirección Médica (Jefaturas de División) debe coordinar reuniones de trabajo con el personal adscrito a los servicios de atención médica que ejecutaron alguno de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria, para documentar y elaborar los informes de actividades que les sean solicitados, analizando los resultados obtenidos, el desempeño del personal, el uso de los recursos y la calidad y eficacia de la atención.
- 3.11 La Dirección Médica (Jefaturas de División) es responsable de consensuar la información recabada en las reuniones de trabajo con el personal a su cargo.
- 3.12 La Dirección Médica (Jefaturas de División) es responsable de enviar por correo electrónico a la Dirección Médica los informes de actividades.
- 3.13 La Dirección Médica analiza con base en el informe de actividades, los resultados obtenidos de la ejecución de alguno de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria, identifica errores, déficit de recursos e instruye estrategias de mejora de la calidad y eficacia de la atención de emergencias que impliquen la activación de alguno de los Códigos de emergencia de atención médica (Código Máster, Código Negro, Código C o del Código Infarto) a futuro.
- 3.14 La Dirección Médica en coordinación con la Dirección Médica (Jefaturas de División) analizan la necesidad de hacer actualizaciones a los lineamientos existentes, excepto si se trata del Código Máster, para el cual deben efectuarse las actividades establecidas en el Lineamiento Técnico de Triage obstétrico, Código Mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica de la Secretaría de Salud.
- 3.15 La Dirección Médica es responsable de emitir e instruir recomendaciones específicas respecto a la práctica del personal que participa en la ejecución de los Códigos de emergencia de atención médica (Código Máster, Código Negro, Código C o del Código Infarto), para la calidad y eficacia de los mismos.
- 3.16 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, comunica al personal a cargo de la ejecución de los Códigos de emergencia de atención médica (Código Máster, Código Negro, Código C o del Código Infarto), los resultados obtenidos, logros alcanzados y las recomendaciones para mejorar la calidad y eficacia de las intervenciones para las emergencias que se presenten a futuro.

| | |
|---|---|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. |

Hoja: 5 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director(a) Médico(a) | 1 | Emite oficio a la Dirección Médica (Jefaturas de División) solicitando, elabore un informe de las actividades realizadas y el resultado obtenido luego de haberse activado y ejecutado alguno de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto). | -Oficio de solicitud de informe de actividades. |
| Director(a) Médico(a) (Jefes(as) de División) | 2 | Recibe oficio y coordina reunión de trabajo con el personal a su cargo para la elaboración de un informe de actividades respecto al Código de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) que haya sido ejecutado. ----- Cada vez que suceda una emergencia que implique la activación de un Código se debe elaborar un informe para la Dirección Médica. ----- | - Oficio de solicitud de informe de actividades. -Informe de actividades. -Correo electrónico. |
| | 3 | ----- | |
| | 4 | Define con las áreas involucradas en el Código de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto), los resultados inmediatos obtenidos en la ejecución del mismo. | |
| | 5 | Elabora informe con lo requerido en la política 3.9. Envía por correo electrónico el informe de actividades a la Dirección Médica y archiva oficio de instrucción. | |
| Director(a) Médico(a) | 6 | Recibe correo electrónico con el informe de actividades. | -Correo electrónico. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. |

Hoja: 6 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|--|
| | 7 | Analiza los resultados obtenidos de la ejecución del Código de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) para identificar errores y/o déficit de recursos. | -Informe de actividades. _Oficio con recomendaciones. |
| | 8 | ¿Detecta errores y/o déficit de recursos para ejecutar los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto)? No: Informa por correo electrónico, a la Dirección Médica (Jefaturas de División) que las actividades se están llevando a cabo correctamente en los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) e instruye se ejecuten del mismo modo en caso de presentarse eventos similares en el futuro. TERMINA. | |
| | 9 | Si: Emite oficio a la Dirección Médica (Jefaturas de División) con recomendaciones respecto a la práctica médica del personal que se involucra en la ejecución de los Códigos de emergencia de atención médica hospitalaria (Código Máter, Código Negro, Código C, Código Infarto) e instruye la necesidad de actualizar las disposiciones aplicables. | |
| | 10 | ----- ----- En el caso del Código Máter deben llevarse a cabo las actividades establecidas en los lineamientos aplicables. ----- ----- Instruye por correo electrónico a la | |

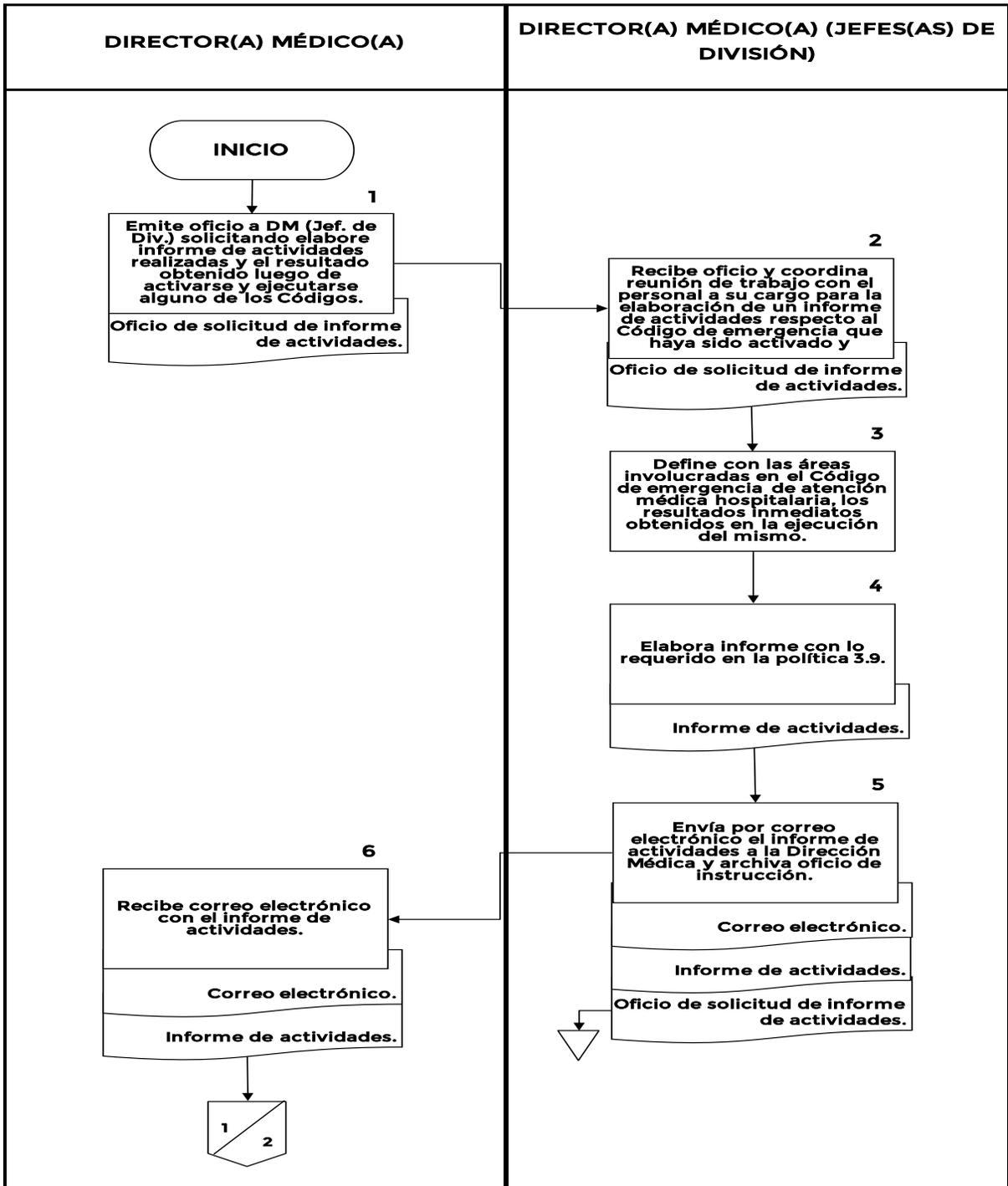
| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | |

Hoja: 7 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | | <p>Dirección Médica (Jefaturas de División) para que comuniquen mediante oficio al equipo multidisciplinario que brinda la atención médica, los resultados del análisis así como las recomendaciones para mejorar la calidad y eficacia de la atención en la siguiente emergencia hospitalaria. Archiva informe.</p> <p>TERMINA</p> | |

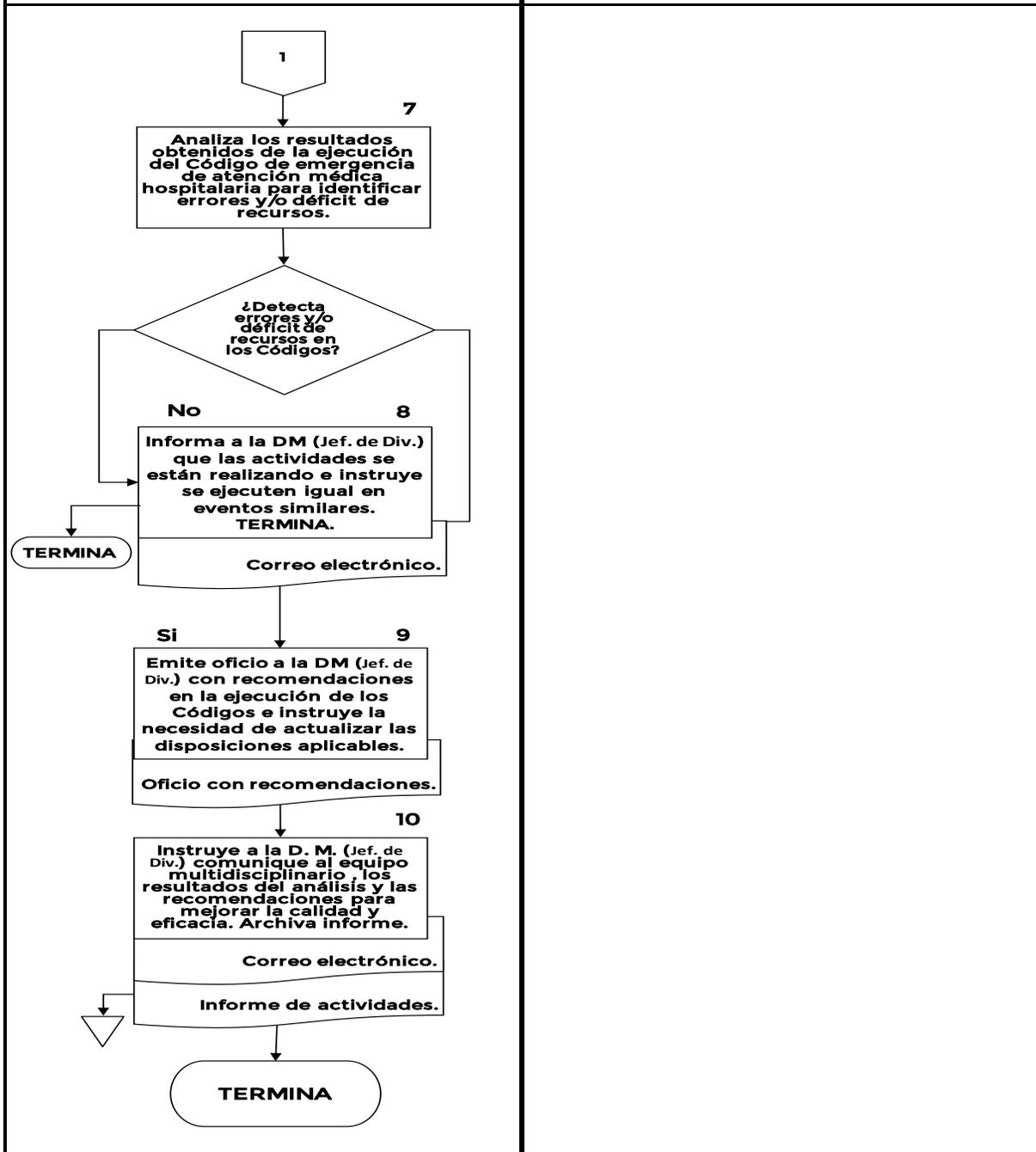
| | | | |
|---|---|--|---------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 8 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR(A) MÉDICO(A)

DIRECTOR(A) MÉDICO(A) (JEFES(AS) DE DIVISIÓN)



| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 10 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.3 Lineamiento técnico de Triage obstétrico, Código Mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. | No aplica |
| 6.4 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficio de solicitud de informe de actividades. | 1 año | Dirección Médica/Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.2 Informe de actividades | 1 año | Dirección Médica/Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.3 Oficio con recomendaciones. | 1 año | Dirección Médica/Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.4 Correo electrónico | 1 año | Dirección Médica/Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.5 Oficio de instrucción | 1 año | Dirección Médica/Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Atención médica.-** Son los servicios hospitalarios donde los profesionales de la salud realizan la evaluación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los y las pacientes, con la finalidad de solventar sus problemas de salud.
- 8.2 Código C.-** Mecanismo de alerta para los/las usuarios/as y trabajadores/as del Hospital que consiste en el voceo previo al traslado

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 11 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

de pacientes COVID entre las áreas asignadas para la atención de este padecimiento, con la finalidad de despejar la zona y evitar contagios por esta enfermedad entre el personal de salud.

- 8.3 Código de emergencia hospitalaria.-** Claves que representan un proceso y conjunto de actividades que se ejecutan en las instalaciones de un hospital a partir de un voceo para anunciar una situación que requiere atención urgente por cierto personal específico, los códigos suelen estar preparados y el personal capacitado para actuar de inmediato ante el evento.
- 8.4 Código Infarto.-** Mecanismo de alerta que agiliza las acciones para que médicos, enfermeras, asistentes médicos, camilleros y personal de vigilancia se coordinen rápidamente para que los/las pacientes que requieren cuidados urgentes por infarto agudo al miocardio reciban la atención necesaria para salvar su vida mediante el tratamiento correspondiente en los primeros minutos a partir del diagnóstico.
- 8.5 Código Máter.-** Es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia obstétrica con el objetivo de salvar la vida de la madre y del producto de la gestación.
- 8.6 Código Negro.-** Se activa por la llegada de un paciente al servicio de Urgencias sin signos vitales, a quien debe diagnosticarse de inmediato y brindarle manejo médico en caso de haber posibilidades de salvaguardar la vida o bien, iniciar las actividades protocolarias por defunción.
- 8.7 Eficacia.-** Capacidad de alcanzar el efecto o resultado deseado tras la ejecución de las actividades que conforman un procedimiento.
- 8.8 Pacientes vulnerables.-** Son aquellos/as pacientes afectados/as por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, todas esas condiciones hacen que se les dificulte el acceso a la atención. Convirtiéndose en pacientes frágiles que merecen una atención especial por el equipo de salud, quien debe detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: pacientes pediátricos/as, recién nacidos/as, adultos/as mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, psiquiátricos, infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, en coma, en estado terminal, inconscientes y paciente incapacitado por alcohol o drogas.

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 12 de 12 |
| | 3. Procedimiento para instruir acciones de mejora a los códigos de emergencia de atención médica hospitalaria. | | |

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 1 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

4. PROCEDIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS Y DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Coordinar los mecanismos para evaluar el desempeño y calidad de los servicios médico-quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico del Hospital, mediante la construcción de indicadores de resultados, con el fin de tener información para mejorar la atención médica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección Médica por ser quien da la instrucción para evaluar el desempeño y calidad de la atención médico-quirúrgica y auxiliares de diagnóstico; a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) por ser la encargada de gestionar la oportunidad y consistencia de los informes de productividad de los servicios médicos; a la Dirección Médica (Jefaturas de División) por ser quienes coordinan las actividades en los servicios médicos para la construcción de los indicadores.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) por ser la Institución que solicita, recibe y evalúa de forma externa los indicadores de desempeño y calidad de la atención a cargo del Hospital Juárez de México.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Hospital Juárez de México identificar al/la paciente vulnerable, orientarlo/a y brindarle atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|---|--|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 3 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.4 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de verificar que se cuente con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el ejercicio de la atención médica con base a las metas institucionales establecidas para el ejercicio fiscal correspondiente.
- 3.5 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, verifica que se informen oportuna y verazmente los indicadores de desempeño derivados de la atención médico-quirúrgica y auxiliar de diagnóstico.
- 3.6 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera del ejercicio de la atención médico-quirúrgica y de auxiliar diagnóstico, para lo cual establecerán los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7 La Dirección Médica en coordinación con la Dirección Médica (Jefaturas de División), es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen de las funciones encomendadas al personal que participa en las actividades para la evaluación del desempeño y calidad de la atención médica.
- 3.8 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de dar cumplimiento a los Lineamientos para el reporte de metas comprometidas en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de manera trimestral, la cual consta de indicadores de resultados, que son solicitados por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 3.9 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de dar cumplimiento a la construcción de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad (IAMAE) de forma semestral, los cuales son solicitados por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 3.10 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, utiliza los formatos preestablecidos y aprobados por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para elaborar la Matriz de Indicadores para Resultados y los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda, los cuales

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 4 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

indican el tipo y número de indicadores que deben incluirse para cada análisis.

- 3.11 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico, solicita a la Dirección Médica (Jefaturas de División) que indiquen a los servicios médicos a su cargo, capturar la información necesaria para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados o para los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda.
- 3.12 La Dirección Médica (Jefaturas de División) deben enviar copia de la información solicitada para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) con el fin de que ambas áreas cuenten con la misma información y poder verificar la concordancia.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) es responsable de concentrar la información de los servicios médicos para la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda.
- 3.14 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico, recibe la información consolidada por la Dirección de Planeación Estratégica (Estadística Hospitalaria) y proyecta el comportamiento de los resultados de la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda.
- 3.15 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico, analiza y justifica el alcance de metas en la Matriz de Indicadores para Resultados de acuerdo a la semaforización de cada indicador y en apego a los lineamientos emitidos por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 3.16 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico, valida los reportes de avance de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad.
- 3.17 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico, envía por correo electrónico la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad contruidos, según corresponda, a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional) para su revisión y envío en cumplimiento a la solicitud de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 5 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

- 3.18 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, establece los mecanismos de supervisión que permiten dar seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos de la Matriz de Indicadores para Resultados, así como el sustento a la evidencia y soporte documental correspondiente para la construcción de estos indicadores.
- 3.19 La Dirección Médica a través de la División de Vinculación y Seguimiento Clínica, realiza supervisiones de manera aleatoria en los servicios que integran el reporte Matriz de Indicadores para Resultados para verificar la existencia del soporte documental y la veracidad de los datos que integran los indicadores.
- 3.20 En caso de no haber alcanzado las metas institucionales programadas en el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados previa, por un desfase mayor al 10% entre lo alcanzado y lo programado, la Dirección Médica, con previa autorización de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad instruye a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico División) para hacer un ajuste a las metas que serán aplicadas a los siguientes reportes de indicadores del año en curso.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. |

Hoja: 6 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| Director(a) Médico(a) | 1 | Recibe vía correo electrónico la solicitud de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para la elaboración y envío de la Matriz de Indicadores para Resultados trimestralmente, y de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad semestralmente, según corresponda. | -Correo electrónico. |
| | 2 | Solicita vía correo electrónico a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) coordine la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda a la solicitud de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. | |
| Director(a) Médico(a) (Jefe(a) de División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | 3 | Recibe correo electrónico con la solicitud para elaborar la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | -Correo electrónico. -Oficio de solicitud de información. |
| | 4 | Elabora oficios y los envía a la Dirección Médica (Jefaturas de División) solicitando la información necesaria para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. ----- La respuesta al oficio debe ir dirigida a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria). ----- | |
| Director(a) | 5 | Recibe oficio de solicitud de información | -Oficio de |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Médico(a) (Jefes(as) de División) | | requerida para la construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | solicitud de información. -Correo electrónico. -Oficio de respuesta de solicitud de información. |
| | 6 | Instruye al personal responsable de los servicios a su cargo para que concentren la información de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | -Informe |
| | 7 | Recibe de los servicios a su cargo la información solicitada. | |
| | 8 | <p>Concentra y envía a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) la información solicitada mediante correo electrónico y por oficio.</p> <p>-----</p> <p>La Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) concentra la información que emite la Dirección Médica (Jefaturas de División) en el formato de la Matriz de Indicadores para Resultados o en el formato para los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda.</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) Médico(a) (Jefe(a) de División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | 9 | Recibe la información emitida por la Dirección Médica (Jefaturas de División) y los indicadores concentrados en el formato correspondiente de la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | -Correo electrónico. -Oficio de respuesta de solicitud de información. -Matriz de Indicadores para Resultados. |
| | 10 | Analiza la información emitida por la Dirección Médica (Jefaturas de División) y | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. |

Hoja: 8 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|--|
| | | los resultados obtenidos en la Matriz de Indicadores para Resultados o de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | -Formato de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad. |
| | 11 | Justifica las variaciones que se observen de acuerdo a la semaforización de cada indicador de la Matriz de Indicadores para Resultados o bien, verifica la metodología y fuentes de información utilizadas para la construcción de los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. | |
| | | ¿La metodología utilizada y los cálculos realizados son correctos? | |
| | 12 | No: Notifica vía correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) y a la Dirección Médica (Jefaturas de División) para que realicen las correcciones necesarias. Regresa a la actividad No. 8. | |
| | 13 | Sí: Da continuidad al proceso de validación de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados o a los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda. Archiva informe y oficio de respuesta de solicitud de información. | |
| | 14 | Envía por correo electrónico la Matriz de Indicadores para Resultados o los Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad, según corresponda, a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional). | |
| | | ----- ----- La Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación y Desempeño | |

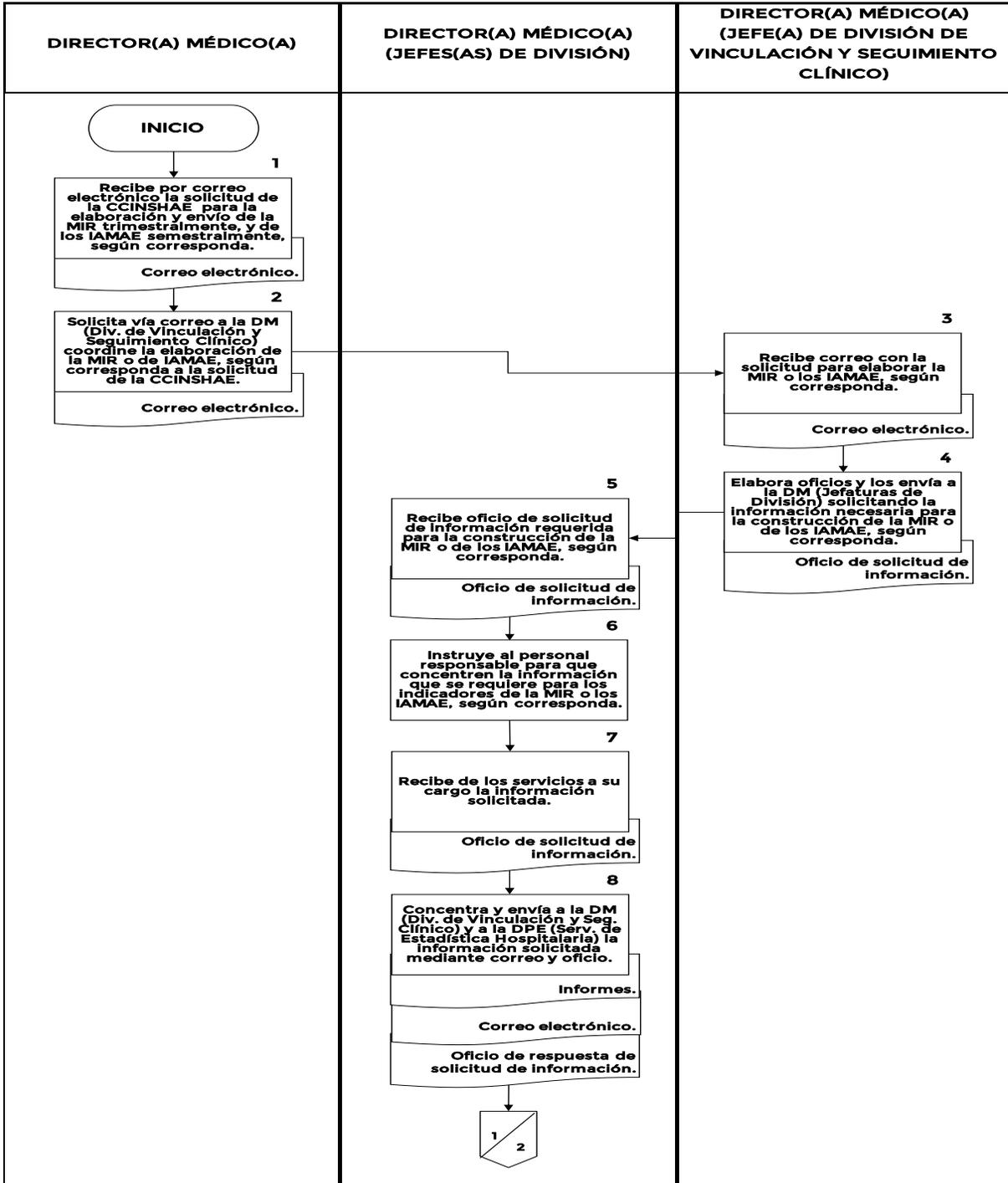
| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | |

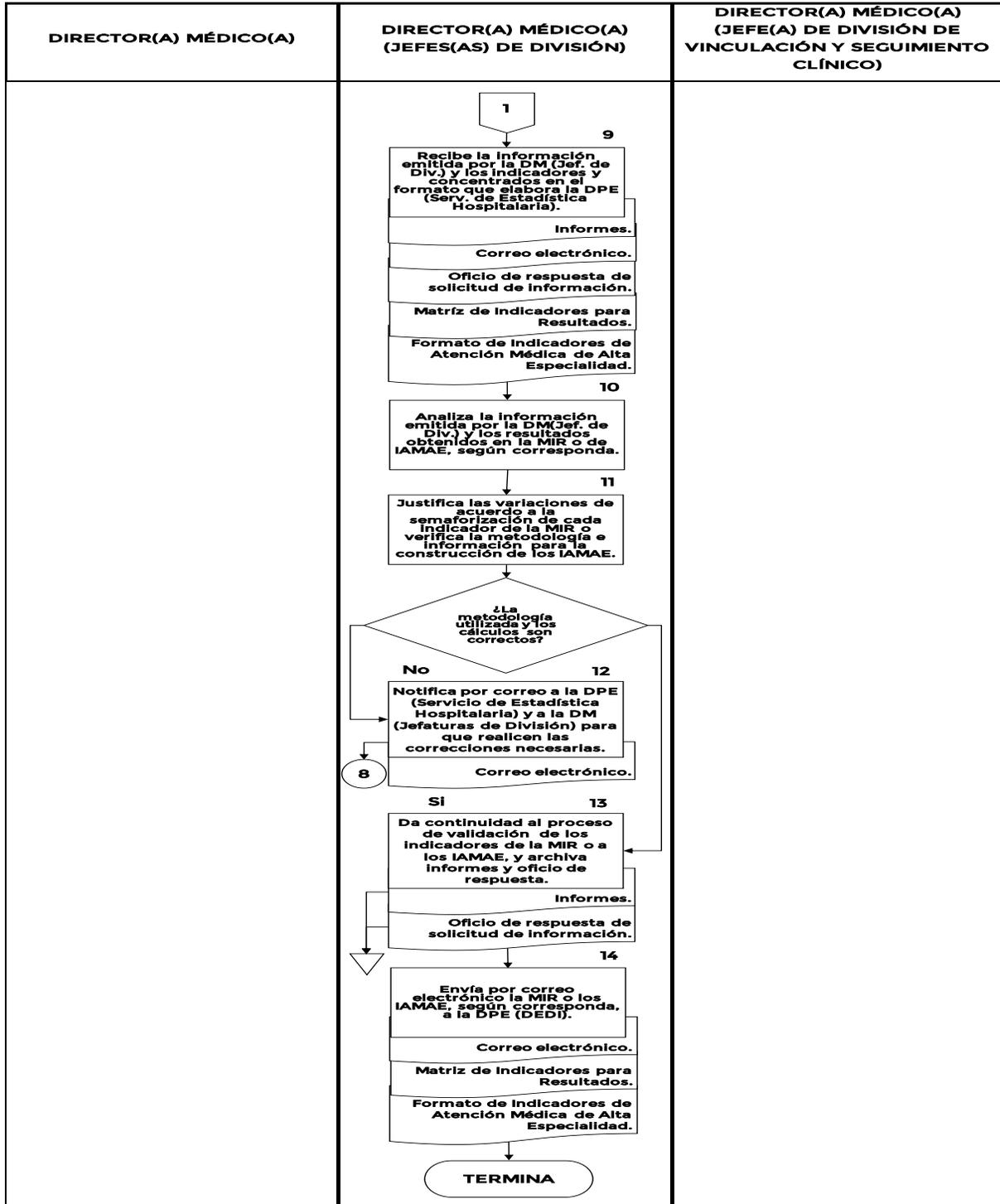
Hoja: 9 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | | Institucional) revisa y envía la versión final de los indicadores correspondientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. ----- ----- TERMINA | |

| | | | |
|--|---------------------------------|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 10 de 13 |
| 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 12 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.3 Lineamientos generales para la evaluación de Programas Federales de la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.4 Catálogo de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad. Versión II 2019. | No aplica |
| 6.5 Guía para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. Coneval. | No aplica |
| 6.6 Lineamientos de la CCINSHAE para la elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. | No aplica |
| 6.7 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.8 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | No aplica |
| 7.2 Oficio de solicitud de información. | 1 año | Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) / Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.3 Oficio de respuesta de solicitud de información | 1 año | Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) / Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.4 Informes | 1 año | Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) / Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.5 Matriz de Indicadores para | 2 años | Dirección Médica/ Dirección Médica (División | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 13 de 13 |
| | 4. Procedimiento para la coordinación de actividades médico quirúrgicas y de los servicios auxiliares de diagnóstico. | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| Resultados | | de Vinculación y Seguimiento Clínico) | |
| 7.6 Formato de Indicadores de Atención Médica de Alta Especialidad | 2 años | Dirección Médica/ Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 CCINSHAE.-** Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 8.2 Evaluación del desempeño.-** Conjunto de indicadores para estimar el cumplimiento de las obligaciones laborales de los servidores públicos; sirve para obtener el nivel de excelencia y las competencias del personal y su aportación a la Institución para alcanzar las metas propuestas.
- 8.3 Indicadores de resultados.-** Instrumentos para la medición del nivel de éxito alcanzado en la salud de los pacientes, derivados de las actividades realizadas durante el proceso de atención médica.
- 8.4 MIR.-** Matriz de Indicadores para Resultados.
- 8.5 Pacientes vulnerables.-** Son aquellos/as pacientes afectados/as por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, todas esas condiciones hacen que se les dificulte el acceso a la atención. Convirtiéndose en pacientes frágiles que merecen una atención especial por el equipo de salud, quien debe detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: pacientes pediátricos/as, recién nacidos/as, adultos/as mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, psiquiátricos, infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, en coma, en estado terminal, inconscientes y paciente incapacitado por alcohol o drogas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 1 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

5. PROCEDIMIENTO PARA ADECUAR EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE URGENCIAS Y DESASTRES DEL HOSPITAL, EN CASO DE URGENCIA EPIDEMIOLÓGICA.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 2 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Contar con mecanismos para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres y promover su correcta ejecución en caso de presentarse epidemia o desastre natural, con el fin de solventar las emergencias de manera eficaz y haciendo uso adecuado de los recursos con que cuenta el Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Es aplicable a la Dirección General por ser quien dirige el programa de contingencia en caso de epidemias y/o desastres; a la Dirección Médica por ser quien coordina las actividades del programa de contingencia y la Dirección Médica (Jefaturas de División) por ser quienes verifican que el personal operativo ejecute correctamente el programa.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Comité de Atención para Emergencias y Desastres, por ser el órgano colegiado responsable de planear, dirigir, asesorar y coordinar las actividades hospitalarias en caso de epidemias y/o desastres; a Instituciones adscritas a la Secretaría de Salud, que brindan apoyo al Hospital, de acuerdo a la magnitud y trascendencia de la emergencia que se suscite.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Hospital Juárez de México identificar al/a la paciente vulnerable, orientarlo/a y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 3 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.4 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de verificar que se cuente con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional del Programa de Acción de Urgencias y Desastres.
- 3.5 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, verifica que se informen oportuna y verazmente los indicadores de desempeño que se generen de las actividades de control y mitigación de epidemias y desastres en el Hospital.
- 3.6 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera de las actividades de control y mitigación de epidemias y desastres, para lo cual establecen los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas al personal que realiza las actividades de control y mitigación de epidemias y desastres.
- 3.8 La Dirección General recibe la información oficial ya sea vía telefónica, correo electrónico u oficio sobre la presencia de riesgos a la salud para el personal, pacientes y familiares debido a la existencia de epidemia o desastre.
- 3.9 La información oficial ya sea vía telefónica, correo electrónico u oficio puede ser emitida por la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Salud u otras instituciones del Sector Salud o Protección Civil.
- 3.10 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres, en coordinación con los miembros del Comité actúa de conformidad con las acciones del Sistema Nacional de Protección Civil en caso de epidemia o desastre.
- 3.11 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres, en coordinación con los miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División) toman

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 4 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

las decisiones correspondientes de acuerdo al tipo de urgencia que se suscite, en cualquiera de los siguientes escenarios:

- Desastres de origen natural o provocados por el hombre.
- Urgencias epidemiológicas ocasionadas por enfermedades transmisibles.

- 3.12 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres y en coordinación con los miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División), elaboran el Plan de Contingencia Específico con base en el Programa de Acción.
- 3.13 El Plan de Contingencia Específico debe ajustarse a las particularidades de cada urgencia, considerando la actuación de los 10 componentes de acción hospitalaria establecidos por el Programa: Coordinación, Atención Médica, Atención Psicológica, Vigilancia Epidemiológica, Control de Riesgos Sanitarios, Saneamiento básico, Promoción de la Salud, Laboratorio, Control de Vectores y Comunicación Social.
- 3.14 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres, en coordinación con miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División), después de analizar las características de la emergencia, puede proponer la creación de un comando operativo hospitalario con personal experto que lidere las actividades del Plan de Contingencia Específico.
- 3.15 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres en coordinación con los miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División), identifican las necesidades de capacitación del personal y dan seguimiento para que se realicen de manera pronta con apoyo del comando operativo hospitalario en caso existir o con la colaboración de otros/as expertos/as en epidemiología y/o protección civil, con el fin de actualizar al personal y prever que se ejecuten correctamente las funciones que se les asignen.
- 3.16 La Dirección Médica a través de las Jefaturas de División dan seguimiento a las actividades encomendadas al personal a su cargo, para la mitigación y control de epidemias y desastres mediante la solicitud de información específica.
- 3.17 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres, en coordinación con los miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División) analizan periódicamente los resultados y logro de objetivos del Plan de

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 5 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

Acción Específico que es ejecutado por el personal en la mitigación o control de epidemias o desastres, con el fin de emitir conclusiones y recomendaciones de mejora durante la emergencia y con utilidad para futuras urgencias.

- 3.18 La Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres es responsable de atender las solicitudes de información que turne la Dirección General, así como de comunicarle los resultados de la ejecución del Plan de Contingencia Específico.

| | |
|---|---|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. |

Hoja: 6 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Director(a) General | 1 | <p>Recibe información oficial vía telefónica, correo electrónico u oficio sobre la presencia de riesgos a la salud para el personal, pacientes y familiares debido a la existencia de epidemia o desastre.</p> <p>-----</p> <p>La información oficial puede ser emitida por la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría de Salud u otras instituciones del Sector Salud o Protección Civil.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Correo electrónico. -Alerta epidemiológica. -Documentos oficiales. |
| | 2 | <p>-----</p> <p>Convoca a reunión a la Dirección Médica para comunicarle sobre la presencia de riesgos a la salud para el personal, pacientes y familiares debido a la existencia de epidemia o desastre.</p> | |
| Director(a) Médico(a) | 3 | Recibe indicación y acude a reunión. | |
| Director(a) General/ Director(a) Médico(a) | 4 | Realiza reunión y determinan la magnitud del riesgo, elaboran minuta con las acciones a seguir para su mitigación y control. | -Minuta. |
| Director(a) Médico(a) | 5 | <p>Analiza las acciones a seguir y coordina reuniones de trabajo con los miembros del Comité de Atención para Epidemias y Desastres y la Dirección Médica (Jefaturas de División), para elaborar un Plan de Contingencia Específico.</p> <p>-----</p> <p>En la reunión, la Dirección Médica en calidad de Presidente Ejecutivo del Comité de Atención para Emergencias y Desastres, informa las acciones determinadas con la Dirección General, a los miembros del Comité y la Dirección Médica (Jefaturas de División) y elaboran el Plan de Contingencia Específico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Plan de Contingencia Específico. -Oficio -Minuta. |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | |

Hoja: 7 de 13

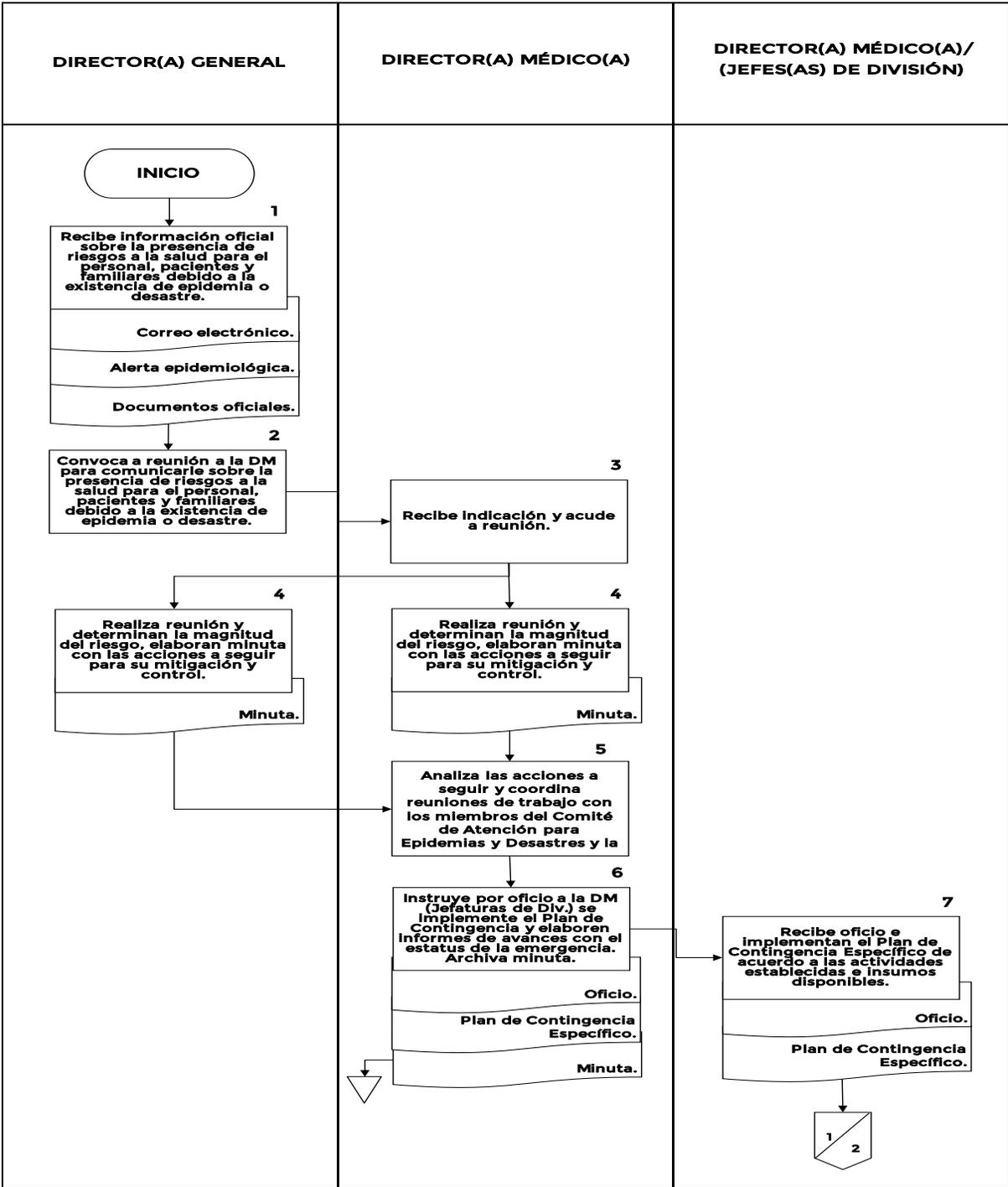
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | 6 | ----- ----- Instruye por oficio a la Dirección Médica (Jefaturas de División) se implemente el Plan de Contingencia Específico y elaboren informes periódicos de avances en las actividades así como el estatus de la emergencia. Archiva minuta. | |
| Director(a) Médico(a)/ (Jefes(as) de División) | 7 | Recibe oficio e implementan el Plan de Contingencia Específico de acuerdo a las actividades establecidas e insumos disponibles. | -Oficio -Plan de Contingencia Específico. -Informes de actividades. |
| | 8 | Elabora informes periódicos del avance en las actividades, con el estatus de la emergencia y lo envían a la Dirección Médica. | |
| Director(a) Médico(a) | 9 | Recibe informes del avance en las actividades. | -Correo electrónico. -Informes de actividades. |
| | 10 | Analiza los informes del avance en las actividades, los resultados y logro de objetivos del Plan de Contingencia Específico implementado. ¿Se lograron los objetivos del Plan de Contingencia Específico implementado hasta el momento? | |
| | 11 | No: Emite recomendaciones y sugiere ajustes al Plan para reorientar la práctica médica. Regresa a la actividad 5. | |
| | 12 | Sí: Indica a la Dirección Médica (Jefaturas de División) para que el personal continúe con las actividades programadas y siga informando avances. Archiva Informes. | |
| | 13 | Comunica vía correo electrónico los resultados de la ejecución del Plan de Contingencia Específico y atiende las solicitudes de información que le solicite la | |

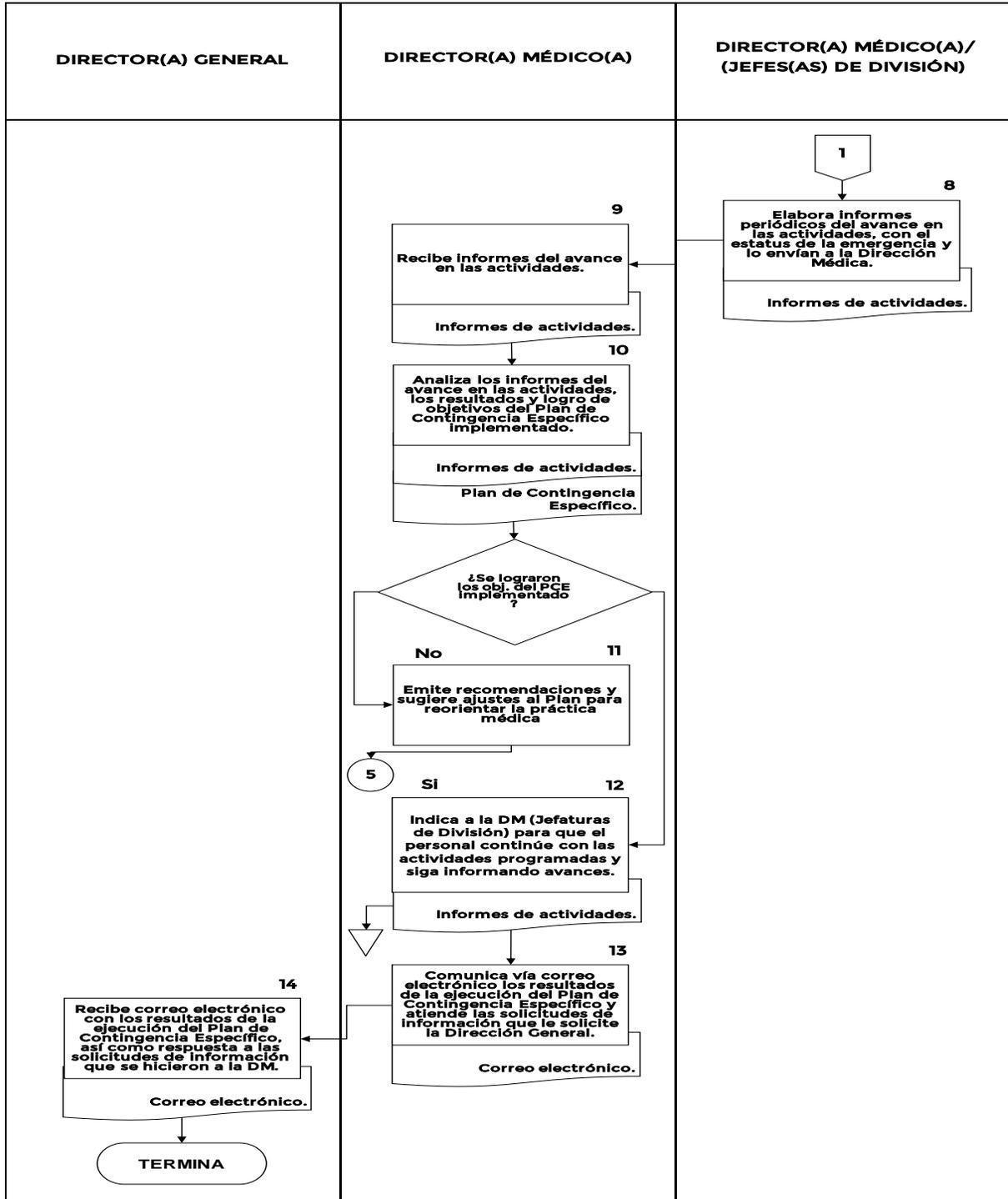
| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | |
| Hoja: 8 de 13 | | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------|----------|--|----------------------|
| | | Dirección General. | |
| Director(a) General | 14 | Recibe correo electrónico con los resultados de la ejecución del Plan de Contingencia Específico, así como respuesta a las solicitudes de información que se hicieron a la Dirección Médica. TERMINA | -Correo electrónico. |

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 9 de 13 |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | Hoja: 11 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.3 NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015. Personas con discapacidad. Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre. | No aplica |
| 6.4 NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica. | No aplica |
| 6.5 Guía para la prevención, preparación y la gestión de emergencias. En el contexto de COVID-19. CENAPRED. | No aplica |
| 6.6 Programa de Acción de Urgencias y Desastres. Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.7 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.8 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.9 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--------------------------------------|------------------------|---|--|
| 7.1 Correo electrónico. | 1 año | Dirección General/Dirección Médica | No aplica |
| 7.2 Alerta epidemiológica. | 1 año | Dirección General/Dirección Médica | No aplica |
| 7.3 Documentos oficiales. | 1 año | Dirección General/Dirección Médica | No aplica |
| 7.4 Minuta. | 1 año | Dirección Médica | No aplica |
| 7.5 Plan de Contingencia Especifico. | 2 años | Dirección Médica | No aplica |
| 7.6 Oficio. | 1 año | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.7 Informes de actividades. | 2 años | Dirección Médica/ Dirección Médica (Jefaturas de División) | No aplica |
| 7.8 Correo | 1 año | Dirección | No aplica |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | Hoja: 12 de 13 |

| | | | |
|--------------|--|--------------------------|--|
| electrónico. | | General/Dirección Médica | |
|--------------|--|--------------------------|--|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Comité de Atención para Emergencias y Desastres.-** Equipo de personal hospitalario que se encarga de analizar los procesos de la atención de emergencias y desastres que puedan ocurrir fuera o dentro del Hospital Juárez de México afectando a pacientes, familiares y al personal que labora en el Hospital considerando una respuesta satisfactoria que dé la mejor solución posible de los mismos en lo que se refiere a protección civil.
- 8.2 Desastre.-** Fenómeno de gran intensidad que pone en peligro la salud o la vida humana; afecta sensiblemente a una población en condiciones de vulnerabilidad. De origen natural: los más comunes en México son los de tipo hidrometeorológico (inundaciones, impacto por huracanes, tornados, frentes fríos, ondas de calor); geológicos (sismos, deslizamientos, derrumbes, erupciones volcánicas); incendios forestales. Los originados por el hombre: accidentes químicos o radioactivos (incendios industriales, explosiones, derrame de sustancias tóxicas, fuga radioactiva); y los socio-organizativos (eventos del transporte aéreo, terrestre, marítimo o fluvial, interrupción de servicios vitales, comportamientos desordenados o antisociales de la población, y guerras).
- 8.3 Enfermedades transmisibles.-** Las sujetas a notificación inmediata dentro del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), las cuales se señalan en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 "Para la Vigilancia Epidemiológica, y se incluyen también los padecimientos que por su magnitud y trascendencia o carácter emergente o reemergente son de interés epidemiológico y considerados para su vigilancia.
- 8.4 Epidemia.-** Enfermedad que ataca a un gran número de personas o de animales en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo.
- 8.5 Pacientes vulnerables.-** Son aquellos/as pacientes afectados/as por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, todas esas condiciones hacen que se les dificulte el acceso a la atención. Convirtiéndose en pacientes frágiles que merecen una atención especial por el equipo de salud, quien debe detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: pacientes pediátricos/as, recién nacidos/as, adultos/as mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puerperas,

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 5. Procedimiento para adecuar el Programa de Acción de Urgencias y Desastres del Hospital, en caso de urgencia epidemiológica. | | Hoja: 13 de 13 |

psiquiátricos, infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, en coma, en estado terminal, inconscientes y paciente incapacitado por alcohol o drogas.

8.6 Plan de Contingencia Específico.- Conjunto de procedimientos alternativos a la operatividad normal de una institución que permiten ejecutar un conjunto de normas, procedimientos y acciones básicas de respuesta que se debería tomar para afrontar de manera oportuna, adecuada y efectiva, ante la eventualidad de incidentes, accidentes y/o estados de emergencia que pudieran ocurrir tanto en las instalaciones como fuera de ella.

8.7 Programa de Acción de Urgencias y Desastres: Establece lineamientos generales de atención a la salud ante la ocurrencia de emergencias epidemiológicas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 1 de 10 |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | |

6. PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR LA CELEBRACIÓN O RENOVACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN CON DIFERENTES CORPORACIONES.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Validar la celebración o renovación de convenios o sus modificatorios en los que intervienen diferentes corporaciones, para propiciar el intercambio técnico-científico y la generación de recursos de tipo médico asistenciales que beneficien a los/las usuarios/as de las Instituciones partícipes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección General, por ser quien autoriza la celebración o renovación de convenios con distintas corporaciones; a la Dirección Médica, por ser quien valida la celebración o renovación de los convenios; y a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) por ser quien se encarga de elaborar, gestionar y dar seguimiento a la celebración o renovación de convenios o sus modificatorios.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a las corporaciones o instituciones que realizan investigación en salud y aquellas que solicitan o han tenido participación en la asistencia médica por convenio con el Hospital Juárez de México, por ser una de las partes responsables de la ejecución de los convenios pactados y/o sus modificatorios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Hospital Juárez de México identificar al/a la paciente vulnerable, orientarlo/a y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 3 de 10 |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.4 La Dirección Médica a través de la Coordinación INSABI, es responsable de verificar que se cuente con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el proceso de celebración o renovación de convenios o sus modificatorios con distintas corporaciones.
- 3.5 La Dirección Médica a través de la Coordinación INSABI, verifica que se informen oportuna y verazmente los indicadores de desempeño que se generen de las actividades que resulten de la celebración o renovación de convenios o sus modificatorios con distintas corporaciones.
- 3.6 La Dirección Médica, a través de las Jefaturas de División, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera de las actividades de intercambio técnico-científico y de asistencial médica que resulten de la celebración de convenios con distintas corporaciones o instituciones, para lo cual establecen los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.7 La Dirección Médica a través de la Coordinación INSABI, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen de la celebración o renovación de convenios institucionales para el intercambio técnico-científico y de asistencial médica.
- 3.8 La Dirección Médica (Coordinación INSABI) es responsable de elaborar la propuesta de convenio y/o sus modificatorios, la cual debe ser enviada por correo electrónico a la Dirección Médica para su validación.
- 3.9 La Dirección Médica es responsable de revisar y validar la propuesta de Convenio a celebrar o renovar y/o sus modificatorios.
- 3.10 En caso de que la propuesta de convenio deba corregirse, la Dirección Médica indica a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) las recomendaciones y sugerencias para que realice los ajustes pertinentes.
- 3.11 Es responsabilidad de la Dirección Médica (Coordinación INSABI) hacer las correcciones solicitadas por la Dirección Médica a la propuesta de Convenio, y solicitar nuevamente su validación.
- 3.12 La Dirección Médica valida la propuesta de Convenio y/o sus modificatorios, considerando los siguientes aspectos:

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 4 de 10 |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | |

- Factibilidad
- Tiempos de ejecución
- Recursos humanos.
- Recursos materiales disponibles para que se efectúe cada una de las cláusulas.
- Que sea de beneficio para ambas instituciones participantes.

- 3.13 La Dirección Médica indica por correo electrónico a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) cuando la propuesta de Convenio sea correcta para dar continuidad al proceso de celebración o renovación del mismo.
- 3.14 Es responsabilidad de la Dirección Médica (Coordinación INSABI) elaborar la versión final del Convenio a celebrar o renovar y recabar las firmas tanto internas como externas.
- 3.15 La Dirección Médica es quien valida el Convenio y/o sus modificatorios.
- 3.16 La Dirección General es quien autoriza el Convenio y/o sus modificatorios.
- 3.17 Es responsabilidad de la Dirección Médica enviar una copia del Convenio autorizado y/o sus modificatorios a la Dirección Médica (Jefaturas de División) y a la Dirección Médica (Coordinación INSABI).
- 3.18 La Dirección Médica es responsable de dar a conocer la celebración o renovación del o los convenio(s) a la Dirección Médica (Jefaturas de División) e instruye para que se brinde atención médica de calidad a los/las usuarios/as de las corporaciones partícipes.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN MÉDICA |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. |

Hoja: 5 de 10

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

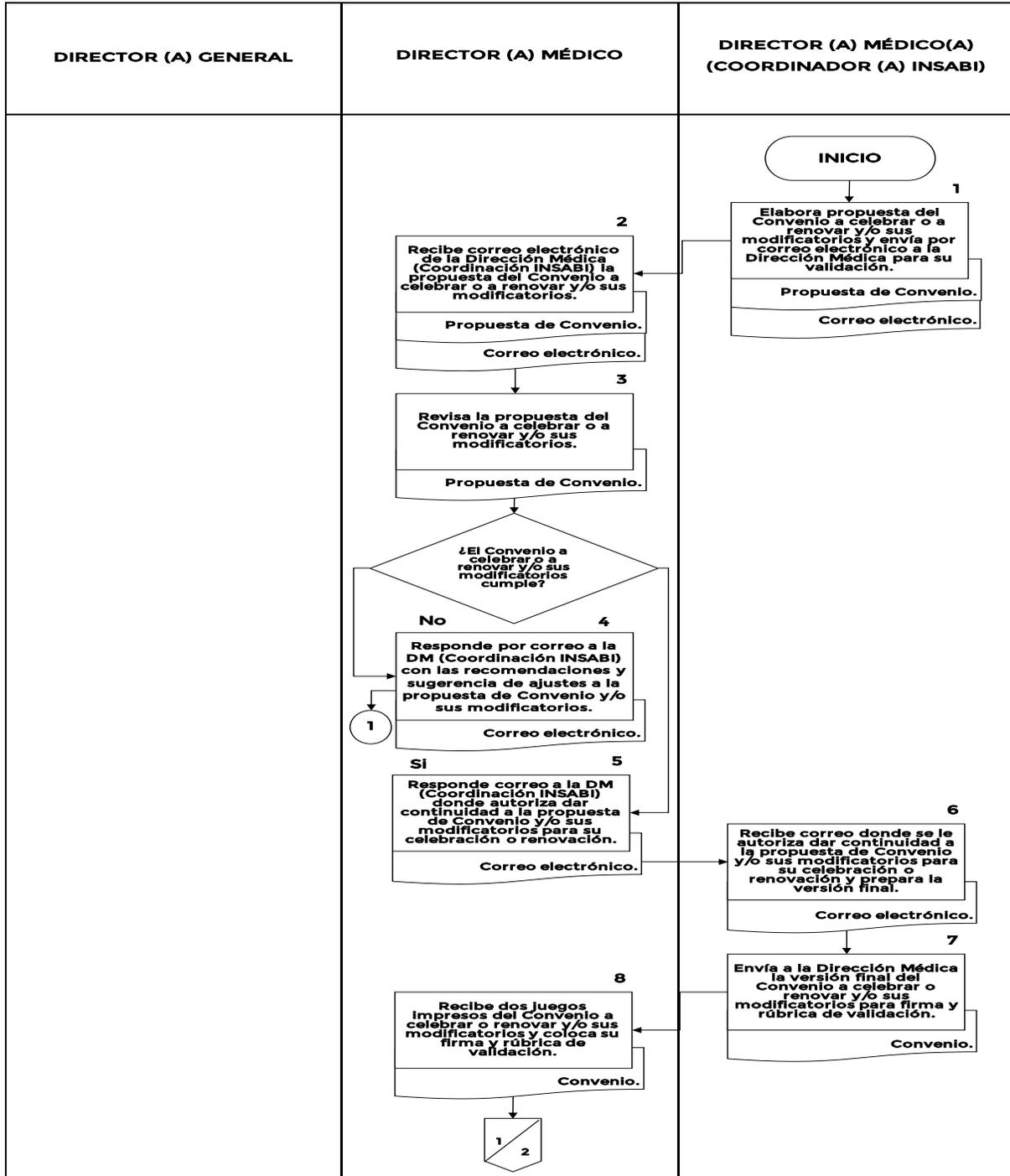
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Director(a) Médico(a) (Coordinador(a) INSABI) | 1 | Elabora propuesta del Convenio a celebrar o a renovar y/o sus modificatorios y envía por correo electrónico a la Dirección Médica para su validación. | -Propuesta de Convenio. -Correo electrónico. |
| Director(a) Médico(a) | 2 | Recibe correo electrónico de la Dirección Médica (Coordinación INSABI) con la propuesta del Convenio a celebrar o a renovar y/o sus modificatorios. | -Correo electrónico. -Propuesta de Convenio. |
| | 3 | Revisa la propuesta del Convenio a celebrar o a renovar y/o sus modificatorios. | |
| | 4 | ¿El Convenio a celebrar o a renovar y/o sus modificatorios cumple con la política 3.12? No: Responde por correo electrónico a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) con las recomendaciones y sugerencia de ajustes a la propuesta de Convenio y/o sus modificatorios. Regresa a la actividad No. 1. | |
| | 5 | Sí: Responde correo electrónico a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) donde autoriza dar continuidad a la propuesta de Convenio y/o sus modificatorios para su celebración o renovación. | |
| Director(a) Médico(a) (Coordinador(a) INSABI) | 6 | Recibe correo donde se le autoriza dar continuidad a la propuesta de Convenio y/o sus modificatorios para su celebración o renovación y prepara la versión final del documento. | -Correo electrónico. -Convenio. |
| | 7 | Envía a la Dirección Médica la versión final del Convenio a celebrar o renovar y/o sus modificatorios para firma y rúbrica de validación. | |
| Director(a) Médico(a) | 8 | Recibe dos juegos impresos del Convenio a celebrar o renovar y/o sus modificatorios y coloca su firma y rúbrica de validación. | -Convenio. |

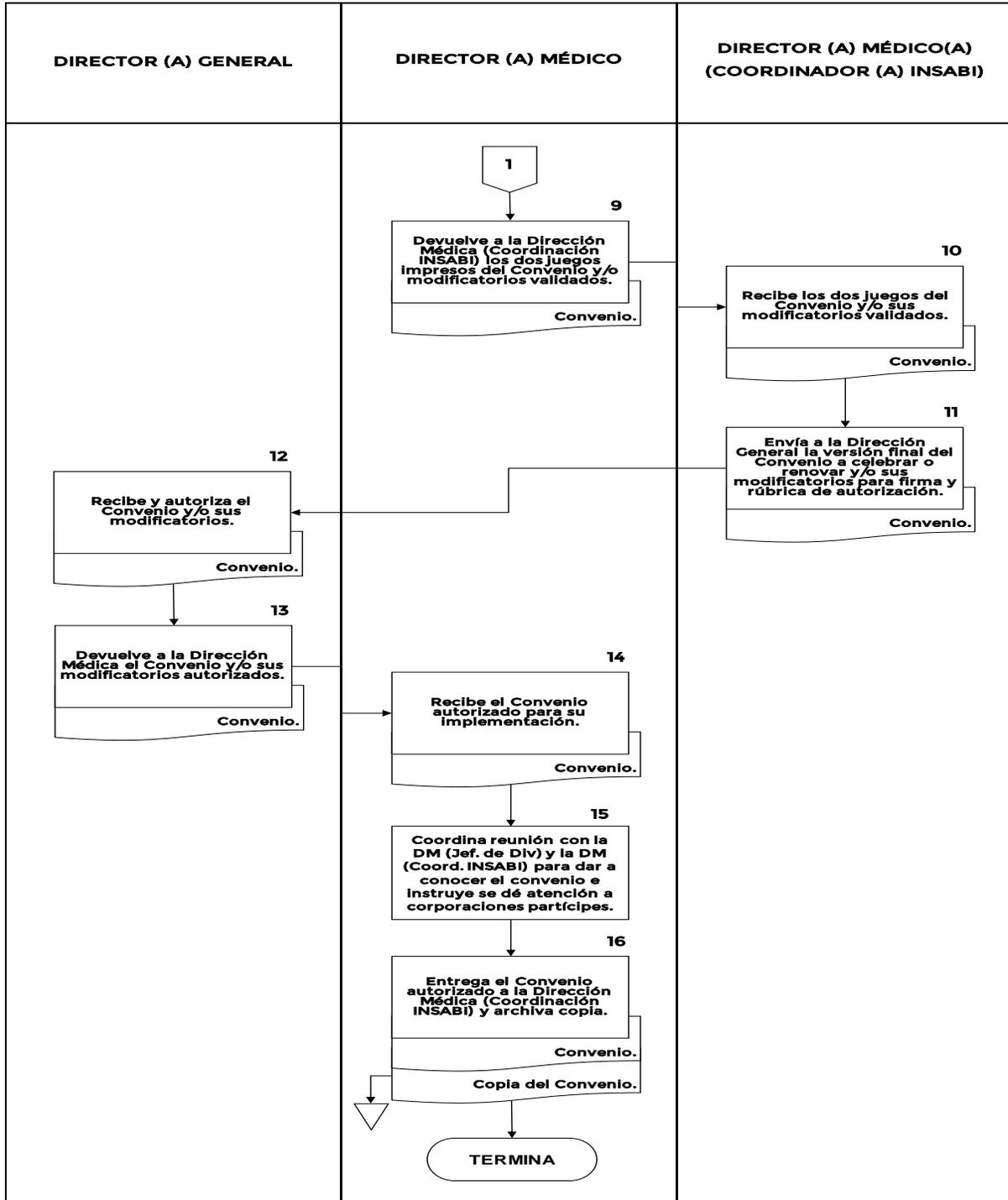
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | |

Hoja: 6 de 10

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|-------------------|
| | 9 | Devuelve a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) los dos juegos impresos del Convenio y/o modificatorios validados. | |
| Director(a) Médico(a) (Coordinador(a) INSABI) | 10 | Recibe los dos juegos del Convenio y/o sus modificatorios validados. | -Convenio. |
| | 11 | Envía a la Dirección General la versión final del Convenio a celebrar o renovar y/o sus modificatorios para firma y rúbrica de autorización. | |
| Director(a) General | 12 | Recibe y autoriza el Convenio y/o sus modificatorios. | -Convenio. |
| | 13 | Devuelve a la Dirección Médica el Convenio y/o sus modificatorios autorizados. | |
| Director(a) Médico(a) | 14 | Recibe el Convenio autorizado para su implementación. | -Convenio. |
| | 15 | Coordina reunión con la Dirección Médica (Jefaturas de División) y la Dirección Médica (Coordinación INSABI) para dar a conocer la celebración o renovación del convenio y les instruye para que se brinde atención médica de calidad a los/las usuarios/as de las corporaciones partícipes. ----- De la reunión se genera una minuta y la resguarda la Dirección Médica. ----- | |
| | 16 | ----- Entrega el Convenio autorizado a la Dirección Médica (Coordinación INSABI) y archiva copia. TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | Hoja: 9 de 10 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de los Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|----------------------------|------------------------|---|--|
| 7.1 Propuesta de Convenio. | 1 año | Dirección Médica (Coordinación INSABI) | No aplica |
| 7.2 Correo electrónico. | 1 año | Dirección Médica / Dirección Médica (Coordinación INSABI) | No aplica |
| 7.3 Convenio. | 1 año | Dirección Médica / Dirección Médica (Coordinación INSABI) | No aplica |
| 7.4 Copia del Convenio. | 1 año | Dirección Médica | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Asistencia médica.-** Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.
- 8.2 Cláusulas.-** Disposiciones de un contrato o tratado público o privado que expresa las condiciones y da las especificaciones a seguir por las partes participantes.
- 8.3 Convenios de colaboración.-** Acto celebrado entre una corporación o institución y otras personas jurídicas de derecho público o privado cuya finalidad es aprovechar mutuamente sus recursos o fortalezas. La colaboración interinstitucional permite mejorar la atención de los pacientes, impulsando y favoreciendo los procesos operativos y de desarrollo que fortalezcan la capacidad institucional para optimizar, diseñar, ejecutar y elevar la calidad de los servicios y prestaciones.
- 8.4 Corporaciones.-** Organismos oficiales constituidos por un conjunto de personas, empresas o sociedades que se reúnen para decidir asuntos científicos, económicos o de interés general, realizan diversos trabajos y servicios con el fin de conseguir un enriquecimiento común.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN MÉDICA | | Hoja: 10 de 10 |
| | 6. Procedimiento para validar la celebración o renovación de convenios de colaboración con diferentes corporaciones. | | |

8.5 Pacientes vulnerables.- Son aquellos/as pacientes afectados/as por factores de desigualdad, condición física, de salud, con respecto al colectivo mayoritario que se encuentran en condición de riesgo, todas esas condiciones hacen que se les dificulte el acceso a la atención. Convirtiéndose en pacientes frágiles que merecen una atención especial por el equipo de salud, quien debe detectar las condiciones de vulnerabilidad que presentan para atenderlos con igualdad, integridad y en respeto de sus derechos. Se consideran vulnerables a: pacientes pediátricos/as, recién nacidos/as, adultos/as mayores, personas con discapacidad y/o alteraciones mentales, con riesgo de abuso (violación, agresión física), con idioma o lengua diferente, embarazadas y puérperas, psiquiátricos, infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, en coma, en estado terminal, inconscientes y paciente incapacitado por alcohol o drogas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 1 de 80 |

7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 2 de 80 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Informar a los/las investigadores/as y proponentes del Hospital Juárez de México los trámites para la entrega de protocolos de investigación y brindarles la asesoría necesaria para que cumplan con los requisitos establecidos, con el fin de someter dichos protocolos ante los comités para su evaluación.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Investigación y Enseñanza por ser quien coordina la recepción de protocolos de investigación; a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación), porque es la responsable de recibir la información de los protocolos de investigación para su evaluación; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, porque son quienes los presentan a través de los/las médicos/as residentes, investigadores y de cualquier persona adscrita al Hospital.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y Comité de Investigación, porque son responsables de recibir los protocolos para su evaluación; al Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas porque es quien recibe los protocolos formulados por la Dirección Médica (Médicos/as residentes) para su evaluación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 3 de 80 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, contar con los sistemas de información con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos del presente procedimiento, se consideran como Directores/as de área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Se denomina proponente a cualquier persona o servidor(a) público(a) que presenta un protocolo de investigación en la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación.
- 3.9 La Dirección de Investigación y Enseñanza puede recibir protocolos de investigación de los siguientes proponentes:
- a) Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación), a través del personal investigador/a en ciencias médicas, ya que parte de sus funciones sustantivas es la elaboración de protocolos
 - b) Dirección Médica, a través de los/las médicos/as residentes, ya que como requisito de titulación dicho personal debe presentar un protocolo de investigación.
 - c) Direcciones de área, debido a que cualquier trabajador/a puede realizar protocolos de investigación.
- 3.10 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, es responsable de brindar información a los/las proponentes sobre la normatividad que deben cumplir para el registro de protocolos de investigación.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 4 de 80 |

3.11 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, proporciona a los/las proponentes la “Guía para la elaboración de protocolo/tesis de investigación científica” y las “Líneas de investigación alineadas a las demandas específicas del sector salud”, así como los siguientes formatos, necesarios para recibir los protocolos:

- a. Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020).
- b. Cédula de Registro de Protocolo de Investigación (DIE-0005-01-2020).
- c. Consentimiento Informado para 18 años y más. (DIE-0006-01-2020)
- d. Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)
- e. Consentimiento Informado para Menores de 7 años de edad y Grupos Vulnerables (DIE-0008-01-2020)
- f. Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)
- g. Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. (DIE-0010-01-2020)
- h. Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)
- i. Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)
- j. Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)
- k. Informe Trimestral de Avance de Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)

El formato DIE-0014-01-2020 se envía al/a la proponente para que lo requisiere una vez que el protocolo sea registrado.

3.12 El/La proponente debe entregar a la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, los formatos señalados en la política anterior de acuerdo a la naturaleza del protocolo, tanto en formato físico como en versión digital (PDF).

3.13 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, debe entregar al/a la proponente el comprobante de recepción de documentos, según el origen de la investigación (Investigación Original o Tesis de especialidad médica), una vez que entregue los documentos de registro y el protocolo de investigación (sólo en digital).

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 5 de 80 |

- 3.14 La Dirección de Investigación y Enseñanza debe fomentar la participación de la Dirección Médica para generar investigación original, con el fin de alinear la investigación con las principales causas de morbi-mortalidad nacional.
- 3.15 Pueden realizarse protocolos de colaboración (multicéntricos) con otras instituciones públicas y/o privadas, con o sin financiamiento.
- 3.16 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de investigación, es responsable de integrar el expediente físico y electrónico con la información de solicitud de registro del protocolo y enviarla por correo electrónico a las siguientes instancias, para su evaluación:
- Comité de Ética en Investigación.
 - Comité de Bioseguridad
 - Comité de Investigación

En el caso de protocolos formulados por la Dirección Médica (Médicos/as residentes), la información también se envía al Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas.

- 3.17 Los/las proponentes, los comités y el subcomité, son responsables de acusar de recibo toda la información que les envíe la Dirección de Investigación y Enseñanza, ya sea en medio físico o electrónico.
- 3.18 La Dirección de Investigación y Enseñanza tiene un plazo máximo de dos meses, para emitir la resolución del protocolo, contando a partir de que recibe los documentos por parte del/de la proponente.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. |

Hoja: 6 de 80

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Directores (as) de Área (Proponente) | 1 | Acude a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Enseñanza) y solicita la información para recepción de protocolo de investigación. | |
| Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) de la División de Investigación) | 2 | <p>Solicita correo electrónico para enviar y/o entregar la Guía, líneas de investigación, formatos e instructivo general para su requisición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica. • Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud. • Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020). • Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020). • Consentimiento Informado para 18 años y más. (DIE-0006-01-2020) • Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. . (DIE-0007-01-2020) • Consentimiento Informado para Menores de 7 años de edad y Grupos Vulnerables (DIE-0008-01-2020) • Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020) • Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de | <ul style="list-style-type: none"> -Correo electrónico para enviar Guías. -Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica. -Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud. -Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020). -Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020). -Consentimiento Informado para 18 años y más. (DIE-0006-01-2020). -Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. . (DIE-0007-01-2020). -Consentimiento Informado para |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|--|
| | 3 | <p>Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. (DIE-0010-01-2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020) • Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020) • Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020) • Informe Trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020) <p>Envía la información al correo electrónico que le proporcionó la Dirección de área (Proponente), indicando acusar de recibo.</p> | <p>Menores de 7 años de edad y Grupos Vulnerables (DIE-0008-01-2020).</p> <p>-Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020).</p> <p>-Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México (DIE-0010-01-2020).</p> <p>-Carta de Protesta (DIE-0011-01-2020).</p> <p>-Carta Compromiso Investigación con Humanos Estudio (Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)).</p> <p>-Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista) (DIE-0013-01-2020).</p> <p>-Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-</p> |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. |

Hoja: 8 de 80

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | | | 0014-01-2020). |
| Directores (as) de Área (Proponente) | 4 | Recibe la información y acusa de recibo el correo electrónico. | -Acuse de correo electrónico. |
| | 5 | Requisita los formatos de acuerdo al instructivo general. | -Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica. |
| | 6 | Elabora el protocolo en versión extensa. | -Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud. |
| | 7 | Acude a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) a entregar los formatos requisitados y el protocolo para solicitar su evaluación. | - DIE-0004-01-2020 - DIE-0005-01-2020 - DIE-0006-01-1010 - DIE-0007-01-2020 - DIE-0008-01-2020 - DIE-0009-01-2020 - DIE-0010-01-2020 - DIE-0011-01-2020 - DIE-0012-01-2020 - DIE-0013-01-2020 - DIE-0014-01-2020 - Protocolo versión extensa. |
| Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) de la División de Investigación) | 8 | Recibe protocolo en versión extensa y los formatos en físico y electrónico. | - Protocolo versión extensa. |
| | 9 | Verifica que los documentos estén completos y debidamente requisitados. ¿Los documentos están completos y requisitados? | - DIE-0004-01-2020 - DIE-0005-01-2020 - DIE-0006-01-1010 - DIE-0007-01-2020 |
| | 10 | No: Informa a la Dirección de área | - DIE-0008-01- |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. |

Hoja: 9 de 80

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | 11 | (Proponente) que complemente la información. Regresa a la actividad 5. Si: Acusa de recibo a la Dirección de área (Proponente) y turna la documentación a la Dirección de Investigación y Enseñanza. | 2020 - DIE-0009-01-2020 2020 - DIE-0010-01-2020 2020 - DIE-0011-01-2020 - DIE-0012-01-2020 - DIE-0013-01-2020 - DIE-0014-01-2020 |
| Director (a) de Investigación y Enseñanza | 12 | Recibe documentación y revisa que el protocolo esté alineado con los principios y políticas del Hospital Juárez de México. | - Protocolo versión extensa. - DIE-0004-01-2020 |
| | 13 | ¿El protocolo está alineado? No: Indica a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) que establezca comunicación con la Dirección de área (Proponente) solicitando el replanteamiento para que sea factible su ejecución. Regresa a la actividad 7. | - DIE-0005-01-2020 - DIE-0006-01-1010 - DIE-0007-01-2020 - DIE-0008-01-2020 - DIE-0009-01-2020 |
| | 14 | Si: Indica a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) que continúe el proceso de recepción y le envía la documentación. | - DIE-0010-01-2020 - DIE-0011-01-2020 - DIE-0012-01-2020 - DIE-0013-01-2020 - DIE-0014-01-2020 |
| Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) de la División de Investigación) | 15 | Recibe instrucción con la documentación y genera el comprobante de documentos de Protocolo de Investigación Original (DIE-0001-01-2020) y Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación de Tesis de Especialidad y Subespecialidad (DIE-0002-01-2020). | - Protocolo versión extensa. - DIE-0004-01-2020 - DIE-0005-01-2020 - DIE-0006-01-1010 - DIE-0007-01-2020 |
| | 16 | Registra en la bitácora digital de actividad diaria y le otorga el número correspondiente al protocolo. | - DIE-0008-01-2020 - DIE-0009-01- |

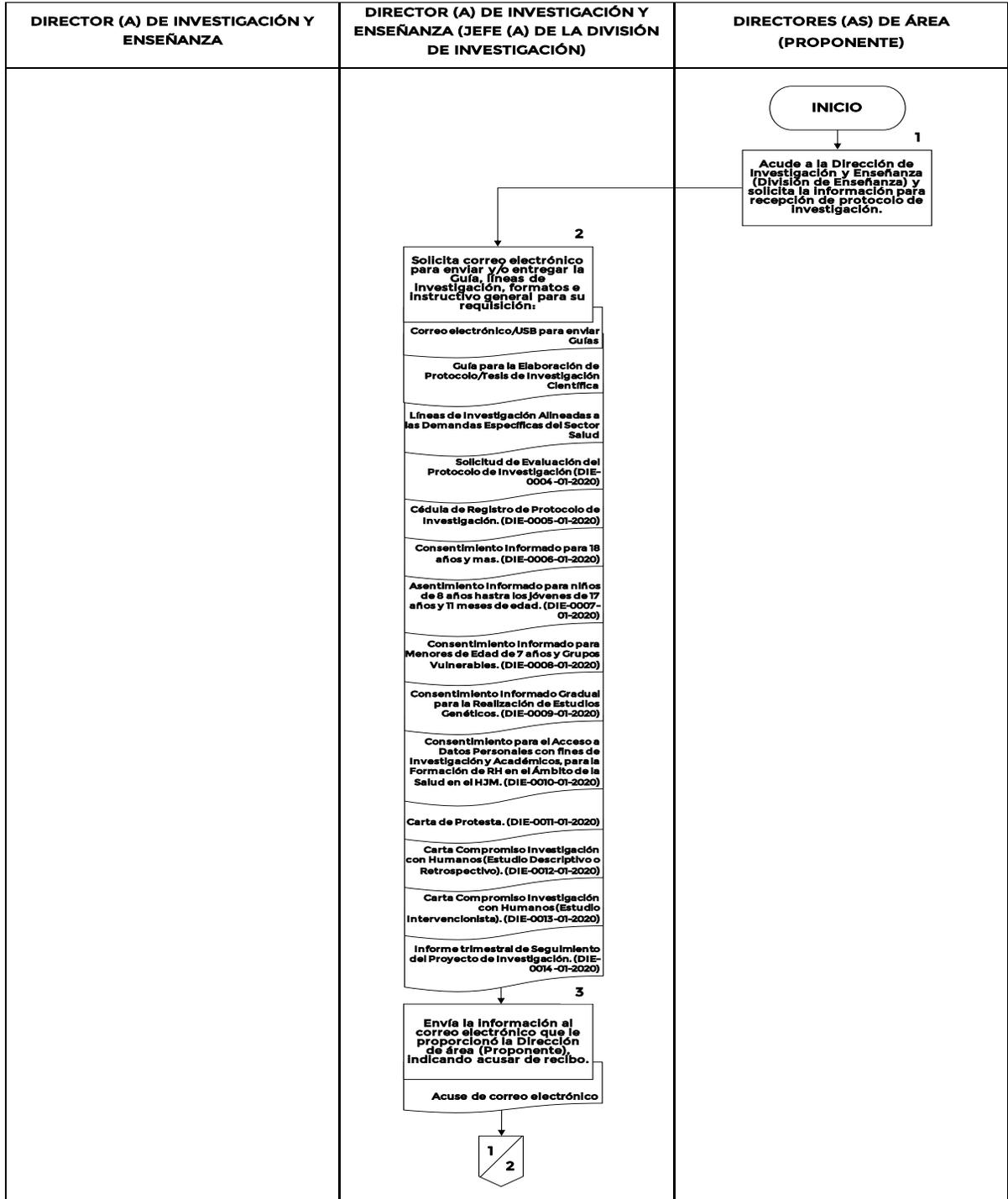
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. |

Hoja: 10 de 80

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|---|
| | 17 | Envía por correo electrónico el protocolo de investigación para evaluación, a los/las Presidentes (as) del Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y Comité de Investigación o al Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas, según corresponda. | 2020 - DIE-0010-01-2020 - DIE-0011-01-2020 - DIE-0012-01-2020 - Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación Original. (DIE-0001-01-2020). |
| | 18 | Integra carpeta de protocolo de investigación digital y físico con la información solicitada para registro. Archiva documentación. | - Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación de Tesis de Especialidad y Subespecialidad. (DIE-0002-01-2020). -Bitácora digital de actividad diaria. -Correo electrónico de Protocolo de Investigación para evaluación. -Carpeta de protocolo en versión física y digital. |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 11 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación.



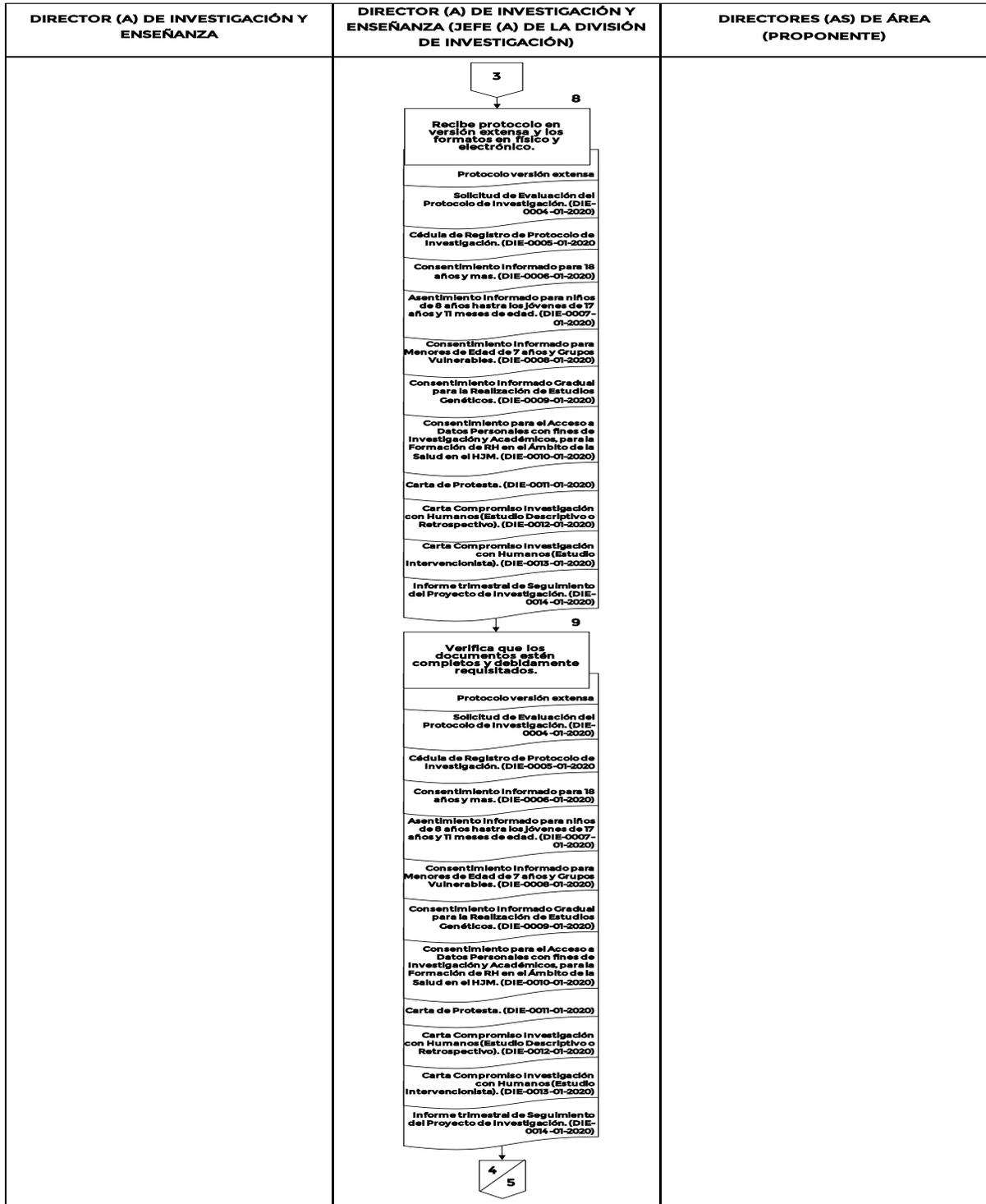
Rev. 0

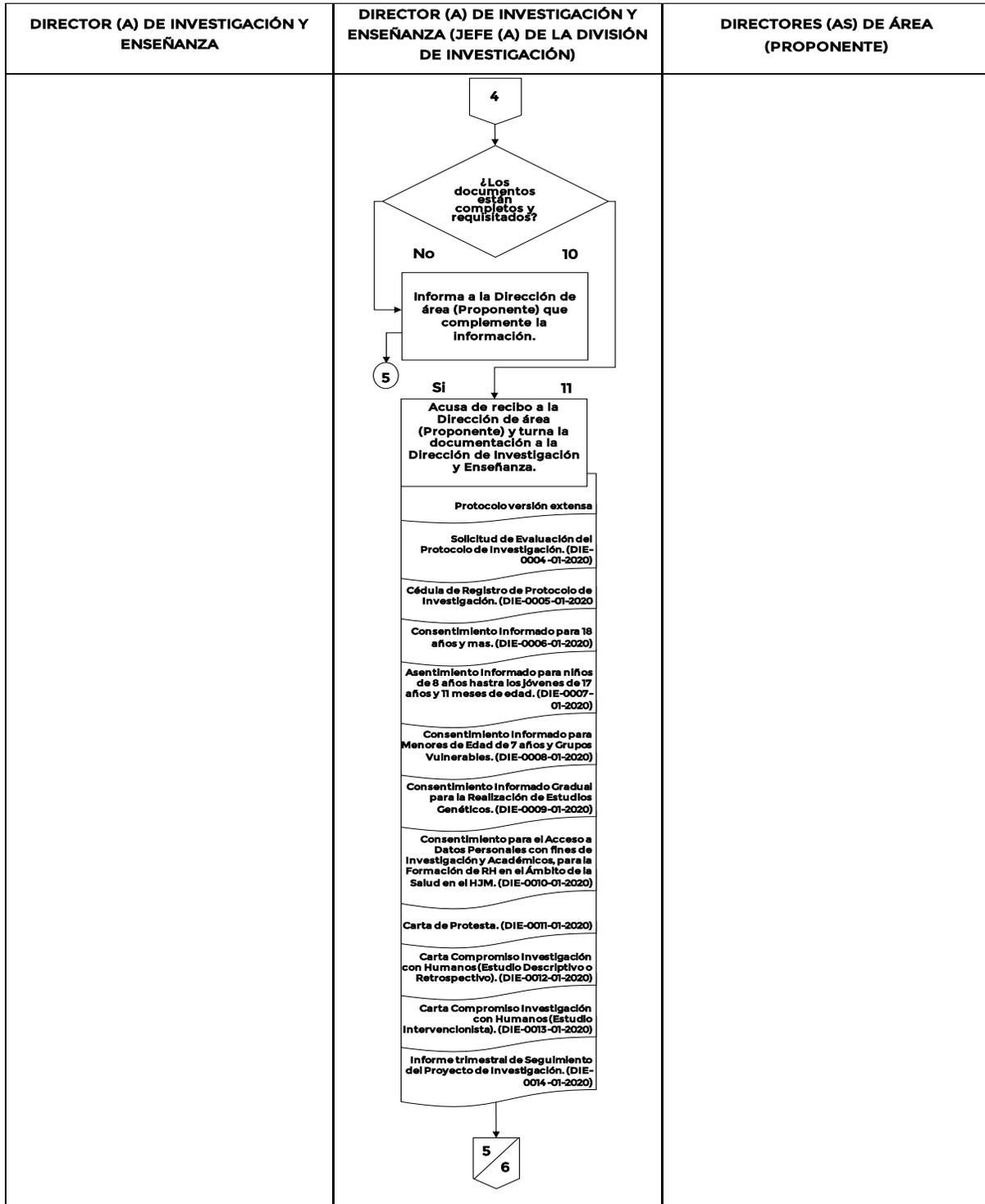
Hoja: 12 de 80

| DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA (JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN) | DIRECTORES (AS) DE ÁREA (PROPONENTE) |
|---|--|---|
| | | <div style="text-align: center;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Recibe la información y acusa de recibo el correo electrónico.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Acuse de correo electrónico</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RIH en el Ambito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> </div> <div style="text-align: center;">5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Requiere los formatos de acuerdo al instructivo general.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RIH en el Ambito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> </div> <div style="text-align: center;">2 3</div> |

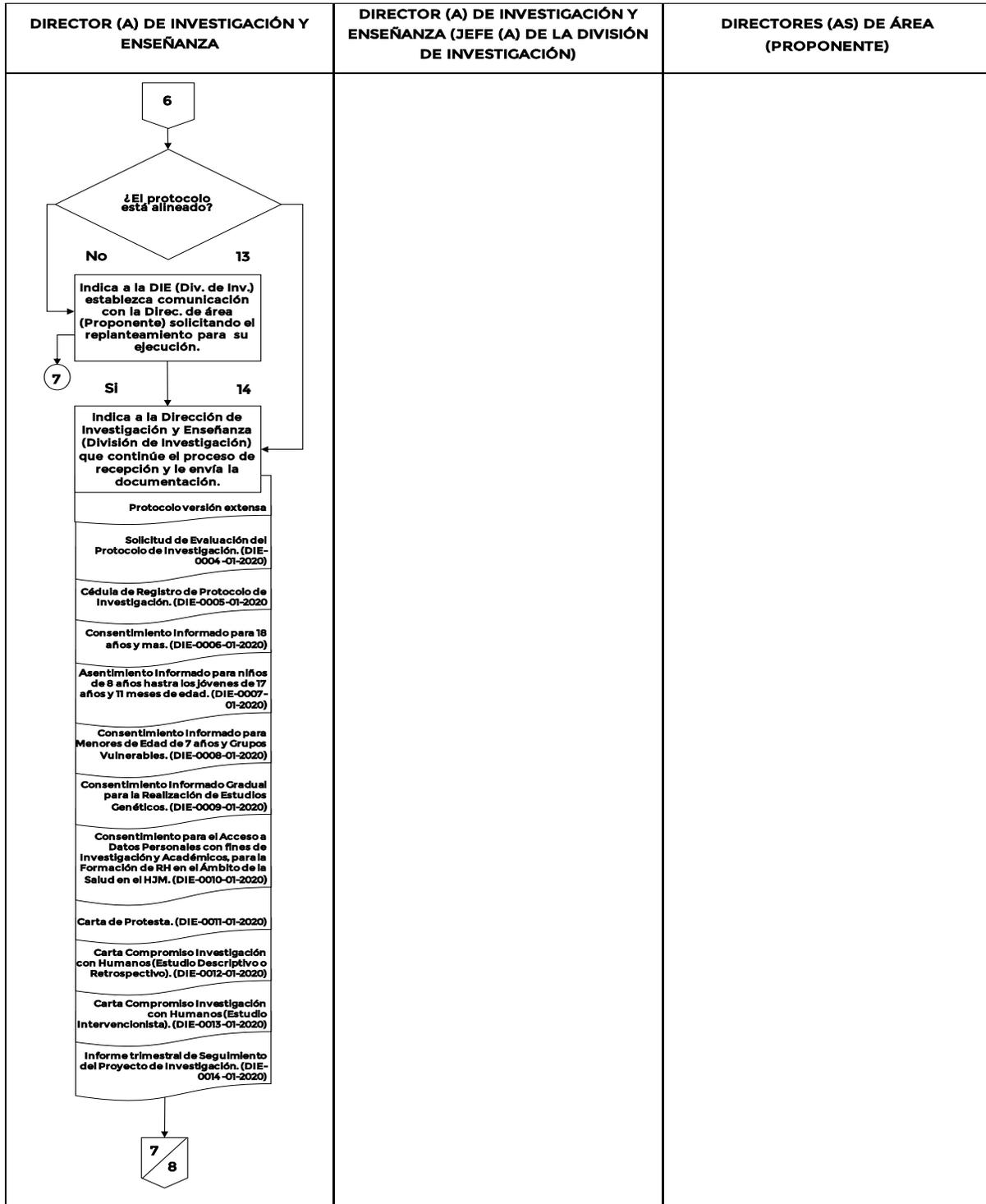
| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 13 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

| DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA (JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN) | DIRECTORES (AS) DE ÁREA (PROPONENTE) |
|---|--|---|
| | | <div style="text-align: center;"> <p>2</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">Elabora el protocolo en versión extensa.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Protocolo versión extensa</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RH en el Ambito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">7</p> <p style="text-align: center;">Acude a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Enseñanza) a entregar los formatos requeridos y el protocolo para solicitar su evaluación.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">Protocolo versión extensa</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RH en el Ambito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</div> </div> </div> |





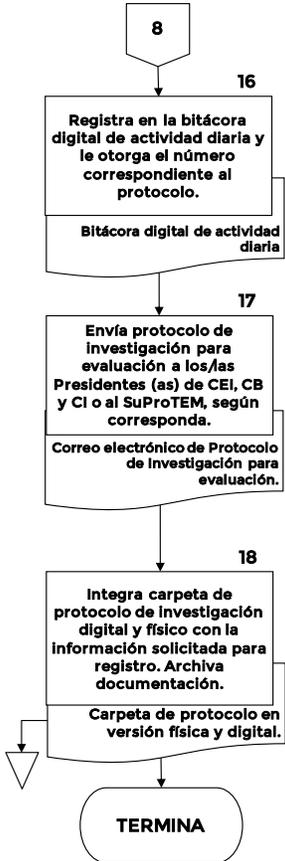
| DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA (JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN) | DIRECTORES (AS) DE ÁREA (PROPONENTE) |
|--|--|--------------------------------------|
| <div style="text-align: center;"> <p>5</p> <p>↓</p> <p>12</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Recibe documentación y revisa que el protocolo esté alineado con los principios y políticas del Hospital Juárez de México.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Protocolo versión extensa</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RH en el Ámbito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <p>Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> </div> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>6 / 7</p> </div> </div> | | |



| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

| DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA (JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN) | DIRECTORES (AS) DE ÁREA (PROPONENTE) |
|---|--|--------------------------------------|
| | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> 7 15 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Recibe instrucción con la documentación y genera el Comprobante (DIE-0001-01-2020) y (DIE-0002-01-2020). </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Protocolo versión extensa </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Consentimiento Informado para 18 años y mas. (DIE-0006-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Asentimiento informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de RH en el Ámbito de la Salud en el HJM. (DIE-0010-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación Original. (DIE-0001-01-2020) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;"> Comprobante Documentos de Protocolo de Investigación de Tesis de Especialidad y Subespecialidad. (DIE-0002-01-2020). </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 8 9 </div> </div> | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 19 de 80 |

| DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | DIRECTOR (A) DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA (JEFE (A) DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN) | DIRECTORES (AS) DE ÁREA (PROPONENTE) |
|---|---|--------------------------------------|
| |  <pre> graph TD Start([8]) --> Step16[16 Registra en la bitácora digital de actividad diaria y le otorga el número correspondiente al protocolo.] Step16 --- Data16[Bitácora digital de actividad diaria] Step16 --> Step17[17 Envía protocolo de Investigación para evaluación a los/las Presidentes (as) de CEI, CB y CI o al SuProTEM, según corresponda.] Step17 --- Data17[Correo electrónico de Protocolo de Investigación para evaluación.] Step17 --> Step18[18 Integra carpeta de protocolo de Investigación digital y físico con la información solicitada para registro. Archiva documentación.] Step18 --- Data18[Carpeta de protocolo en versión física y digital.] Step18 --> End([TERMINA]) </pre> | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 20 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Guía técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS.

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico para enviar Guías. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |
| 7.2 Guía para la Elaboración de Protocolo/Tesis de Investigación Científica. | No aplica | Dirección de área (Proponente) | No aplica |
| 7.3 Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud. | No aplica | Dirección de área (Proponente) | No aplica |
| 7.4 Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0004-01-2020. |
| 7.5 Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0005-01-2020. |
| 7.6. Consentimiento Informado para 18 años y más. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0006-01-2020 |
| 7.7 Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0007-01-2020 |
| 7.8 Consentimiento Informado para Menores de 7 años de edad y Grupos Vulnerables | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0008-01-2020 |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 21 de 80 |

| | | | |
|--|-----------|---|-------------------|
| 7.9 Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0009-01-2020 |
| 7.10 Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0010-01-2020 |
| 7.11 Carta de Protesta. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0011-01-2020 |
| 7.12 Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0012-01-2020 |
| 7.13 Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0013-01-2020 |
| 7.14 Informe Trimestral de Avance del Proyecto de Investigación. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0014-01-2020 |
| 7.15 Acuse de correo electrónico | No aplica | Dirección de área (Proponente) | No aplica |
| 7.16 Protocolo versión extensa. | 4 años | Proponente/Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |
| 7.17 Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación Original | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0001-01-2020. |
| 7.18 Comprobante de documentos de Protocolo de Investigación de Tesis | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | DIE-0002-01-2020 |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 22 de 80 |

| de Especialidad y Subespecialidad | | | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.19 Bitácora digital de actividad diaria. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |
| 7.20 Correo electrónico de Expediente para de evaluación de protocolo. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |
| 7.21 Expediente para registro de protocolo | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Comité de Bioseguridad (CB)** Cuerpo colegiado que procura que cualquier actividad laboral que implique el manejo de material biológico se realice siguiendo prácticas seguras que minimicen el riesgo para el personal expuesto, para el ambiente del hospital y la población en general. Además de vigilar la correcta utilización de los animales de experimentación conforme a la normatividad vigente.
- 8.2 Comité de Ética en Investigación (C.E.I)** Cuerpo colegiado que revisa, aprueba, propone correcciones o rechaza un protocolo de investigación, basado en sus aspectos bioéticos. Está integrado por un presidente, un secretario y un número variado de vocales.
- 8.3 Comité de Investigación (C.I)** Cuerpo colegiado integrado por investigadores en ciencias médicas (ICM) y médicos investigadores que se reúnen en sesiones mensuales ordinarias o sesiones extraordinarias para revisar la metodología de investigación y discutir su aprobación o rechazo o proponer cambios a los protocolos de investigación con base en opiniones de expertos de cada protocolo y de las opiniones de los integrantes del propio Comité de Investigación (C.I.) y los Comités de Ética en Investigación (C.E.I) y Bioseguridad (C.B.), cuyos respectivos presidentes y secretarios sesionan en conjunto con el (C.I).
- 8.4 Investigación.** Se refiere al proceso de naturaleza intelectual y experimental que, a través de un conjunto de métodos aplicados de modo sistemático, persigue la finalidad de indagar sobre un asunto o tema, así como de aumentar, ampliar o desarrollar su conocimiento, sea este de interés científico, humanístico o tecnológico.
- 8.5 Investigación original:** Es la que aporta investigación novedosa a partir de la aplicación del método científico.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 23 de 80 |

- 8.6 Investigador/a.** Es alguien que lleva a cabo un proyecto orientado a la búsqueda de conocimiento y al esclarecimiento de los hechos.
- 8.7 Médico/a Residente:** Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación.
- 8.8 Proponente:** Persona que presenta un protocolo de Investigación.
- 8.9 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.
- 8.10 Subcomité para protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM).** Subcomité para protocolos de Tesis de Especialidades Médicas para evaluación de protocolos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de Evaluación del Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020).
- 10.2 Cédula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020).
- 10.3 Consentimiento Informado para 18 años y más. (DIE-0006-01-2020)
- 10.4 Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad. . (DIE-0007-01-2020).
- 10.5 Consentimiento Informado para Menores de 7 años de edad y Grupos Vulnerables (DIE-0008-01-2020).
- 10.6 Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos. (DIE-0009-01-2020).
- 10.7 Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con fines de Investigación y Académicos, para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. (DIE-0010-01-2020)
- 10.8 Carta de Protesta. (DIE-0011-01-2020).
- 10.9 Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020).
- 10.10 Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020).

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 24 de 80 |

- 10.11 Informe Trimestral de Avance del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020).
- 10.12 Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación Original (DIE-0001-01-2020).
- 10.13 Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación de Tesis de Especialidad y Subespecialidad (DIE-0002-01-2020).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 25 de 80 |

10.1 SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. (DIE-0004-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Solicitud de Evaluación de Protocolo/Tesis de Investigación

Ciudad de México., a _(1)_ de _____(1)_____ de 20_(1)_.

Dr. José Moreno Rodríguez
 Director de Investigación y Enseñanza
 Presidente del Comité de Investigación
 Presente

Con el fin de cumplir con la Ley General de Salud en México y el Reglamento para la Investigación del Hospital Juárez de México entrego a usted en archivo electrónico, el Protocolo/Tesis de investigación titulado:

(2)

Protocolo/Tesis que corresponde a las siguientes características:

Origen de la Investigación (3)

Investigación Original Industria Farmacéutica Tesis de Especialidad y Subespecialidad Medica

Tipo de Investigación (4)

Biomédica Clínica Sociomédica/Epidemiológica Tecnológica

Colaboración Interinstitucional (5)

No Sí Nacional Internacional

El Protocolo/Tesis forma parte de la línea de investigación: _____(6)_____

_____ que se encuentra alineada al Programa Sectorial de Salud.
 Para evaluar su calidad, originalidad y relevancia científica; de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos aceptados en la Declaración de Helsinki en 1964 (excepto donde no aplique), junto con todas las enmiendas vigentes y las políticas generales para la realización de la investigación en el Hospital Juárez de México.

Acepto que el Protocolo/Tesis se remita a los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y Bioseguridad, Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Medicas para su evaluación, independientemente del investigador y de la entidad patrocinadora, para consideraciones, comentarios y asesoramiento en el cual se basará la autorización.

En caso de ser aceptado, me comprometo a informar trimestralmente los avances del proyecto.

ATENTAMENTE

_____(7)_____
 Nombre y firma del Investigador Principal

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 26 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (DIE-0004-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar el propósito del Protocolo/Tesis de investigación y finalidad del proyecto.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|---|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | Origen de la Investigación | Marcar con una (X). De acuerdo a la finalidad del investigador. |
| 4 | Tipo de Investigación | Marcar con una (X). A realizar en función del área de conocimiento. |
| 5 | Colaboración Institucional | Marcar con una (X). Con respecto al tipo de apoyo que solicitara. |
| 6 | Línea de Investigación | Ver como referencia anexo (Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud) enviado por correo. |
| 7 | Nombre y firma del Investigador Principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 27 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

10.2 CÉDULA DE REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. (DIE-0005-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Cedula de Registro de Protocolo/Tesis de Investigación

1. Investigador Principal (1)

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

2. Título del Protocolo de Investigación (2)

Origen de la Investigación (3)

Investigación Original Industria Farmacéutica Tesis de Especialidad y Subespecialidad Medica

Tipo de Investigación (4)

Biomédica Clínica Sociomédica/Epidemiológica Tecnológica

Colaboración Interinstitucional (5)

No Si Nacional Internacional

Nombre de la Institución _____(6) _____

Línea prioritaria de Investigación _____

Duración estimada del protocolo (mínimo 1 año y en caso de protocolos de área clínica hasta 2 años como máximo y para el área biomédica hasta 3 años).

Inicio _(7)_ /_(7)_/_(7)_
día mes año

Termino _(7)_ /_(7)_/_(7)_
día mes año

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el Protocolo/Tesis de Investigación es considerado como: (8)

Sin riesgo Con riesgo mínimo Con riesgo mayor al mínimo

3. Colaboradores (Numerar los colaboradores en forma progresiva). (9)

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX., Tel: (55) 5747 7632
www.gob.mx/salud/hjm

DIE-0005-01-2020
Licencia Sanitaria (05-AM-09-007-030)

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 28 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Colaborador ()

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

Colaborador ()

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

Colaborador ()

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

Colaborador ()

| | | | |
|-------------------------|--|------------------|--|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 29 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

| | |
|--|-------------------------|
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--|-------------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--|-------------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--------------------------|------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 30 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

| | |
|--|-------------------------|
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--|-------------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--|-------------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |
| Cargo | |
| Contribucion | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ Si ___ Nivel ___ |
| Firma | |

Colaborador ()

| | |
|--------------------------|------------------|
| Nombre | |
| Correo electrónico | |
| Teléfono oficina y Ext. | Teléfono celular |
| Nivel máximo de estudios | |
| Disciplina | |
| Especialidad | |
| Adscripción | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 31 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |



**HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

Dirección de Investigación y Enseñanza

| | | | |
|--|--------|--------|-----------|
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

Colaborador ()

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

Colaborador ()

| | | | |
|--|--------|------------------|-----------|
| Nombre | | | |
| Correo electrónico | | | |
| Teléfono oficina y Ext. | | Teléfono celular | |
| Nivel máximo de estudios | | | |
| Disciplina | | | |
| Especialidad | | | |
| Adscripción | | | |
| Cargo | | | |
| Contribucion | | | |
| Sistema Nacional de Investigadores (SNI) | No ___ | Si ___ | Nivel ___ |
| Firma | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 32 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

4. Financiamiento (10)

Costo estimado del proyecto de investigación: _____

Fuente de financiamiento: Interna _____ Externa _____

Agencia: CONACYT _____ Otra () _____

Monto del financiamiento en pesos: \$ _____

5. Otras instituciones participantes (11)

(Se deberá anexar una carta de colaboración firmada por el responsable de investigación de cada institución participante)

| No. | Nombre de la institución participante |
|-----|---------------------------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |

Tipo de apoyo: Marque con una (X) el tipo de ayuda proporcionado por la institución)

| Institución | Tipo de ayuda | | | |
|-------------|-----------------|----------|----------|--------|
| | Infraestructura | Personal | Material | Equipo |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

6. Servicios participantes del Hospital Juárez de México (12)

| Nombre del servicio participante | Nombre y firma Jefe de Servicio |
|----------------------------------|---------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 33 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |



**HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

Dirección de Investigación y Enseñanza

7. Resumen de la propuesta (13)

Tamaño aproximado de la muestra (cuando aplique): _____ (14) _____

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 34 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA CÉDULA DE REGISTRO DE PROTOCOLO/TESIS DE INVESTIGACIÓN (DIE-0005-01-2020).

Este documento tiene como objetivo recabar los datos generales del Protocolo/Tesis de investigación y finalidad del proyecto.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|--|---|
| 1 | <p>Nombre</p> <p>Correo electrónico</p> <p>Teléfono oficina y Ext. Teléfono celular</p> <p>Nivel máximo de estudios</p> <p>Disciplina</p> <p>Especialidad</p> <p>Adscripción</p> <p>Cargo</p> <p>Sistema Nacional de Investigadores (SNI)</p> <p>Firma</p> | <p>- Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor). Dirección: usuario @ servidor.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor). Números telefónicos.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor): Licenciatura en Medicina, Maestro en Ciencias, Doctorado, etc.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor): Medica, Enfermería, Investigador, Profesor, etc.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor). Ramas medicas - quirúrgicas: Cardiología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, etc.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor). Lugar del servicio donde labora: Cardiología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, etc.</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor): Jefe, Encargado, Médico adscrito.</p> <p>- Marcar con una (X). Si el investigador principal (tutor o asesor) pertenece al SNI. Indique nivel (C=Candidato, I, II, III, E=Emérito).</p> <p>- Del investigador principal (tutor o asesor):</p> |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 35 de 80 |

| | | |
|---|---|--|
| | | Personal adscrito al HJM. |
| 2 | Protocolo/Tesis de Investigación Titulado | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | Origen de la Investigación | Marcar con una (X). De acuerdo a la finalidad del investigador. |
| 4 | Tipo de Investigación | Marcar con una (X). A realizar en función del área de conocimiento. |
| 5 | Colaboración Institucional | Marcar con una (X). Con respecto al tipo de apoyo que solicitara y nombre de la institución. |
| 6 | Línea de Investigación | Ver como referencia anexo. Líneas de Investigación Alineadas a las Demandas Específicas del Sector Salud enviado por correo. |
| 7 | Fecha | Día / mes / año. Probable de inicio y fin del Protocolo/Tesis de Investigación. Utilizar sólo números arábigos. |
| 8 | De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud | Marcar con una (X). Si el Protocolo/Tesis de Investigación es considerado: Sin riesgo, Con riesgo mínimo, Con riesgo mayor al mínimo. De acuerdo a los posibles riesgos del paciente por su participación. |
| 9 | Colaboradores | - Numerar el/los colaborador(es) en forma continua en el espacio indicado (1), (2), etc. |
| | Nombre | - Del personal adscrito y residentes del Hospital Juárez de México, así como del personal externo al hospital que participaran en su caso. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| | Correo electrónico | - De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. Dirección: usuario @ servidor. |
| | Teléfono oficina y Ext. Teléfono celular | - De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. Números telefónicos. |
| | Nivel máximo de estudios | - De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. (Licenciatura en Medicina, Maestro en Ciencias, Doctorado, etc.) |
| | Disciplina | - De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. (Licenciatura en Medicina, Maestro en Ciencias, Doctorado, etc.) |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 36 de 80 |

| | | |
|----|--|---|
| | <p>Especialidad</p> <p>Adscripción</p> <p>Cargo</p> <p>Contribución</p> <p>Sistema Nacional de Investigadores (SNI)</p> <p>Firma</p> | <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. (Medica, Médico residente, Enfermería, Investigador, Profesor, etc.)</p> <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. Ramas medicas - quirúrgicas: Cardiología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, etc.</p> <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. Lugar del servicio donde labora: Cardiología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, etc.</p> <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. (Jefe, Encargado, Médico Adscrito, Médico Residente.</p> <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso. Actividad y aportación en el desarrollo del Protocolo/Tesis de Investigación: Tesis de Especialidad, Tesis de Subespecialidad, Maestría, Doctorado, Investigación, Generación de conocimiento, etc.</p> <p>- Marcar con una (X). De los personales adscritos, residentes y personales externos pertenecen al SNI. Indique nivel (C=Candidato, I, II, III, E=Emérito).</p> <p>- De los personales adscritos, residentes y personales externos en su caso.</p> |
| 10 | Financiamiento | - Recursos existentes en el Hospital, CONACYT, Mixto (2 organismos o más). |
| 11 | Otras instituciones participantes | <p>- Anexar Carta de Colaboración firmada por el responsable de investigación de cada institución participante.</p> <p>- Marcar con una (X). El tipo de ayuda de cada institución participante.</p> |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 37 de 80 |

| | | |
|----|---|--|
| 12 | Servicios participantes del Hospital Juárez de México | <ul style="list-style-type: none"> - De los personales adscritos: Cardiología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, etc. - Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo y Firma del Jefe de Servicio. |
| 13 | Resumen de la propuesta | <ul style="list-style-type: none"> - Del Protocolo/Tesis de Investigación que describa adecuadamente su contenido que permita al revisor tener una idea general del estudio a realizar. |
| 14 | Tamaño de la muestra | <ul style="list-style-type: none"> - Es importante para que la investigación tenga validez estadísticamente y sea representativa del universo de estudio. - Grado de estimación para detectar el nivel de confianza del estudio. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 38 de 80 |

10.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA 18 AÑOS Y MÁS. (DIE-0006-01-2020)



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Consentimiento Informado para 18 años y más

Título del Protocolo/Tesis:

(1)

**Investigador principal: _____ (2) _____

**Teléfono de emergencia: _____ (3) _____

(Celular del Investigador-disponible las 24 horas)

**Dirección: _____ (4) _____

(la del Hospital Juárez de México)

**Sede y servicio donde se realizará el estudio: _____ (5) _____

**Nombre del paciente: _____ (6) _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

****1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** *(Dar razones de carácter médico y social).*

(7) _____

****2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

(La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos médicos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados).

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: _____ (8) _____

****3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que: _____ (9) _____

Con este estudio conocerá de manera clara: _____ (9) _____

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido: _____ (9) _____

****4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

(Aquí se deberá detallar el o los procedimientos a seguir, anotando aquellos que pueden causar molestias, o que se acompañen de un riesgo igual o superior al mínimo, o bien que tienen efectos adversos en un determinado plazo. Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 39 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y _____ (10)

****5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO. (11)**

(En caso de riesgo mínimo o mayor al mínimo. Anotar solamente los riesgos asociados al estudio, haciendo la aclaración de que también pudiera haber riesgos impredecibles que escapan al conocimiento del investigador).

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud esta investigación es considerada como:

Sin Riesgo Riesgo Mínimo Riesgo Mayor al mínimo

Este estudio consta de las siguientes fases:
La primera implica _____ (12)

Posterior a (la toma de sangre, la maniobra X, el procedimiento etc.) se puede presentar (dolor o se puede llegar a formar una equimosis o morete etc.). Explicar con qué frecuencia se pueden presentar estos riesgos.
La segunda parte del estudio se le aplicará _____ (13)

o consistirá de _____ (14) _____ etc.
(Hablar de los efectos adversos si se utiliza algún medicamento, si se aplica una vacuna o se realiza una maniobra, su frecuencia y su duración).

Puede haber efectos secundarios por _____ (15)

que nosotros desconozcamos. *(Agregar si hay reportes de muertes por estudios similares).*

(Explicar claramente el procedimiento a seguir para cada uno de los eventos adversos secundarios).

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario derivado directamente de este estudio, se brindará atención en los siguientes términos: _____ (16)

***6. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

a) Normatividad

El tratamiento de sus datos personales de identificación y datos personales sensibles, se realiza con fundamento en lo establecido en el artículo 1, 2 fracción V y VI, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1 del 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 2006; 1, 2 fracción I y 3 fracción I, II, III del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación 17 de octubre de 2016.

b) Descripción de los Datos Personales que se solicitarán

(El investigador deberá describir detalladamente los datos personales que solicitará con motivo del estudio)

* Datos Personales de Identificación: _____ (17)

* Datos Personales sensibles: _____ (18)

c) Tratamiento

(El investigador deberá especificar los nombres de todas las personas que tendrán acceso a esos datos incluyendo personal administrativo)

El tratamiento y resguardo de sus datos personales será llevado a cabo por las siguientes personas:

Nombre(s): _____ (19)

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 40 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Los datos personales serán tratados estadísticamente sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación. *(Si tiene duda, pregunte al Investigador Principal en qué consiste el proceso de disociación)*

d) Transferencias (20)

(Se deberá marcar con una X, la opción correspondiente)

Sus datos personales y/o resultados que arroje el estudio, NO serán transferidos a ninguna persona física o moral ().

Sus datos personales y/o resultados del estudio podrán ser transferidos ().

Especificar a quién serán transferidos _____ (21) _____

(En el caso de protocolos de colaboración con otras instituciones, Hospitales, Centro de investigación, Universidades Nacionales e Internacionales).

e) Aviso de Privacidad simplificado:

El Investigador principal del Protocolo/Tesis de Investigación es el responsable del tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles que usted proporcione con motivo de la participación en un Protocolo/Tesis de Investigación, mismos que serán tratados estadísticamente en materia de salud sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos, de conformidad con los artículos 1, 2, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, mismo que podrá consultar en el Portal Institucional: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>

****7. ACLARACIONES.**

-Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

-No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

-No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

-No recibirá pago por su participación.

-En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

-La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

-Usted también tiene acceso a los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Juárez de México a través del Dr. o de la Dra. _____ (22) _____, Director de Investigación y Enseñanza o el (la) Dr.(a) _____ (23) _____ Presidente del Comité de Ética en Investigación, en el edificio de Investigación del Hospital Juárez de México.

-Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Yo, _____ (24) _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____ (25) _____ Fecha _ (25)_ /_(25)_ /_(25)_

****Firma del participante o del padre o tutor Fecha**
_____ (26) _____ Fecha _ (26)_ /_(26)_ /_(26)_

****Testigo 1 Fecha (parentesco)**
_____ (27) _____ Fecha _ (27)_ /_(27)_ /_(27)_

****Testigo 2 Fecha (parentesco)**

****Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr. (a). _____ (28) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

_____ (29) _____ Fecha _ (29)_ /_(29)_ /_(29)_

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 41 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Firma del investigador principal Fecha

****8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

Título del Protocolo/Tesis:

(30)

Investigador principal: _____ (31) _____

Sede donde se realizará el estudio: _____ (32) _____

Nombre del participante: _____ (33) _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este Protocolo/Tesis de investigación por las siguientes razones: *(Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente).*

_____ (34) _____

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

_____ (35) _____ Fecha _(35)_ /_(35)_ /_(35)_

Firma del participante o del padre o tutor Fecha

_____ (36) _____ Fecha _(36)_ /_(36)_ /_(36)_

Testigo Fecha

_____ (37) _____ Fecha _(37)_ /_(37)_ /_(37)_

Testigo Fecha

c.c.p El paciente. **(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)**

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 42 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA 18 AÑOS Y MÁS (DIE-0006-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-------|---|---|
| 1 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 2 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 3 | Teléfono de emergencia | Numero celular del Investigador principal (disponible las 24 horas). |
| 4 | Dirección | La del Hospital Juárez de México. |
| 5 | Sede y servicio donde se realizará el estudio | Lugar donde se realizara el estudio dentro del Hospital Juárez de México. |
| 6 | Nombre del paciente | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo del paciente sometido a estudio. |
| 7 | Justificación del estudio | Razones médicas e impacto social que tendrá el estudio a realizar. |
| 8 | Objetivo del estudio | Describir los objetivos y resultados planteados en el protocolo de investigación |
| 9 | Beneficios del estudio | Describir los beneficios que se han tenido y que se podrán confirmar y otros posibles beneficios futuros que se obtendrán del estudio a realizar. |
| 10 | Procedimientos del estudio | Que se van a realizar y los posibles efectos secundarios y adversos que pudieran presentarse. Describir sus antecedentes medico sociales y hábitos. |
| 11 | Riesgos asociados con el estudio | Cruzar con una (X) en el cuadro correspondiente dependiendo del tipo de riesgo que presenta el estudio que se va a realizar. |
| 12-15 | Este estudio consta de las siguientes fases | Describir de manera concreta lo que se va a realizar en cada fase así como los riesgos y efectos adversos y secundarios que se pueden presentar. |
| 16 | Efectos adversos secundarios | Procedimiento a realizarse para cada evento |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 43 de 80 |

| | | |
|----|--|---|
| | | adverso que se presente. |
| 17 | Descripción de los Datos Personales que se solicitarán | Nombre, sexo, edad, estado civil, etc. |
| 18 | Datos Personales sensibles | Orientación sexual, condición mental y física, adicciones grupo étnico, ideología y creencias, valores y condición económica, etc. |
| 19 | Tratamiento y resguardo de datos personales | Nombre completo de las personas que tendrán acceso a los datos personales del participante o sujeto de estudio. |
| 20 | Transferencias | En el inciso correspondiente marcar con una (X), para saber NO o SI, serán transferidos sus datos personales o del estudio. |
| 21 | Especificar a quién serán transferidos | Nombre completo de la (s) persona(s), e institución a la que pertenecen a las que se les transfieren los datos. |
| 22 | Nombre del Director de Investigación y Enseñanza | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 23 | Nombre del presidente del Comité de Ética en Investigación | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 24 | Paciente participante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 25 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 26 | Testigo 1 | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 27 | Testigo2 | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 28 | Participante, padre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 29 | Firma del investigador principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 30 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 31 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 32 | Sede donde se realizará el estudio | Dentro del Hospital Juárez de México. |
| 33 | Nombre del participante | Nombre o nombres, el primer y segundo |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 44 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

| | | |
|----|---|--|
| | | apellido completo del participante. |
| 34 | Toma de decisión | Razones del retiro del estudio o sin llenar |
| 35 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 36 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |
| 37 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 45 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

10.4 ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS DE 8 AÑOS HASTA LOS JÓVENES DE 17 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD. . (DIE-0007-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17 años y 11 meses de edad

Te pedimos que participes en un estudio de investigación que se llama:

(1)

Te invitamos a participar porque tienes algo que se llama:
_____ (2)

Que significa: _____ (3)

Queremos que participes para conocer más acerca de la enfermedad que padeces, tu participación tendrá una duración de _(4)_ días, de _(4)_ semanas, de _(4)_ meses, de _(4)_ año(s).

Si decides participar en éste estudio _____ (5)

Tienes derecho a que tus datos personales sean protegidos en este estudio, es decir, que ninguna persona sabrá que participaste en este proceso salvo tú y tu familiar, nadie podrá conocer por este medio tu nombre, domicilio, teléfono o datos sobre tu salud, ya que las personas que participamos en el estudio los mantendremos en un lugar seguro y ninguna otra persona podrá acceder a ellos.

Si tú decides que no quieres participar en el estudio, no hay problema, puedes decirselo al doctor o a tus padres. Si entras al estudio, pero después ya no quieres seguir participando, lo puedes decir en cualquier momento y no habrá ningún problema. Tú recibirás el mismo tratamiento y atención médica que siempre has recibido y no se te tratará de manera diferente.

Si no entiendes algo de esta hoja o si tienes cualquier duda, puedes preguntar al doctor o a tus padres para que se aclaren tus dudas.

Si firmas abajo con tu nombre, significa que entiendes la información que te dimos, que te contestaron las dudas que tuviste y que aceptas ser voluntario para participar en este estudio. Puedes hacer preguntas en cualquier momento y comunicarte con:

Nombre y firma del investigador principal
_____ (6)

Nombre y firma del Médico tratante
_____ (7)

Te vamos a dar una copia de esta hoja para que la conserves.

Nombre y firma del menor
_____ (8)

Nombre y firma del padre o tutor
_____ (9)

Nombre y firma de la madre o tutor
_____ (10)

Fecha _(11)_ /_(11)_ /_(11)_

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 46 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS DE 8 AÑOS HASTA LOS JOVENES DE 17 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD (DIE-0007-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar el propósito del estudio de investigación y mencionar la finalidad de la participación del menor dentro del estudio y a quienes ejercen la patria potestad o la representación legal del menor.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|--|
| 1 | Protocolo/Tesis de Investigación Titulado | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito del estudio de investigación. |
| 2 | Enfermedad | Nombre de la enfermedad y su patología. |
| 3 | Definición de la enfermedad | Explicación breve y concisa de la patología. |
| 4 | Cronología (tiempo de duración) | Número de días, semanas, meses o año(s). |
| 5 | Procedimiento | Lo que se le va hacer al paciente y las manifestaciones que puede presentar. |
| 6 | Nombre y firma del investigador principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 7 | Nombre y firma del Médico tratante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 8 | Nombre y firma del menor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 9 | Nombre y firma del padre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 10 | Nombre y firma de la madre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 11 | Fecha | Día / mes / año, en que se llena el asentimiento al momento cronológico. (utilizar sólo números arábigos). |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 47 de 80 |

10.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 7 AÑOS DE EDAD Y GRUPOS VULNERABLES (DIE-0008-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Consentimiento Informado para Menores de Edad de 7 años y Grupos Vulnerables

Título del Protocolo/Tesis:

(1)

**Investigador principal: _____ (2) _____

**Teléfono de emergencia: _____ (3) _____

(Celular del Investigador-disponible las 24 horas)

**Dirección: _____ (4) _____

(la del Hospital Juárez de México)

**Sede y servicio donde se realizará el estudio: _____ (5) _____

(No necesaria para sujetos emancipados y competentes)

Yo _____ (6) _____, responsable directo del paciente

_____ (7) _____, de _____ (7) _____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación médica.

****1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** *(Dar razones de carácter médico y social).*

(8)

****2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

(La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos médicos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados).

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: _____ (9) _____

****3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que: _____ (10) _____

Con este estudio conocerá de manera clara: _____ (10) _____

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido:

(10)

****4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

(Aquí se deberá detallar el o los procedimientos a seguir, anotando aquellos que pueden causar molestias, o que se acompañen de un riesgo igual o superior al mínimo, o bien que tienen efectos adversos en un determinado plazo. Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 48 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y _____ (11) _____

****5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO. (12)**

(En caso de riesgo mínimo o mayor al mínimo. Anotar solamente los riesgos asociados al estudio, haciendo la aclaración de que también pudiera haber riesgos impredecibles que escapan al conocimiento del investigador).

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud esta investigación es considerada como:

Sin Riesgo Riesgo Mínimo Riesgo Mayor al mínimo

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica _____ (13) _____

Posterior a (la toma de sangre, la maniobra X, el procedimiento etc.) se puede presentar (dolor o se puede llegar a formar una equimosis o morete etc.). Explicar con qué frecuencia se pueden presentar estos riesgos.

La segunda parte del estudio se le aplicará _____ (14) _____

o consistirá de _____ (15) _____ etc.

(Hablar de los efectos adversos si se utiliza algún medicamento, si se aplica una vacuna o se realiza una maniobra, su frecuencia y su duración).

Puede haber efectos secundarios por _____ (16) _____

que nosotros desconozcamos. *(Agregar si hay reportes de muertes por estudios similares).*

(Explicar claramente el procedimiento a seguir para cada uno de los eventos adversos secundarios).

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario derivado directamente de este estudio, se brindará atención en los siguientes términos: _____ (17) _____

***6. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

a) Normatividad

El tratamiento de sus datos personales de identificación y datos personales sensibles, se realiza con fundamento en lo establecido en el artículo 1, 2 fracción V y VI, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1 del 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 2006; 1, 2 fracción I y 3 fracción I, II, III del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación 17 de octubre de 2016.

b) Descripción de los Datos Personales que se solicitarán

(El investigador deberá describir detalladamente los datos personales que solicitará con motivo del estudio)

* Datos Personales de Identificación: _____ (18) _____

* Datos Personales sensibles: _____ (19) _____

c) Tratamiento

(El investigador deberá especificar los nombres de todas las personas que tendrán acceso a esos datos incluyendo personal administrativo)

El tratamiento y resguardo de sus datos personales será llevado a cabo por las siguientes personas:

Nombre(s): _____ (20) _____

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 49 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Los datos personales serán tratados estadísticamente sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación. (Si tiene duda, pregunte al Investigador Principal en qué consiste el proceso de disociación)

d) Transferencias (21)

(Se deberá marcar con una X, la opción correspondiente)

Sus datos personales y/o resultados que arroje el estudio, NO serán transferidos a ninguna persona física o moral ().

Sus datos personales y/o resultados del estudio podrán ser transferidos ().

Especificar a quién serán transferidos _____ (22) _____

(En el caso de protocolos de colaboración con otras instituciones, Hospitales, Centro de investigación, Universidades Nacionales e Internacionales).

e) Aviso de Privacidad simplificado:

El Investigador principal del Protocolo/Tesis de Investigación es el responsable del tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles que usted proporcione con motivo de la participación en un Protocolo/Tesis de Investigación, mismos que serán tratados estadísticamente en materia de salud sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos, de conformidad con los artículos 1, 2, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, mismo que podrá consultar en el Portal Institucional: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>

****7. ACLARACIONES.**

-Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

-No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

-No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

-No recibirá pago por su participación.

-En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

-La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

-Usted también tiene acceso a los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Juárez de México a través del Dr. o de la Dra. _____ (23) _____, Director

de Investigación y Enseñanza o el (la) Dr.(a) _____ (24) _____, Presidente del Comité de Ética en Investigación, en el edificio de Investigación del Hospital Juárez de México.

-Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Yo, _____ (25) _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convento en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____ (26) _____ Fecha _ (26)_ / _ (26)_ / _ (26)_

****Firma del participante o del padre o tutor Fecha**
_____ (27) _____ Fecha _ (27)_ / _ (27)_ / _ (27)_

****Testigo 1 Fecha (parentesco)**
_____ (28) _____ Fecha _ (28)_ / _ (28)_ / _ (28)_

****Testigo 2 Fecha (parentesco)**

****Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr. (a). _____ (29) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

_____ (30) _____ Fecha _ (30)_ / _ (30)_ / _ (30)_

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 50 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Firma del investigador principal Fecha

****8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**
Título del Protocolo/Tesis:

(31)

Investigador principal: _____ (32) _____

Sede donde se realizará el estudio: _____ (33) _____

Nombre del participante: _____ (34) _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este Protocolo/Tesis de investigación por las siguientes razones: *(Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente).*

(35) _____

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

(36) _____ Fecha _(36)_ /_(36)_ /_(36)_

Firma del participante o del padre o tutor Fecha

(37) _____ Fecha _(37)_ /_(37)_ /_(37)_

Testigo Fecha

(38) _____ Fecha _(38)_ /_(38)_ /_(38)_

Testigo Fecha

c.c.p El paciente. **(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)**

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 51 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD DE 7 AÑOS Y GRUPOS VULNERABLES (DIE-0008-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar el acuerdo por escrito, mediante el cual los adultos, responsables de los niños, se consideran competentes para asimilar, entender, retener, comprender, ponderar la información y usarla para decidir si desean participar en la investigación. Los padres tienen la autoridad y responsabilidad, es decir, los derechos legales y éticos de tomar decisiones a nombre de ellos y se acepta que actúan para los mejores intereses del niño, que implica ponderar un gran rango de beneficios y riesgos físicos y psicológicos.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|---|
| 1 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 2 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 3 | Teléfono de emergencia | Numero celular del Investigador principal (disponible las 24 horas). |
| 4 | Dirección | La del Hospital Juárez de México. |
| 5 | Sede y servicio donde se realizará el estudio | Lugar donde se realizara el estudio dentro del Hospital Juárez de México. |
| 6 | Nombre del padre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 7 | Nombre del paciente. Edad | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo del paciente sometido a estudio y años de edad. |
| 8 | Justificación del estudio | Razones médicas e impacto social que tendrá el estudio a realizar. |
| 9 | Objetivo del estudio | Describir los objetivos y resultados planteados en el protocolo de investigación |
| 10 | Beneficios del estudio | Describir los beneficios que se han tenido y que se podrán confirmar y otros posibles beneficios futuros que se obtendrán del estudio a realizar. |
| 11 | Procedimientos del estudio | Que se van a realizar y los posibles efectos secundarios y adversos que pudieran presentarse. Describir sus antecedentes medico sociales y hábitos. |
| 12 | Riesgos asociados con el estudio | Cruzar con una (X) en el cuadro correspondiente dependiendo del tipo de riesgo que presenta el estudio que se va a realizar. |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 52 de 80 |

| | | |
|-------|--|--|
| 13-16 | Este estudio consta de las siguientes fases | Describir de manera concreta lo que se va a realizar en cada fase así como los riesgos y efectos adversos y secundarios que se pueden presentar. |
| 17 | Efectos adversos secundarios | Procedimiento a realizarse para cada evento adverso que se presente. |
| 18 | Descripción de los Datos Personales que se solicitarán | Nombre, sexo, edad, estado civil, etc. |
| 19 | Datos Personales sensibles | Orientación sexual, condición mental y física, adicciones grupo étnico, ideología y creencias, valores y condición económica, etc. |
| 20 | Tratamiento y resguardo de datos personales | Nombre completo de las personas que tendrán acceso a los datos personales del participante o sujeto de estudio. |
| 21 | Transferencias | En el inciso correspondiente marcar con una (X), para saber NO o SI, serán transferidos sus datos personales o del estudio. |
| 22 | Especificar a quién serán transferidos | Nombre completo de la (s) persona(s), e institución a la que pertenecen a las que se les transfieren los datos. |
| 23 | Nombre del Director de Investigación y Enseñanza | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 24 | Nombre del presidente del Comité de Ética en Investigación | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 25 | Paciente participante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 26 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 27 | Testigo 1 | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 28 | Testigo2 | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 29 | Participante, padre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 30 | Firma del investigador principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 31 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 32 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 53 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

| | | |
|----|---|--|
| | | Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 33 | Sede donde se realizará el estudio | Dentro del Hospital Juárez de México. |
| 34 | Nombre del participante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo del participante. |
| 35 | Toma de decisión | Razones del retiro del estudio o sin llenar |
| 36 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 37 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |
| 38 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 54 de 80 |

10.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO GRADUAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS GENÉTICOS. (DIE-0009-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos

Título del Protocolo/Tesis:

(1)

**Investigador principal: _____ (2) _____

**Teléfono de emergencia: _____ (3) _____
(Celular del Investigador-disponible las 24 horas)

**Dirección: _____ (4) _____
(la del Hospital Juárez de México)

**Sede y servicio donde se realizará el estudio: _____ (5) _____

**Nombre del paciente: _____ (6) _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

****1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** *(Dar razones de carácter médico y social).*

(7)

****2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

(La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos médicos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados).

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: _____ (8) _____

****3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que: _____ (9) _____

Con este estudio conocerá de manera clara: _____ (9) _____

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido: _____ (9) _____

****4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

(Aquí se deberá detallar el o los procedimientos a seguir, anotando aquellos que pueden causar molestias, o que se acompañen de un riesgo igual o superior al mínimo, o bien que tienen efectos adversos en un determinado plazo. Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 55 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y _____ (10) _____

La técnica puede fracasar por no conseguir la extracción de (describir en que tipo de producto se realiza su estudio ADN, ARN, miARN, etc.) o por otros problemas de laboratorio que impidan la emisión de un diagnóstico completo.

El estudio se llevará a cabo por la institución _____ (11) _____
 (en caso de realizar alguna parte de la investigación en otro lugar anotar estos datos, si no aclarar que por entero se realizará en el Hospital Juárez de México) que constituye la comisión científica de _____ (12) _____
 y que está ubicado en _____ (13) _____

A dicho centro se remitirá la muestra biológica y es responsabilidad del Investigador Principal mantener la confidencialidad de sus datos personales bajo la normatividad vigente.

Usted tiene derecho a conocer los datos genéticos que se obtengan a partir del análisis de las muestras donadas. La información que se obtenga puede tener implicaciones para sus familiares, cuando este fuera el caso, usted será quien les transmita dicha información.

Se le advierte sobre la posibilidad de descubrimientos inesperados en el proceso de análisis de la muestra, no relacionados con la patología de diagnóstico, y respecto a los mismos manifiesta: (14)

Quiero conocerlos No quiero conocerlos Delego en el médico esa decisión

Al término de la investigación, se contará con su muestra de (describir en que tipo de producto se realiza su estudio ADN, ARN, miARN, etc.) desea que esa muestra: (15)

Se destruya Se almacene para futuras investigaciones

En caso de desear que su muestra se almacene para futuras investigaciones, usted podrá ser contactado con posterioridad con el fin de obtener su consentimiento, cómo prefiere ser contactado: _____ (16)

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, y a decidir también la destrucción de su muestra.

****5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.** (17)

(En caso de riesgo mínimo o mayor al mínimo. Anotar solamente los riesgos asociados al estudio, haciendo la aclaración de que también pudiera haber riesgos impredecibles que escapan al conocimiento del investigador).

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud esta investigación es considerada como:

Sin Riesgo Riesgo Mínimo Riesgo Mayor al mínimo

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica _____ (18) _____

Posterior a (la toma de sangre, la maniobra X, el procedimiento etc.) se puede presentar (dolor o se puede llegar a formar una equimosis o morete etc.). Explicar con qué frecuencia se pueden presentar estos riesgos. La segunda parte del estudio se le aplicará _____ (19) _____

o consistirá de _____ (20) _____
 etc.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 56 de 80 |



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

(Hablar de los efectos adversos si se utiliza algún medicamento, si se aplica una vacuna o se realiza una maniobra, su frecuencia y su duración).

Puede haber efectos secundarios por _____ (21) _____

que nosotros desconozcamos. *(Agregar si hay reportes de muertes por estudios similares).*

(Explicar claramente el procedimiento a seguir para cada uno de los eventos adversos secundarios).

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario derivado directamente de este estudio, se brindará atención en los siguientes términos: _____ (22) _____

***6. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.**

a) Normatividad

El tratamiento de sus datos personales de identificación y datos personales sensibles, se realiza con fundamento en lo establecido en el artículo 1, 2 fracción V y VI, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1 del 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 2006; 1, 2 fracción I y 3 fracción I, II, III del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación 17 de octubre de 2016.

b) Descripción de los Datos Personales que se solicitarán

(El investigador deberá describir detalladamente los datos personales que solicitará con motivo del estudio)

* Datos Personales de Identificación: _____ (23) _____

* Datos Personales sensibles: _____ (24) _____

c) Tratamiento

(El investigador deberá especificar los nombres de todas las personas que tendrán acceso a esos datos incluyendo personal administrativo)

El tratamiento y resguardo de sus datos personales será llevado a cabo por las siguientes personas:

Nombre(s): _____ (25) _____

Los datos personales serán tratados estadísticamente sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación. *(Si tiene duda, pregunte al Investigador Principal en qué consiste el proceso de disociación)*

d) Transferencias (26)

(Se deberá marcar con una X, la opción correspondiente)

Sus datos personales y/o resultados que arroje el estudio, NO serán transferidos a ninguna persona física o moral ().

Sus datos personales y/o resultados del estudio podrán ser transferidos ().

Especificar a quién serán transferidos _____ (27) _____

(En el caso de protocolos de colaboración con otras instituciones, Hospitales, Centro de investigación, Universidades Nacionales e Internacionales).

e) Aviso de Privacidad simplificado:

El Investigador principal del Protocolo/Tesis de Investigación es el responsable del tratamiento de los datos personales y datos personales sensibles que usted proporcione con motivo de la participación en un Protocolo/Tesis de Investigación, mismos que serán tratados estadísticamente en materia de salud sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos, de conformidad con los artículos 1, 2, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, mismo que podrá consultar en el Portal Institucional: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 57 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

****7. ACLARACIONES.**

-Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
 -No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
 -No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
 -No recibirá pago por su participación.
 -En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
 -La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
 -Usted también tiene acceso a los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Juárez de México a través del Dr. o de la Dra. _____ (28) _____, Director de Investigación y Enseñanza o el (la) Dr.(a) _____ (29) _____ Presidente del Comité de Ética en Investigación, en el edificio de Investigación del Hospital Juárez de México.
 -Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.
 Yo, _____ (30) _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

_____(31) _____ Fecha _(31)_ /_(31)_ /_(31)_

****Firma del participante o del padre o tutor Fecha**

_____(32) _____ Fecha _(32)_ /_(32)_ /_(32)_

****Testigo 1 Fecha (parentesco)**

_____(33) _____ Fecha _(33)_ /_(33)_ /_(33)_

****Testigo 2 Fecha (parentesco)**

****Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr. (a). _____ (34) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

_____(35) _____ Fecha _(35)_ /_(35)_ /_(35)_

Firma del investigador principal Fecha

****8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

Título del Protocolo/Tesis:

(36)

Investigador principal: _____ (37) _____

Sede donde se realizará el estudio: _____ (38) _____

Nombre del participante: _____ (39) _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este Protocolo/Tesis de investigación por las siguientes razones: *(Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente).*

_____(40) _____

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 58 de 80 |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

_____ (41) _____ Fecha _(41)_ /_(41)_ /_(41)_
Firma del participante o del padre o tutor Fecha
 _____ (42) _____ Fecha _(42)_ /_(42)_ /_(42)_
Testigo Fecha
 _____ (43) _____ Fecha _(43)_ /_(43)_ /_(43)_
Testigo Fecha

c.c.p El paciente. (Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 59 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GRADUAL PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS GENÉTICOS DIE-0009-01-2020.

Este documento tiene como objetivo indicar el acuerdo por escrito, mediante el cual el paciente participa en una investigación genética (estudio del ADN, *ARN*, *miARN*, *etc.*) para averiguar qué genes y factores ambientales contribuyen al desarrollo de enfermedades. Si averiguamos qué es lo que causa las enfermedades, podemos detectar mejor las enfermedades, tratarlas mejor, y en el mejor de los casos podremos incluso impedir que se produzcan las enfermedades.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|---|
| 1 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 2 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 3 | Teléfono de emergencia | Numero celular del Investigador principal (disponible las 24 horas). |
| 4 | Dirección | La del Hospital Juárez de México. |
| 5 | Sede y servicio donde se realizará el estudio | Lugar donde se realizara el estudio dentro del Hospital Juárez de México. |
| 6 | Nombre del paciente | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo del paciente sometido a estudio. |
| 7 | Justificación del estudio | Razones médicas e impacto social que tendrá el estudio a realizar. |
| 8 | Objetivo del estudio | Describir los objetivos y resultados planteados en el protocolo de investigación |
| 9 | Beneficios del estudio | Describir los beneficios que se han tenido y que se podrán confirmar y otros posibles beneficios futuros que se obtendrán del estudio a realizar. |
| 10 | Procedimientos del estudio | Que se van a realizar y los posibles efectos secundarios y adversos que pudieran presentarse. Describir sus antecedentes medico sociales y hábitos. |
| 11 | Institución | Nombre de la institución donde se realizara la investigación. |
| 12 | Comisión Científica | Nombre de la comisión científica dentro de la institución. |
| 13 | Dirección | De la institución donde se enviara la muestra. |
| 14 | Descubrimientos inesperados en | Cruzar con una (X) en el cuadro |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 60 de 80 |

| | | |
|-------|--|--|
| | el proceso de análisis de la muestra | correspondiente de acuerdo a lo que manifiesta. |
| 15 | Desea que esa muestra | Cruzar con una (X) en el cuadro correspondiente de acuerdo a lo que manifiesta. |
| 16 | Muestra se almacene para futuras investigaciones | Porque medio prefiere ser contactado para su dar su consentimiento. |
| 17 | Riesgos asociados con el estudio | Cruzar con una (X) en el cuadro correspondiente dependiendo del tipo de riesgo que presenta el estudio que se va a realizar. |
| 18-21 | Este estudio consta de las siguientes fases | Describir de manera concreta lo que se va a realizar en cada fase así como los riesgos y efectos adversos y secundarios que se pueden presentar. |
| 22 | Efectos adversos secundarios | Procedimiento a realizarse para cada evento adverso que se presente. |
| 23 | Descripción de los Datos Personales que se solicitarán | Nombre, sexo, edad, estado civil, etc. |
| 24 | Datos Personales sensibles | Orientación sexual, condición mental y física, adicciones grupo étnico, ideología y creencias, valores y condición económica, etc. |
| 25 | Tratamiento y resguardo de datos personales | Nombre completo de las personas que tendrán acceso a los datos personales del participante o sujeto de estudio. |
| 26 | Transferencias | En el inciso correspondiente marcar con una (X), para saber NO o SI, serán transferidos sus datos personales o del estudio. |
| 27 | Especificar a quién serán transferidos | Nombre completo de la (s) persona(s), e institución a la que pertenecen a las que se les transfieren los datos. |
| 28 | Nombre del Director de investigación y Enseñanza | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 29 | Nombre del presidente del Comité de Ética en investigación | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 30 | Paciente participante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 31 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 32 | Testigo 1 | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 33 | Testigo2 | Nombre o nombres, el primer y segundo |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 61 de 80 |

| | | |
|----|---|---|
| | | apellido completo. Fecha (Día / mes / año). Parentesco. |
| 34 | Participante, padre o tutor | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 35 | Firma del investigador principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 36 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 37 | Investigador principal | Del investigador principal (tutor o asesor). Personal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 38 | Sede donde se realizará el estudio | Dentro del Hospital Juárez de México. |
| 39 | Nombre del participante | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo del participante. |
| 40 | Toma de decisión | Razones del retiro del estudio o sin llenar |
| 41 | Firma del participante o del padre o tutor. Fecha | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. Fecha (Día / mes / año). |
| 42 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |
| 43 | Testigo | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Fecha (Día / mes / año). |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 62 de 80 |

10.7 CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO A DATOS PERSONALES CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y ACADÉMICOS, PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. (DIE-0010-01-2020).



**HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

Dirección de Investigación y Enseñanza

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SIMPLIFICADO

El personal médico y académico en el ámbito de la salud del Hospital Juárez de México, es responsable del tratamiento de los datos personales de identificación y datos personales sensibles que obren en el expediente clínico y demás estudios realizados para la atención médica, de aquellos usuarios que hayan firmado el "Consentimiento para el acceso a datos personales con fines investigación y académicos para la formación de Recursos Humanos en el ámbito de la salud", mismos que serán tratados estadísticamente sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos, de conformidad con los artículos 1, 2, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, mismo que podrá consultar en el Portal Institucional: <http://www.hjm.salud.gob.mx>

INTEGRAL

El personal médico y académico en el ámbito de la salud del Hospital Juárez de México, es responsable del tratamiento de los datos personales de identificación y datos personales sensibles que obren en el expediente clínico y demás estudios realizados para la atención médica, de aquellos usuarios que hayan firmado el "Consentimiento para el acceso a datos personales con fines investigación y académicos para la formación de Recursos Humanos en el ámbito de la salud", mismos que serán tratados estadísticamente sin que se vulnere su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos, de conformidad con los artículos 1, 2, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

El Consentimiento señalado debe contar con la firma autógrafa, electrónica u otro mecanismo de autenticación, que al efecto se establezca de conformidad con el artículo 21 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, además debe otorgarse de forma libre, es decir, que no medie el error, la mala fe, violencia o dolo que pueda afectar la manifestación de la voluntad del titular; específico, toda vez que es referido a finalidades concretas, lícitas, explícitas y legítimas que justifican el tratamiento para fines de investigación y académicos, derivado de que corresponde al Hospital Juárez de México, impulsar la realización de estudios e investigaciones, así como la formación académica y de recursos humanos especializados en el campo de las especialidades médicas, como lo establece el artículo 2o. fracción VI y VIII del Decreto de Creación en concordancia con el artículo 1 de su Estatuto Orgánico, además de tener la característica de que es una decisión informada, por tener conocimiento del aviso de privacidad de "Usuarios que autorizan el acceso a datos personales con fines de investigación y académicos para la formación de recursos humanos en el ámbito de la Salud del Hospital Juárez de México".

Por lo anterior se tratarán los siguientes datos personales de identificación: edad, lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, género, entre otros, siempre protegiendo la identidad del paciente.

Adicionalmente, con la finalidad de llevar a cabo las investigaciones y los trabajos académicos, se tendrá acceso a todos o algunos de sus siguientes datos personales sensibles que obran en el expediente clínico: estado de salud presente o futuro (discapacidades, intervenciones quirúrgicas, vacunas, toxicomanías, uso de aparatos oftalmológicos, ortopédicos, auditivos, prótesis, anteojos etc.), historial clínico (alergias, enfermedades, incapacidades, diagnósticos médicos, etc.), características físicas (color de piel, color de iris,

color de cabello, señas particulares, estatura, peso, complejión, etc.); características personales (tipo de sangre, ADN, etc.), información genética, preferencias sexuales, datos de identificación (nombre de familiares, costumbres, idioma o dialecto, etc.), nivel escolar, ocupación, datos patrimoniales (ingresos y egresos), datos ideológicos (creencia religiosa, filosófica o moral etc.) y origen étnico o racial, entre otros.

En el caso de publicaciones médicas de investigación y académicas, solo se publicarán datos estadísticos. Además es importante señalar que en algunas ocasiones se obtiene colaboración con otras Instituciones, Hospitales, Centro de Investigación, Universidades Nacionales o Internacionales, los datos que se comparten

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX., Tel: (55) 5747 7632
www.gob.mx/salud/hjm

**DIE-0010-01-2020
Licencia Sanitaria (05-AM-09-007-030)**

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 63 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

se encuentran protegidos, por lo que no se vulnera su identidad mediante el proceso de disociación, para proteger la identificación de los mismos.

El tratamiento de sus datos personales de identificación y datos personales sensibles, se realiza con fundamento en lo establecido en el artículo 1, 2 fracción V y VI, 3, 8, 16, 17, 18, fracción VII del 22, 26, 27 y demás relativos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1 del 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 2006; 1, 2 fracción I y 3 fracción I, II, III del Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación 17 de octubre de 2016.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), directamente ante el Investigador Principal del Protocolo de Investigación o en la Unidad de Transparencia de este Hospital, ubicada en Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Primer Piso del Área de Gobierno, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, México, Ciudad de México, C.P. 07760, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia: <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si usted desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos, puede acudir a la Unidad de Transparencia o comunicarse al **TELINAI 01800-838-43-24**.

En caso de que exista un cambio en este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento a través del Portal Institucional: <http://www.hjm.salud.gob.mx>

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 64 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL CONSENTIMIENTO PARA EL ACCESO A DATOS PERSONALES CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y ACADÉMICOS PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO (DIE-0010-01-2020).

Este documento tiene como objetivo garantizar el derecho de acceso a la información y la protección de datos personales del paciente que se relaciona con su persona y lo identifica, tal información es de carácter confidencial.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|----------------------------|--|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título del Protocolo/Tesis | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | Investigador Principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 4 | Paciente | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 5 | Expediente | Número del expediente clínico. |
| 6 | Paciente | Firma del paciente. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 65 de 80 |

10.8 CARTA DE PROTESTA. (DIE-0011-01-2020).



**HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO**

Dirección de Investigación y Enseñanza

Carta de Protesta

Ciudad de México., a _(1)_ de _____(1)_____ de 20_(1)_.

Dr. José Moreno Rodríguez
 Director de Investigación y Enseñanza
 Presidente del Comité de Investigación
 Presente

El que suscribe (Investigador Principal) en este acto y por conducto del presente documento, manifiesto que **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que el protocolo/tesis de investigación titulado:

(2)

Así como los documentos anexos, son de autoría original e inédita del suscrito(a), así como de los colaboradores que participan en el presente protocolo/tesis. Dicha información se envía para su evaluación por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad.

Asimismo, asumo toda responsabilidad que pudiera resultar del contenido del presente protocolo/tesis derivado de la Ley del Derecho de Autor y de la Ley de la Propiedad Industrial, así como de cualquiera otra normatividad vigente que le sea aplicable.

ATENTAMENTE

_____ (3) _____
 Nombre y firma del Investigador Principal

Colaboradores:

_____ (4) _____
 Nombre y firma del colaborador

_____ (4) _____
 Nombre y firma del colaborador

_____ (4) _____
 Nombre y firma del colaborador

_____ (4) _____
 Nombre y firma del colaborador

_____ (4) _____
 Nombre y firma del colaborador

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 66 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA CARTA DE PROTESTA (DIE-0011-01-2020).

Este documento tiene como objetivo declarar **Bajo protesta de decir verdad** que el protocolo/ tesis es de autoría original.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|---|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Protocolo/Tesis de Investigación | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito del estudio de investigación. |
| 3 | Nombre y firma del investigador principal | Del investigador principal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. |
| 4 | Nombre y firma del colaborador | Del colaborador personal adscrito al Hospital Juárez de México, así como del personal externo al hospital que participaran en su caso. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 67 de 80 |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | |

10.9 CARTA COMPROMISO INVESTIGACIÓN CON HUMANOS (ESTUDIO DESCRIPTIVO O RETROSPECTIVO). (DIE-0012-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo)

Ciudad de México., a _ (1) _ de _____ (1) _____ de 20_ (1) _.

Título del Protocolo/Tesis:

(2)

Los investigadores que participamos en el proyecto arriba mencionado lo sometemos a evaluación ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Juárez de México y declaramos:

- Que conocemos todos los aspectos del estudio y contamos con la capacidad de llevarlo a buen término.
- Que la revisión minuciosa de los antecedentes científicos del proyecto justifica su realización.
- Que el presente estudio de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se considera Sin Riesgo.
- Que nos conduciremos de acuerdo con los estándares de comportamiento ético y científico aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud de México, así como la Declaración de Helsinki.
- Que se mantendrá la confidencialidad de la información recabada de cada sujeto participante y no se hará mal uso de esta, todos los datos serán tratados y protegidos de acuerdo con la normatividad vigente:
 - Artículo 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Se considera información confidencial la que contiene datos personales concernientes a una persona identificada o identificable. La información confidencial no estará sujeta a temporalidad alguna y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de esta, sus representantes y los Servidores Públicos facultados para ello. Asimismo, será información confidencial aquella que presenten los particulares a los sujetos obligados, siempre que tengan el derecho a ello, de conformidad con lo dispuesto por las leyes o los tratados internacionales.
 - Artículo 113 fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Se considera información confidencial a la que contiene datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable. La información confidencial no estará sujeta a temporalidad alguna y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de esta, sus representantes y los Servidores Públicos facultados para ello.
 - Artículo 3 fracciones IX y X de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por **datos personales**: cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Se considera que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información; se entenderá por **datos personales sensibles**: aquellos que se refieran a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. De manera enunciativa más no limitativa, se consideran sensibles los datos personales que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, opiniones políticas y preferencia sexual.
- Que nos comprometemos a tratar los datos personales a los que tengamos acceso con motivo de esta investigación, mediante un proceso de disociación de la información con la finalidad de proteger la identidad de los participantes, a fin de no permitir por su estructura, contenido o grado de desagregación

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alcde. Gustavo A. Madero, CDMX., Tel: (55) 5747 7632
www.gob.mx/salud/hjrm

DIE-0012-01-2020
Licencia Sanitaria (05-AM-09-007-030)

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 69 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA CARTA COMPROMISO INVESTIGACIÓN CON HUMANOS (ESTUDIO DESCRIPTIVO O RETROSPECTIVO) (DIE-0012-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar los tipos de estudios a realizar:

Estudios descriptivos: definir la enfermedad o fenómeno en estudio. Definir las variables del estudio, así como las categorías y escalas de medida de dichas variables. Seleccionar las fuentes de información que vamos a utilizar para recoger información sobre esas variables.

Estudios retrospectivos: es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|---|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Protocolo/Tesis de Investigación Titulado | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito del estudio de investigación. |
| 3 | Investigador Principal | Del investigador principal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 4 | Cargo | Del investigador principal. (Jefe, Encargado, Médico Adscrito). |
| 5 | Firma | Del investigador principal. |
| 6 | Colaborador | Del colaborador personal adscrito al Hospital Juárez de México, así como del personal externo al hospital que participaran en su caso. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 7 | Cargo | Del colaborador y personal externo. (Jefe, Encargado, Médico Adscrito). |
| 8 | Firma | Del colaborador y personal externo. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 70 de 80 |

10.10 CARTA COMPROMISO INVESTIGACIÓN CON HUMANOS (ESTUDIO INTERVENCIONISTA). (DIE-0013-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista)

Ciudad de México, a _ (1) _ de _____ (1) _____ de 20_ (1) _.

Título del Protocolo/Tesis:

(2)

Los investigadores que participamos en el proyecto arriba mencionado lo sometemos a evaluación ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Juárez de México y declaramos:

- Que conocemos todos los aspectos del estudio y contamos con la capacidad de llevarlo a buen término.
- Que la revisión minuciosa de los antecedentes científicos del proyecto justifica su realización.
- Que el presente estudio de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se considera Sin Riesgo.
- Que nos conduciremos de acuerdo con los estándares de comportamiento ético y científico aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud de México, así como la Declaración de Helsinki.
- Que se mantendrá la confidencialidad de la información recabada de cada sujeto participante y no se hará mal uso de esta, todos los datos serán tratados y protegidos de acuerdo con la normatividad vigente:
 - Artículo 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Se considera información confidencial la que contiene datos personales concernientes a una persona identificada o identificable. La información confidencial no estará sujeta a temporalidad alguna y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de esta, sus representantes y los Servidores Públicos facultados para ello. Asimismo, será información confidencial aquella que presenten los particulares a los sujetos obligados, siempre que tengan el derecho a ello, de conformidad con lo dispuesto por las leyes o los tratados internacionales.
 - Artículo 113 fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Se considera información confidencial a la que contiene datos personales concernientes a una persona física identificada o identificable. La información confidencial no estará sujeta a temporalidad alguna y sólo podrán tener acceso a ella los titulares de esta, sus representantes y los Servidores Públicos facultados para ello.
 - Artículo 3 fracciones IX y X de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por **datos personales**: cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Se considera que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información; se entenderá por **datos personales sensibles**: aquellos que se refieran a la esfera más íntima de su titular, o cuya utilización indebida pueda dar origen a discriminación o conlleve un riesgo grave para éste. De manera enunciativa más no limitativa, se consideran sensibles los datos personales que puedan revelar aspectos como origen racial o étnico, estado de salud presente o futuro, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, opiniones políticas y preferencia sexual.
- Que nos comprometemos a tratar los datos personales a los que tengamos acceso con motivo de esta investigación, mediante un proceso de disociación de la información con la finalidad de proteger la identidad de los participantes, a fin de no permitir por su estructura, contenido o grado de desagregación

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, CP. 07760, Alc. Gustavo A. Madero, CDMX., Tel: (55) 5747 7632
www.gob.mx/salud/hjm

DIE-0013-01-2020
Licencia Sanitaria (05-AM-09-007-030)

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 72 de 80 |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA CARTA COMPROMISO INVESTIGACIÓN CON HUMANOS (ESTUDIO INTERVENCIONISTA)
(DIE-0013-01-2020).**

Este documento tiene como objetivo indicar el tipo de estudio a realizar:

Estudio intervencionista: necesitan que los participantes prueben un cierto tipo de tratamiento, que será “probado” bajo reglas estrictas y bien definidas que se muestran en el protocolo del estudio. Los ensayos clínicos aleatorios son estudios intervencionistas, y son considerados los instrumentos más confiables para recolectar información acerca de la efectividad y seguridad de los tratamientos, ya que les permiten a los investigadores minimizar los posibles factores de confusión (desviación).

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|--|---|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Protocolo/Tesis de investigación Titulado | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito del estudio de investigación. |
| 3 | Investigador Principal | Del investigador principal adscrito al Hospital Juárez de México. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 4 | Cargo | Del investigador principal. (Jefe, Encargado, Médico Adscrito). |
| 5 | Firma | Del investigador principal. |
| 6 | Colaborador | Del colaborador personal adscrito al Hospital Juárez de México, así como del personal externo al hospital que participaran en su caso. Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 7 | Cargo | Del colaborador y personal externo. (Jefe, Encargado, Médico Adscrito). |
| 8 | Firma | Del colaborador y personal externo. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 73 de 80 |

10.11 INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. (DIE-0014-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Informe Trimestral de Avance del Proyecto de Investigación

| | | |
|------------------|-----|-----|
| Fecha (1) | (1) | (1) |
| Día | Mes | Año |

| AVANCE DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------------|-----------------------------|----|-------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|----|----|-----|
| Título del Proyecto (2) | | | | | | | | | | | |
| No. de Registro (3) | Duración del Protocolo (4) | Reporte (5) | Final | | Financiamiento externo (6) | Sí | | Agencia financiadora (7) | | | |
| | | | Parcial | | | No | | | | | |
| Monto inicial financiado* \$ (8) | | NA | Ejercido a la fecha. \$ (9) | | | Observaciones (11) | | | | | |
| | | | Saldo \$ (10) | | | | | | | | |
| Avance (%) (12) | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| PRODUCTOS PARCIALES O FINALES DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | |
| Artículos publicados (Anexar evidencia documental): 1.- 2.- (13) 3.- | | | | | | | | | | | |
| Presentación en foros científicos (Indicar nombre del evento, lugar, fecha y anexar evidencia documental): 1.- 2.- (14) 3.- | | | | | | | | | | | |
| Tamaño de la muestra alcanzada (Si aplica): (15) | | | | | | | | | | | |
| Objetivos y/o metas propuestas durante el periodo (Usar hojas anexas si es necesario): (16) | | | | | | | | | | | |
| Resultados y conclusiones parciales o totales (Usar hojas anexas si es necesario): (17) | | | | | | | | | | | |
| ¿Considera que de este proyecto hay productos patentables? (18) | | | | | | | | Sí | No | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 75 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (DIE-0014-01-2020).

Este documento tiene como finalidad presentar información trimestral, correspondiente a las actividades de investigación y conocer el avance de los proyectos en el período de informe.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|---|--|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se realiza el reporte (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título del Proyecto | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | No. de registro | Número de registro asignado por la oficina de registro de protocolos. |
| 4 | Duración del Protocolo | Tiempo de vigencia del protocolo. |
| 5 | Reporte | Si el reporte realizado es parcial o final. |
| 6 | Financiamiento externo | Si el protocolo cuenta con financiamiento externo. |
| 7 | Agencia financiadora | Nombre de la Institución Financiadora. |
| 8 | Monto inicial financiado | El Monto inicial financiado por Institución Financiadora. |
| 9 | Ejercido a la fecha | El Monto ejercicio del financiado por Institución Financiadora. |
| 10 | Saldo | El Monto faltante de ejercer del financiado por Institución Financiadora. |
| 11 | Observaciones | Si existen observaciones del ejercicio de los recursos. |
| 12 | Avance (%) | Porcentaje de avance. |
| 13 | Artículos publicados | El nombre de los artículos generados y publicados, relacionados al protocolo de investigación. Anexar copia de los artículos generados. |
| 14 | Presentación en foros científicos | Si los resultados obtenidos del protocolo de investigación fueron presentados en foros científicos. Indicar nombre del evento, lugar, fecha y anexar evidencia documental. |
| 15 | Tamaño de la muestra alcanzada (Si aplica) | Si hubo cálculo de muestra, si se alcanzó el número de pacientes y/o muestras recolectadas. |
| 16 | Objetivos y/o metas propuestas durante el periodo | Que objetivos o muestras se propusieron para alcanzar de forma |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 76 de 80 |

| | | |
|----|--|--|
| | | trimestral o final. |
| 17 | Resultados y conclusiones parciales o totales | Presentar resumen de resultados y conclusiones obtenidos hasta el momento de la elaboración del reporte. |
| 18 | ¿Considera que de este proyecto hay productos patentables? | Si Considera que de este proyecto genere productos patentables |
| 19 | Casos especiales del estado del protocolo | Los motivos por los cuales el protocolo de investigación fue suspendido o cancelado. |
| 20 | Nombre completo y Firma del Investigador Principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. |
| 21 | Eventos adversos | Describir cualquier suceso medico indeseable que pueda presentarse en un sujeto de investigación durante la etapa de investigación clínica de un medicamento o vacuna. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 77 de 80 |

10.12 COMPROBANTE DE DOCUMENTOS DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL (DIE-0001-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación Original

Fecha: _____

Título de Protocolo de Investigación: _____

Investigador Principal o Proponente que registra: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

| Documentos | | Presenta | No Presenta | No Aplica |
|------------|---|----------|-------------|-----------|
| 1 | Solicitud de Evaluación de Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020) | | | |
| 2 | Cedula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020) | | | |
| 3 | Consentimiento Informado para 18años y más. (DIE-0006-01-2020) | | | |
| 4 | Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020) | | | |
| 5 | Consentimiento Informado para Menores de Edad de (7 años) y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020) | | | |
| 6 | Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos (DIE-0009-01-2020) | | | |
| 7 | Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con Fines de Investigación y Académicos para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. (DIE-0010-01-2020) | | | |
| 8 | Carta de protesta. (DIE-0011-01-2020) | | | |
| 9 | Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020) | | | |
| 10 | Carta compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020) | | | |
| 11 | Protocolo. | | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 78 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL COMPROBANTE DE DOCUMENTOS DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL (DIE-0001-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar los requisitos para la recepción de protocolos de investigación ante la Dirección de Investigación y Enseñanza para la evaluación por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad en caso que aplique.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|--|--|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título de protocolo de investigación | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | Investigador principal o Proponente que registra | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 4 | Correo electrónico | Dirección: usuario @ servidor. |
| 5 | Teléfono | Número(s) telefónico(s) de Investigador principal o Proponente. |
| 6 | Observaciones | De quien recibe, para solicitar en caso de ser necesario algún otro documento para la evaluación del protocolo. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 79 de 80 |

10.13 COMPROBANTE DE DOCUMENTOS DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD (DIE-0002-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Comprobante de Documentos de Protocolo de Investigación de Tesis de Especialidad y Subespecialidad

Fecha: _____

Título de Protocolo de Investigación: _____

Investigador Principal o Proponente que registra: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

| Documentos | | Presenta | No Presenta | No Aplica |
|------------|---|----------|-------------|-----------|
| 1 | Solicitud de Evaluación de Protocolo de Investigación. (DIE-0004-01-2020) | | | |
| 2 | Cedula de Registro de Protocolo de Investigación. (DIE-0005-01-2020) | | | |
| 3 | Consentimiento Informado para 18años y más. (DIE-0006-01-2020) | | | |
| 4 | Asentimiento Informado para niños de 8 años hasta los jóvenes de 17años y 11 meses de edad. (DIE-0007-01-2020) | | | |
| 5 | Consentimiento Informado para Menores de Edad de (7 años) y Grupos Vulnerables. (DIE-0008-01-2020) | | | |
| 6 | Consentimiento Informado Gradual para la Realización de Estudios Genéticos (DIE-0009-01-2020) | | | |
| 7 | Consentimiento para el Acceso a Datos Personales con Fines de Investigación y Académicos para la Formación de Recursos Humanos en el Ámbito de la Salud en el Hospital Juárez de México. (DIE-0010-01-2020) | | | |
| 8 | Carta de protesta. (DIE-0011-01-2020) | | | |
| 9 | Carta Compromiso Investigación con Humanos (Estudio Descriptivo o Retrospectivo). (DIE-0012-01-2020) | | | |
| 10 | Carta compromiso Investigación con Humanos (Estudio Intervencionista). (DIE-0013-01-2020) | | | |
| 11 | Protocolo. | | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 7. Procedimiento para la recepción de protocolos de investigación. | | Hoja: 80 de 80 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL COMPROBANTE DE DOCUMENTOS DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD (DIE-0002-01-2020).

Este documento tiene como objetivo indicar los requisitos para la recepción de protocolos de investigación ante la Dirección de Investigación y Enseñanza para la evaluación por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad en caso que aplique.

| No. | Concepto | Se anotara |
|-----|--|--|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se recibe la documentación. (Utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título de protocolo de investigación | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | Investigador principal o Proponente que registra | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. |
| 4 | Correo electrónico | Dirección: usuario @ servidor. |
| 5 | Teléfono | Número(s) telefónico(s) de Investigador principal o Proponente. |
| 6 | Observaciones | De quien recibe, para solicitar en caso de ser necesario algún otro documento para la evaluación del protocolo. |

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 1 de 19 |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | |

8. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 2 de 19 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Registrar los proyectos de investigación y dar seguimiento a sus avances mediante los informes trimestrales, generando producción científica de excelencia, con honestidad, responsabilidad y compromiso social.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Investigación y Enseñanza por ser quien emite el dictamen de los protocolos investigación; a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) por ser quien registra los proyectos aprobados y les da seguimiento; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración por ser quienes presentan protocolos de investigación para su desarrollo.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y el Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM), por ser quienes evalúan los protocolos de investigación; al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y las fundaciones de investigación públicas y civiles por ser quienes financian proyectos de investigación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos(as) del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 3 de 19 |

- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos del presente procedimiento, se consideran como Directores (as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración y el/la Investigador(a) principal puede ser cualquier persona adscrita a las mencionadas direcciones.
- 3.8 Se denomina investigador(a) principal a cualquier servidor(a) público(a) a quien se autoriza un proyecto de investigación en la Dirección de Investigación y Enseñanza.
- 3.9 El/La Investigador(a) principal puede pertenecer a las siguientes Direcciones de Área:
- d) Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación), a través del personal investigador/a en ciencias médicas, ya que parte de sus funciones sustantivas es la elaboración de protocolos
 - e) Dirección Médica, a través de los/las médicos/as residentes, ya que como requisito de titulación dicho personal debe presentar un protocolo de investigación.
 - f) Direcciones de área, debido a que cualquier trabajador/a puede realizar protocolos de investigación.
- 3.10 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la División de Investigación, remite los protocolos de investigación a los/las Presidentes (as) de Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y Comité de Investigación, para fines de evaluación.

Los protocolos correspondientes a la Dirección Médica (Médicos(as) residentes) también se remiten al Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM) para ser evaluados.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 4 de 19 |

- 3.11 El Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM), son los responsables de evaluar los protocolos conforme a los criterios establecidos en cada caso y emiten el resultado en alguno de los siguientes términos:
- “Aprobado” o “Aceptado”;
 - “Rechazado” o “No Aprobado”;
 - “Requiere modificaciones mayores”; o
 - “Requiere modificaciones menores”.
- 3.12 La Dirección de Investigación y Enseñanza emite el Dictamen de los protocolos de investigación, con base en el resultado de la evaluación que realizan los comités y el subcomité.
- 3.13 Si el Dictamen indica que “Requiere modificaciones menores” o “Requiere modificaciones mayores”, las direcciones de área (Investigador(a) principal) tienen un plazo máximo de 60 días naturales para atender las observaciones del protocolo de investigación en los términos del dictamen y para someterlo a nueva evaluación.
- 3.14 En caso de que el protocolo se dictamine como “Rechazado” o “No aprobado”, las direcciones de área (Investigador(a) principal) tienen “Derecho a Réplica”, para ponderar el Dictamen previamente emitido, el cual deben solicitar mediante oficio dirigido a la Presidencia del Comité de Investigación.
- 3.15 Una vez que los protocolos son dictaminados con estatus de “Aprobado” o “Aceptado”, la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) les asigna un número de registro y pasan a constituirse como proyectos.
- 3.16 Es responsabilidad de las direcciones de área (Investigador(a) principal) enviar a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) el informe trimestral de avances de los proyectos de investigación en el plazo y términos establecidos en el formato Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación (DIE-0014-01-2020)
- 3.17 Las direcciones de área (Investigador(a) principal) deben reportar a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación), todos los productos parciales y finales del proyecto, incluyendo publicaciones y presentación en foros científicos.
- 3.18 Si la Dirección de Investigación y Enseñanza identifica algún proyecto que se desvíe de los objetivos institucionales, o que viole los lineamientos

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 5 de 19 |

aprobados por los comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, procede a suspenderlo o cancelarlo, informando vía oficio a las direcciones de área (Investigador(a) principal).

- 3.19 Si las direcciones de área (Investigador(a) principal) requieren hacer cambios a los términos en los que fue aprobado el proyecto, deben elaborar la enmienda mediante oficio dirigido al/a la Presidente(a) del Comité de Investigación.
- 3.20 Las direcciones de área (Investigador(a) principal) deben concluir el proyecto de investigación en el tiempo establecido en el Dictamen, el cual empieza a contabilizarse a partir de la fecha en que acusan de recibo el Dictamen.
- 3.21 Si las direcciones de área (Investigador(a) principal) requieren de más tiempo para concluir el proyecto, deben solicitar prórroga por escrito a la Presidencia del Comité de investigación.
- 3.22 Las direcciones de área (Investigador(a) principal) que realicen proyectos de investigación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) o con Fundaciones de investigación, deben contar con un Convenio, el cual debe estar firmado por la Dirección General, la Dirección de Administración, la fundación y la Dirección de Área (Investigador(a) principal), además deben cumplir con lo siguiente:
- a) Gestionar ante la Subdirección de Recursos Financieros la apertura de una cuenta bancaria para la administración de los recursos financieros que proporciona el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) o la Fundación de investigación;
 - b) Tramitar ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios la adquisición de reactivos y/o material de laboratorio que requiera para el proyecto.
 - c) Realizar el proyecto e informar los avances con estricto apego al Convenio.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INSTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. Hoja: 6 de 19 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Director(a) de Investigación y Enseñanza | 1 | Envía los protocolos de investigación recibidos al Comité de Investigación, Comité de Ética e Investigación, Comité de Bioseguridad y Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM) para su evaluación. ----- El Comité de Investigación, Comité de Ética e Investigación, Comité de Bioseguridad y Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM), evalúan los protocolos de Investigación en los siguientes términos: "Aprobado" o "Aceptado"; "No Aprobado" o "Rechazado"; "Requiere Modificaciones Mayores" o "Requiere Modificaciones Menores" y lo informan a la Dirección de Investigación y Enseñanza. | -Protocolos de investigación -Resultado de evaluación. -Dictamen de Protocolo de investigación. |
| | 2 | ----- Elabora el Dictamen a partir de la evaluación de los comités, en los siguientes términos: "Aprobado" o "Aceptado"; "No Aprobado" o "Rechazado"; "Requiere Modificaciones Mayores"; o "Requiere Modificaciones Menores" y entrega el Dictamen a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) junto con el Resultado de la evaluación. | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Jefe(a) de División de Investigación) | 3 | Recibe el Resultado de la evaluación y el Dictamen; archiva el primero y entrega el Dictamen a la dirección de área (Investigador(a) principal). ----- Se asigna un número de registro si el protocolo fue "Aprobado" o "Aceptado". ----- | -Resultado de evaluación. -Dictamen de Protocolo de investigación. |
| Director(a) de Área | 4 | Recibe el Dictamen y firma de conformidad | -Dictamen de Protocolo de |

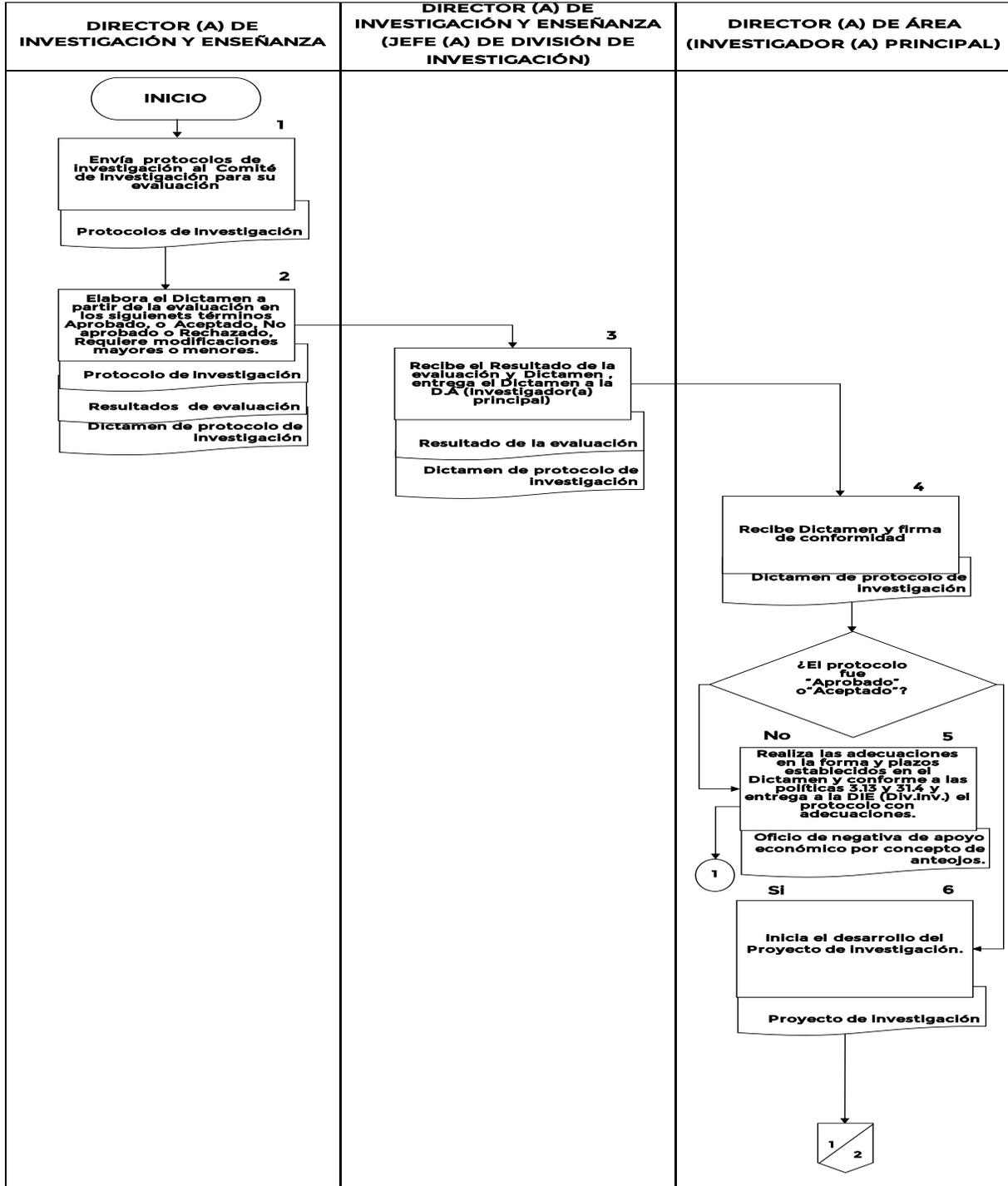
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INSTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. Hoja: 7 de 19 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| (Investigador(a) principal) | 5 | ¿El protocolo fue "Aprobado" o "Aceptado"? No. Realiza las adecuaciones en la forma y plazos establecidos en el Dictamen y conforme a las políticas 3.13 y 31.4 y entrega a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) el protocolo con adecuaciones. Regresa a la actividad 1. | investigación. -Proyecto de investigación -Oficios de solicitud de adquisición de insumos. -Informe trimestral de |
| | 6 | Sí: Inicia el desarrollo del Proyecto de investigación. ----- Si el protocolo cuenta o no cuenta con el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) o de Fundaciones de investigación, el/la Director(a) de área (Investigador(a) principal) debe apegarse a lo que establece la política 3.16. | Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020) |
| | 7 | ----- | |
| | 8 | Gestiona ante la Subdirección de Recursos Financieros la apertura de una cuenta bancaria mediante la cual se administren los recursos. | |
| | 9 | Tramita ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios la adquisición de reactivos y/o material de laboratorio que requiera para el desarrollo del Proyecto de investigación. Requisita el Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020) y lo entrega a la Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación). | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza | 10 | Recibe el Informe trimestral de Seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020) y revisa. | -Informe trimestral de seguimiento |

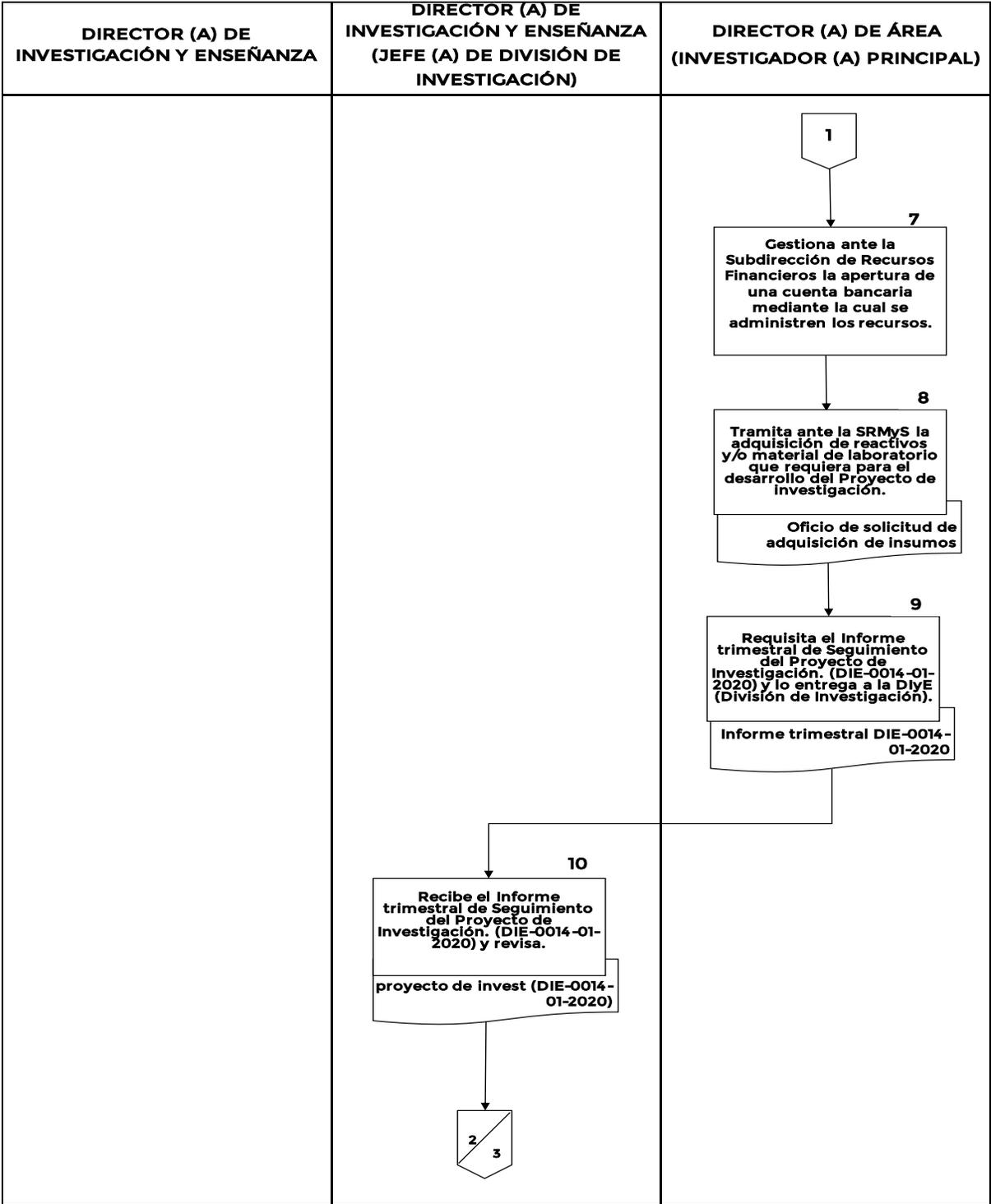
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INSTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. Hoja: 8 de 19 |

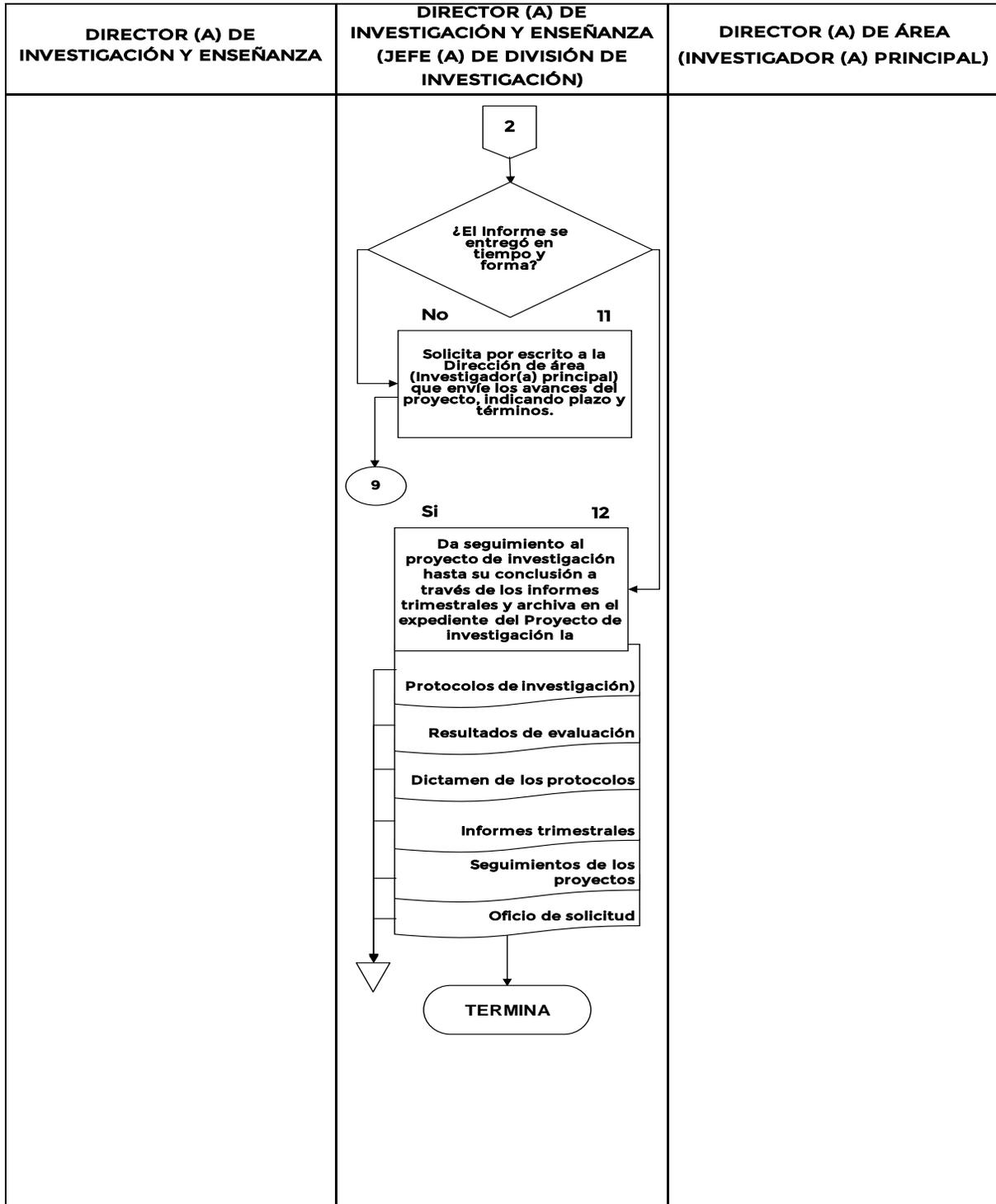
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| (Jefe(a) de División de Investigación) | 11 | <p>¿El Informe trimestral de seguimiento del proyecto de investigación se entregó en tiempo y forma?</p> <p>No: Solicita por escrito a la Dirección de Área (Investigador(a) principal) que envíe los avances del proyecto, indicando plazo y términos. Regresa a la actividad 9.</p> <p>-----</p> | <p>del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> <p>-Oficio de solicitud</p> <p>-Protocolos de investigación</p> <p>-Resultado de evaluación.</p> <p>-Dictamen de los protocolos.</p> <p>-Informes trimestrales de Seguimiento de los Proyectos de Investigación.</p> <p>-Informe trimestral de seguimiento del Proyecto de Investigación. (DIE-0014-01-2020)</p> |
| | 12 | <p>El informe de avance del proyecto de investigación debe considerar todos los productos parciales y finales, incluyendo las publicaciones y presentación en foros científicos.</p> <p>-----</p> <p>Si: Da seguimiento al proyecto de investigación hasta su conclusión a través de los informes trimestrales y archiva en el expediente del Proyecto de investigación la documentación generada:</p> <p>-Protocolos de investigación</p> <p>-Resultado de evaluación.</p> <p>-Dictamen de los protocolos.</p> <p>-Informes trimestrales de Seguimiento de los Proyectos de Investigación.</p> <p>-Oficio de solicitud.</p> <p>TERMINA</p> | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | |





| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 12 de 19 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Lineamientos del Comité de Ética en Investigación. | No aplica |
| 6.3 Lineamientos del Comité de Bioseguridad. | No aplica |
| 6.4 Lineamientos del Comité de Ética en Investigación. | No aplica |
| 6.5 Lineamientos del Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM). | |
| 6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.7 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Protocolos de investigación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)/Dirección de área (Investigador(a) principal) | No aplica |
| 7.2 Resultado de evaluación. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |
| 7.3 Dictamen del Protocolo de investigación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)/Dirección de área (Investigador(a) principal) | No aplica |
| 7.4 Resultado de la evaluación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)/Dirección de área (Investigador(a) principal) | No aplica |
| 7.5 Proyecto de investigación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)/Dirección de área (Investigador(a) principal) | No aplica |
| 7.6 Oficios de solicitud | 4 años | Dirección de área (Investigador principal) | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 13 de 19 |

| | | | |
|---|--------|--|------------------|
| adquisición de insumos | | | |
| 7.7 Informe trimestral de seguimiento del Proyecto de Investigación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación)/Dirección de área (Investigador(a) principal) | DIE-0014-01-2020 |
| 7.8 Oficio de solicitud | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (División de Investigación) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Comité de Bioseguridad:** Cuerpo colegiado que procura que cualquier actividad que implique el manejo de material biológico, se realice siguiendo prácticas seguras que minimicen el riesgo para el personal expuesto, para el ambiente del hospital y la población en general. Además de vigilar la correcta utilización de los animales de experimentación conforme a la normatividad vigente.
- 8.2 Comité de Ética en Investigación:** Cuerpo colegiado que revisa, aprueba, propone correcciones o rechaza un protocolo de investigación, basado en sus aspectos bioéticos. Está integrado por un presidente, un secretario y un número variado de vocales.
- 8.3 Comité de Investigación:** Cuerpo colegiado integrado por investigadores en ciencias médicas (ICM) y médicos investigadores que se reúnen periódicamente en sesiones mensuales ordinarias o sesiones extraordinarias para revisar la metodología de investigación y discutir su aprobación o rechazo o proponer cambios a los protocolos de investigación con base en opiniones de expertos de cada protocolo y de las opiniones de los integrantes del propio Comité de Investigación (C.I.) y los Comités de Ética en Investigación (C.E.I) y Bioseguridad (C.B.), cuyos respectivos presidentes y secretarios sesionan en conjunto con el (C.I).
- 8.4 Dictamen de protocolo:** Se emite en alguno de los siguientes términos:
 -"Aprobado" o Aceptado: Protocolo que cumple con todos los requisitos establecidos por la Dirección de Investigación y Enseñanza.
 -"Requiere modificaciones menores" o "Requiere modificaciones mayores: Protocolo que fue evaluado y que requiere modificaciones mayores o menores.
 -"Rechazado" o "No aprobado". Se califica de esta forma porque el protocolo se desvía de los objetivos institucionales. Las direcciones de área (Investigador(a) principal) tienen "Derecho a Réplica", para ponderar el Dictamen previamente emitido, el cual deben solicitar mediante oficio dirigido a la Presidencia del Comité de Investigación.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 14 de 19 |

- 8.5 Enmienda:** Cualquier cambio, al proyecto de investigación en los términos en los que fue inicialmente aprobado.
- 8.6 Evaluación:** Es la revisión detallada y sistemática del proyecto de investigación que presenta la dirección de área (Proponente) por parte del Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación, Comité de Bioseguridad y Subcomité para Protocolos de Tesis de Especialidades Médicas (SuProTEM), proyecto, plan u organismo en su conjunto, con objeto de medir el grado de eficacia, eficiencia y congruencia con que se está operando en un momento determinado para alcanzar los objetivos propuestos.
- 8.7 Investigador(a) Principal:** Es la persona que diseña, planea, desarrolla, elabora y evalúa el protocolo de investigación; adscrito al Hospital Juárez de México.
- 8.8 Prórroga:** Solicitud de ampliación de tiempo autorizado para la realización del proyecto investigación.
- 8.9 Protocolo de investigación:** 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.
- 8.10 Proyecto de investigación:** Se refiere al desarrollo de la investigación que incluye al Protocolo de investigación y la difusión de sus resultados.
- 8.11 Registro:** Consiste en la inscripción del protocolo ante la Dirección de Investigación y Enseñanza, asignándole clave y vigencia.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 04 | Octubre, 2020. | Se agregaron políticas transversales de rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y de control interno; se fortalecieron las políticas de operación y se modificó la descripción de actividades y el diagrama de flujo con base en la operación actual. Se agregó el formato del Informe Trimestral de |

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 15 de 19 |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | Avance del Proyecto de Investigación codificado. |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Informe Trimestral de Avance del Proyecto de Investigación (DIE-0014-01-2020).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 16 de 19 |

10.1 INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (DIE-0014-01-2020).



HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO

Dirección de Investigación y Enseñanza

Informe Trimestral de Avance del Proyecto de Investigación

| | | | |
|------------------|-----|-----|-----|
| Fecha (1) | (1) | (1) | (1) |
| | Día | Mes | Año |

| AVANCE DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------------------------|------------------------|-------------|----------------------------|---------|------|----------------------|-----|----|-----|--|
| Título del Proyecto (2) | | | | | | | | | | | | |
| No. de Registro | (3) | Duración del Protocolo | (4) | Reporte (5) | Financiamiento externo (6) | | Sí | Agencia financiadora | (7) | | | |
| | | | | | Final | Parcial | | | | No | | |
| Monto inicial financiado* | | NA | Ejercido a la fecha \$ | | (9) | | | Observaciones | | | | |
| \$ (8) | | | Saldo \$ | | (10) | | | (11) | | | | |
| Avance (%) (12) | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | |
| PRODUCTOS PARCIALES O FINALES DEL PROYECTO | | | | | | | | | | | | |
| Artículos publicados (Anexar evidencia documental): 1.- 2.- (13) 3.- | | | | | | | | | | | | |
| Presentación en foros científicos (Indicar nombre del evento, lugar, fecha y anexar evidencia documental): 1.- 2.- (14) 3.- | | | | | | | | | | | | |
| Tamaño de la muestra alcanzada (Si aplica): (15) | | | | | | | | | | | | |
| Objetivos y/o metas propuestas durante el período (Usar hojas anexas si es necesario): (16) | | | | | | | | | | | | |
| Resultados y conclusiones parciales o totales (Usar hojas anexas si es necesario): (17) | | | | | | | | | | | | |
| ¿Considera que de este proyecto hay productos patentables? | | | | | | | (18) | Sí | No | | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 18 de 19 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL INFORME TRIMESTRAL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (DIE-0014-01-2020).

Este documento tiene como finalidad presentar información trimestral, correspondiente a las actividades de investigación y conocer el avance de los proyectos en el período de informe.

| No. | Concepto | Se anotará |
|-----|---|--|
| 1 | Fecha | Día / mes / año, en el que se realiza el reporte (utilizar sólo números arábigos). |
| 2 | Título del Proyecto | Título completo, el cual debe indicar de manera precisa el propósito y las palabras clave que permitan su clasificación. |
| 3 | No. de registro | Número de registro asignado por la oficina de registro de protocolos. |
| 4 | Duración del Protocolo | Tiempo de vigencia del protocolo. |
| 5 | Reporte | Si el reporte realizado es parcial o final. |
| 6 | Financiamiento externo | Si el protocolo cuenta con financiamiento externo. |
| 7 | Agencia financiadora | Nombre de la Institución Financiadora. |
| 8 | Monto inicial financiado | El Monto inicial financiado por Institución Financiadora. |
| 9 | Ejercido a la fecha | El Monto ejercicio del financiado por Institución Financiadora. |
| 10 | Saldo | El Monto faltante de ejercer del financiado por Institución Financiadora. |
| 11 | Observaciones | Si existen observaciones del ejercicio de los recursos. |
| 12 | Avance (%) | Porcentaje de avance. |
| 13 | Artículos publicados | El nombre de los artículos generados y publicados, relacionados al protocolo de investigación. Anexar copia de los artículos generados. |
| 14 | Presentación en foros científicos | Si los resultados obtenidos del protocolo de investigación fueron presentados en foros científicos. Indicar nombre del evento, lugar, fecha y anexar evidencia documental. |
| 15 | Tamaño de la muestra alcanzada (Si aplica) | Si hubo cálculo de muestra, si se alcanzó el número de pacientes y/o muestras recolectadas. |
| 16 | Objetivos y/o metas propuestas durante el periodo | Que objetivos o muestras se propusieron para alcanzar de forma |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 8. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de investigación. | | Hoja: 19 de 19 |

| | | |
|----|--|--|
| | | trimestral o final. |
| 17 | Resultados y conclusiones parciales o totales | Presentar resumen de resultados y conclusiones obtenidos hasta el momento de la elaboración del reporte. |
| 18 | ¿Considera que de este proyecto hay productos patentables? | Si Considera que de este proyecto genere productos patentables |
| 19 | Casos especiales del estado del protocolo | Los motivos por los cuales el protocolo de investigación fue suspendido o cancelado. |
| 20 | Nombre completo y Firma del Investigador Principal | Nombre o nombres, el primer y segundo apellido completo. Firma. |
| 21 | Eventos adversos | Describir cualquier suceso medico indeseable que pueda presentarse en un sujeto de investigación durante la etapa de investigación clínica de un medicamento o vacuna. |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | Hoja: 1 de 16 |

9. PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE POSGRADO (RESIDENCIAS MÉDICAS).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Formar médicos/as especialistas competentes en los diversos campos disciplinarios del saber y el quehacer de la Medicina, a través de la impartición de programas operativos con enfoque académico y asistencial, que permitan desarrollar recursos humanos en salud con una práctica profesional de alta calidad científica, con un sentido humanista y vocación social de servicio.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Investigación y Enseñanza, por ser quien supervisa el cumplimiento de los programas operativos; a la Dirección de Investigación y Enseñanza, (Subdirección de Enseñanza) por ser quien monitorea el apego a los programas operativos; a la Dirección Médica (Profesores/as titulares y adjuntos/as), son quienes imparten la cátedra de posgrado; a la Dirección Médica (médicos/as residentes) por ser quienes reciben la formación profesional.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser quien regula los cursos de posgrado y emite los Programas Únicos de Especialidades Médicas (PUEM); a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, por ser quien emite los criterios para elaboración de los Programas Operativos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento, debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 3 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | |

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que desarrolla.
- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, debe verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera.
- 3.5 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos, es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza.
- 3.6 La Dirección de Investigación y Enseñanza propone a la Universidad Nacional Autónoma de México a los/las médicos/as especialistas adscritos/as a la Dirección Médica del Hospital, con el fin de que sean considerados/as para ocupar plazas de profesores/as Titulares y Adjuntos/as, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
- 3.7 La Universidad Nacional Autónoma de México a través del Consejo Técnico Consultivo, revisa y califica el curriculum de los/las médicos/as propuestos/as y de acuerdo a los resultados de la evaluación que realiza otorga el nombramiento a los/las profesores/as Titulares y Adjuntos/as para que impartan enseñanza a los/las médicos/as residentes en el Hospital.
- 3.8 La Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza), la Dirección Médica (Profesores/as Titulares y Adjuntos), así como los/las médicos/as residentes, deben observar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas y demás normatividad aplicable.
- 3.9 La Dirección de Investigación y Enseñanza coordina la actualización del formato denominado "Instrumento de evaluación de residencias", para que contenga la información que permita conocer la infraestructura real de la institución, necesaria para el funcionamiento y evaluación de las residencias médicas.
- 3.10 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, solicita anualmente a la Dirección Médica (profesores/as

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 4 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | |

titulares) que requisen el formato “Instrumento de evaluación de residencias”, con la información de cada curso universitario.

3.11 El “Instrumento de evaluación de residencias” debe estar firmado por la Dirección Médica (profesores/as titulares) e incluir la siguiente información:

- a) Datos generales:
 - Identificación de la residencia;
 - Oferta asistencial del servicio;
 - Selección de residentes;
 - Aspectos pedagógicos.
- b) Formadores de residentes:
 - Equipo de salud que da marco a la actividad docente de la residencia.
 - Educación permanente de los formadores;
- c) Actividades del/la residente:
 - Actividades de estudio-trabajo.
 - Práctica asistencial del residente.
 - Rotaciones;
 - Guardias;
 - Pase de visita;
 - Supervisión de historias clínicas;
 - Actividades teóricas;
- d) Investigación:
- e) Evaluación
- f) Promoción.
- g) Evaluación de la propuesta de formación.
- h) Evaluación de recursos didácticos;
- i) Inserción en el sistema de salud.
- j) Espacio físico.

3.12 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, verifica que esté completa la información del “Instrumento de evaluación de residencias” de cada curso de especialidad.

3.13 La Dirección Médica (profesores/as titulares) integran el programa operativo del curso de especialidad de su competencia, conforme a la estructura definida por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, considerando la siguiente información:

- Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) correspondiente;
- Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 5 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | |

- Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas;
 - Instrumento de evaluación de residencias.
- 3.14 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, es responsable de revisar y validar que los programas operativos cumplan con lo establecido en los instrumentos señalados en la política anterior
- 3.15 La Dirección de Investigación y Enseñanza brinda a la Dirección Médica (profesores/as titulares) la autonomía de cátedra, siempre y cuando se cumplan los siguientes propósitos didácticos generales:
- Ejercitar a los/las médicos/as residentes en la búsqueda independiente de información y en su reflexión crítica para el estudio a fondo de un tema de conocimiento, así como en la exposición y confrontación sustentada de sus ideas y experiencias profesionales.
 - Propiciar la adquisición y aplicación de técnicas, procedimientos e instrumentos de investigación, así como de formas académicas de presentación de informes y resultados.
 - Desarrollar la disciplina (hábito) del trabajo regular, constante y socializado, que responsabilice al alumno (médico/a residente) y propicie su iniciativa y creatividad, al situarlo/a como sujeto de su propio aprendizaje.
- 3.16 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, puede realizar reuniones de trabajo con la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as), con el propósito de hacer de su conocimiento las modificaciones o cambios que emita la Universidad Nacional Autónoma de México, para solventar la problemática existente en los cursos, o bien para proponer cursos de capacitación en docencia e investigación, entre otros.
- 3.17 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, realiza supervisiones aleatorias durante la impartición de los cursos de posgrado, utilizando como herramienta el “Instrumento de evaluación de residencias”.
- 3.18 Como resultado de las supervisiones, la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, emite hallazgos que hace del conocimiento de la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as), con el fin de que instrumenten las medidas correctivas procedentes.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 6 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | |

- 3.19 Corresponde a la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as), subsanar los hallazgos que sean identificados y enviar la evidencia de la implementación de las medidas correctivas a la Dirección de Investigación y Enseñanza.
- 3.20 Es responsabilidad de la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as), evaluar a los/as médicos/as residentes, en la forma y términos establecidos en el programa operativo y remitir a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) los resultados y evidencia correspondientes en medio electrónico.
- 3.21 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, revisa que las evaluaciones de los/las médicos/as residentes correspondan a lo establecido en el programa operativo de cada grado académico y a las competencias respectivas.
- 3.22 La Dirección Médica (profesores/as titulares) deben registrar en la plataforma "Sistema Integral de Administración Escolar de Posgrado (SIAE-P)" que administra la Universidad Nacional Autónoma de México, las calificaciones de cada médico/a residente, dentro de las fechas establecidas y remitir la evidencia de dicho registro a la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza.
- 3.23 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, participa anualmente en la aplicación de los exámenes que elabora la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as), verificando previamente que estén alineados con los programas académicos por grado de especialidad.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). |

Hoja: 7 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Investigación y Enseñanza | 1 | Instruye a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) para que envíe el formato denominado Instrumento de evaluación de residencias a la Dirección Médica (profesores(as) titulares). | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 2 | Recibe instrucción y envía por correo electrónico a la Dirección Médica (profesores(as) titulares) el Instrumento de evaluación de residencias, solicitando que lo requirieran conforme a la política 3.11. | -Correo electrónico con solicitud para requisitar instrumento. -Instrumento de evaluación de residencias. |
| Director(a) Médico(a) (Profesores(as) Titulares) | 3 | Recibe el Instrumento de evaluación de residencias por correo electrónico. | -Correo electrónico con solicitud para requisitar instrumento. -Instrumento de evaluación de residencias requisitado. -Acuse de Instrumento de evaluación de residencias requisitado. |
| | 4 | Imprime el formato, lo requirieran y lo firman. | |
| | 5 | Entrega el Instrumento de evaluación de residencias a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza), reciben el acuse y lo archivan. | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 6 | Recibe el Instrumento de evaluación de residencias requisitado y revisa que la información esté completa. ¿La información está completa? | -Instrumento de evaluación de residencias requisitado. |
| | 7 | No: Solicita al/a la Dirección Médica (profesor(a) titular) que complemente la información. Regresa a la actividad 4. | |
| | 8 | Si: Solicita a la Dirección Médica (profesor(a) titular) que elabore el programa operativo con base en la política 3.13 y | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | archiva el Instrumento de evaluación de residencias. | |
| Director(a) Médico(a) (Profesores(as) Titulares) | 9 | Elabora el proyecto de programa operativo del curso de especialidad de su competencia con base en el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) correspondiente, la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas y el Instrumento de evaluación de residencias. | -Proyecto de programa operativo. -Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM). -Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. |
| | 10 | Envía el proyecto de programa operativo por correo electrónico a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) y conservan la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas y el Instrumento de evaluación de residencias. | -Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. -Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. -Instrumento de evaluación de residencias. -Correo envío del proyecto de programa operativo. |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 11 | Recibe el correo electrónico con el proyecto del programa operativo y verifica que esté alienado al Instrumento de evaluación de residencias, al Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) y a los lineamientos. ¿El proyecto del programa operativo está | -Correo de envío de programa operativo. -Proyecto de programa operativo. Instrumento de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). |

Hoja: 9 de 16

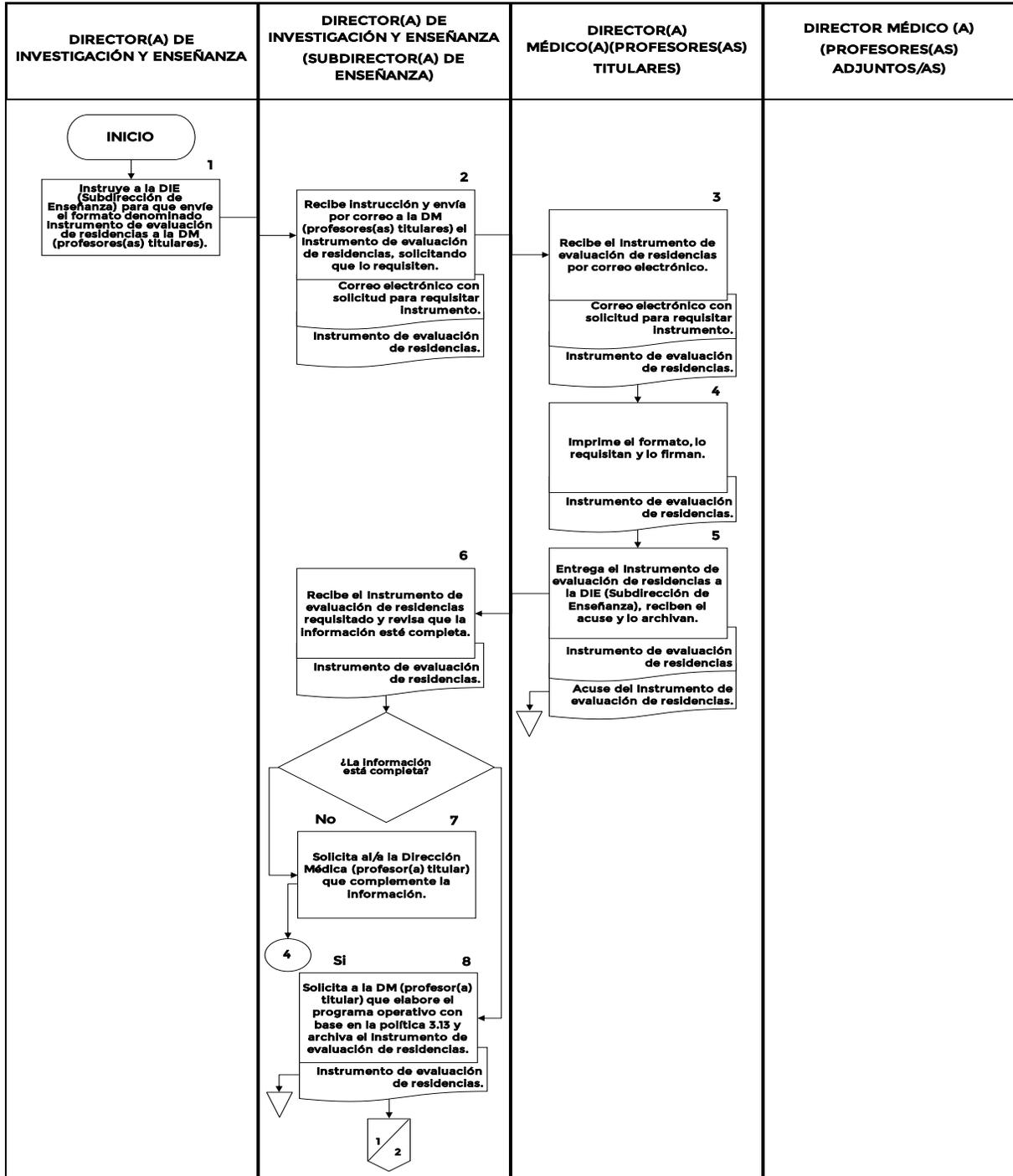
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | | alineado? | evaluación de residencias. |
| | 12 | No: Envía correo electrónico a la Dirección Médica (Profesores(as) titulares) solicitando que realicen las modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 9. | -Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM). |
| | 13 | Si: Informa por correo electrónico a la Dirección Médica (Profesores(as) titulares) que el programa operativo está validado y que inicien los cursos. | -Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. -Correo con solicitud de modificaciones. -Correo informando que el Programa está validado. |
| Director(a) Médico(a) (Profesores(as) Titulares) / Director(a) Médico(a) (Profesores(as) Adjuntos/as) | 14 | Recibe programa operativo validado y lo envían por correo electrónico a los/las médicos/as residentes para su conocimiento y aplicación. | -Correo informando que el Programa está validado. |
| | 15 | Imparte las clases (seminarios). | -Programa operativo validado. |
| | 16 | Realiza el acompañamiento y tutoría de los procedimientos médico-quirúrgicos. | -Correo electrónico con envío del programa operativo a los/as médicos/as residentes. |
| | 17 | Envía a la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, las calificaciones, listas de asistencia y el examen final con la cédula de evaluación. ----- ----- La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, | -Calificaciones. -Listas de asistencia. |

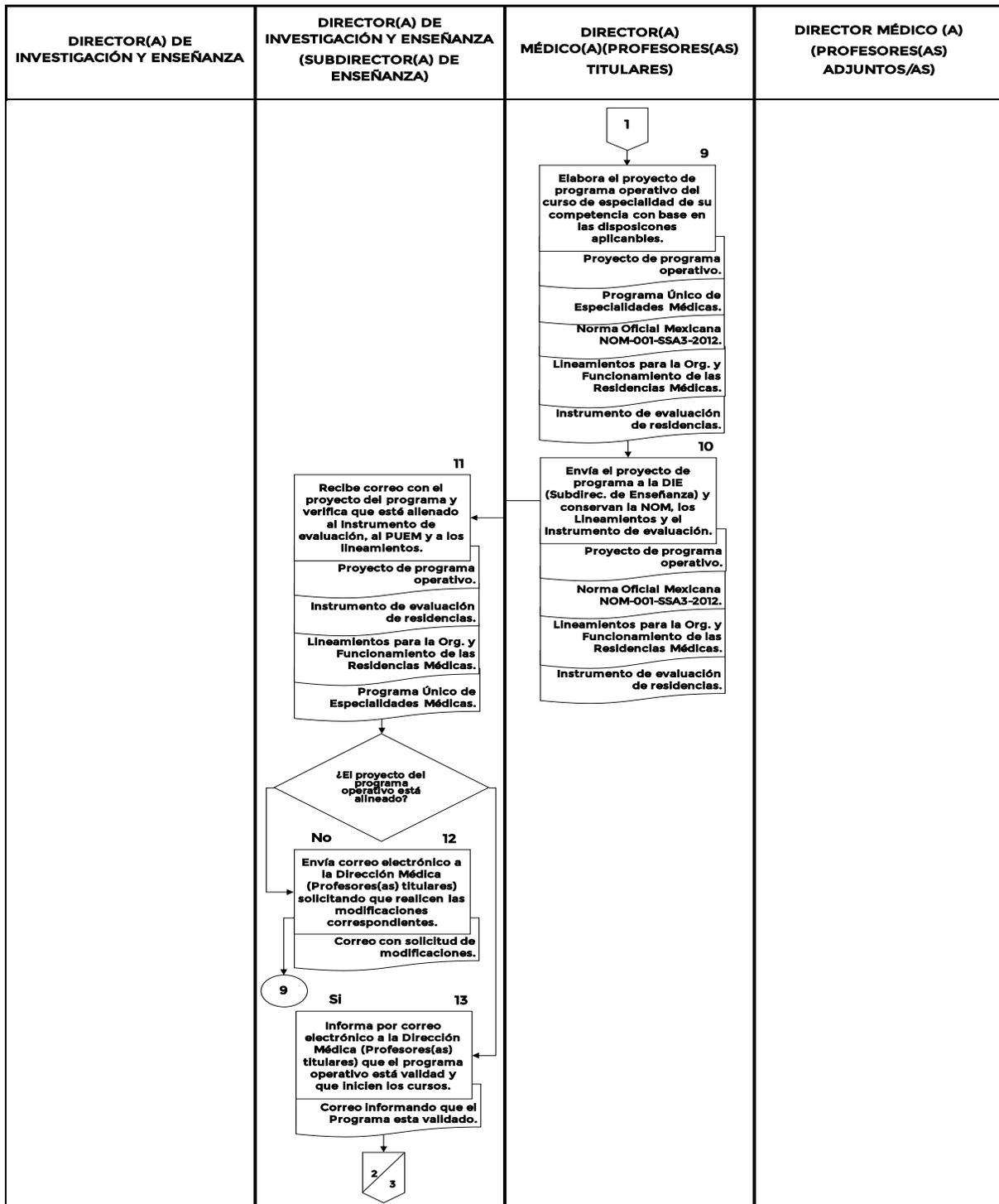
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | |

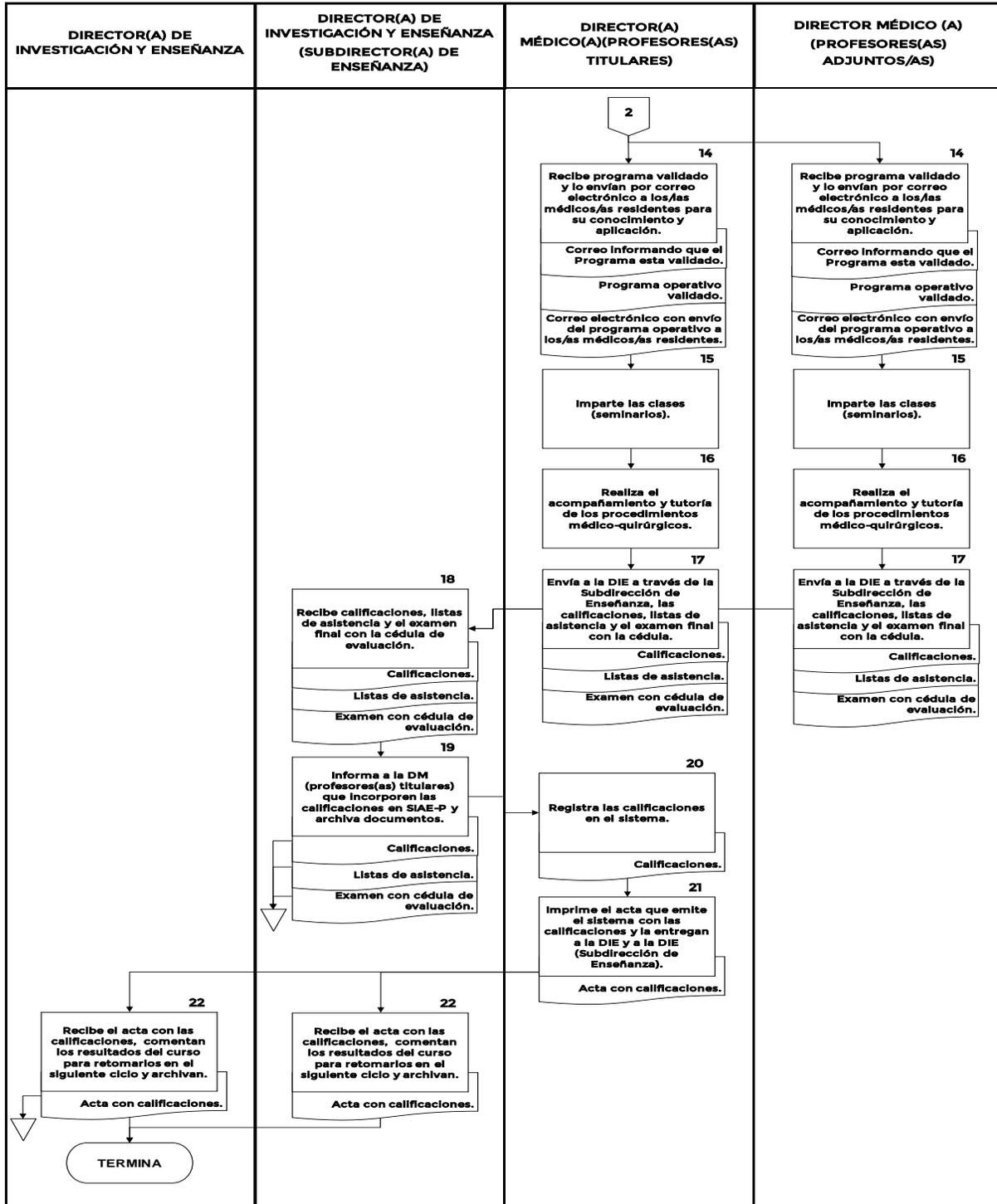
Hoja: 10 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | realiza supervisiones aleatorias para evaluar la impartición de los cursos de especialidad, y, en su caso, emite los hallazgos que hace del conocimiento de la Dirección Médica (profesores(as) titulares y adjuntos/as), con el fin de que instrumenten las medidas correctivas procedentes. ----- ----- | -Examen con cédula de evaluación. |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector/a de Enseñanza) | 18 | Recibe calificaciones, listas de asistencia y el examen final con la cédula de evaluación. | -Listas de asistencia |
| | 19 | Informa a la Dirección Médica (profesores(as) titulares) que incorporen las calificaciones en el Sistema Integral de Administración Escolar del Posgrado (SIAE-P) y archiva las calificaciones, listas de asistencia y el examen final con la cédula de evaluación. | -Examen con cédula de evaluación. -Calificaciones. |
| Director(a) Médico(a) (Profesores/as Titulares) | 20 | Registra las calificaciones en el sistema. | -Calificaciones. |
| | 21 | Imprime el acta que emite el sistema con las calificaciones y la entregan a la Dirección de Investigación y Enseñanza y a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza). | -Acta con calificaciones. |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza/ Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 22 | Recibe el acta con las calificaciones, comentan los resultados del curso para retomarlos en el siguiente ciclo y archivan. TERMINA | -Acta con calificaciones. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 14 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas | No aplica |
| 6.2 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 Programas Únicos de Especialidades Médicas (PUEM). | No aplica |
| 6.5 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. | No aplica |
| 6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico con solicitud para requisitar instrumento | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.2 Instrumento de evaluación de residencias | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.3 Instrumento de evaluación de residencias requisitado | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.4 Proyecto de programa operativo | 1 año | Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |
| 7.5 Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM). | No aplica | Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |
| 7.6 Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas, | No aplica | Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | | Hoja: 15 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | | |

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas y el Instrumento de evaluación de residencias. | | | |
| 7.7 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. | No aplica | Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |
| 7.8 Correo envío del proyecto de programa operativo. | 1 año | Dirección médica (Profesores/as Titulares) | No aplica |
| 7.9 Correo con solicitud de modificaciones. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.10 Correo informando que el Programa esta validado. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/ Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |
| 7.11 Programa operativo validado | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.12 Correo electrónico con envío del programa operativo a los/as médicos/as residentes. | 1 año | Dirección médica (Profesores/as titulares) | No aplica |
| 7.13 Calificaciones. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.14 Listas de asistencia. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.15 Examen final con cédula de evaluación. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de | No aplica |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | | Hoja: 16 de 16 |
| | 9. Procedimiento para la validación y seguimiento de los programas operativos de posgrado (Residencias médicas). | | | |

| | | | | |
|------|---------------------|-----|------------|--|
| | | | Enseñanza) | |
| 7.16 | Acta calificaciones | con | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) |
| | | | | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Médico residente:** Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica a tiempo completo.
- 8.2 Profesor adjunto:** Médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, que coadyuva con el profesor titular en la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica correspondiente.
- 8.3 Profesor titular:** Médico especialista adscrito en la unidad médica receptora de residentes, con nombramiento de la institución de educación superior, responsable de la planeación, conducción y evaluación de la residencia médica de la institución de salud correspondiente.
- 8.4 Programa académico:** Documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudios de la residencia médica correspondiente.
- 8.5 Programa operativo:** Documento que describe las actividades que debe realizar el médico residente, para desarrollar el programa académico de la residencia médica correspondiente en las unidades médicas receptoras de residentes
- 8.6 Residencia médica:** Conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | Hoja: 1 de 13 |

10. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE INTERNADO MÉDICO (PREGRADO).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Formar médicos/as internos/as con conocimientos teórico-prácticos conforme a los programas y temas establecidos por las instituciones educativas de nivel superior, con el fin de dar respuesta a las necesidades nacionales de salud en el primer nivel de atención con calidad y seguridad.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser la responsable de firmar la carta de liberación de término de pregrado; a la Dirección de Investigación y Enseñanza, por ser responsable de coordinar las actividades de pregrado; a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza), porque apoya en el seguimiento de las actividades de pregrado; a la Dirección Médica (profesores/as titulares de cada asignatura) debido a que son quienes imparten la cátedra a los/las alumnos/as de pregrado.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a las instituciones educativas de nivel superior públicas y privadas de donde proceden los/las médicos/as internos/as que cursan el internado médico en el Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | Hoja: 3 de 13 |

- 3.4 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, debe verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera con la aplicación de este procedimiento.
- 3.5 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos, es responsabilidad de la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza.
- 3.6 La Dirección de Investigación y Enseñanza, propone a las instituciones educativas a los/las médicos/as y profesionales de la salud adscritos a la Dirección Médica del Hospital, con objeto de que sean considerados/as para impartir clases de pregrado como profesores/as Titulares y Adjuntos/as.
- 3.7 Como sede, el Hospital Juárez de México tiene 5 servicios para rotación: Medicina Interna; Cirugía General; Urgencias Adultos; Pediatría; y Ginecología y Obstetricia.
- Asimismo, cuenta con una subsede en la que se rota el servicio de Medicina Familiar que se rige bajo el presente procedimiento, cuyo(a) profesor(a) titular está adscrito(a) a otra institución de salud.
- 3.8 El internado médico de pregrado en el Hospital tiene dos generaciones (ciclo escolar): La primera inicia el 1 de enero y la segunda el 1 de julio de cada año.
- 3.9 Previo al inicio del ciclo escolar, las instituciones educativas deben enviar a la Dirección Médica (profesores/as titulares), el programa académico anual de cada asignatura, para que elaboren el programa operativo a impartir a los/las médicos/as internos/as de pregrado.
- 3.10 Es responsabilidad de la Dirección Médica (profesores/as titulares), integrar el programa operativo de cada asignatura conforme a los programas académicos que proporcionan las instituciones educativas, asimismo, deben remitirlo a la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, en la forma y términos que la misma establezca.
- 3.11 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, elabora el control de rotación, guardias y vacaciones por bimestre y asignatura, el cual proporciona a la Dirección Médica (profesores/as titulares y adjuntos/as) y a los/las médicos/as internos/as para su cumplimiento.
- 3.12 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza da seguimiento a los programas operativos mediante

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | Hoja: 4 de 13 |

reuniones trabajo con la Dirección Médica (profesores/as titulares) y las instituciones educativas.

Asimismo, celebra reuniones de trabajo con la Dirección Médica (profesores/as titulares) y con los/las médicos/as internos/as, en las que tratan y/o aclaran temas relacionados con la impartición de las clases y se atienden problemas derivados del desempeño de las actividades en las áreas de rotación.

- 3.13 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, proporciona asesoría y apoyo los/las médicos/as internos/as respecto al desempeño de sus actividades, al conocimiento y aplicación de la normativa institucional, así como sobre la organización de rotaciones y guardias, entre otros.
- 3.14 Corresponde a la Dirección Médica (profesores/as titulares) realizar las siguientes actividades:
- Distribución de temas;
 - Rotación y asesoría de los (las) médicos(as) internos(as) de pregrado en las áreas clínicas;
 - Pase de lista de asistencia;
 - Aplicación de exámenes;
 - Emisión de calificación final por rotación.
- 3.15 Al final de cada bimestre, la Dirección Médica (profesores/as titulares) debe entregar a la Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, los siguientes documentos de cada asignatura:
- Listas de asistencia con distribución de temas;
 - Examen final;
 - Cédula de evaluación, con firma autógrafa del médico interno de pregrado y del/la profesor/a titular
- 3.16 La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, concentra las calificaciones de las diferentes asignaturas por cada médico/a interno/a de pregrado para obtener la calificación final del internado médico y emitir la carta de liberación de término de pregrado.
- 3.17 La Dirección General del Hospital Juárez de México, es la responsable de firmar la carta de liberación de término de pregrado.

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | |

Hoja: 5 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Investigación y Enseñanza | 1 | Instruye a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) para que solicite a la Dirección Médica (Profesores/as titulares) el programa operativo de la asignatura correspondiente. | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 2 | Recibe instrucción y solicita por correo electrónico a la Dirección Médica (Profesores/as titulares) que envíen el programa operativo de cada asignatura. | -Correo electrónico de solicitud de programa. |
| Director(a) Médico(a) (Profesores(as) titulares de cada asignatura) | 3 | Recibe correo e integran el programa operativo de la asignatura, con base en los programas académicos que les remitieron las instituciones educativas. | -Correo electrónico de solicitud de programa. |
| | 4 | Remite el programa operativo vía correo electrónico a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza). | -Correo electrónico con el programa. -Programas operativo. |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 5 | Recibe por correo electrónico los programas operativos con el desglose de temas, su programación y asignación. | -Correo electrónico con programa. -Programas operativos. |
| | 6 | Elabora el control de rotación de médicos/as internos/as y lo envía por medio electrónico a la Dirección Médica (profesores/as titulares) y a los médicos/as internos/as. | -Control de rotación de médicos internos. -Correo electrónico de envío de control de rotación. |
| Director(a) Médico(a) (Profesores(as) titulares de cada asignatura) | 7 | Recibe por correo electrónico el control de rotación de médicos/as internos/as y realizan la distribución de temas, las presentaciones y las rotaciones clínicas. | -Correo electrónico de envío de control de rotación. |
| | 8 | Imparte las clases teóricas conforme a la distribución establecida. | -Control de rotación de médicos/as |
| | 9 | Asesora a los/las médicos/as internos/as | internos/as |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). |

Hoja: 6 de 13

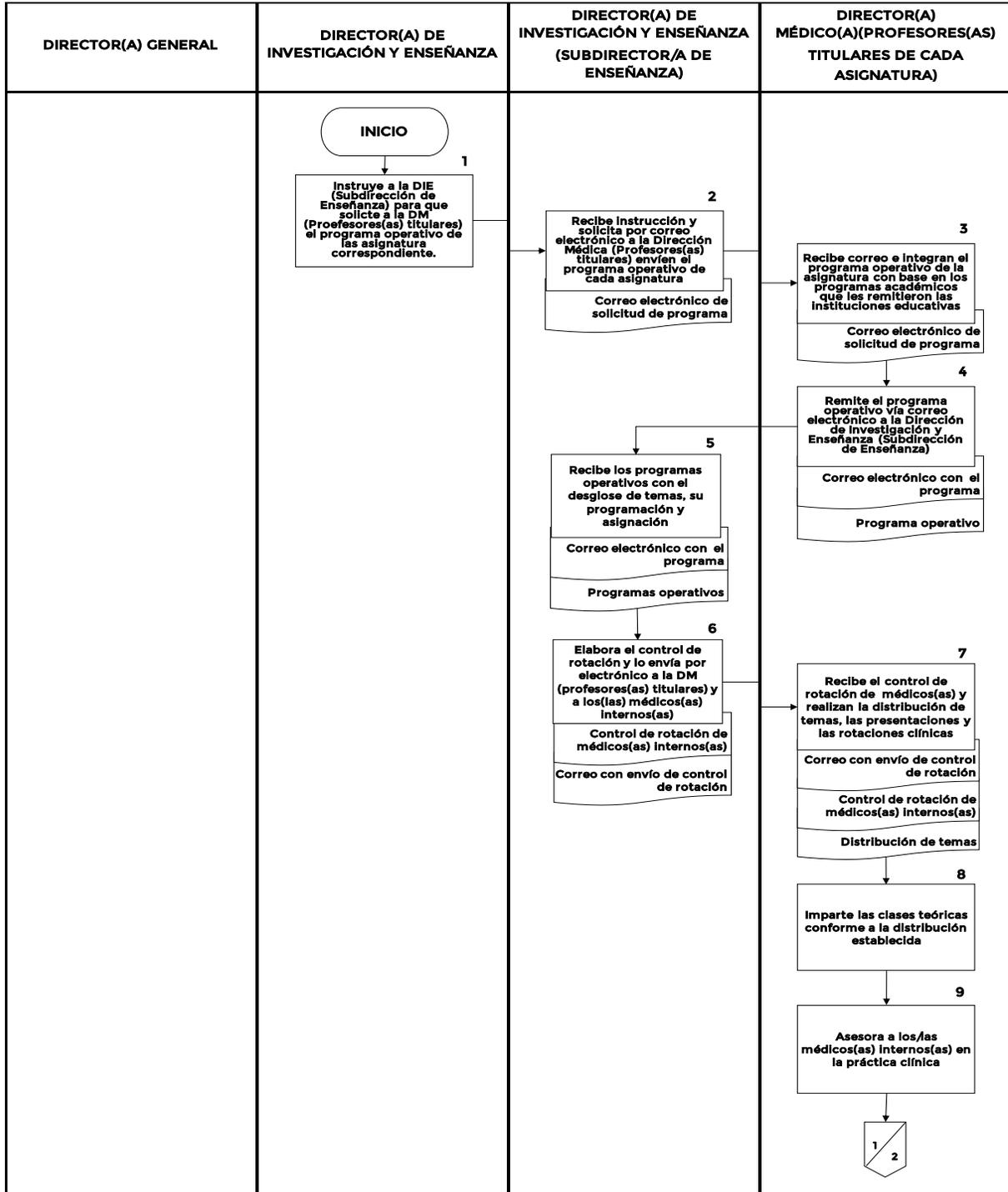
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | en la práctica clínica. | |
| | 10 | Aplica exámenes teórico-prácticos. | -Distribución de temas. |
| | 11 | Emite calificaciones al final del bimestre. | -Exámenes teórico-prácticos. |
| | 12 | Firma las listas de asistencia con la distribución de temas, el examen final y la cédula de evaluación por asignatura y recaban las firmas de los/las médicos/as internos/as. | -Listas de asistencia. -Examen final. |
| | 13 | Entrega los documentos a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza). | -Cédula de evaluación. |
| | | ----- ----- La Dirección de Investigación y Enseñanza a través de la Subdirección de Enseñanza, da seguimiento a los programas operativos y brinda asesoría a los/las médicos internos de conformidad con las políticas 3.12 y 3.13. ----- ----- | |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza) | 14 | Recibe las listas de asistencia con distribución de temas, el examen final y la cédula de evaluación. | -Listas de asistencia. |
| | 15 | Verifica que los documentos estén completos y todos estén firmados por el/la profesor/a y los/las médicos/as internos/as. | -Distribución de temas. -Examen final. |
| | 16 | ¿Los documentos están firmados? No. Solicita a la Dirección Médica (Profesor/a titular) que complemente la información. Regresa a la actividad 13. | -Cédula de evaluación. -Registro de calificaciones. |
| | 17 | Si. Captura la información bimestral de cada médico/a interno/a en el control de | -Correo de envío de calificación final a las instituciones. -Cartas de liberación de término de |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). |

Hoja: 7 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | 18 | registro de calificaciones y archiva la documentación recibida. | internado. |
| | 19 | Obtiene la calificación final del internado médico por alumno/a y la envía por correo a las instituciones educativas de las que provienen los/las médicos/as internos/as. | |
| | | Imprime las cartas de liberación de término de internado de los/las médicos/as internos/as y las entrega a la Dirección General. | |
| Director(a) General | 20 | Recibe las cartas de liberación de término de internado, las firma y las devuelve a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza). | -Cartas de liberación de término de internado |
| Director(a) de Investigación y Enseñanza (Subdirector(a) de Enseñanza). | 21 | Recibe las cartas de liberación de término de internado, genera una copia como acuse de recibo y las entrega a los/las médicos/as internos/as. Archiva los acuses. | -Cartas de liberación de término de internado. -Acuse de recibo. |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

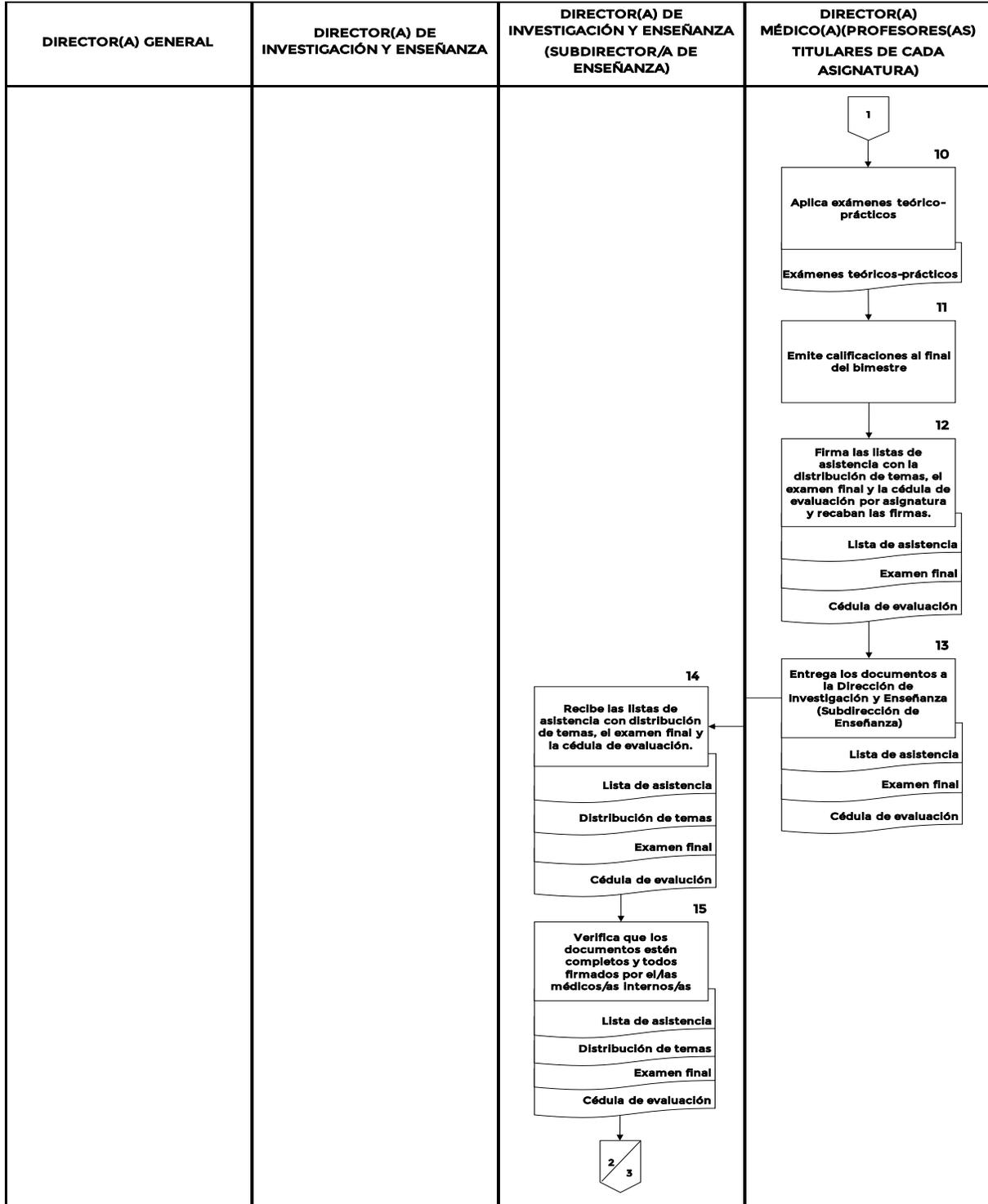
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

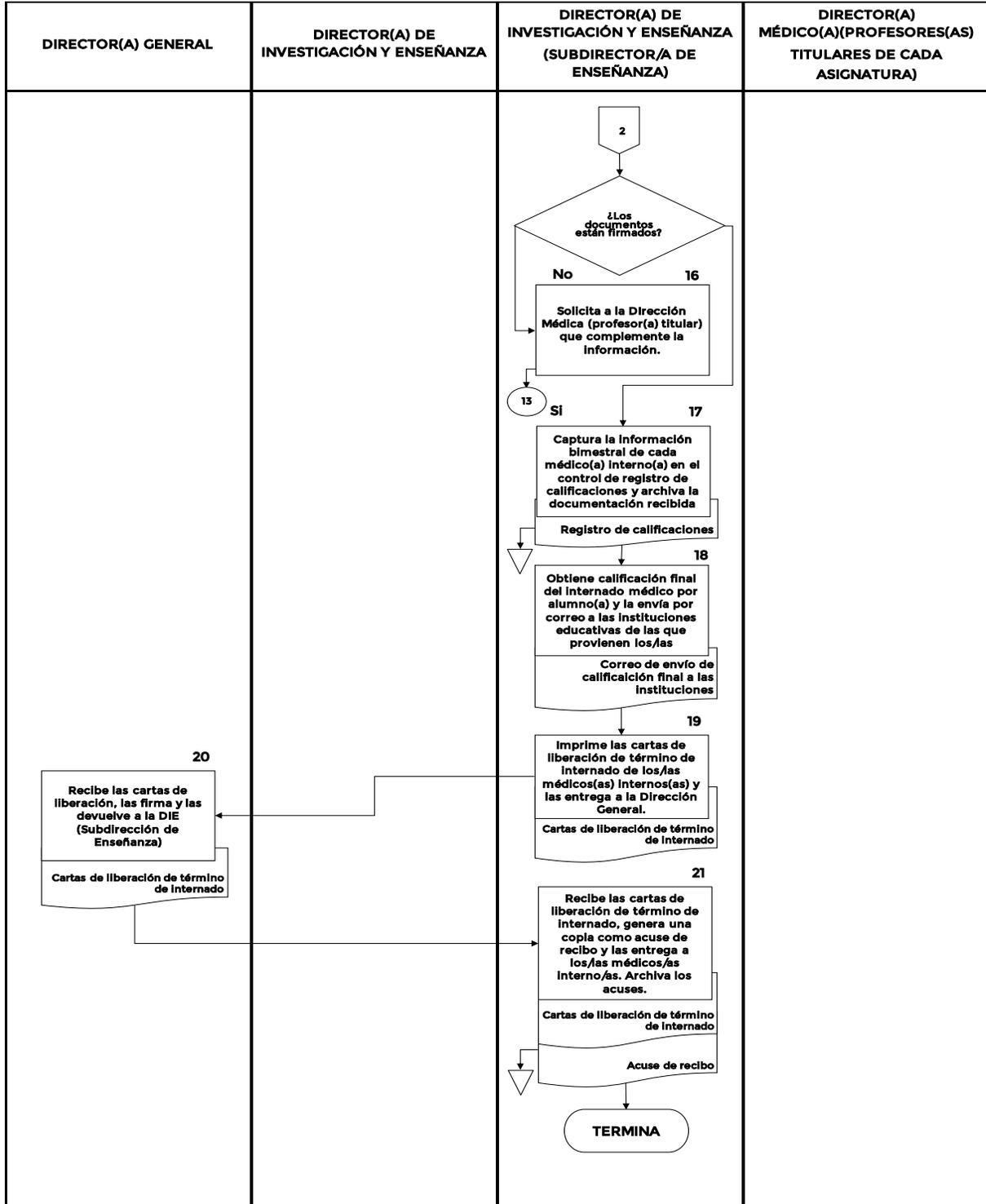
10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado).



Rev. 0

Hoja: 9 de 13





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 11 de 13 |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA3-2018, Educación en Salud, Criterios para la Utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. | No aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico de solicitud de programa. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada asignatura). | No aplica |
| 7.2 Correo electrónico con el programa. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada asignatura). | No aplica |
| 7.3 Programa operativo. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada asignatura). | No aplica |
| 7.4 Control de rotación de médicos internos. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | Hoja: 12 de 13 |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | |

| | | asignatura). | |
|---|--------|--|-----------|
| 7.5 Correo electrónico de envío de control de rotación | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza)/Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada asignatura). | No aplica |
| 7.6 Distribución de temas | 1 año | Dirección Médica (Profesores(as) titulares de cada asignatura). | No aplica |
| 7.7 Exámenes teórico-prácticos | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.8 Listas de asistencia | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.9 Examen final | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.10 Cédula de evaluación | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.11 Registro de calificaciones. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza/ Subdirección de Enseñanza | No aplica |
| 7.12 Correo de envío de calificación final a las instituciones. | 1 año | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.13 Carta de liberación de término de internado | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |
| 7.14 Acuse de Carta de liberación de término de internado. | 4 años | Dirección de Investigación y Enseñanza (Subdirección de Enseñanza) | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA | | |
| | 10. Procedimiento para coordinar los programas operativos de internado médico (pregrado). | | Hoja: 13 de 13 |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Internado médico de pregrado:** Ciclo académico teórico-práctico que se realiza como parte de los planes de estudio de licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo.
- 8.2 Programa operativo:** Documento que instrumenta el programa académico en el campo clínico.
- 8.3 Sede:** Establecimiento para la atención médica donde el alumno puede cursar y desarrollar la totalidad o la mayor parte de los estudios y actividades contenidos en el programa académico y operativo correspondiente.
- 8.4 Subsede:** Establecimiento para la atención médica donde el alumno puede cursar y desarrollar una parte de los estudios y actividades contenidos en los programas académico y operativo correspondientes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 13 |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | | |

11. PROCEDIMIENTO PARA ACTUALIZAR EL ESTATUTO ORGÁNICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los mecanismos de coordinación para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México y someterlo ante el Comité de Mejora Regulatoria Interna para su validación y a la Junta de Gobierno para su aprobación, para contar con un instrumento jurídico vigente que contenga las atribuciones de las áreas que conforman la estructura orgánica debidamente alineadas con los objetivos de la institución.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Es aplicable a la Dirección General, a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, a la Subdirección de Recursos Financieros, a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, al Titular del Órgano Interno de Control, al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, al Consultor, al Consultor, al Titular del Área de Auditoría Interna, al Auditor, al Auditor, al Titular del Área de Responsabilidades y al Titular del Área de Quejas, por ser las áreas que conforman la estructura orgánica y las responsables de revisar y proponer modificaciones al Estatuto Orgánico; a la Dirección de Planeación Estratégica por ser responsable de coordinar los trabajos para la actualización del Estatuto Orgánico y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) por ser responsable de verificar las propuestas y consolidar el Proyecto del Estatuto Orgánico.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Comité de Mejora Regulatoria Interna debido a que, valida el proyecto del Estatuto Orgánico, así como a la Junta de Gobierno del Hospital, por ser responsable de su aprobación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse en apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 3 de 13 |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que desarrolla.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, debe verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera.
- 3.5 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua.
- 3.6 Se considera Directores (as) de Área, a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.7 Se considera Subdirectores (as) Administrativos, a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, de la Subdirección de Recursos Financieros, de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.8 Se considera Titular del Órgano Interno de Control: al/ a la Titular del Órgano Interno de Control, al /a la Titular del Área de Auditoría para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, al Consultor, al Consultor, al Titular del Área de Auditoría Interna, al Auditor, al Auditor, al Titular del Área de Responsabilidades y al Titular del Área de Quejas.
- 3.9 Las Direcciones, Subdirecciones y el Órgano Interno de Control, son responsables de revisar los apartados del Estatuto Orgánico correspondientes a su ámbito de aplicación, proponer las modificaciones y enviarlas a la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, es responsable de verificar las propuestas de modificación que envíen las Direcciones, Subdirecciones y el Órgano Interno de Control y de consolidarlas.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de coordinar la revisión integral del Estatuto Orgánico, misma que puede realizarse en

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 4 de 13 |

reuniones de trabajo con la participación de las Direcciones, Subdirecciones y el Órgano Interno de Control.

- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de integrar el proyecto del Estatuto Orgánico y remitirlo al Comité de Mejora Regulatoria Interna, para someterlo a la validación de dicho órgano colegiado.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua elabora el Acuerdo de modificación del Estatuto Orgánico, con el propósito de someter dicho instrumento jurídico a la aprobación de la Junta de Gobierno.
- 3.14 La Junta de Gobierno del Hospital Juárez de México es responsable de aprobar las modificaciones al Estatuto Orgánico.
- 3.15 Una vez aprobado el Estatuto Orgánico, la Dirección de Planeación Estratégica solicita a la Dirección de Administración que se publique el aviso de emisión del Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación o, en su caso, que se publique el documento completo.
- Asimismo, solicita al Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, que realice los trámites para inscribir el Estatuto Orgánico en el Registro Público de Organismos Descentralizados, que administra la Secretaría de Hacienda Crédito Público.
- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica realiza las gestiones correspondientes para que el Estatuto Orgánico actualizado y aprobado, se publique en el Sistema de Administración de Normas Internas que administra la Secretaría de la Función Pública, así como en la intranet del Hospital.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. Hoja: 5 de 13 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Solicita a través de oficio y/o correo electrónico a las Direcciones de Área, Subdirecciones Administrativas y Titular del Órgano Interno de Control que revisen las atribuciones y demás apartados de su competencia incluidos en el Estatuto Orgánico y que remitan sus propuestas a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua). | -Oficio y/o correo electrónico de solicitud. |
| Directores(as) de Área, Subdirectores (as) Administrativos y Titular del Órgano Interno de Control | 2 | Recibe oficio y/o correo electrónico con solicitud. | -Oficio y/o correo electrónico de solicitud. |
| | 3 | Revisa los apartados del Estatuto Orgánico que son de su competencia, hacen las modificaciones y archivan oficio de solicitud. | -Estatuto Orgánico. |
| | 4 | Envía mediante oficio y/o correo electrónico las propuestas de modificación a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua). | -Oficio y/o correo electrónico con envío de propuestas de modificación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 5 | Recibe oficio y/o correo electrónico con las propuestas de modificaciones, las revisa y realiza comentarios. | -Oficio y/o correo electrónico con envío de propuestas de modificación. |
| | 6 | Integra el proyecto de Estatuto con las modificaciones y comentarios, lo presenta a la Dirección de Planeación Estratégica y archiva oficio con las propuestas. | -Proyecto de Estatuto Orgánico. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 7 | Recibe proyecto de Estatuto con las modificaciones y comentarios. | -Proyecto de Estatuto Orgánico. |
| Director(a) de Planeación Estratégica/ Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del | 8 | Comenta el proyecto de Estatuto Orgánico y hacen las anotaciones correspondientes. | -Proyecto de Estatuto Orgánico. |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. Hoja: 6 de 13 | |

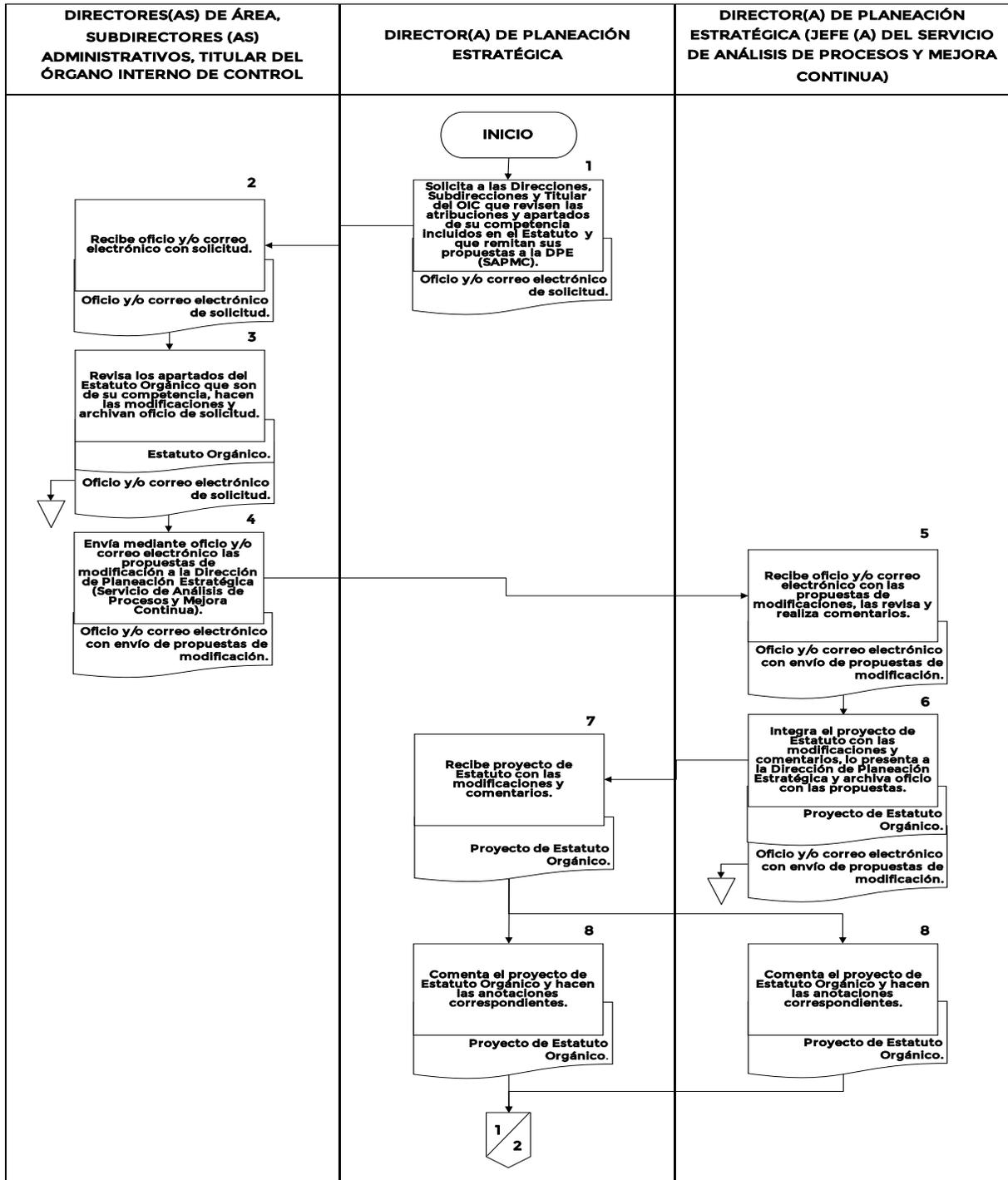
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | | | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 9 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) para que convoque a reunión a las Direcciones de Área, Subdirecciones Administrativas y al Titular del Órgano Interno de Control, a fin de revisar las propuestas de modificación de manera integral. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 10 | Recibe instrucción y elabora oficio y/o correo electrónico de convocatoria a reunión, especificando fecha, hora y lugar. | -Oficio y/o correo electrónico de convocatoria a reunión. |
| | 11 | Envía oficio y/o correo electrónico a las Direcciones de Área, Subdirecciones Administrativas y Titular del Órgano Interno de Control. | |
| Directores(as) de Área, Subdirectores (as) Administrativos, Titular del Órgano Interno de Control, Director(a) de Planeación Estratégica, Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 12 | Recibe oficio y/o correo electrónico, acuden a la reunión y analizan las modificaciones propuestas y los comentarios en el documento integrado. | -Oficio y/o correo electrónico de convocatoria a reunión. -Propuesta del Estatuto Orgánico. |
| | | ¿Las propuestas de modificación al Estatuto Orgánico son consistentes y están fundamentadas? | |
| | 13 | No: Comenta las adecuaciones a realizar. Regresa a la actividad 3. | |
| | 14 | Sí: Da visto bueno a la Dirección de Planeación Estratégica para integrar la versión preliminar del Estatuto Orgánico. | |
| Director (a)de | 15 | Integra la versión preliminar del Estatuto | -Propuesta del |

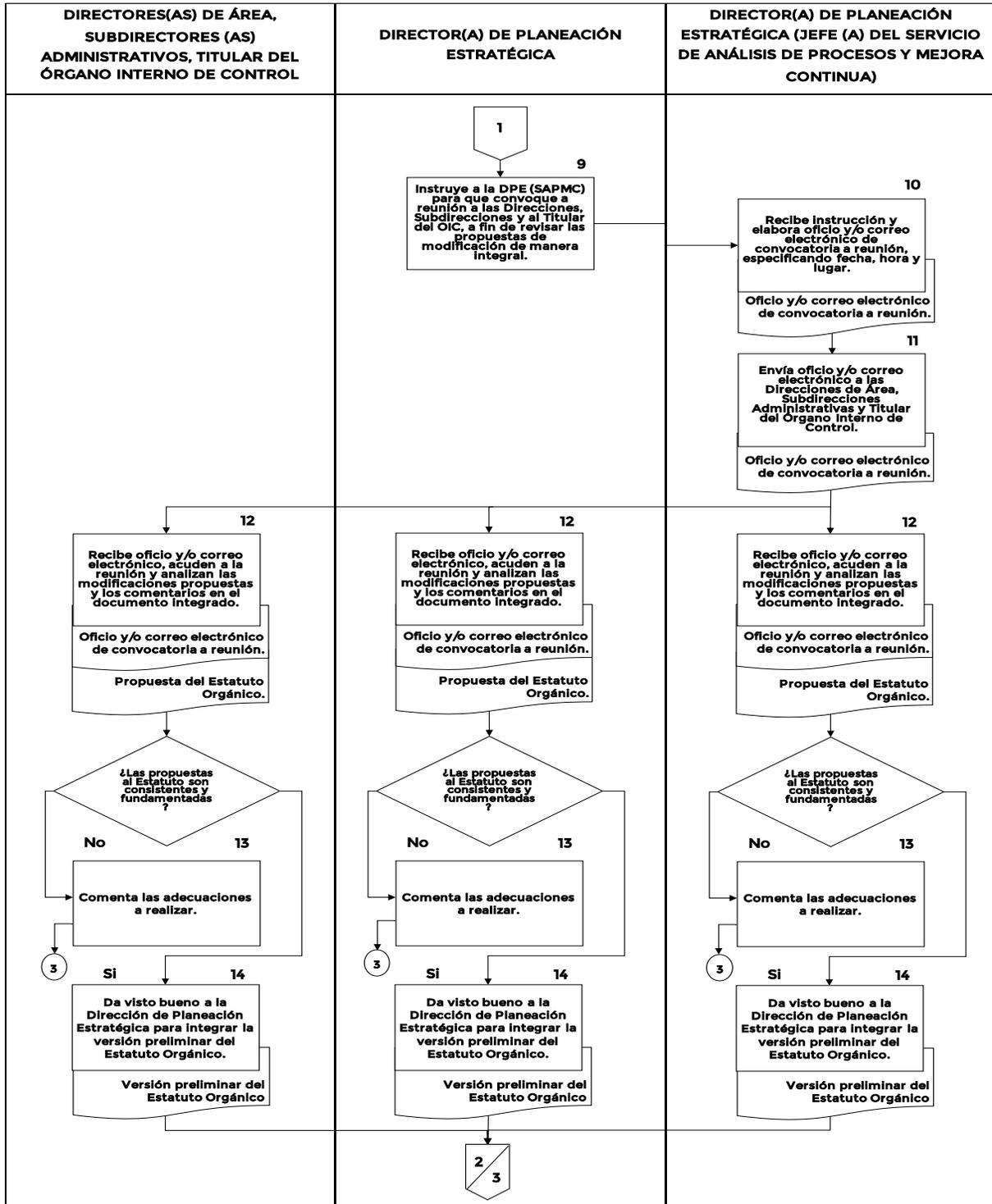
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. Hoja: 7 de 13 |

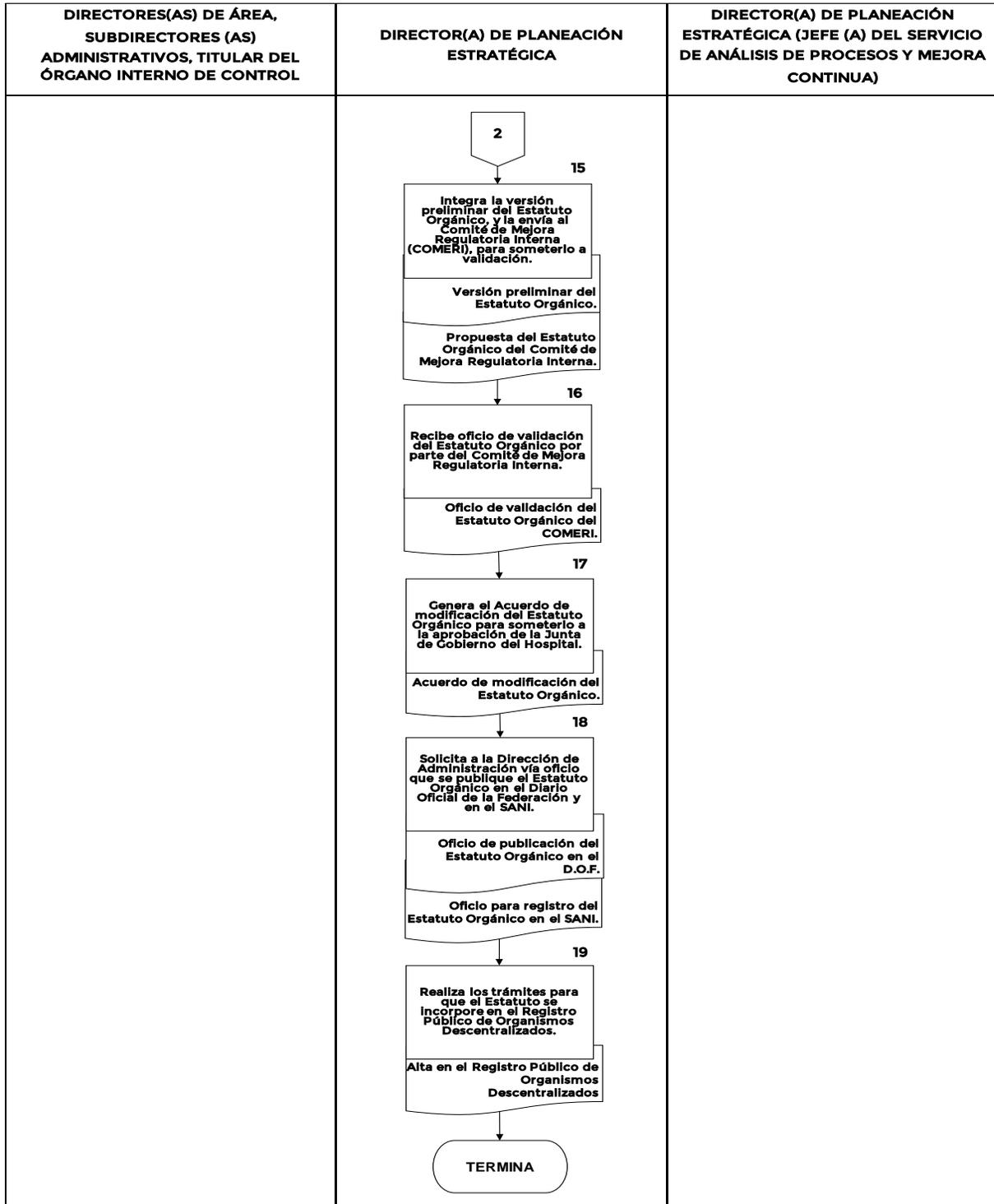
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|------------------------|----------|--|---|
| Planeación Estratégica | 16 | Orgánico, y la envía al Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI), para someterlo a validación. ----- ----- El Comité de Mejora Regulatoria Interna emite un oficio en el que notifica a la Dirección de Planeación Estratégica que ha sido validado el Estatuto Orgánico ----- ----- | Estatuto Orgánico del Comité de Mejora Regulatoria Interna. -Oficio de validación del Estatuto Orgánico del Comité de Mejora Regulatoria Interna. |
| | | 17 | Recibe oficio de validación del Estatuto Orgánico por parte del Comité de Mejora Regulatoria Interna. ----- ----- |
| | 18 | Genera el Acuerdo de modificación del Estatuto Orgánico para someterlo a la aprobación de la Junta de Gobierno del Hospital. ----- ----- La Junta de Gobierno aprueba el Estatuto Orgánico. ----- ----- | -Alta en el Registro Público de Organismos Descentralizados. |
| | | 19 | Solicita a la Dirección de Administración vía oficio que se publique el Estatuto Orgánico en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) y en el Sistema de Administración de Normas Internas (SANI) ----- ----- Realiza los trámites para que el Estatuto se incorpore en el Registro Público de Organismos Descentralizados. |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez. | | Hoja: 8 de 13 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez. | | Hoja: 11 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de las Entidades Paraestatales | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio y/o correo electrónico de solicitud. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.2 Estatuto Orgánico. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.3 Oficio y/o correo electrónico con envío de propuestas de modificación. | 2 años | Direcciones (as), Subdirecciones (as) y Oficina del/dela Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.4 Proyecto de Estatuto Orgánico. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.5 Oficio y/o correo electrónico de convocatoria a reunión. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.6 Propuesta del Estatuto Orgánico. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.7 Oficio de propuesta del Estatuto Orgánico del Comité de Mejora Regulatoria Interna. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.8 Oficio de validación del Estatuto Orgánico del Comité de | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez. | | Hoja: 12 de 13 |

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| Mejora Regulatoria Interna. | | | |
| 7.9 Estatuto Orgánico publicado en el Diario Oficial de la Federación. | No aplica | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.10 Estatuto Orgánico registrado en el Sistema de Administración de Normas Internas. | No aplica | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.11 Alta en el Registro Público de Organismos Descentralizados. | No Aplica | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Estatuto Orgánico. Es el ordenamiento jurídico que establece las bases de organización así como las facultades y funciones que correspondan a las distintas áreas que integren los organismos descentralizados. Su creación se fundamenta en el antepenúltimo párrafo del artículo 15 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

8.2 Registro Público de Organismos Descentralizados (REPODE). Es un mecanismo de transparencia y control que permite contar con una base de datos de dichos organismos. Tiene su fundamento legal en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento, que prevén su constitución a través de un sistema electrónico a cargo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Registro Público de Organismos Descentralizados (REPODE), los organismos descentralizados deberán inscribir los actos y documentos previstos en el artículo 25 de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y que se refieren fundamentalmente a los estatutos orgánicos de los organismos, a los nombramientos de sus directores (as) generales, de los integrantes de sus órganos de gobierno y los poderes otorgados a sus representantes legales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se incorporaron políticas transversales en materia de derechos humanos, rendición de cuentas, |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 11. Procedimiento para actualizar el Estatuto Orgánico del Hospital Juárez. | | Hoja: 13 de 13 |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>delimitación de responsabilidades y control interno. Cambió el área funcional que realiza las actividades para la actualización del estatuto, ahora es el Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, por lo cual se modificaron las políticas, la descripción de actividades y el diagrama de flujo.</p> |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | Hoja: 1 de 25 |

12. PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE METAS DE LA MATRÍZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 2 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Realizar la programación de las metas institucionales de los indicadores que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), de los Programas presupuestarios (Pp) considerados en la Estructura programática de la Institución, para contar con un medio de evaluación objetivo y apegado a la metodología y normatividad en la materia.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza y la Dirección de Administración, por ser quienes programan y dan cumplimiento a las metas institucionales de los indicadores de desempeño que integran la Matriz de Indicadores para Resultados, conforme al programa presupuestal de su competencia; a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien coordina los trabajos para la concertación de la Estructura Programática Individual, la programación y el seguimiento de las metas; a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) por ser quien apoya y asesora en la concertación de la Estructura Programática Individual, la programación y el seguimiento de las metas; a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) ya que es quien incorpora los reportes de avances de los indicadores en el portal institucional.
- 2.2 A nivel externo: A la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por ser quien administra el Portal Aplicativo en el que se registran las metas definitivas de la Matriz de Indicadores para Resultados; a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, ya que emite los lineamientos y regula el proceso de programación y seguimiento de metas, mismos que registra en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) de la Secretaría de Salud, porque regula la concertación de la estructura programática.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos(as) del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | Hoja: 3 de 25 |

decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional, establece los sistemas de información y debe contar con los soportes y archivos correspondientes y, en su caso, efectúa las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño dentro del ámbito de este procedimiento.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional, verifica la consistencia, calidad y veracidad de la información que genera como parte de este procedimiento y establece los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación y Desempeño Institucional, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades a su cargo en el ámbito de este procedimiento.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 La Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, envía el calendario general de las actividades para la elaboración del anteproyecto del presupuesto de egresos, entre las cuales se encuentra la concertación de la Estructura Programática Individual.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, es responsable de revisar en coordinación con las direcciones de área, la Estructura Programática Individual del Hospital, ya sea mediante reuniones de trabajo o por correo electrónico.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | Hoja: 4 de 25 |

- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, concerta la Estructura Programática Individual definitiva en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPSS).
- 3.11 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, envía a la Dirección de Planeación Estratégica la siguiente información para efectos de la programación de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR):
- Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación;
 - Formato de calendarización de metas;
 - Esquemas conceptuales;
 - Árbol de problemas y objetivos;
 - Fichas técnicas de los indicadores.
- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica remite a las direcciones de área la información señalada en la política anterior, para que programen las metas.
- 3.13 Las direcciones de área son responsables de programar las metas de la Matriz de Indicadores para Resultados, de acuerdo al Programa Presupuestal de su competencia, para lo cual deben considerar los siguientes aspectos:
- Población potencial, objetivo y la atendida;
 - Los datos históricos;
 - La capacidad del área; y
 - Factores internos y externos.
- 3.14 Otros aspectos a considerar por las direcciones de área para programar las metas, son:
- Su contribución a la mejora de la salud y bienestar de la población, cuyo compromiso debe reflejarse al plantearse retos y optimizar el uso de los recursos disponibles.
 - Procurar, cuando sea posible, que las metas tengan un valor superior o al menos igual al de la línea base o primer valor que se registró en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).
 - Definir los mecanismos para que en cada ejercicio fiscal haya un mejor desempeño acorde a los recursos disponibles.
- 3.15 Es responsabilidad de las direcciones de área:
- La consistencia y calidad de la información que soporta la programación de metas.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | Hoja: 5 de 25 |

- La organización, resguardo, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos y documentos que soporten la programación de las metas.
- Integrar la memoria de cálculo de la programación de metas de cada indicador.

- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, debe revisar que la programación de metas realizada por las direcciones de área, sea congruente con los aspectos establecidos en la política 3.13.
- 3.17 Una vez que están definidas las metas para cada indicador, la Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, las envía mediante correo electrónico a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- 3.18 La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad revisa las metas y en su caso, emite comentarios que debe atender la Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con las direcciones de área.
- 3.19 Una vez que la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad aprueba las metas, envía a la Dirección de Planeación Estratégica los “Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)”, “Fichas técnicas de los indicadores” y el formato “Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas”, para efectos de seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.20 Corresponde a las direcciones de área cumplir con lo establecido en los “Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)”, revisar las fichas técnicas de los indicadores de su competencia y difundirlas entre el personal involucrado adscrito a sus áreas.
- 3.21 Las direcciones de área dan seguimiento a los indicadores de su competencia y son responsables de:
- Establecer los mecanismos de control y supervisión necesarios para dar cumplimiento a las metas determinadas.
 - Verificar que la información que sustenta los avances de los indicadores sea consistente con los criterios establecidos en las fichas técnicas.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 6 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

- La organización, resguardo, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos y documentación que sustenta los avances de los indicadores.

- 3.22 Corresponde a las direcciones de área remitir a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional), los reportes de avances de los indicadores, en forma trimestral, semestral y anual.

- 3.23 Cuando se presenten diferencias entre la meta programada y la meta realizada, las direcciones de área deben incluir en el reporte la explicación a la variación y presentar las acciones para lograr la regularización en el cumplimiento de metas, las cuales deben ser verificables o auditables.

- 3.24 Las direcciones de área conjuntamente con la Dirección de Planeación Estratégica, analizan el cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño y evalúan sus avances.

- 3.25 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional, es responsable de solicitar al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica (CIIMEIT), que se publique en el Portal Institucional del Hospital Juárez de México el reporte de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño que conforman la Matriz de Indicadores para Resultados.

- 3.26 Los reportes de avances de la Matriz de Indicadores para Resultados se informan a la Junta de Gobierno como parte del Programa Anual de Trabajo de la Dirección General, así mismo, se presentan al pleno del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 7 de 25

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | <p>Recibe de la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, el Calendario general y lo reenvía por correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) para que inicie los trámites de concertación de la Estructura Programática Individual.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, envía por correo electrónico el Calendario general de las actividades para elaborar el anteproyecto del presupuesto.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Correo electrónico.</p> <p>-Calendario general.</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 2 | Recibe el Calendario general y revisa las actividades a realizar para concertar la Estructura Programática Individual así como su fecha de cumplimiento. | <p>-Correo electrónico.</p> <p>-Calendario general.</p> |
| | 3 | Accede al Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPSS) y obtiene la información de la Estructura Programática Individual que está pre-cargada para revisarla con las direcciones de área. | <p>-Estructura programática individual precargada.</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Directores(as) de Área | 4 | Revisa la Estructura Programática Individual. | -Estructura programática individual precargada. |
| | 5 | ¿La Estructura Programática Individual requiere modificaciones? | -Estructura programática individual propuesta. |
| | 6 | No: Realiza observaciones. Continúa en la actividad 10. | |
| | 6 | Si: Elabora la Propuesta de modificación de la Estructura Programática Individual. | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 8 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 7 | Captura la Propuesta de modificación de la Estructura Programática Individual en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud. | -Estructura programática individual propuesta. -Estructura programática individual definitiva. |
| | 8 | Revisa en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud si las modificaciones propuestas fueron aceptadas por la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud. ----- ----- En caso de que las modificaciones no hayan sido aceptadas, se informa personalmente a las direcciones que no fue aceptada la propuesta. ----- ----- | |
| | 9 | ----- ----- Procede a concertar la Estructura Programática Individual en el Sistema Web de Integración Programática Presupuestal de la Secretaría de Salud, de acuerdo a los tiempos establecidos en el Calendario general. ----- ----- La Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) envía por correo electrónico la Estructura Programática Individual definitiva a la Dirección de Administración, para fines presupuestales. ----- ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del | | ----- ----- Una vez concluido el proceso de concertación de la Estructura Programática Individual, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad envía a la Dirección de | -Correo electrónico con información para programar metas. -Lineamientos para el proceso |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 9 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 10 | <p>Planeación Estratégica y a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional), la siguiente información para la programación de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación; - Formato de calendarización de metas; - Esquemas conceptuales; - Árbol de problemas y objetivos; - Fichas técnicas de indicadores. <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Recibe correo electrónico y revisan el contenido de los Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación, el Formato de calendarización de metas, los Esquemas conceptuales, el Árbol de problemas y objetivos, así como la Ficha técnica de cada indicador.</p> | <p>de programación y presupuestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formato de calendarización de metas. -Esquemas conceptuales. -Árbol de problemas y objetivos. -Fichas técnicas. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 11 | <p>Solicita a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) reenviar por correo electrónico la información a las direcciones de área, para que programen las metas de los indicadores que son de su competencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Correo electrónico con información para programar metas. -Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación. -Formato de calendarización de metas. -Esquemas conceptuales. -Árbol de problemas y objetivos -Fichas |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 10 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | | | técnicas. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 12 | Envía a las direcciones de área la información por correo electrónico, solicitando que la consideren para la programación de las metas, además de los criterios establecidos en la política 3.11 y que elaboren la Memoria de cálculo correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> -Correo electrónico para programar metas. -Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación. -Formato de calendarización de metas. -Esquemas conceptuales. -Árbol de problemas y objetivos. -Fichas técnicas. |
| Directores(as) de Área | 13 | Recibe y revisa el Formato de calendarización de metas, los Esquemas conceptuales, el Árbol de problemas y objetivos, la Ficha técnica de cada indicador y los Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación. | <ul style="list-style-type: none"> -Correo electrónico para programar metas. -Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación. |
| | 14 | Integra la Memoria de cálculo de cada indicador y programan las metas, considerando las fórmulas y los criterios establecidos en las políticas 3.13 y 3.14 | <ul style="list-style-type: none"> -Formato de calendarización de metas. |
| | 15 | Envía Correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional), con la información de las metas programadas y la Memoria de cálculo correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> -Esquemas conceptuales -Árbol de problemas y objetivos. -Fichas técnicas. -Memoria de cálculo |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | |

Hoja: 11 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | | -Correo con metas. -Programación de metas. -Memoria de cálculo. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 16 | Recibe correo electrónico y revisa la programación de metas de los indicadores conforme a la Memoria de cálculo y a los criterios establecidos en las políticas 3.13 y 31.4. | -Correo con metas. -Programación de metas. -Memoria de cálculo. -Correo electrónico para ajustar metas. -Correo electrónico de envío a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). |
| | 17 | ¿La programación de metas es consistente con los criterios establecidos? No: Solicita por Correo electrónico a las direcciones de área que realicen los ajustes correspondientes. Regresa a la actividad 14. | |
| | 18 | Si: Envía Correo electrónico a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), con la programación de metas y conserva la Memoria de cálculo. ----- ----- La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad revisa y valida las metas. Registra las metas definitivas en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (PASH) y remite por correo a la Dirección de Planeación Estratégica el concentrado de las Metas validadas y registradas, así como los Esquemas, Fichas técnicas, Árboles de problemas y Árboles de objetivos de los programas presupuestales definitivos. ----- ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 19 | Recibe el Correo electrónico con la información y envía las Metas validadas a las direcciones de área para su | -Correo electrónico con metas |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 12 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|------------------------|----------|---|---|
| | 20 | <p>conocimiento y observancia, con copia a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional).</p> <p>Conserva los Esquemas, Fichas técnicas, Árboles de problemas y Árboles de objetivos de los programas presupuestales definitivos.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>validadas.</p> <p>-Metas validadas.</p> <p>-Correo electrónico con lineamientos y formato.</p> <p>-Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas.</p> |
| | 21 | <p>Para el seguimiento de los indicadores, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad envía a la Dirección de Planeación Estratégica por correo electrónico los "Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)" y el formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas".</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Recibe correo electrónico con los "Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas, Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)" y el formato "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas" y lo reenvía a las direcciones de área y a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño), para que consideren la información en el reporte de avances de los indicadores.</p> | <p>Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).</p> <p>-Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas.</p> |
| Directores(as) de Área | 22 | <p>Recibe Correo electrónico con los Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y el Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de</p> | <p>-Correo electrónico con lineamientos y formato.</p> <p>-Lineamientos para el reporte</p> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| | 23 | Metas y toman conocimiento. Difunde la información entre el personal responsable de dar cumplimiento a los indicadores conforme a las metas determinadas, a fin de que los consideren para efecto de seguimiento. Conservan los Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y el Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas. | del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). -Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas. |
| | 24 | Genera el Reporte de seguimiento en la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas", con base en el Soporte documental y electrónico correspondiente y en total apego a los términos establecidos en las fichas técnicas. | -Reporte de seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados -Soporte documental y/o electrónico. |
| | 25 | Valida el reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas" y lo envían por Correo (trimestral, semestral y anual) a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional). Archivan el Soporte documental y electrónico que sustenta los avances reportados. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 26 | Recibe de las direcciones de área el reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas" y verifica que la información del seguimiento esté completa y sea consistente con lo establecido en los "Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas Matriz de Indicadores para Resultados (MIR)" ¿El reporte de seguimiento de indicadores está completo y es consistente? | -Correo de envío de reporte. -Reporte de seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados. -Correo con solicitud de correcciones. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

Hoja: 14 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| | 27 | <p>No: Envía correo electrónico a las direcciones de área solicitando que realicen las correcciones o ajustes correspondientes. Regresa a la actividad 24.</p> <p>-----</p> <p>Las correcciones o ajustes también se pueden realizar mediante reuniones de trabajo con las direcciones de área correspondientes.</p> | <p>-Correo con envío de Reporte.</p> <p>-Reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas".</p> |
| | 28 | <p>-----</p> <p>Si: Envía por Correo electrónico a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad el Reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas"</p> <p>-----</p> <p>La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad revisa la información de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas", en su caso hace las observaciones que deben ser atendidas por la Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con las direcciones de área, y valida el reporte notificándolo a la Dirección de Planeación Estratégica vía correo electrónico.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 29 | <p>Recibe Correo con el Reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas" validado y lo reenvía a las direcciones de área con copia a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del</p> | <p>-Correo con validación de Reporte.</p> <p>-Reporte de seguimiento de la "Matriz de Indicadores</p> |

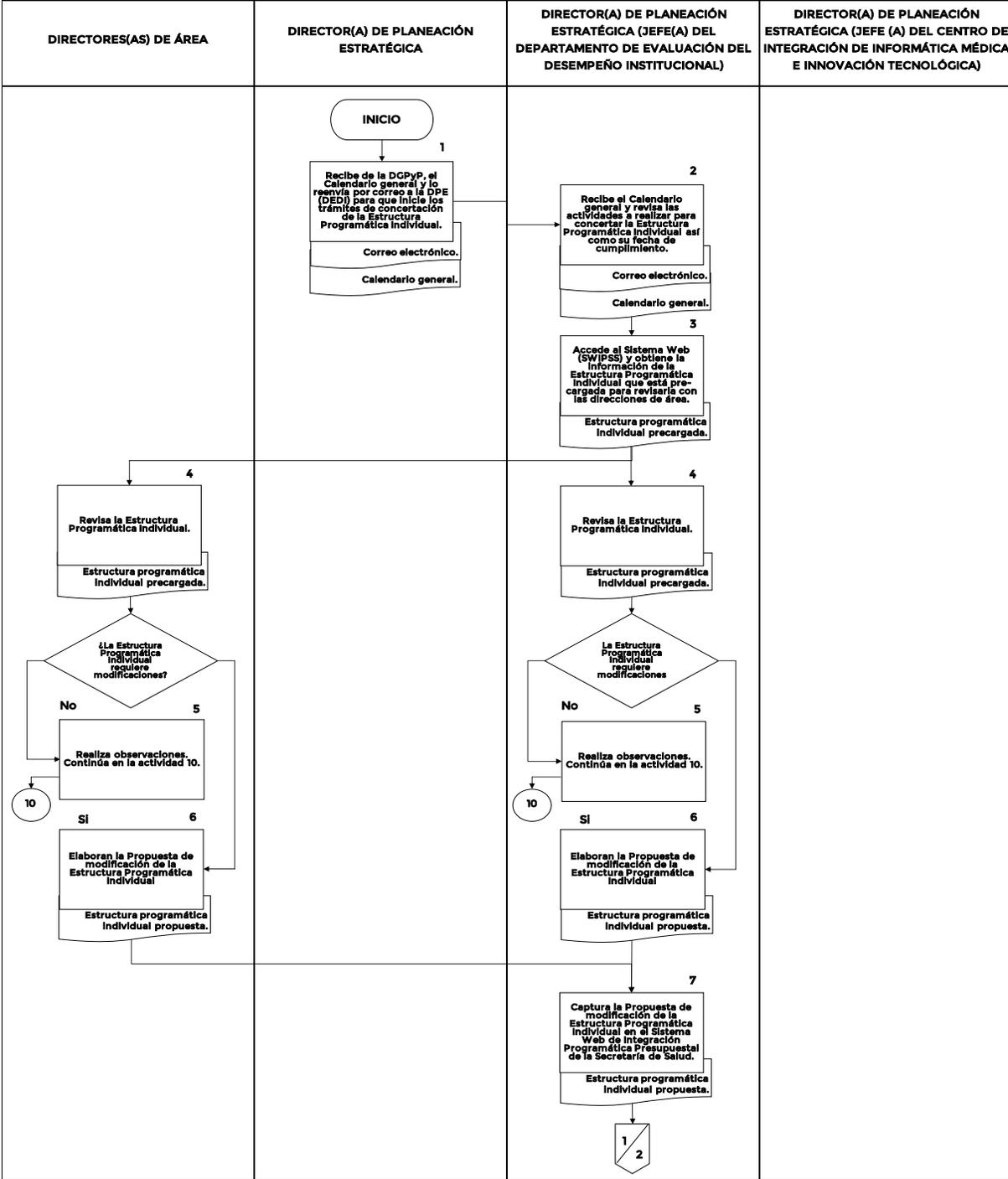
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). |

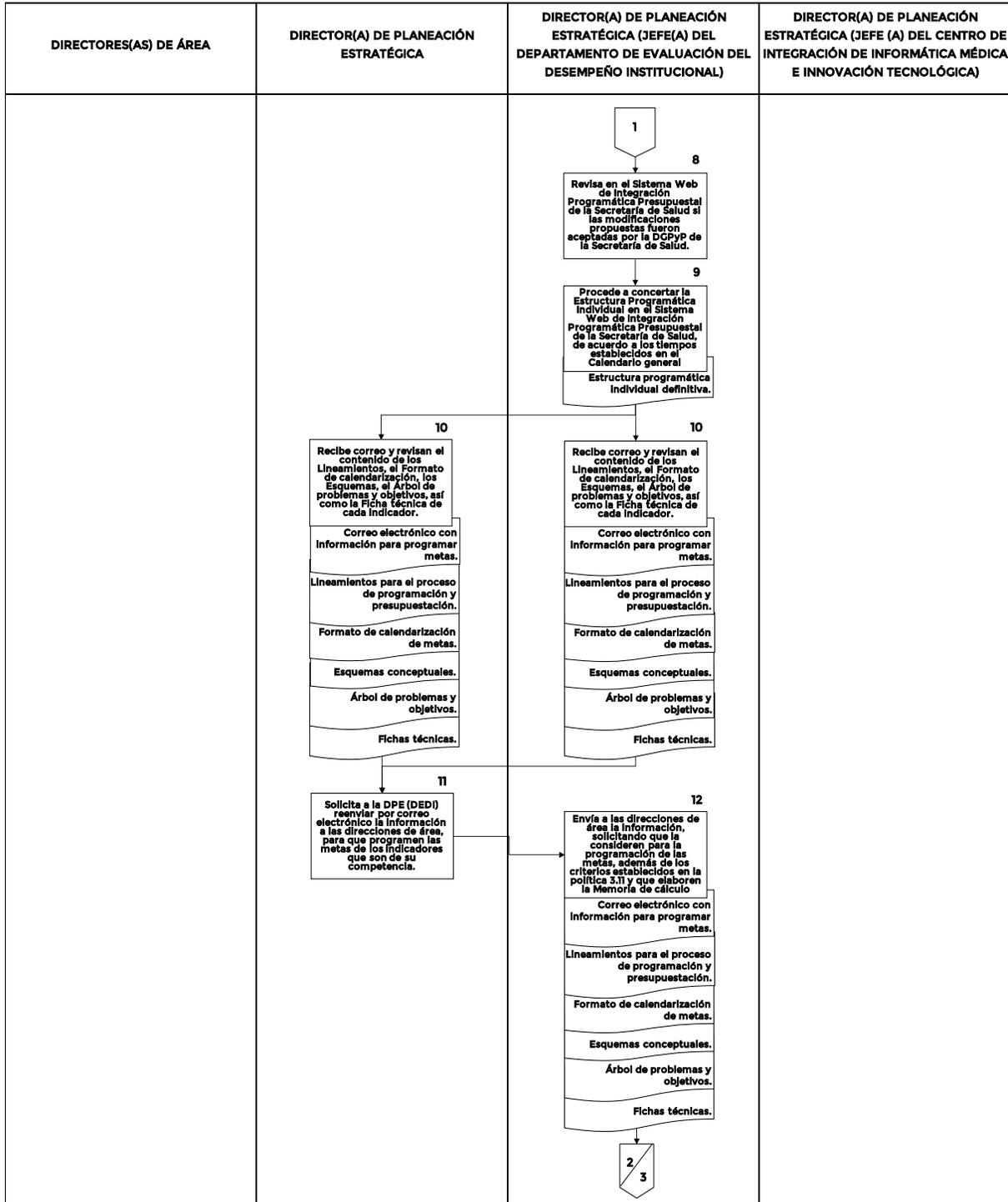
Hoja: 15 de 25

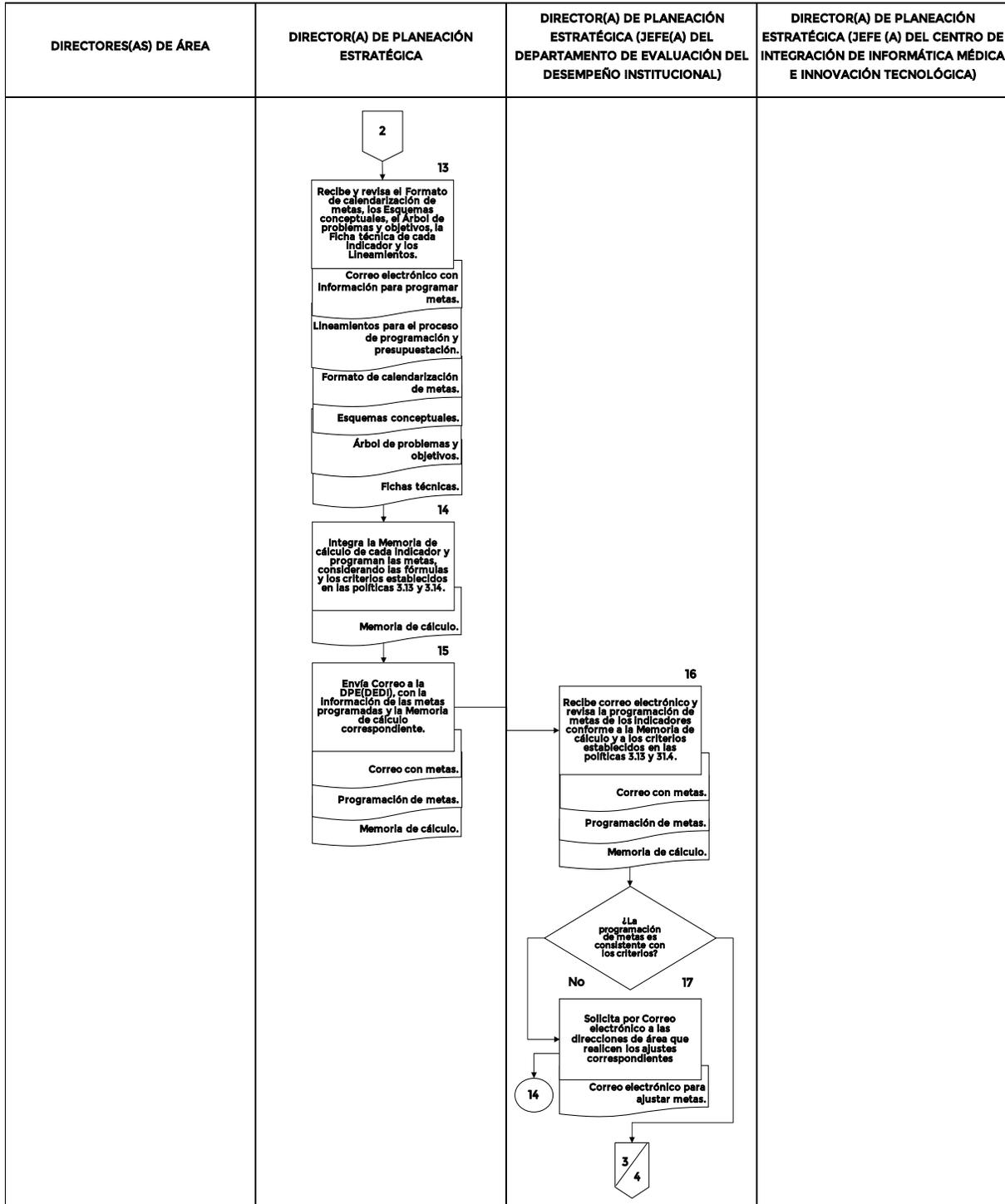
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | 30 | Desempeño Institucional). Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) para que gestione la publicación del reporte en el portal institucional. | para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas”. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | 31 | Envía Oficio al Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica, solicitando que publique en el portal institucional el Reporte del cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño y archiva el Reporte de seguimiento de la “Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas” definitivo. | -Oficio para publicación de Reporte. -Reporte de seguimiento de la “Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas”. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | 32 | Recibe el oficio para publicación de Reporte, publica en el portal institucional el Reporte de seguimiento de metas y archiva el oficio. TERMINA | -Oficio para publicación de Reporte. -Reporte de seguimiento metas. |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 16 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO









MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

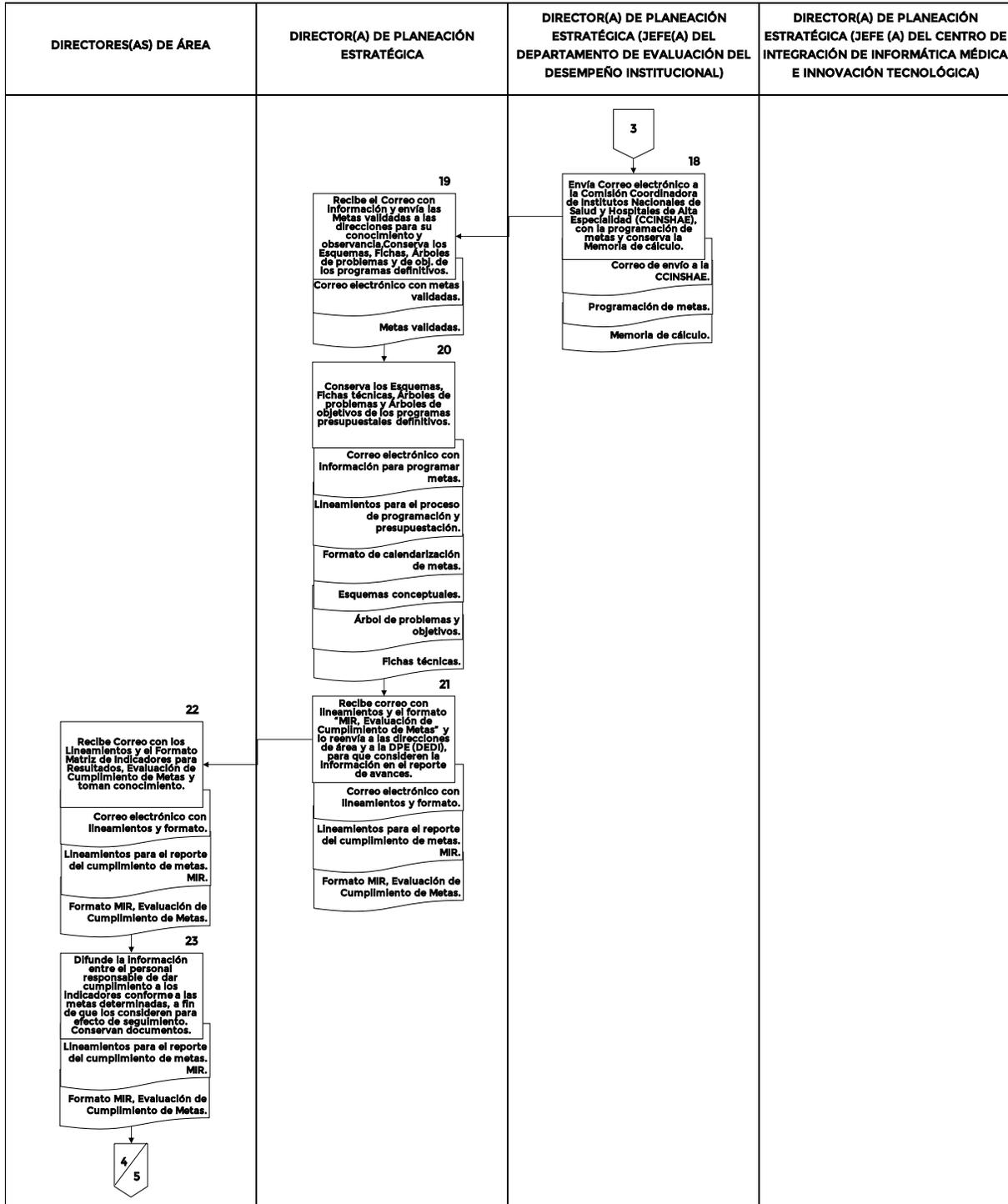
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

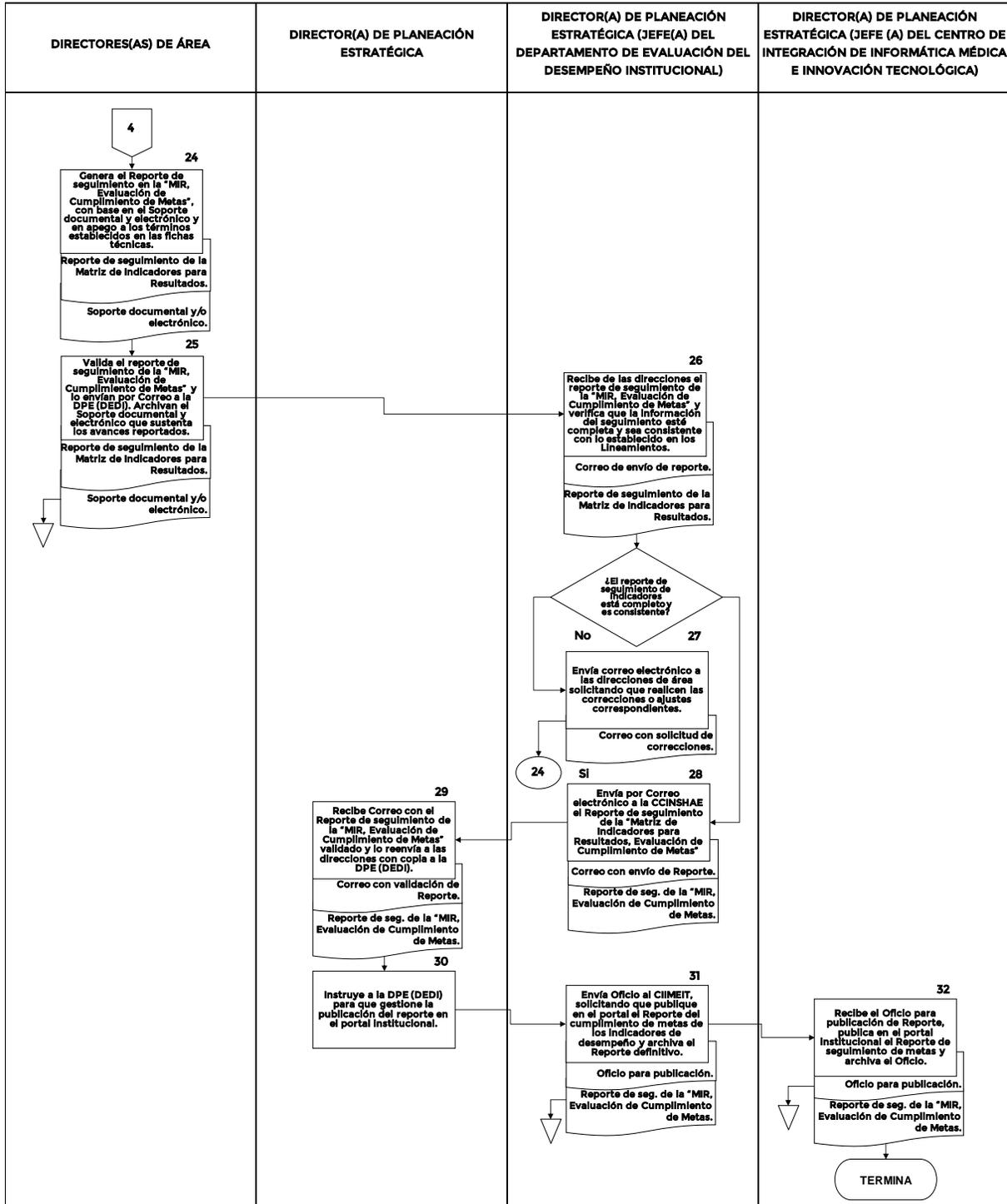
12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).



Rev. 04

Hoja: 19 de 25





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 21 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | | Código (cuando aplique) |
|------------|---|-------------------------|
| 6.1 | Ley Federal de las Entidades Paraestatales. | No aplica |
| 6.2 | Ley de Planeación. | No aplica |
| 6.3 | Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. | No aplica |
| 6.4 | Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.5 | Decreto de creación del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 | Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.7 | Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.8 | Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Correo electrónico. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.2 Calendario general. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.3 Estructura programática individual precargada. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.4 Estructura programática individual propuesta. | 1 año | Direcciones de área | No aplica |
| 7.5 Correo con envío de Propuesta. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.6 Correo rechazo | 1 año | Dirección de Planeación | No aplica |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | | Hoja: 22 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| de Propuesta. | | Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | |
| 7.7 Correo con Estructura definitiva. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Direcciones de área | No aplica |
| 7.8 Estructura programática individual definitiva. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Direcciones de área | No aplica |
| 7.9 Correo electrónico con información para programar metas. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.10 Lineamientos para el proceso de programación y presupuestación. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Direcciones de área | No aplica |
| 7.11 Formato de calendarización de metas. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.12 Esquemas conceptuales. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Direcciones de área | No aplica |
| 7.13 Árbol de problemas y objetivos. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |

| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | | Hoja: 23 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | | |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| | | (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/Direcciones de área | |
| 7.14 Fichas técnicas. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.15 Memoria de cálculo. | 2 años | Direcciones de área | No aplica |
| 7.16 Correo con metas. | 1 año | Direcciones de área | No aplica |
| 7.17 Programación de metas. | 2 años | Direcciones de área | No aplica |
| 7.18 Correo electrónico para ajustar metas. | 1 año | Direcciones de área | No aplica |
| 7.19 Correo electrónico de envío a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.20 Correo electrónico con metas validadas. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.21 Programación de metas validada. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.22 Correo | 1 año | Dirección de Planeación | No aplica |

| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | | Hoja: 24 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | | |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| electrónico con lineamientos y formato. | | Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | |
| 7.23 Lineamientos para el reporte del cumplimiento de metas. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.24 Formato Matriz de Indicadores para Resultados, Evaluación de Cumplimiento de Metas. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.25 Correo electrónico con lineamientos y formato. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.26 Reporte de seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.27 Soporte documental y electrónico | 2 años | Direcciones de área | No aplica |
| 7.28 Correo de envío de reporte. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |
| 7.29 Correo con solicitud de | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 25 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| correcciones. | | (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | |
| 7.30 Correo con validación de Reporte. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional)/ Direcciones de área | No aplica |
| 7.31 Oficio para publicación de Reporte. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Evaluación del Desempeño Institucional) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Ficha Técnica.-** Documento en forma de sumario que contiene la descripción de cada indicador y sus variables de manera detallada.
- 8.2 Indicador.-** Es un instrumento para medir el logro de los objetivos de los programas y un referente para el seguimiento de los avances y para la evaluación de los resultados alcanzados.
- 8.3 Meta.-** Permite establecer límites o niveles máximos de logro, comunica el nivel de desempeño esperado por las instituciones y permite enfocarlas hacia la mejora.
- 8.4 Programas presupuestales (Pp's).-** Los concertados en la Estructura Programática Individual.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 04 | Octubre, 2020. | Se fusionó el Procedimiento para la programación de metas y el Procedimiento para el seguimiento y cumplimiento de metas de los indicadores de desempeño. Se agregaron políticas transversales de rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y de |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 26 de 25 |
| | 12. Procedimiento para la programación y seguimiento de metas de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | control interno; se modificaron todos los apartados con base en la operación actual. |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO
No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

13. PROCEDIMIENTO PARA COMPILAR INFORMACIÓN DEL REPORTE DE LA MATRIZ DE INDICADORES PARA RESULTADOS (MIR) DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 2 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Conformar el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados por medio de la calendarización, integración y validación de los informes de la Dirección Médica (Servicios Médicos), a fin de cumplir con el marco regulatorio para la evaluación y el registro de los avances de cumplimiento de las metas de los indicadores de desempeño.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica ya que es quien emite el calendario para la entrega de informes mensuales y autoriza el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados; a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) por ser quien difunde el calendario para la entrega de informes mensuales y gestiona la oportunidad y consistencia de los informes; a la Dirección Médica (Servicios Médicos) por ser quien genera las cifras a reportar en el informe de la Matriz de Indicadores para Resultados; a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) por ser responsable de integrar la información de la Dirección Médica (Servicios Médicos) en el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos correspondientes para consolidar la información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes para consolidar la información que integre el reporte para la Matriz de Indicadores para Resultados en los que participa o que genera el área.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que sea requerida para consolidar el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados, para lo cual se deberán establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan para consolidar la información del reporte de la Matriz de Indicadores para resultados.
- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de elaborar y difundir a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento) y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) el calendario para la entrega de informes mensuales de la Dirección Médica (Servicios Médicos) que integran el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.8 La Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento) es responsable de enviar el calendario a la Dirección Médica (Servicios Médicos) e instruir la elaboración del reporte mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados, así como su entrega en apego a las fechas establecidas en el calendario.
- 3.9 La Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) es responsable de gestionar la oportuna entrega de información por parte de la Dirección Médica (Servicios Médicos) que integran la Matriz de

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 4 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

Indicadores para Resultados, a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria).

- 3.10 La Dirección Médica (Servicios Médicos) son responsables de generar y verificar la consistencia de la información, así como de las cifras registradas para ser consolidadas en el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados, previo a su entrega a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria).
- 3.11 La Dirección Médica (Servicios Médicos) son responsables de contar con la evidencia documental que soporte las cifras reportadas y consolidadas en el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.12 La Dirección Médica (Servicios Médicos) son responsables de entregar a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) el informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados, apegándose a las fechas establecidas en el calendario.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, es el encargado de revisar que el informe mensual de la Dirección Médica (Servicios Médicos) cumpla con los siguientes criterios: fecha de elaboración, periodo de reporte, nombre del servicio, coincidencia en sumatorias totales, nombre y firma del/de la Jefe(a) de Servicio.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria), no recibe informes mensuales de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados extemporáneos.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Estadística Hospitalaria, es el encargado de consolidar la información de los servicios médicos para integrar las cifras del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.16 La Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) es responsable de analizar y proyectar el comportamiento de los indicadores y sus variables que conforman el reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados.
- 3.17 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de validar y autorizar el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 5 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. Hoja: 5 de 12 | |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Elabora calendario para la entrega de informes médicos y cifras consolidadas y envía a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) para su conocimiento, difusión y aplicación. | -Calendario. |
| Director(a) Médico(a) (Jefe(a) de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Estadística Hospitalaria) | 2 | Recibe calendario para la entrega de informes médicos y cifras consolidadas. | -Calendario. |
| Director(a) Médico (Jefe(a) de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | 3 | Envía calendario a la Dirección Médica (Servicios Médicos) e instruye elaborar y entregar, en apego a las fechas establecidas en el calendario, el informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados. | -Calendario |
| Director(a) Médico (Jefes(as) de Servicios Médicos) | 4 5 | <p>Recibe calendario, lo archiva y se da por enterado.</p> <p>Elabora informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados.</p> <p>----- ----- La Dirección Médica (Servicios Médicos) debe verificar la consistencia del reporte, si cumple con los criterios para consolidarse y que no haya vencido la fecha límite</p> | -Calendario. -Informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados. |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. Hoja: 6 de 12 | |

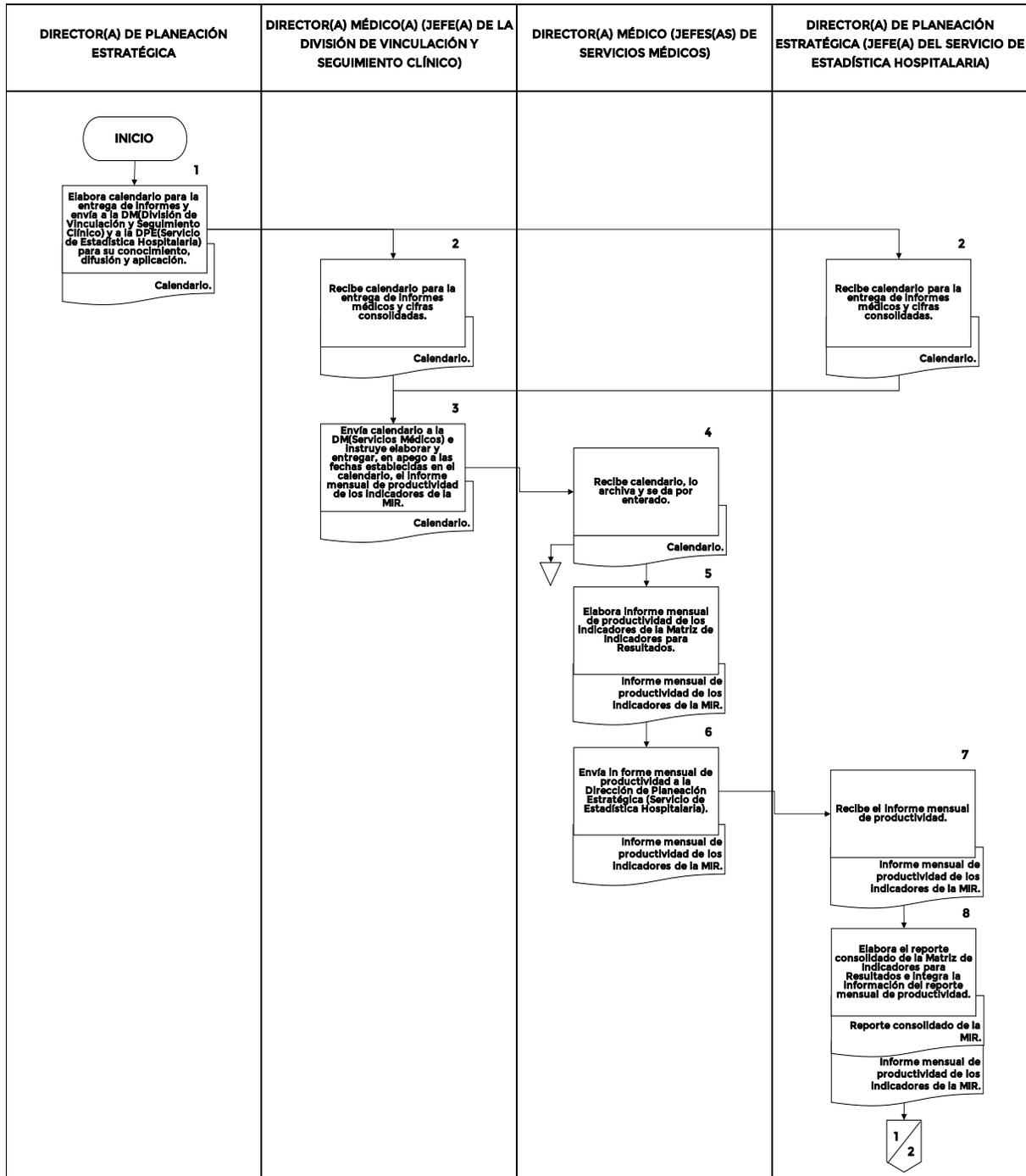
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | 6 | <p>conforme al calendario.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Envía informe mensual de productividad a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En el caso que no se cumpla con la fecha de entrega, la Dirección Médica (Servicios Médicos) debe elaborar y enviar justificación del incumplimiento a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de Estadística Hospitalaria) | 7 | <p>Recibe el informe mensual de productividad.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) debe verificar que el informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados esté dentro de las fechas establecidas en el calendario y cumpla con los criterios para ser consolidado.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Informe mensual de productividad de los indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados.</p> <p>-Reporte de Consulta Externa.</p> <p>-Reporte de Urgencias.</p> |
| | 8 | <p>Elabora el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados e integra la información del reporte mensual de productividad.</p> | <p>-Reporte de Egresos.</p> |
| | 9 | <p>Agrega en el reporte consolidado la información de consulta externa, urgencias y egresos.</p> | <p>-Reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados.</p> |
| | 10 | <p>Envía el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados para conocimiento, validación y autorización, a la</p> | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. Hoja: 7 de 12 | |

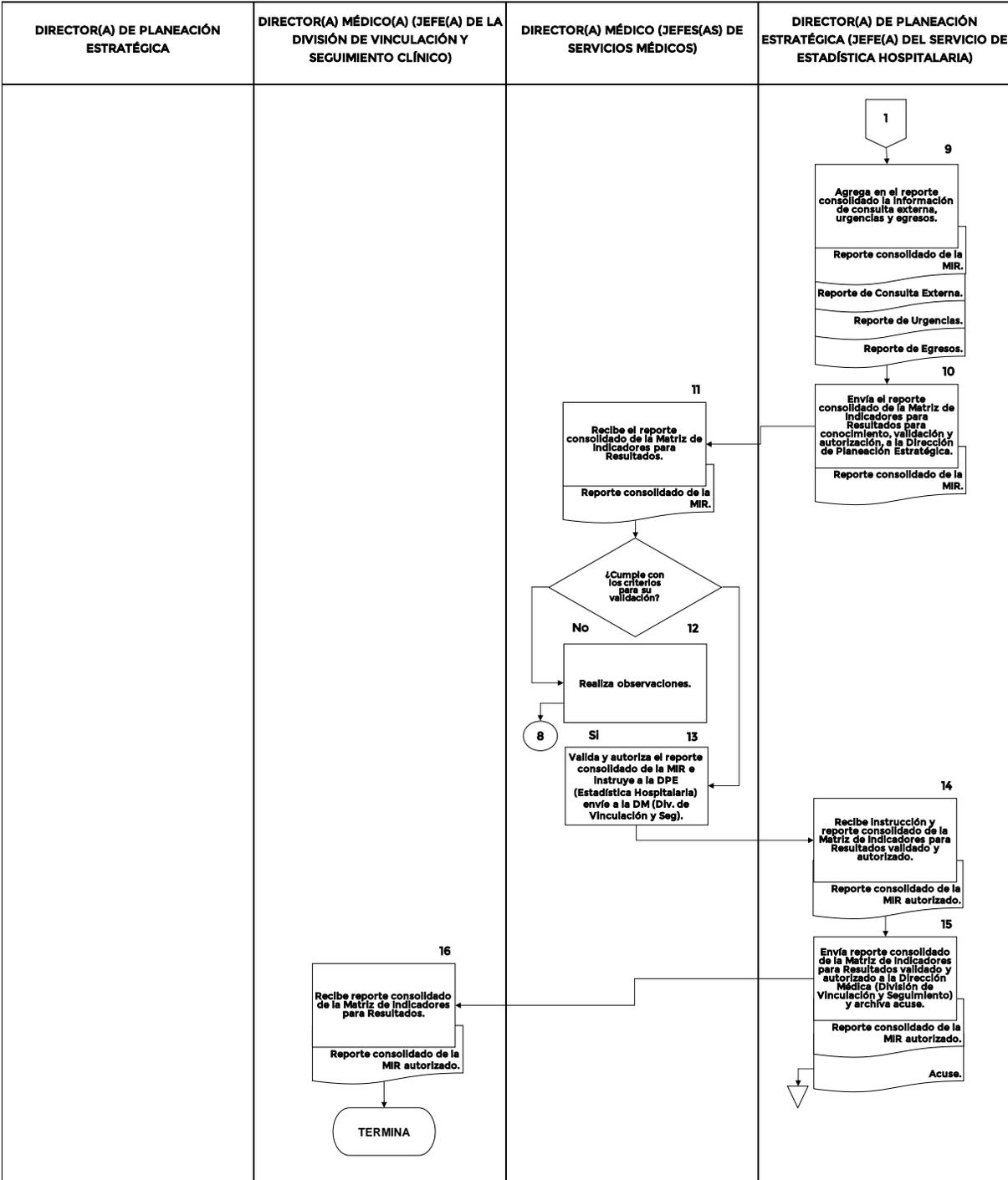
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | Dirección de Planeación Estratégica. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 11 | Recibe el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados. | -Reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados autorizado. |
| | | ¿Cumple con los criterios para su validación? | |
| | 12 | No: Realiza observaciones. Regresa a la actividad 8 | |
| | 13 | Si: Valida y autoriza el reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados e instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) envíe a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento). | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de Estadística Hospitalaria) | 14 | Recibe instrucción y reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados validado y autorizado. | -Reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados autorizado. -Acuse |
| | 15 | Envía reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados validado y autorizado a la Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento) y archiva acuse. | |
| Director(a) Médico (Jefe(a) de la División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | 16 | Recibe reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados. TERMINA | -Reporte consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados autorizado. |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 8 de 12 |
| 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 9 de 12 |
| 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | | |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 10 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Calendario. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica/Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria)/Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico)/Dirección Médica (Servicios Médicos) | No aplica |
| 7.2 Informe Mensual de Productividad de los Indicadores de la Matriz de Indicadores para Resultados. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria)/Dirección Médica (Servicios Médicos) | No aplica |
| 7.3 Reporte Consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria)/Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | No aplica |
| 7.4 Reporte de Consulta Externa | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) | No aplica |
| 7.5 Reporte de Urgencias | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) | No aplica |
| 7.6 Reporte de Egresos | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| | | Estadística Hospitalaria) | |
| 7.7 Reporte Consolidado de la Matriz de Indicadores para Resultados autorizado. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria)/Dirección Médica (División de Vinculación y Seguimiento Clínico) | No aplica |
| 7.8 Acuse | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Estadística Hospitalaria) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Calendario:** Documento el cual contiene las fechas de entrega y las actividades según la programación establecida para dar cumplimiento en la entrega de la información de manera puntual.
- 8.2 Compilar:** Reunir, seleccionar y fortalecer la información que integrará la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR).
- 8.3 Estadística Hospitalaria:** La Estadística Hospitalaria tiene por objeto conocer la situación actual del Hospital Juárez de México, dar respuesta a las diferentes solicitudes de información por parte de Organismos Internos, Gubernamentales, que Procuren el Acceso a la Información y Particulares. Constituye una fuente de información fundamental para el conocimiento de la salud pública en México y referente básico para muchas de las actuaciones que en materia de planificación, organización y gestión de los servicios médicos.
- 8.4 Indicadores:** Elementos que permiten cuantificar el propósito trascendental de cambio, medir el avance y resultados alcanzados, así como evaluar el nivel de cumplimiento.
- 8.5 Informe Mensual de Productividad:** Documento que contiene la productividad de los Servicios Médicos, los procedimientos realizados y la información que corresponda a los Indicadores de cada Servicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020 | Nueva Creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 12 de 12 |
| | 13. Procedimiento para compilar información del reporte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Presupuestario para la atención médica. | | |

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

14. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN ESPECÍFICO Y DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Determinar las acciones a seguir para la integración y actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México, para obtener la opinión técnica favorable de la Secretaría de Salud y contar con herramientas administrativas vigentes, que permitan la correcta ejecución de funciones así como el desarrollo las actividades encomendadas.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica por ser responsable de coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital; a la Dirección General, Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, a la Subdirección de Recursos Financieros, a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, al Titular del Órgano Interno de Control, al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, al Consultor, al Titular del Área de Auditoría Interna, al Auditor, al Titular del Área de Responsabilidades y al Titular del Área de Quejas, ya que son las áreas que integran la Estructura Orgánica y son responsables de actualizar sus funciones y procedimientos; a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) por ser responsable de integrar el Manual de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud, debido a que es la instancia encargada de emitir la opinión técnica de los Manuales. Aplica también al Comité de Mejora de Regulatoria Interna, por ser quien aprueba los manuales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos(as) del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Se considera Directores (as) de Área, a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Se considera Subdirectores (as) Administrativos, a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, de la Subdirección de Recursos Financieros, de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.9 Se considera Titular del Órgano Interno de Control, al/ a la Titular del Órgano Interno de Control, al /a la Titular del Área de Auditoría para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, al Consultor, al Consultor, al Titular del Área de Auditoría Interna, al Auditor, al Auditor, al Titular del Área de Responsabilidades y al Titular del Área de Quejas.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 4 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.10 La Dirección General es responsable de instruir a la Dirección de Administración para difundir la Estructura Autorizada.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, realiza las acciones necesarias para la integración de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital.
- 3.12 La integración y actualización del Manual de Organización Específico y el de Procedimientos del Hospital, debe apegarse a la forma y términos que establecen las Guías Técnicas autorizadas por la Secretaría de Salud.
- 3.13 Las Direcciones y Subdirecciones administrativas son responsables de alinear sus funciones a las atribuciones conferidas en el Estatuto Orgánico vigente y el Órgano Interno de Control debe alinearlas conforme al Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. Las funciones deben redactarse en los términos que establece la guía técnica correspondiente.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, brinda asesoría y apoyo necesario a las Direcciones, Subdirecciones administrativas y Órgano Interno de Control para la debida integración de sus funciones y procedimientos.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, es responsable de realizar el trámite para obtener opinión técnica favorable ante la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud.
- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, puede solicitar asesoría a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, para la integración de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital.
- 3.17 La Dirección General es responsable de solicitar opinión técnica de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México, a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud.
- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de realizar las actividades inherentes a la difusión del Manual de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México, la cual se hará una vez que se cuente con la opinión técnica favorable de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud y los

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 5 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

manuales sean aprobados por el Comité de Mejora Regulatoria Interna y, en su caso por la H. Junta de Gobierno.

- 3.19 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, realiza las gestiones para publicar en el Diario Oficial de la Federación el Aviso por el que se den a conocer los datos de actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. Asimismo, para que se publiquen ambos manuales en la página web del Hospital y en el Sistema de Administración de Normas Internas que opera la Secretaría de la Función Pública.
- 3.20 La Dirección de Planeación Estratégica, es responsable de resguardar los originales de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos autorizados.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 14. Procedimiento para coordinar la revisión y actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. Hoja: 6 de 13 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director (a) General | 1 | Recibe con oficio las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y Procedimientos. | -Oficio -Guías Técnicas |
| | 2 | Envía oficio con Guías Técnicas a la Dirección de Planeación estratégica. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 3 | Recibe con oficio las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de Manuales de Organización Específico y Procedimientos en medio electrónico. | -Oficio -Guías Técnicas |
| | 4 | Envía a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua), las Guías Técnicas e instruye llevar a cabo las acciones correspondientes para la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 5 | Recibe instrucción y las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de manuales. | -Oficio -Guías Técnicas -Oficio con calendarización |
| | 6 | 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 con la calendarización para la revisión y actualización de sus funciones y procedimientos. | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) Administrativos y Titular del Órgano Interno de Control | 7 | Recibe oficio con calendarización, revisan las Guías Técnicas, modifican sus funciones y procedimientos, y archivan oficio. | -Oficio con calendarización Guías Técnicas -Propuestas de funciones y procedimientos |
| | 8 | Acude a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) con las propuestas de sus funciones y procedimientos. | |
| Director(a) de Planeación | 9 | Recibe y revisa que las propuestas de las funciones y procedimientos cumplan con lo | -Propuestas de funciones y |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 14. Procedimiento para coordinar la revisión y actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. Hoja: 7 de 13 | |

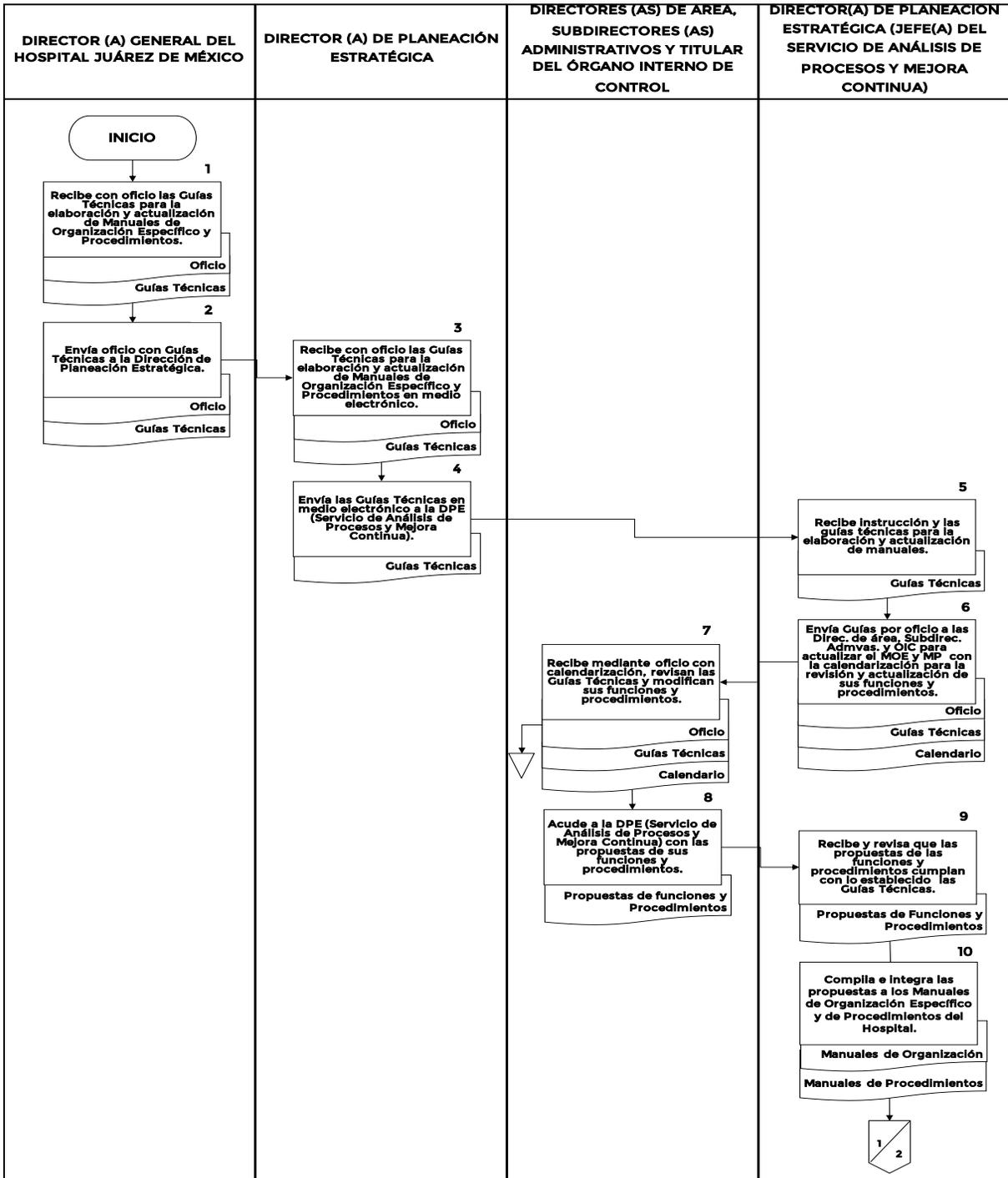
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Estratégica (Jefe (a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 10 | establecido en las Guías Técnicas. Compila e integra las propuestas a los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital. | procedimientos -Propuestas de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital |
| | 11 | Presenta a la Dirección de Planeación Estratégica la propuesta de los Manuales del Hospital para su visto bueno. | |
| | 12 | Recibe y revisa la propuesta de los manuales. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 13 | ¿Las propuestas de los Manuales cumplen con lo establecido en las Guías? No: Indica a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) hacer las adecuaciones correspondientes. Regresa a la actividad 6. | -Propuestas de Manuales de Organización Específico y de Procedimientos -Oficio -Manual de Organización Específico del Hospital -Manual de Procedimientos del Hospital. -Oficio de solicitud de opinión técnica favorable. |
| | 14 | Sí: Da visto bueno y envía Manuales de Organización Específico y de Procedimientos, mediante oficio firmado por la Dirección General del Hospital, a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización para opinión técnica favorable. | |
| | 15 | Recibe oficio de opinión técnica favorable que emite la Dirección General de Recursos Humanos y Organización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital. | |
| Director (a) General | 16 | Envía oficio de Opinión Técnica Favorable y los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos a la Dirección de Planeación Estratégica. | -Oficio de opinión técnica favorable. -Manual de Organización Específico del Hospital. -Manual de Procedimientos del Hospital. |
| | 17 | Recibe oficio de opinión técnica favorable y los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos. | |

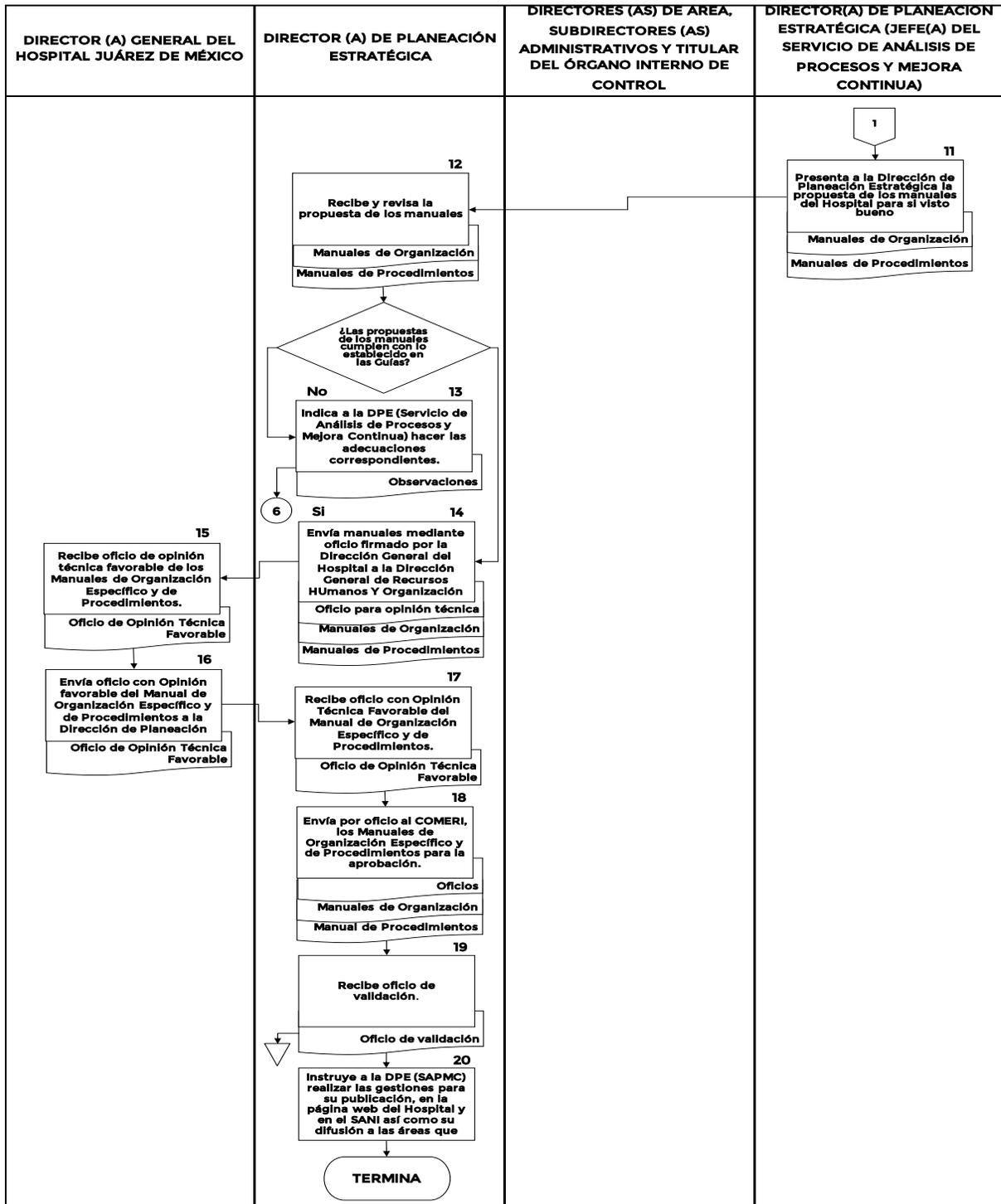
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 14. Procedimiento para coordinar la revisión y actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. Hoja: 8 de 13 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|---|
| | 18 | Envía por oficio, los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital en versión electrónica al Comité de Mejora Regulatoria Interna para su aprobación. | -Oficio de solicitud de aprobación. -Manual de Organización Específico del Hospital. |
| | 19 | Recibe oficio de aprobación del Comité de Mejora Regulatoria Interna y archiva. | -Manual de Procedimientos del Hospital. |
| | 20 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) realizar las gestiones pertinentes para su publicación en la página web del Hospital y en el Sistema de Administración de Normas Internas así como su difusión a las áreas que integran la estructura orgánica. ----- En el Diario Oficial de la Federación se publica el Aviso por el que se dan a conocer los datos de actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. ----- ----- TERMINA | -Oficio de aprobación. |

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 9 de 13 |
| 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio con guías | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | Indefinido | Dirección de Planeación Estratégica/Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.3 Oficio para la revisión de manuales | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.4 Calendario de revisiones | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.5 Propuestas de funciones y de procedimientos | 1 año | Área correspondiente de cada manual (estructura autorizada) | No aplica |
| 7.6 Manual de Organización Específico del Hospital | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.7 Manual de Procedimientos del Hospital | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.8 Oficio de solicitud | 2 años | Dirección de Planeación | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 12 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| de opinión técnica de los manuales a la DGRHyO | | Estratégica | |
| 7.9 Oficio de opinión técnica favorable (DGRHyO) | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.10 Oficio de solicitud aprobación de COMERI | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica/ Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.11 Oficio de aprobación de COMERI | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica/ Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Manual.-** Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información y/o instrucciones sobre diversos temas o procedimientos de una organización.
- 8.2 Manual de Organización Específico.-** Describe las funciones de cada una de las áreas y unidades de mando que integra la estructura de una institución y señala los puestos y la relación que existe entre ellas.
- 8.3 Manual de Procedimientos.-** Es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa, o de dos o más de ellas. El manual incluye los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.
- 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.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 13 de 13 |
| | 14. Procedimiento para coordinar la actualización de los Manuales de Organización Específico y de Procedimientos del Hospital Juárez de México. | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>procedimiento; se integran políticas sobre Derechos Humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo.</p> |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 1 de 25 |

15. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE PROCESOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 2 de 25 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Verificar aquellos procesos que presentan alguna problemática o riesgo de incumplimiento, para determinar las acciones de control interno a implementar e identificar las áreas de oportunidad que permitan mejorar su operación y así cumplir con las metas y objetivos institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento aplica a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien identifica el proceso, área, programa, trámite o servicio a analizar y el objetivo del análisis a efectuar; a la Dirección Médica, a la Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración y a la Dirección de Investigación y Enseñanza, ya que cualquier proceso puede ser analizado para su mejora; a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) por ser quien realiza los trabajos de análisis de los procesos seleccionados conforme a las técnicas establecidas.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 3 de 25 |

- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Se considera Director/a de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación y Enseñanza y Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.8 Cualquier proceso, área, programa, trámite o servicio del Hospital Juárez de México, puede ser objeto de análisis para determinar acciones de mejora.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica puede acceder a diversas fuentes de información para identificar aquellos procesos que presentan alguna problemática, que tienen factores que pueden materializar los riesgos de incumplimiento de metas u objetivos o, bien aquellos que requieren ser verificados y mejorados debido a los cambios dentro de la institución y/o en su entorno.

Entre las fuentes de información, se encuentran:

- Observaciones de auditorías practicadas por las diversas instancias fiscalizadoras: Órgano Interno de Control, Auditoría Superior de la Federación, Despacho Externo.
- Matriz de Desempeño Institucional
- Seguimiento del Programa Anual de Trabajo de la Dirección General y de las áreas.
- Acuerdos y cédulas de identificación de situaciones críticas determinadas por el Comité de Control y Desempeño Institucional.
- Acuerdos derivados de la Junta de Gobierno.
- Información estadística.
- Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- Programa de Trabajo de Control Interno.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 4 de 25 |

- Sistema Unificado de Gestión.
- Informes que generan los servicios médicos.
- Quejas de usuarios(as) recibidas en el Módulo de atención a quejas, sugerencias y felicitaciones, así como las turnadas por el Órgano Interno de Control.

También son susceptibles de análisis los trámites, servicios y programas a cargo de la institución.

- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de autorizar cuál será el proceso objeto de análisis a realizarse.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de autorizar el plan de trabajo que presente el Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua para la revisión de los procesos, el cual debe incluir las actividades a realizar y el tiempo estimado para su ejecución.
- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica debe presentar el plan de trabajo al/a la responsable del proceso objeto de análisis, siendo recomendable involucrar desde el inicio al/a la servidor/a público de mayor nivel jerárquico, para obtener su apoyo y compromiso para la realización de las actividades.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica por medio del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, debe realizar los trabajos de análisis de los procesos seleccionados conforme a las técnicas siguientes:
- a) Estudio general.
 - b) Análisis.
 - c) Verificación.
 - d) Confirmación. Investigación.
 - e) Declaración.
 - f) Observación.
 - g) Cálculo.
- 3.14 Los resultados del análisis se dejan asentados en cédulas de trabajo, mismas que deben estar documentadas.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica puede solicitar en todo momento, al Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua un informe de los avances de los trabajos realizados.
- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica verifica y autoriza el informe de resultados del análisis realizado por el Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, que debe contener al menos lo siguiente:
- a) Las actividades realizadas para sustentar los resultados.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 5 de 25 |

- b) Hallazgos o situaciones encontrados en cuanto a las debilidades de control interno y/o respecto a la identificación de áreas de oportunidad.
- c) Recomendaciones y acciones de control que debe implementar el área responsable.

La redacción del informe debe ser comprensible.

- 3.17 La Dirección de Planeación Estratégica y/o el Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua deben presentar el informe de resultados al/a la Titular del área objeto de análisis, al/ a la Jefe/a superior inmediato/a y al/a la Director/a de Área correspondiente ya sea en una reunión de trabajo o vía oficio.
- 3.18 El/la Titular del área objeto de análisis debe elaborar un plan de trabajo, que indique las fechas compromiso para implementar las medidas de control y las acciones de mejora identificadas en la revisión y enviarlo a la Dirección de Planeación Estratégica y/o al Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua.
- 3.19 Para verificar la implementación de las medidas de control y las acciones de mejora identificadas, la Dirección de Planeación Estratégica o el Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, debe elaborar un oficio para informar al Titular del área objeto de análisis que iniciarán los trabajos para el seguimiento de las acciones comprometidas.
- 3.20 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, debe solicitar al Titular del área objeto de análisis, el soporte documental y electrónico que sustente los avances de las acciones comprometidas.
- 3.21 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, determina el grado de avance en la implementación de las acciones con base en la información que le sea proporcionada y que verifique in situ, el cual se deja asentado en el reporte de seguimiento.
- 3.22 La Dirección de Planeación Estratégica debe presentar el reporte de seguimiento al/a la Titular del área objeto de análisis, al/al Jefe/a superior inmediato y al/a la Director/a de área correspondiente, ya sea en una reunión de trabajo o directamente vía oficio.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

Hoja: 6 de 25

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Identifica el proceso, área, programa, trámite o servicio a analizar y el objetivo del análisis a efectuar. | -Fuentes de información -Oficio de instrucción |
| | 2 | Elabora oficio de instrucción dirigido a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) para que elabore el plan de trabajo. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 3 | Recibe el oficio de instrucción. | -Oficio de instrucción |
| | 4 | Elabora el plan de trabajo, indicando las actividades a desarrollar y el tiempo estimado para su ejecución, archiva oficio de instrucción. | -Oficio de respuesta -Plan de trabajo |
| | 5 | Envía por oficio el plan de trabajo a la Dirección de Planeación Estratégica. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 6 | Recibe por oficio el plan de trabajo. | -Oficio de respuesta |
| | 7 | Verifica las fechas estimadas y que las actividades a desarrollar sean congruentes con el objetivo de los trabajos del análisis. ¿La información registrada es congruente? | -Plan de trabajo -Oficio para convocar a reunión |
| | 8 | No: Comenta las incongruencias con la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) solicita hacer los cambios en el plan de trabajo. Regresa a la actividad 4. | |
| | 9 | Si: Autoriza el Plan de Trabajo y archiva oficio de respuesta. | |
| | 10 | Elabora oficio dirigido a Direcciones de Área, Direcciones de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Direcciones de Área (Titular del área objeto de análisis), para convocarlos a la reunión de trabajo, con copia a la Dirección de | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

Hoja: 7 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---------------------------------|
| | | Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) a fin de que asista. | |
| Director(a) de Área, Director(a) de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Director(a) de Área (Titular del área objeto de análisis), Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 11 | Recibe oficio con la convocatoria, asisten a la reunión en la fecha y hora programada y archivan oficio con la convocatoria. | -Oficio para convocar a reunión |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 12 | Explica en la reunión el objetivo de los trabajos de análisis a desarrollar, así mismo presenta el plan de trabajo. | -Plan de trabajo |
| | 13 | Entrega copia del plan de trabajo al/a la titular del área objeto de análisis para su conocimiento. | -Minuta de reunión |
| | 14 | Solicita a los/ las asistentes firmar la minuta de la reunión celebrada, en la que se registra los puntos tratados. | |
| | 15 | Entrega copia de la minuta a los/las asistentes. | |
| | 16 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) llevar a cabo el Plan de trabajo. | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora | 17 | Recibe instrucción, acude al área dueña del proceso, solicita la información y documentación necesaria y ejecuta las actividades conforme al plan de trabajo. | -Información y documentación |
| | 18 | Integra el proyecto de informe de resultados. | -Proyecto de informe de resultados |
| | 19 | Envía el proyecto de informe de resultados a la Dirección de Planeación Estratégica. ----- El análisis de procesos se realiza conforme a las técnicas establecidas y los resultados se dejan asentados en cédulas de trabajo. ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 20 | Recibe el proyecto de informe de resultados. | -Proyecto de informe de resultados |
| | 21 | Verifica que sea claro, comprensible y que contenga los apartados mínimos. ¿El informe de resultados cumple con los requisitos? | -Informe de resultados -Oficio para convocar a reunión para presentación de resultados |
| | 22 | No: Indica observaciones a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) y le solicita hacer las modificaciones. Regresa a la actividad 18. | |
| | 23 | Sí: Aprueba el informe de resultados. | |
| | 24 | Elabora oficio para convocar a Direcciones de Área, Direcciones de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Direcciones de Área (Titular del área objeto de análisis) para asistir a reunión de trabajo en la que se presentarán los resultados del análisis efectuado, con copia a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | Procesos y Mejora Continua) a fin de que asista. | |
| Director(a) de Área, Director (a) de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Director (a) de Área (Titular del área objeto de análisis), Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 25 | Recibe oficio con la convocatoria, acuden a la reunión en la fecha y hora programada y archivan oficio con la convocatoria. | -Oficio para convocar a reunión para presentación de resultados |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 26 | Presenta los resultados del análisis realizado. | -Informe de resultados |
| | 27 | Solicita a la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis) elaborar el plan de trabajo en el que se establezcan fechas compromiso objetivas para implementar las acciones de control y de mejora identificadas. | -Minuta de cierre -Oficio de cierre |
| | 28 | Solicita a los/ las asistentes firmar la minuta de la reunión celebrada, en la que se registra los puntos tratados. | |
| | 29 | Entrega copia de la minuta a los/las asistentes. | |
| | 30 | Elabora oficio para formalizar el cierre de los trabajos de análisis efectuados, solicitando a la Dirección de Área (Titular | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | 31 | <p>del área objeto de análisis) entregar el plan de trabajo para la implementación de las acciones derivadas del informe de resultados.</p> <p>Envía el oficio a la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis) y remite copia a la Dirección de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), a la Dirección de Área y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua).</p> | |
| Director(a) de Área (Titular del área objeto de análisis) | 32 | <p>Recibe oficio, elabora plan de trabajo que incluye las acciones de control a implementar con base en el informe de resultados y, así mismo, las acciones de mejora determinadas y envía por oficio a la Dirección de Planeación Estratégica.</p> | <p>-Oficio de cierre</p> <p>-Plan de trabajo para implementar acciones de control y de mejora</p> <p>-Oficio para enviar plan de trabajo para implementar acciones</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 33 | <p>Recibe oficio y plan de trabajo y remite a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua), para su seguimiento conforme a las fechas compromiso establecidas en el plan.</p> | <p>-Oficio para enviar plan de trabajo para implementar acciones</p> <p>-Plan de trabajo para implementar acciones de control y/o de mejora</p> |
| | 34 | <p>Elabora oficio dirigido a la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis), con acciones por implementar, Dirección de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), a la Dirección de Área correspondiente, para convocarlos a la reunión de trabajo para dar inicio al seguimiento de las acciones determinadas con copia a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) a fin de que</p> | <p>-Oficio para convocar a reunión de seguimiento.</p> |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | asista. | |
| Director(a) de Área, Director (a) de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Director (a) de Área (Titular del área objeto de análisis), Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 35 | Recibe oficio con la convocatoria, acuden a la reunión en la fecha y hora programada y archivan oficio con la convocatoria. . | -Oficio para convocar a reunión de seguimiento. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 36 | Comenta que se iniciará el seguimiento de las acciones determinadas, según la fecha establecida en el plan de trabajo del área objeto de análisis. | -Minuta de reunión |
| | 37 | Solicita a los/ las asistentes firmar la minuta de la reunión celebrada, en la que se registra los puntos tratados. | |
| | 38 | Entrega copia de la minuta a los/las asistentes. | |
| | 39 | Indica a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) iniciar el seguimiento de las acciones. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del | 40 | Recibe indicación. | -Soporte documental y electrónico -Proyecto de |
| | 41 | Acude al área dueña del proceso, solicita el soporte documental y electrónico que | |

| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | |

Hoja: 12 de 25

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | 42 | <p>evidencie la implementación de las acciones en forma y en los tiempos establecidos.</p> <p>Elabora el proyecto del reporte de seguimiento y lo presenta a la Dirección de Planeación Estratégica.</p> | reporte de seguimiento. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 43 | Recibe el proyecto del reporte de seguimiento. | -Proyecto de reporte de seguimiento. |
| | 44 | <p>Verifica que sea claro y que contenga el total de las acciones.</p> <p>¿El reporte cumple con los requisitos?</p> | -Oficio para convocar a reunión para presentación de resultados del seguimiento. |
| | 45 | No: Indica a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) hacer las modificaciones. Regresa a la actividad 42. | |
| | 46 | Si: Elabora oficio para convocar a la Dirección de Área, a la Dirección de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), a la Dirección de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), a la Dirección de Área para asistir a reunión de trabajo, con copia a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua). | |
| Director(a) de Área, Director de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), Director(a) de Área (Titular del área objeto de análisis), Director(a) de Planeación | 47 | Recibe oficio con la convocatoria, acuden a la reunión en la fecha y hora programada y archivan oficio con la convocatoria. | -Oficio para convocar a reunión para presentación de resultados del seguimiento |

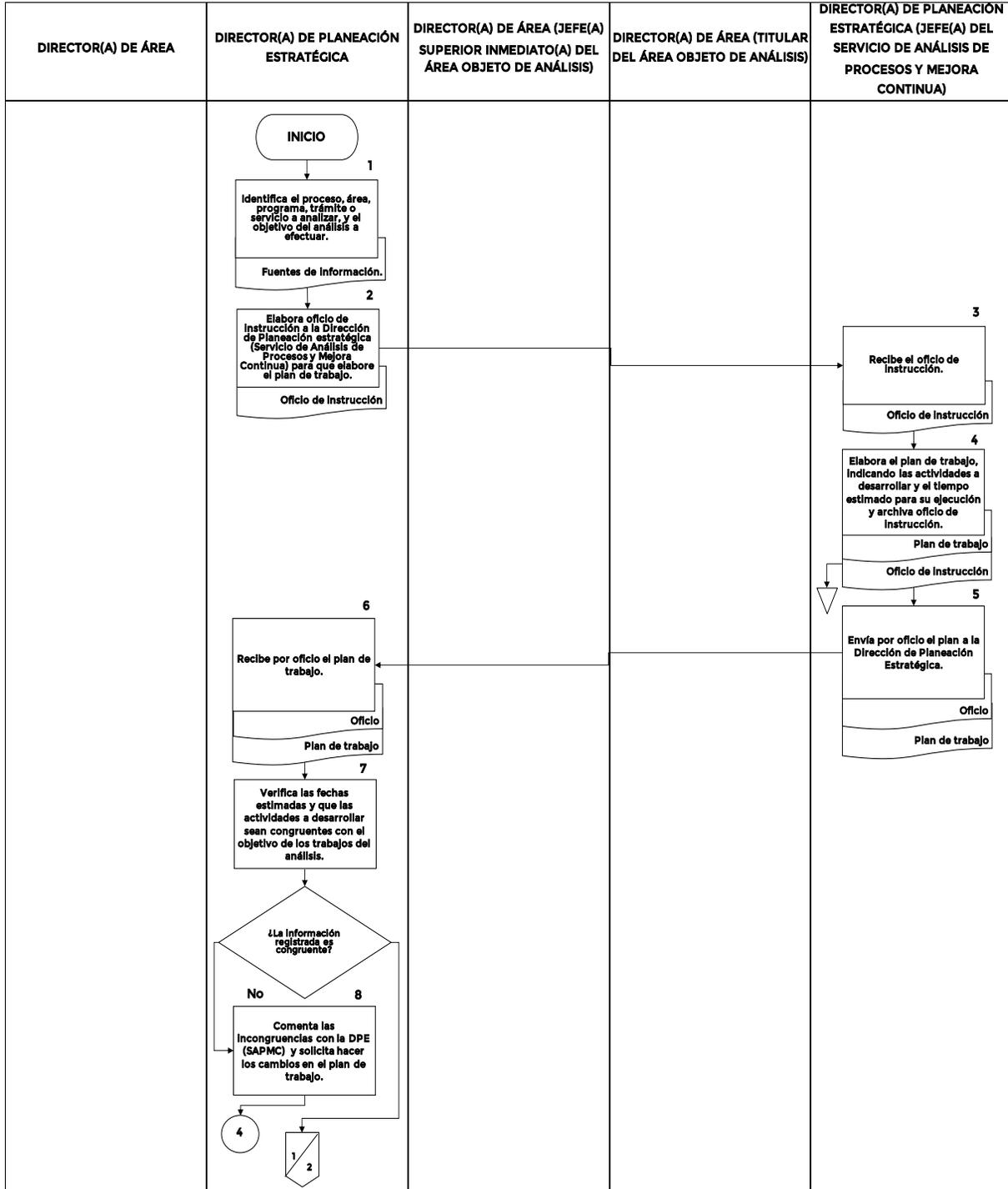
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. |

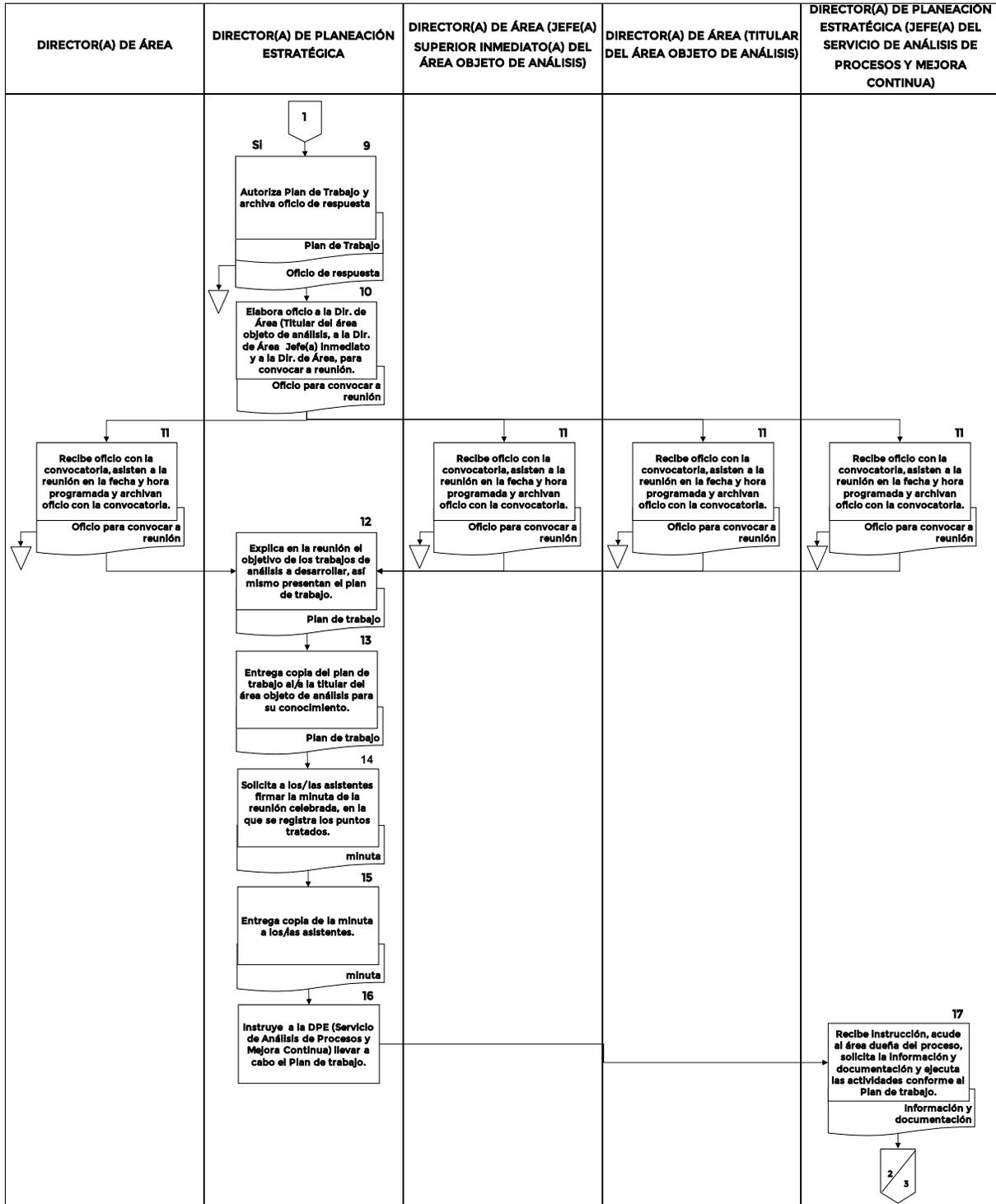
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | | | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 48 | Presenta el reporte de seguimiento explicando los resultados obtenidos. ¿Todas las acciones quedaron atendidas? | -Reporte de seguimiento. -Minuta de reunión: Cierre de trabajos -Oficio de cierre |
| | 49 | No: Informa los puntos faltantes a implementar así como la fecha compromiso para su atención, conforme a lo que acordó la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis) con la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua). Regresa a la actividad 32. | |
| | 50 | Sí: Indica que están atendidas todas las acciones. | |
| | 51 | Solicita a los/ las asistentes firmar la minuta de la reunión celebrada, en la que se registra los puntos tratados. | |
| | 52 | Entrega copia de la minuta y del reporte del seguimiento a los/las asistentes. | |
| | 53 | Elabora oficio dirigido a la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis), para formalizar el cierre de los trabajos de seguimiento. | |
| | 54 | Envía el oficio de cierre a la Dirección de Área (Titular del área objeto de análisis) y remite copia a la Dirección de Área (Jefe(a) superior inmediato(a) del área objeto de análisis), a la Dirección de Área y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora | |

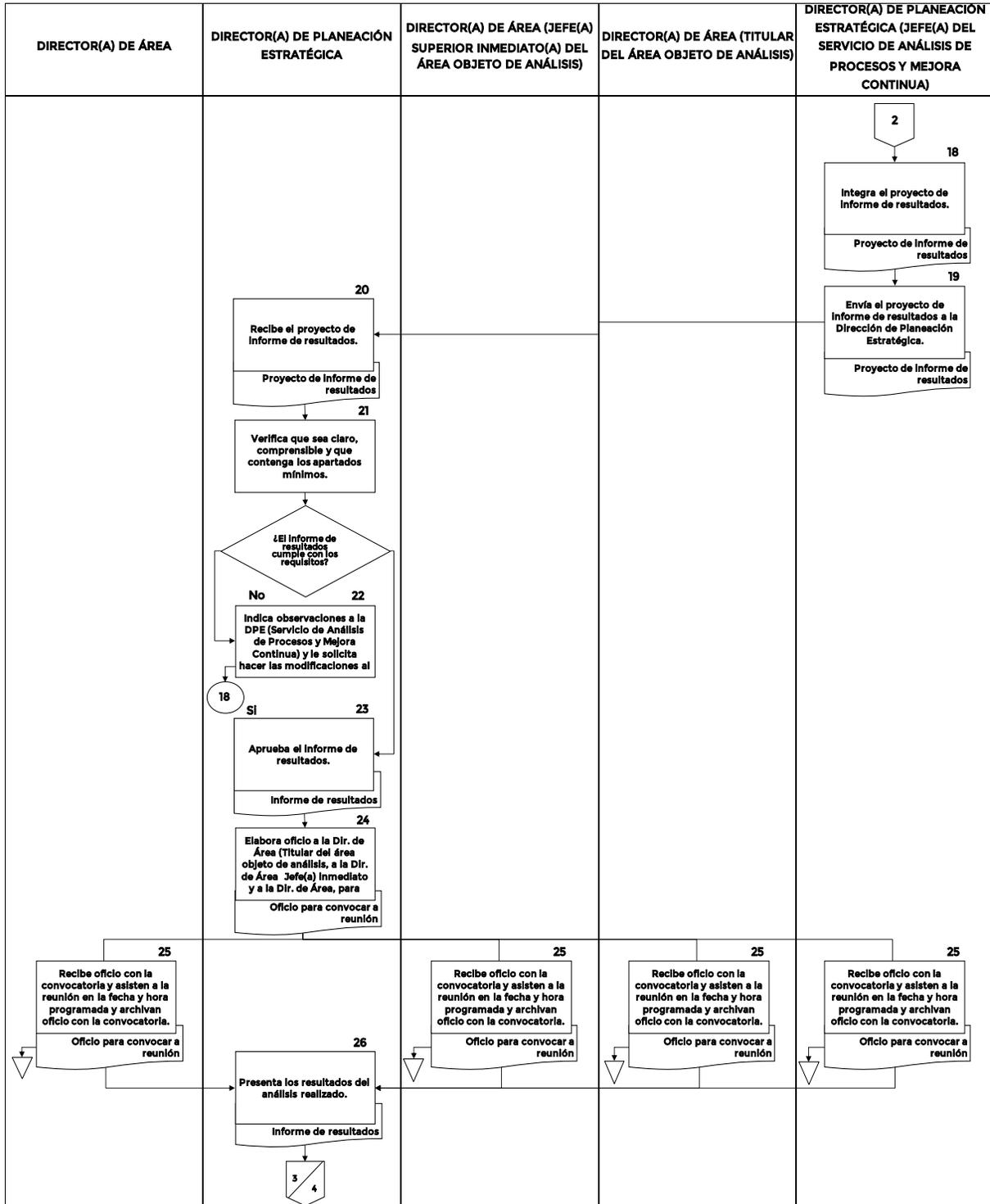
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | |
| Hoja: 14 de 25 | | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|------------------------------------|-------------------|
| | | Continua) y archiva documentación. | |
| | | TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO









MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

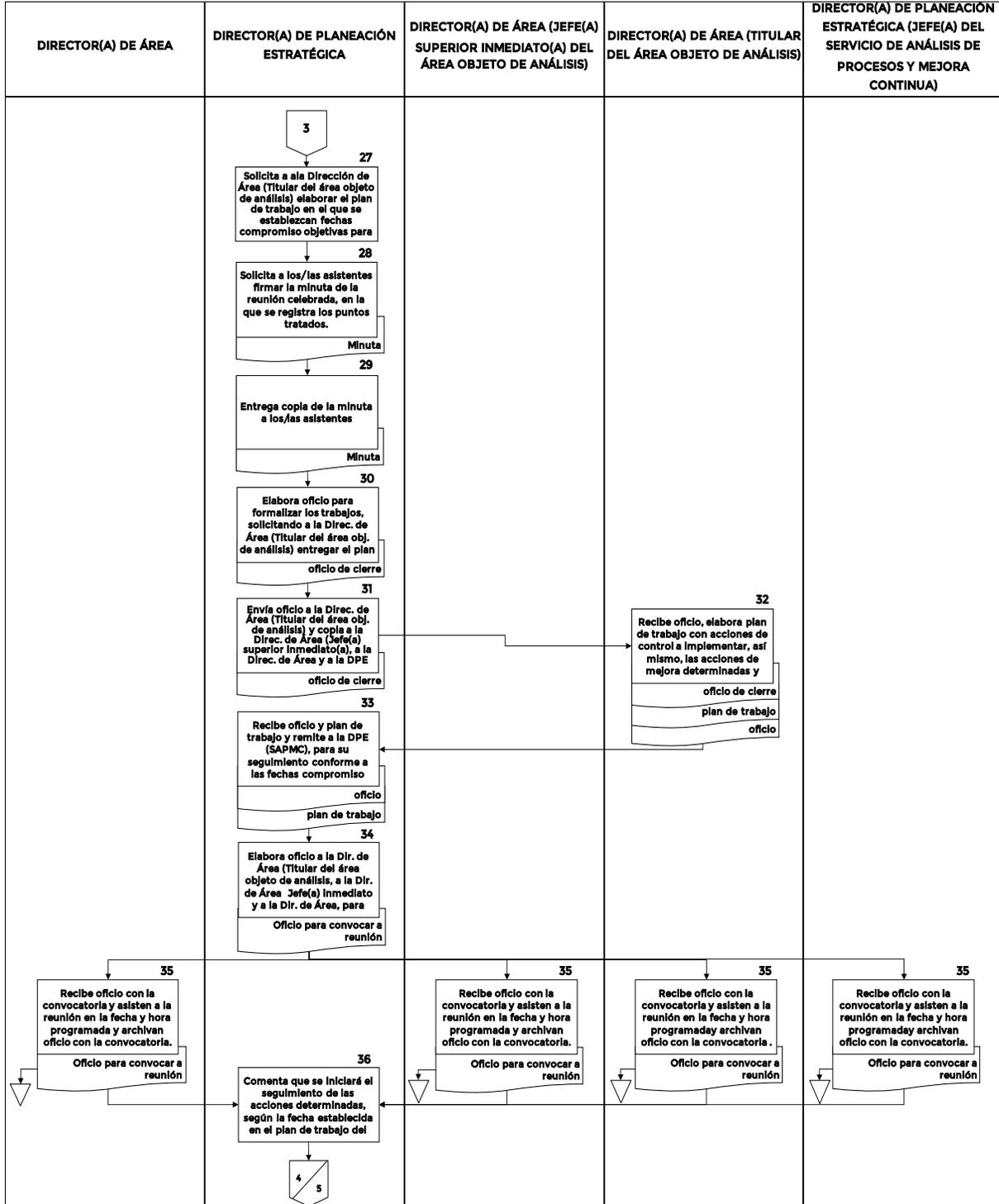
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

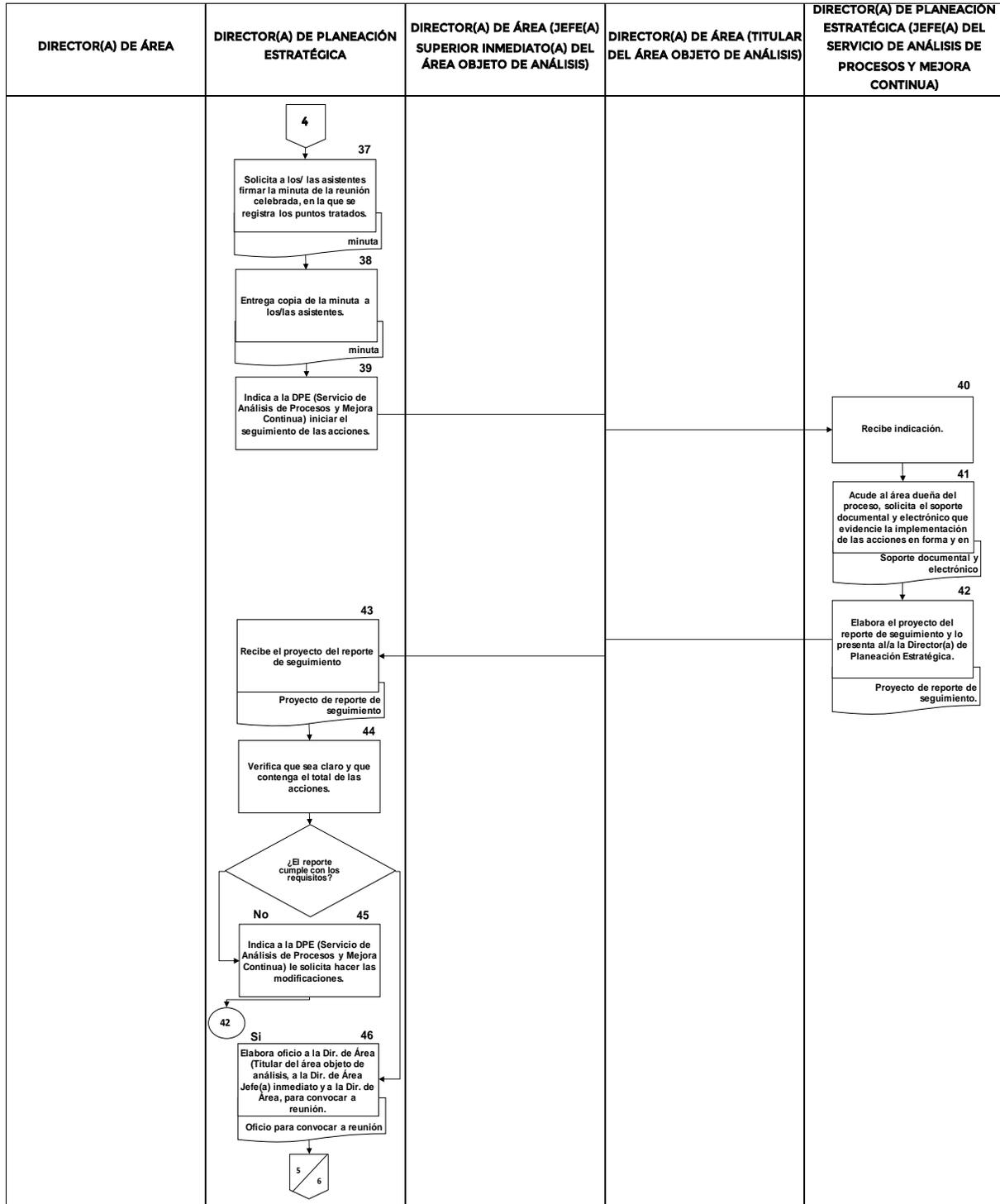
15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora.

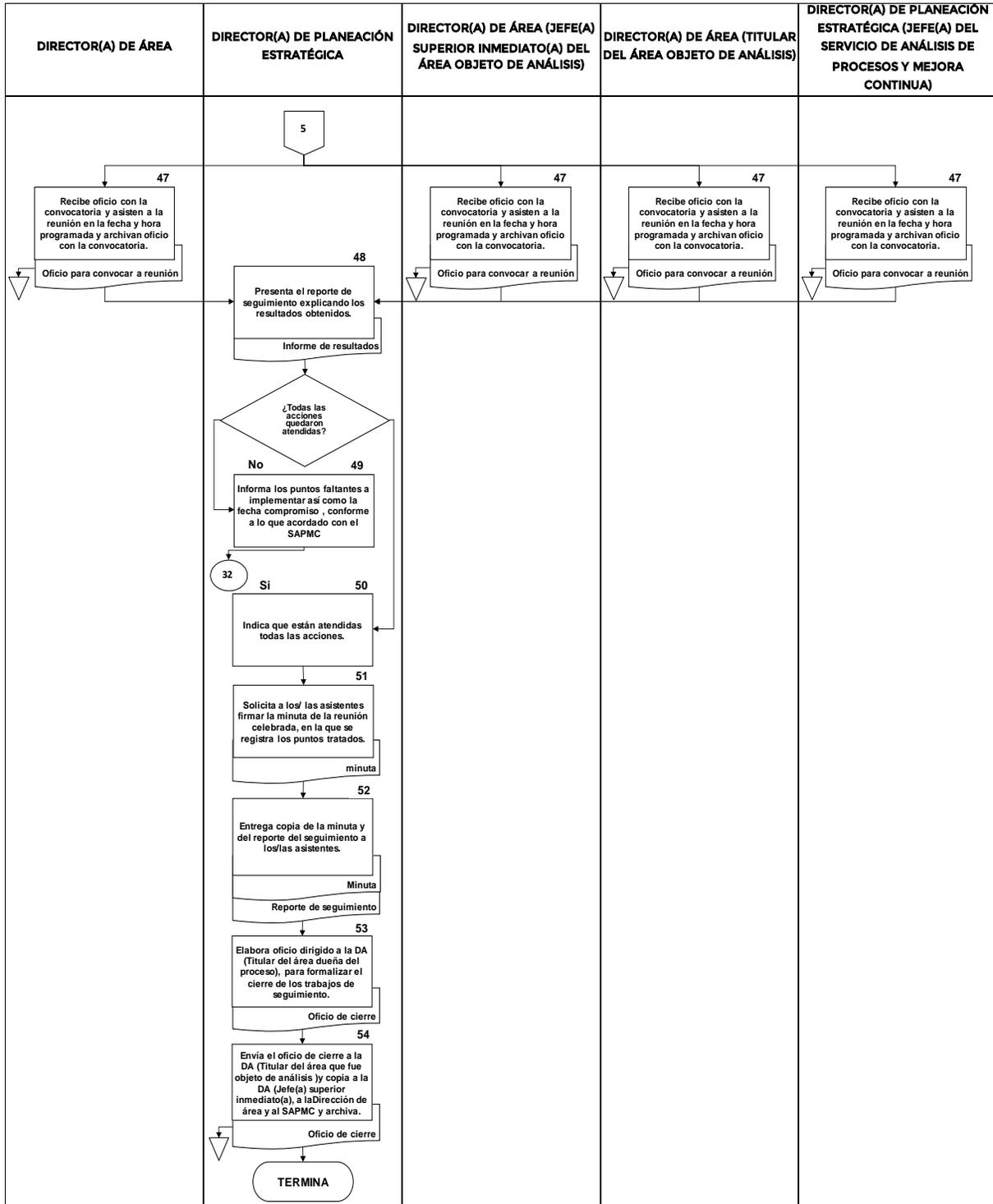


Rev. 0

Hoja: 17 de 25







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 20 de 25 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Guía técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Fuentes de información | No aplica | Dirección de Área (objeto de análisis), | No aplica |
| 7.2 Oficio de instrucción | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.3 Manual de organización específico | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.4 Manual de procedimientos | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.5 Disposiciones aplicables | No aplica | No aplica | No aplica |
| 7.6 Plan de trabajo. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.7 Oficio de respuesta | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.8 Oficio para convocar a reunión: Inicio de trabajos. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.9 Minuta de reunión: | 2 años | Dirección de Planeación | No aplica |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | | Hoja: 21 de 25 |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | | |

| | | | | |
|---|------------------|-----------|--|-----------|
| Presentación de trabajos | | | Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | |
| 7.10 Solicitudes de información y/o documentación. | de y/o | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.11 Información y/o documentación. | y/o | No aplica | Dirección de Área (objeto de análisis) | No aplica |
| 7.12 Proyecto de informe de resultados | de | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.13 Oficio para convocar a reunión: Presentación de resultados. | para reunión: de | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.14 Informe de resultados | de | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.15 Minuta de reunión: Cierre de trabajos | | 2 años | Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua | No aplica |
| 7.16 Oficio de cierre. | | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.17 Oficio para enviar plan de trabajo para implementar acciones | | 2 años | Área objeto de análisis/ Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua | No aplica |
| 7.18 Plan de trabajo para implementar acciones de control y/o de mejora | | 2 años | Área objeto de análisis/ Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua | No aplica |
| 7.19 Oficio para convocar a reunión | para | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.20 Minuta de reunión: | de | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.21 Soporte documental electrónico | y | No aplica | Dirección de Área (objeto de análisis) | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 22 de 25 |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | |

| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.22 Proyecto del reporte de seguimiento | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.23 Reporte de seguimiento | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.24 Oficio para convocar a reunión para presentación de resultados del seguimiento. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.25 Minuta de reunión: Cierre de trabajos | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.26 Oficio de cierre. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Áreas de oportunidad:** Son puntos débiles dentro de las instituciones que necesitan atención y mejora.
- 8.2 Cédulas de trabajo o papeles de trabajo.** Documento que concentra la información detallada que se derivó del análisis de uno o varios aspectos. Su número dependerá de la amplitud de las operaciones verificadas y de la profundidad con que sean analizadas.
- 8.3 Control interno:** Es el proceso efectuado por el/la Titular de la institución, la Administración (los/las servidores/as públicos de mandos superiores y medios diferentes al/a la Titular de la institución), en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores/as públicos de una institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad. El control interno se integra de 5 normas: 1) Ambiente de control; 2) Administración de riesgos; 3) Actividades de control; Supervisión y Mejora continua.
- 8.4 Seguimiento de acciones:** Verificar la implementación de las medidas y acciones determinadas, con base en la información documental y/o electrónica que genere el área dueña del proceso analizado.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 23 de 25 |

8.5 Técnicas para obtener información:

a) Estudio general. Apreciación sobre las características generales del objeto de análisis, así como de las partes importantes, significativas o extraordinarias que lo constituyen.

Esta apreciación se realiza con el juicio profesional del personal responsable del análisis que, basado en su preparación y experiencia, podrá identificar en los datos e información del proceso, área, trámite o servicio a verificar, las situaciones importantes o extraordinarias que pudieran requerir atención especial. Esta técnica sirve de orientación por lo que, generalmente, debe aplicarse antes de cualquier otra. Una de las técnicas de investigación que se utilizan en correlación con el estudio general es la entrevista, la cual se desarrolla para conocer y evaluar el control interno, cuyo proceso se establece para otorgar una seguridad razonable al logro de los objetivos. Sin embargo, el hecho de que existan políticas y procedimientos de control no necesariamente implica una operación efectiva, motivo por el que el personal que realiza el análisis lo confirmará a través del examen y evaluación de control interno.

b) Análisis. Clasificación y agrupación de los distintos elementos individuales que forman el objeto a revisar, constituidos en unidades homogéneas y significativas.

c) Verificación. Examen físico de bienes materiales o documentos, con objeto de cerciorarse de su existencia o autenticidad.

d) Confirmación. Obtención de la comunicación escrita de una persona independiente al ente auditado, que se encuentre en posibilidad de conocer la naturaleza y condiciones de la operación y, por lo tanto, de informar de una manera válida sobre ella (autenticidad de un hecho, operación o saldo). Esta técnica se aplica solicitando a la persona a quien se pide la confirmación, que conteste por escrito y proporcione la información que se solicita. Puede ser aplicada de diferentes formas:

- **Positiva:** Se envían datos a la persona y se le solicita que confirme la información y que emita sus comentarios, en su caso.
- **Negativa:** Se envían datos al confirmante y se le solicita dé respuesta sólo si está en desacuerdo con la información presentada.
- **Indirecta, ciega o en blanco:** No se envían datos y se solicita información sobre saldos, movimientos o cualquier otro dato necesario para el análisis.

e) Investigación. Obtención de información, datos y comentarios emitidos por servidores/as públicos adscritos al área objeto de análisis. Con esta técnica se puede obtener información y formarse un juicio sobre algunos hechos u operaciones inherentes al objeto de análisis.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 24 de 25 |

f) **Declaración.** Manifestación por escrito con la firma de servidores(as) públicos(as) que emiten la declaratoria de información o datos solicitados. Esta técnica debe ser aplicada a las personas que directamente conocen de la situación que se analiza y puede realizarse mediante una solicitud de información.

g) **Observación.** Presencia física para constatar cómo se realiza una operación o evento. Mediante esta técnica se atestigua la ejecución de los procesos, mismos que se pueden cotejar contra los descritos en los manuales y los diagramas de flujo respectivos. Algunas herramientas a utilizar pueden ser: PEPSU (Proveedores/as-Entradas-Proceso-Salidas- Usuarios/as), la cual es útil para definir el inicio y el fin del proceso al facilitar la identificación de sus proveedores/as, entradas, subprocesos, salidas; Hoja de trabajo para el análisis de procesos (ser y deber ser), la cual permite identificar de manera gráfica aquellas actividades del proceso que no agregan valor y las áreas de oportunidad para implementar acciones de mejora.

h) **Cálculo.** Verificación matemática de operaciones.

8.6 Trabajos de análisis: Consta de las siguientes fases:

a) **Recopilación de datos.** Consiste en allegarse de la información y documentación para el análisis del objeto de análisis, lo cual puede ser a través de solicitudes que se formulen.

b) **Registro de datos.** Se elaboran cédulas de trabajo, en las que se asientan los datos referentes al análisis, comprobación y conclusión sobre el objeto a revisar.

c) **Análisis de la información.** Consiste en la desagregación de los elementos de un todo para ser examinados en su detalle, y obtener un juicio sobre el todo o sobre cada una de sus partes. La profundidad del análisis estará en función del objetivo planteado y en relación directa con el resultado del estudio y evaluación de control interno. Si el objeto a revisar específico muestra irregularidades relevantes que pudiesen constituir posibles responsabilidades, el análisis podrá ser más extenso.

d) **Evaluación de los resultados.** La evaluación de los resultados sólo es posible si se toman como base todos los elementos de juicio suficientes para poder concluir sobre lo revisado, y sustentados con evidencia documental que pueda ser constatada. Los resultados nunca deben basarse en suposiciones. Esta conclusión se asentará en las cédulas de trabajo elaborados y formarán parte del Informe de

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 15. Procedimiento para el análisis de procesos y seguimiento de las acciones de mejora. | | Hoja: 25 de 25 |

resultados que se elabore y entregue al área dueña del proceso, trámite o servicio analizado.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 1 de 21 |

16. PROCEDIMIENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 2 de 21 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos para gestionar y supervisar las actividades relacionadas con la certificación hospitalaria, con la finalidad de cumplir con los estándares necesarios que establece el Consejo de Salubridad General, para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los/las pacientes en el Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento aplica a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, por ser las áreas que participan en el proceso de certificación y trabajan en la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos Médicos; a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Líderes de los estándares), quienes son responsables de la coordinación de acciones para el cumplimiento de los criterios establecidos en el capítulo designado; a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) por ser quien realiza la autoevaluación diagnóstica del cumplimiento de los criterios e infraestructura conforme lo marca el Consejo de Salubridad General y supervisa el cumplimiento de los estándares; a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien dirige las actividades relacionadas con el proceso de certificación conforme a los estándares que emita del Consejo de Salubridad General.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, quien es responsable del diseño de la evaluación y de informar a la institución el alta en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica; al Consejo de Salubridad General, por ser quien establece los estándares y realiza evaluaciones de certificación; al Consejo de Salubridad General/Comisión para Certificación de Establecimientos de Atención Médica, por ser quien emite de forma colegiada el dictamen de conformidad con las Reglas de Decisión Unificadas.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 3 de 21 |

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.

3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.

3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.

3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.

3.7 Para efectos de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica; Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 4 de 21 |

- 3.8 Para efecto del presente procedimiento se considera líderes de estándares a Directores(as) de Área y Subdirectores(as) de Área.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con la Dirección Médica designan a los/las líderes de los estándares quienes son responsables de la coordinación de acciones para el cumplimiento de los criterios establecidos en el capítulo designado.
- 3.10 Es responsabilidad de las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área, Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) y líderes de estándar, trabajar en el diseño de la estrategia de implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos Médicos (SiNaCEAM), acorde a los propósitos de los estándares correspondientes.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es la responsable de aplicar una autoevaluación diagnóstica del cumplimiento de los criterios e infraestructura conforme lo marca el Consejo de Salubridad General para determinar la viabilidad de participar en el proceso de Certificación. En caso necesario, se deberán realizar las actividades correspondientes a fin de dar cumplimiento en lo establecido en el Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General (SiNaCEAM), Estándares para implementar el Modelo en Hospitales.
- 3.12 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, realizar la inscripción del Hospital en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). Así mismo, debe enviar de forma oficial la documentación necesaria para este trámite (Oficio de solicitud, solicitud de inscripción, Carta compromiso, autoevaluación, copias simples de las autorizaciones sanitarias).
- 3.13 El Consejo de Salubridad General es el responsable de programar la Sesión de Enfoque con la cual se confirma la inscripción de la institución.
- 3.14 El alta del hospital en el Sistema Nacional de Certificación de Atención Médica (SiNaCEAM) se otorga únicamente si en la sesión de enfoque se corrobora que el Hospital cuenta con al menos el 80% de los procesos diseñados acorde al Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General y que se está trabajando en la implementación y mejora de los mismos.
- 3.15 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, dirigir las actividades relacionadas con

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 5 de 21 |

el proceso de certificación conforme a los estándares que emita del Consejo de Salubridad General.

- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de informar y coordinar a los líderes de los estándares, en el acompañamiento de la revisión de avances y en la evaluación del equipo evaluador o personal del Consejo de Salubridad General.
- 3.17 Para efectos de este procedimiento, se denomina Equipo Evaluador a los auditores designados por el/la responsable del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).
- 3.18 Es responsabilidad del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), proporcionar la Agenda de Evaluación al hospital, la cual contiene la programación de las siguientes actividades fundamentales:
- Conferencia de apertura por el evaluador líder
 - Presentación del contexto general de la organización y si corresponde
 - Evaluación del diseño de los procesos y sistemas acordes al Modelo de Seguridad del Paciente
 - Seguimiento del paciente
 - Recorrido de las instalaciones
 - Evaluación de los sistemas críticos
 - Evaluación de servicios subrogados
 - Evaluaciones del Sistema Organizacional de calidad y seguimiento del paciente
 - Evaluación de procesos
 - Entrega de reporte de evaluación
- 3.19 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de planear la logística de la visita de evaluación conforme a la agenda de evaluación y los requerimientos del equipo evaluador.
- 3.20 Durante la visita de evaluación, es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través de la División de Calidad de la Atención y las áreas a evaluar, brindar las facilidades necesarias como la información solicitada por el equipo evaluador.
- 3.21 La Comisión para Certificación de Establecimientos de Atención Médica, es la responsable de emitir y enviar el Dictamen de la Evaluación en el Proceso de Certificación a la Dirección General del Hospital.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 6 de 21 |

- 3.22 En caso de recibir un dictamen de No Certificación, es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, atender las observaciones realizadas por el Consejo de Salubridad General/ Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en el plazo perentorio y solicitar la visita de re evaluación.
- 3.23 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con la Dirección General, publicar el Dictamen aprobatorio como Hospital Certificado en la página del Hospital.

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 7 de 21

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Líderes de estándar) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 1 | Trabaja en el diseño de la estrategia para la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos Médicos (SiNaCEAM), acorde a los propósitos de los estándares correspondientes. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 2 | Realiza autoevaluación y, de contar con lo requerido en el Modelo de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos Médicos (SiNaCEAM), informa a la Dirección de Planeación Estratégica. | -Autoevaluación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 3 | Recibe información y autoevaluación e instruye de forma verbal a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), realizar las gestiones para iniciar la fase de registro del Hospital al proceso de Certificación. | -Autoevaluación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 4 | Recibe instrucción, requisita solicitud de inscripción del Hospital en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), para el proceso de certificación conforme a la política 3.12. | -Oficio de solicitud. -Solicitud de inscripción. -Carta compromiso. -Autoevaluación. |
| | 5 | Envía solicitud de inscripción para su aprobación al Consejo de Salubridad General e informa a la Dirección de Planeación Estratégica. Archiva acuse del resto de la documentación. | -Copias de las Autorizaciones sanitarias. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. Hoja: 8 de 21 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------------|----------|---|--|
| | | <p>-----</p> <p>El Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. (SiNaCEAM), recibe, revisa y aprueba la solicitud, y Programa Sesión de Enfoque con la que se confirma la inscripción del hospital.</p> <p>La Dirección General Adjunta de Articulación, comunica vía correo electrónico al hospital (Dirección de Planeación Estratégica) que se encuentra inscrito y que se considera en proceso de certificación, es decir dada de alta en el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. (SiNaCEAM).</p> <p>Una vez efectuado lo anterior el Consejo de Salubridad General, envía por correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica el programa de la sesión de revisión de avances, con fecha y hora en la que realizará la sesión.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Dirección de Planeación Estratégica | 6 | Recibe vía correo electrónico el programa de la Sesión de Revisión de Avances, con el día y hora en que se realizará la sesión; la confirmación de la inscripción del hospital ante el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. (SiNaCEAM), y que el hospital está considerado en proceso de certificación. | -Programación de la Sesión de Revisión de Avances. |
| | 7 | Envía por correo electrónico el programa de la Sesión de Revisión de Avances, con el día y hora en que se realizará la sesión; la confirmación de la inscripción del hospital ante el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 9 de 21

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | Atención Médica. (SiNaCEAM), y que el hospital está considerado en proceso de certificación a las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área (Líderes de estándar), Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). | |
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Líderes de estándar) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 8 | Recibe correo electrónico con el Programa de la Sesión de Revisión de Avances, la inscripción, y la notificación de que el hospital se encuentra en proceso de certificación. | -Correo electrónico con la inscripción al proceso de certificación. |
| | 9 | Acude a la Sesión de Revisión de Avances y elaboran minuta al término de la Revisión. ----- ----- El Consejo de Salubridad General acude a la Sesión de Revisión de Avances el día y hora programada, revisan de forma aleatoria el diseño de procesos y sistemas, a fin de orientar al hospital en la correcta definición de procesos conforme a los propósitos de los estándares y envía las recomendaciones por medio de oficio a la Dirección de Planeación Estratégica para su seguimiento. ----- ----- | -Programa de sesión de revisión de avances. -Minuta de la Sesión. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 10 | Recibe oficio con las recomendaciones emitidas por el Consejo de Salubridad General y lo envía a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para el cumplimiento de los estándares. | -Oficio con recomendaciones |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la | 11 | Recibe oficio con las recomendaciones emitidas por el Consejo de Salubridad General, y las atiende. Archiva oficio. | -Oficio con recomendaciones. -Oficio de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. <div style="text-align: right;">Hoja: 10 de 21</div> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| División de Calidad de la Atención) | 12 | Notifica por medio de oficio a la Dirección de Planeación Estratégica del cumplimiento de las recomendaciones y archiva acuse. | cumplimiento de recomendaciones. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 13 | <p>Recibe oficio del cumplimiento de las recomendaciones emitidas por el Consejo de Salubridad General.</p> <p>-----</p> <p>Una vez atendidas las recomendaciones por el hospital, el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) programa la Evaluación del hospital y proporciona mediante oficio la agenda de evaluación con la fecha en la que se realizará la evaluación y la conformación del equipo evaluador que asistirá a la misma.</p> <p>La agenda de evaluación contiene la programación de las actividades fundamentales que se llevarán a cabo por el equipo evaluador.</p> | <p>-Oficio de cumplimiento de recomendaciones.</p> <p>-Oficio de agenda de evaluación.</p> <p>-Agenda con fecha de evaluación.</p> <p>-Conformación del equipo evaluador.</p> |
| | 14 | ----- | |
| | 15 | <p>Recibe oficio del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), con la agenda y fecha programada para la evaluación y la conformación del equipo evaluador que asistirá a la misma.</p> <p>Remite agenda con fecha programada para la evaluación y conformación de equipo evaluador, a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para la planeación de la logística de evaluación.</p> | |
| Director(a) de Planeación | 16 | Recibe agenda con fecha programada, conformación del equipo evaluador y la | -Agenda con fecha de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 11 de 21

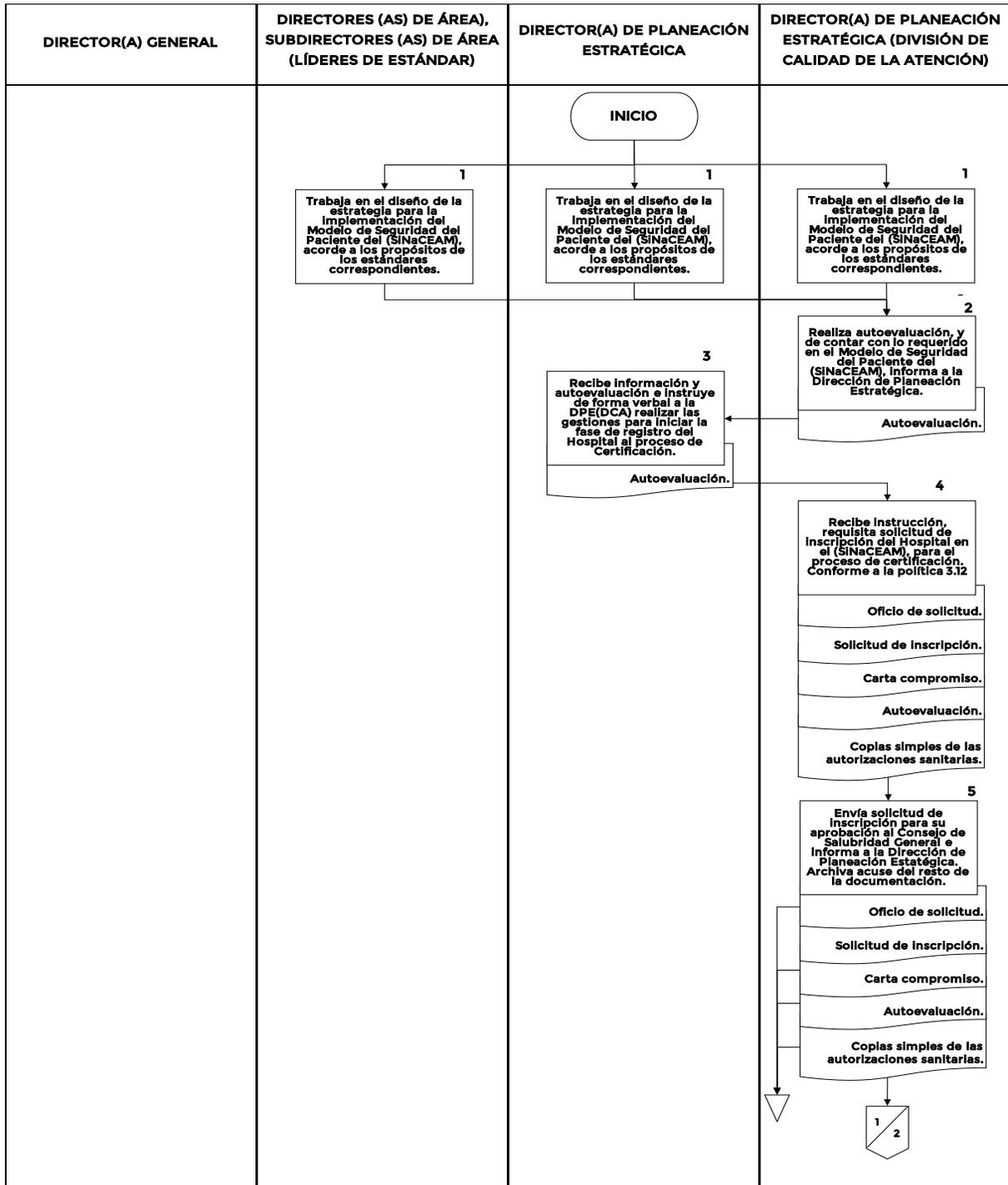
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 17 | instrucción de hacer la planeación de la logística de evaluación. Realiza la logística de evaluación y acude el día y la hora programada. | evaluación. -Conformación del equipo evaluador. -Logística de evaluación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 18 | Recibe la logística de la evaluación. | -Logística de evaluación. |
| | 19 | Recibe al equipo evaluador del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica el día y hora programado. | |
| | 20 | Instruye a las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área (líderes de estándar) y Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad) para realizar el acompañamiento con el equipo evaluador. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Líderes de estándar) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 21 | Realiza acompañamiento con el equipo evaluador en el proceso de certificación. ----- ----- El equipo evaluador finaliza la evaluación, y entrega el Informe al Consejo de Salubridad General(CSG)/ Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), el cual es revisado y validado para procesarlo en un reporte, que, de forma colegiada, emite el Dictamen El Dictamen es la fase donde se lleva a cabo el análisis de toda la información obtenida durante el registro y la evaluación del hospital. Cuando la institución inicia un ciclo de certificación tendrá un dictamen en la que se determinan tres alternativas: 1.- Certificación por 1, 2, 3 o 5 años dependiendo la calificación general. | |

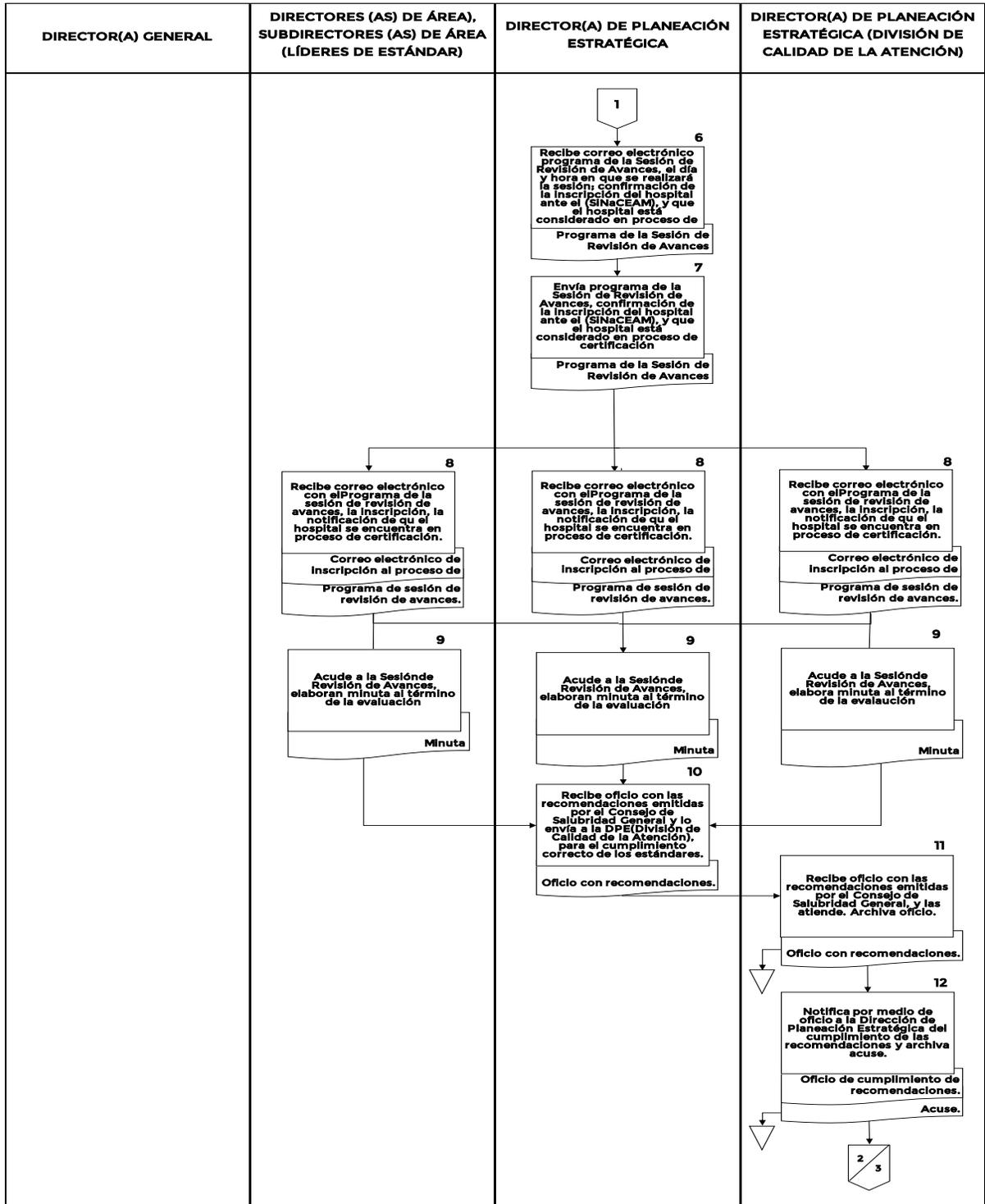
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 12 de 21

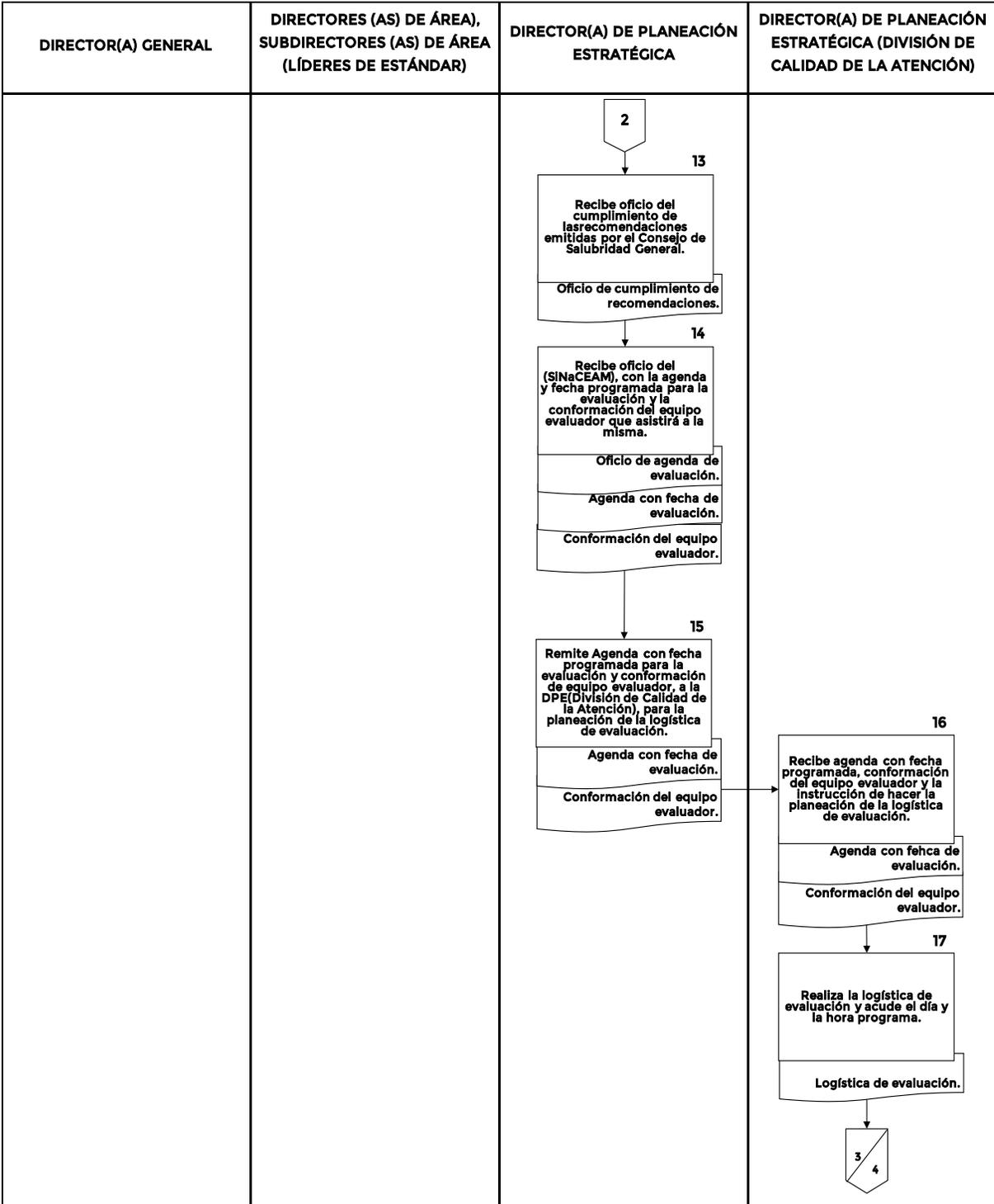
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|--|
| | | <p>2.- No se certifica otorgando un plazo perentorio de 6 meses para mejorar la implementación del Modelo de Seguridad de Paciente del Consejo de Salubridad General.</p> <p>3.- No certifica, calificación general menor a 7.</p> <p>Una vez obtenido el resultado de la evaluación (Dictamen) lo envían a la Dirección General del Hospital.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 22 | Formaliza cierre de evaluación. | |
| | 23 | Informa a la Dirección General que se finalizó la evaluación. | |
| Director(a) General del Hospital | 24 | Recibe el Dictamen de Evaluación del Consejo de Salubridad General (CSG) y lo envía la Dirección de Planeación Estratégica. | -Dictamen de la Evaluación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 25 | Recibe Dictamen de evaluación y lo analiza. | -Dictamen de la evaluación. |
| | | ¿El Dictamen de Evaluación es aprobatorio? | -Observaciones del dictamen. |
| | 26 | No: Remite observaciones a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) para su atención en el plazo perentorio otorgado por el Consejo de Salubridad General (CSG)/ Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), regresa a la actividad 1. | -Publicación del Dictamen aprobatorio. |
| | 27 | Si: Publica el Dictamen aprobatorio, como Hospital Certificado en coordinación con la Dirección General, en la página del Hospital. Archiva documento. | |
| | | TERMINA | |

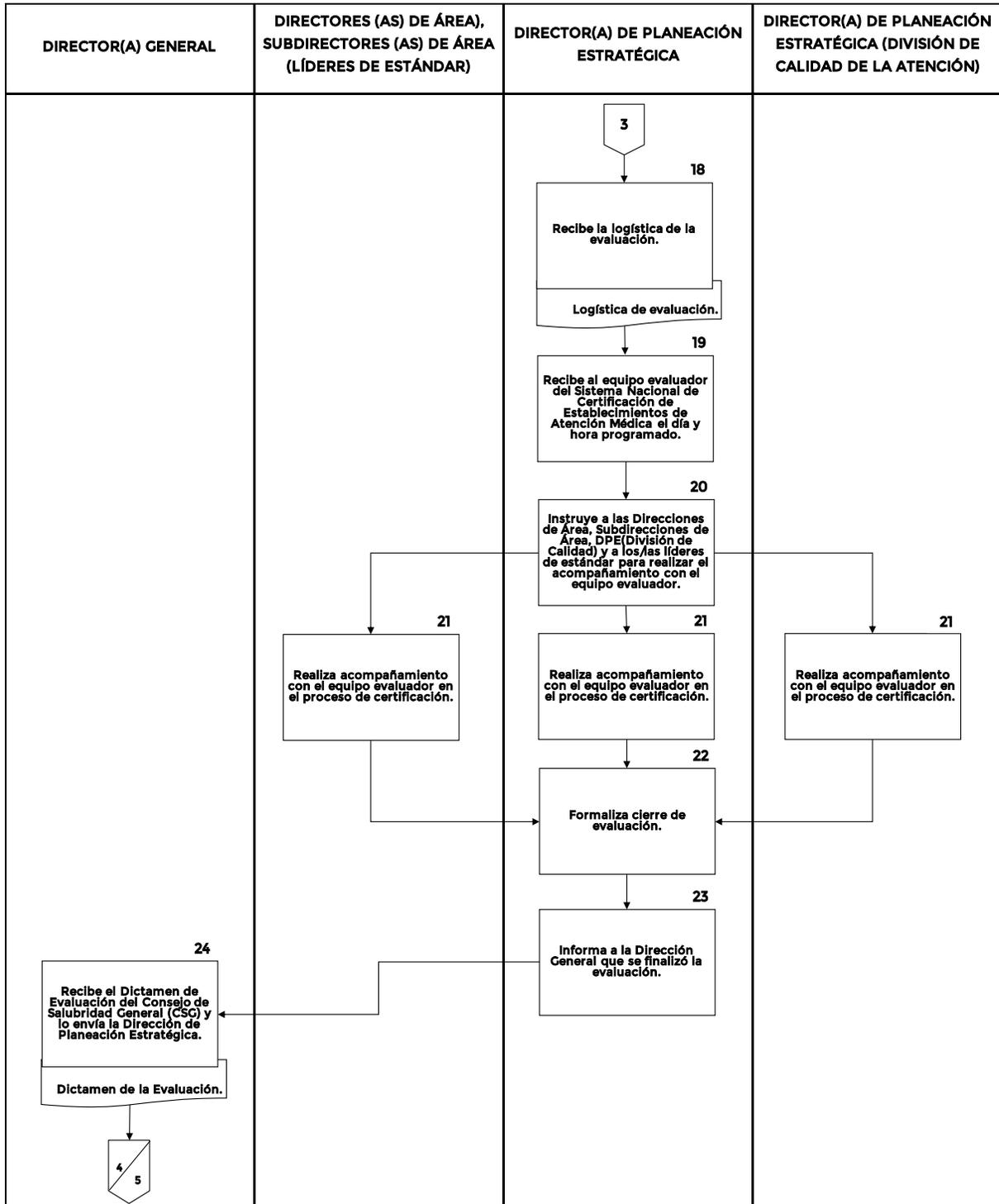
5. DIAGRAMA DE FLUJO

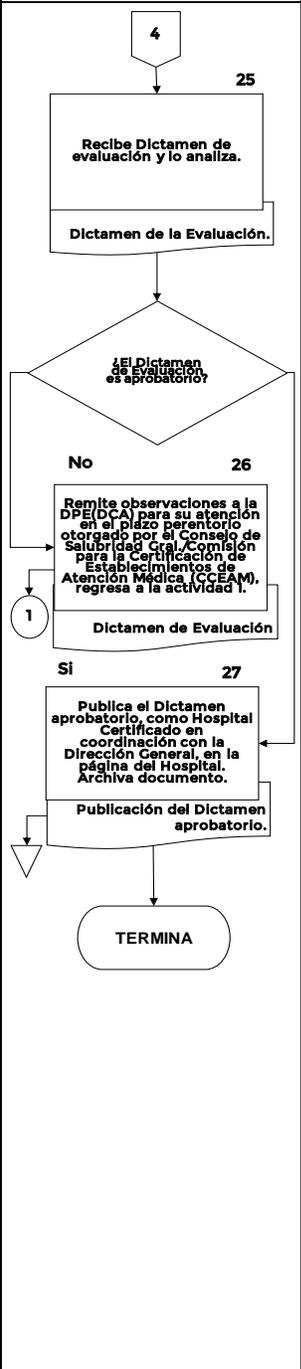




| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 15 de 21 |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | |





| DIRECTOR(A) GENERAL | DIRECTORES (AS) DE ÁREA, SUBDIRECTORES (AS) DE ÁREA (LÍDERES DE ESTÁNDAR) | DIRECTOR(A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | DIRECTOR(A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (DIVISIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN) |
|---------------------|---|--|--|
| | |  <pre> graph TD 4{{4}} --> 25[25 Recibe Dictamen de evaluación y lo analiza.] 25 --> D1[Dictamen de la Evaluación.] D1 --> D{¿El Dictamen de evaluación es aprobatorio?} D -- No --> 26[26 Remite observaciones a la DPE(DCA) para su atención en el plazo perentorio otorgado por el Consejo de Salubridad Gral./Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), regresa a la actividad 1.] 26 --> 1((1)) D -- Sí --> 27[27 Publica el Dictamen aprobatorio, como Hospital Certificado en coordinación con la Dirección General, en la página del Hospital. Archiva documento.] 27 --> P[Publicación del Dictamen aprobatorio.] P --> T([TERMINA]) </pre> | |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 18 de 21 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Acuerdo por el que declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. | No aplica |
| 6.4 Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General (SiNaCEAM), Estándares para implementar el Modelo en Hospitales. | No aplica |
| 6.5 Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General, El proceso de Certificación. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Autoevaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.2 Oficio de solicitud | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.3 Solicitud de inscripción | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.4 Carta compromiso | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.5 Copias simples de las autorizaciones sanitarias. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.6 Programación de la Sesión de Revisión de Avances. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.7 Correo electrónico con la inscripción al proceso de certificación | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 19 de 21 |

| | | | |
|--|--|--|-----------|
| 7.8 Programa de sesión de revisión de avances | 1 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.9 Minuta de sesión | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.10 Oficio con recomendaciones | 2 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.11 Oficio de cumplimiento de recomendaciones | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.12 Oficio de agenda de evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.13 Agenda con fecha de evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.14 Conformación del equipo evaluador | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.15 Logística de evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.16 Dictamen de la Evaluación | Dependiendo de la calificación general | Dirección General | No aplica |
| 7.17 Observaciones del Dictamen | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.18 Publicación de Dictamen aprobatorio | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Actividad: Una o más acciones afines y sucesivas que forman parte de un procedimiento ejecutado por una misma persona o por una unidad administrativa.

8.2 Calidad: Consistente en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 20 de 21 |

consiguiente, la medida en que se espera que la atención brindada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

- 8.3 CCEAM:** Comisión para Certificación de Establecimientos de Atención Médica
- 8.4 Certificación:** Es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.
- 8.5 Dictamen:** Es la fase del Proceso de Certificación donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del proceso (Registro y Evaluación) donde la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen de conformidad, Certificar, No Certificar Otorgando un plazo perentorio y No Certificado.
- 8.6 Evaluación:** Proceso en el cual acude personal del SiNaCEAM y califican la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG a través de los estándares correspondientes al tipo de organización.
- 8.7 Perentorio:** Es un adjetivo que permite nombrar al último plazo que se concede o a la resolución final respecto a un asunto. El término, por eso, se utiliza como sinónimo de concluyente, urgente, determinante o apremiante.
- 8.8 Planeación:** Es la fase en donde se decide lo que se hará y de qué manera.
- 8.9 Registro:** Procedimiento en el cual se cumple con los requisitos descritos (Contar con las Autorizaciones Sanitarias, No tener procedimientos administrativos abiertos ante COFEPRIS y No contar con sanciones de inhabilitación), el cual inicia cuando se reciben en el Consejo de Salubridad General los siguientes documentos: Oficio de solicitud, Solicitud de Inscripción, Autoevaluación y Copia simple de las Autorizaciones Sanitarias correspondientes del establecimiento.
- 8.10 Seguridad:** Es la condición que garantiza que los/las empleados/as, pacientes, visitantes, infraestructura, instalaciones y equipo en el hospital, están libres de riesgo o peligro de accidentes.
- 8.11 Sesión de enfoque:** Reunión con personal del Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) con la cual se confirma la inscripción y que la organización se da “de alta en

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 21 de 21 |
| | 16. Procedimiento para la certificación del Hospital Juárez de México. | | |

el Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

8.12 SiNaCEAM: Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 1 de 22 |

17. PROCEDIMIENTO PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 2 de 22 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos para dirigir y supervisar las actividades relacionadas con la acreditación de los servicios otorgados por el Instituto de Salud para el Bienestar, conforme a lo establecido en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica o su similar, para cumplir satisfactoriamente con los criterios en materia de capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios para los/las pacientes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Líderes de cédulas), ya que todas las áreas participan en el proceso de Acreditación en diversas patologías y trabajan en el Proyecto del Plan Anual de Acreditación Institucional, analizando qué patologías serían factibles de acreditar; a la Dirección de Planeación Estratégica, por ser quien dirige las actividades relacionadas con el proceso de Acreditación conforme a los estándares que emita la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y conforme a lo establecido en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica o su similar; a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) por ser quien realiza la supervisión del cumplimiento de los estándares y la autoevaluación diagnóstica del cumplimiento de los criterios e infraestructura conforme lo marca la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, por ser la responsable del diseño de la evaluación y de constatar si el hospital cumple satisfactoriamente con los criterios de capacidad, calidad y seguridad para el/la paciente, además de ser quien establece los estándares y realiza las evaluaciones de acreditación; a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, por ser quien establece los criterios e infraestructura para determinar la viabilidad de participar en el proceso de Acreditación.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos(as) del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 3 de 22 |

- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica; Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.8 Para efecto del presente procedimiento se considera Líderes de cédula a Directores(as) de Área y Subdirectores(as) de Área.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con la Dirección Médica designan a los/las líderes de la cédula, quienes son responsables de

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 4 de 22 |

la coordinación de acciones para el cumplimiento de los criterios establecidos en el capítulo designado.

- 3.10 Es responsabilidad de las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área (Líderes de cédula) y Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), trabajar en el Proyecto del Plan Anual de Acreditación Institucional, analizando las patologías factibles de acreditar.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, debe aplicar una autoevaluación diagnóstica del cumplimiento de los criterios e infraestructura conforme lo marca la Comisión de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) para determinar la viabilidad de participar en el proceso de Acreditación. En caso necesario, se deben realizar las actividades correspondientes a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica o su similar.
- 3.12 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, realizar la inscripción del Hospital ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, para la inscripción de los programas a acreditar. Así mismo, debe enviar de forma oficial la documentación necesaria para este trámite (Solicitud de inscripción en plataforma electrónica, Carta compromiso, autoevaluación, copias simples de las autorizaciones sanitarias).
- 3.13 La Dirección General de Calidad en Educación en Atención en Salud es responsable de programar la visita en la cual se realiza una primera revisión al Hospital Juárez de México.
- 3.14 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, dirigir las actividades relacionadas con el proceso de acreditación conforme al "Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica" o su similar.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de informar y coordinar a los Líderes de cédula, en el acompañamiento de la revisión de avances y en la evaluación del equipo evaluador o personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- 3.16 Para efectos de este procedimiento, se denomina Equipo Evaluador a los/las auditores/as designados/as por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 5 de 22 |

- 3.17 Es responsabilidad de La Dirección General de Calidad y Educación en Salud proporcionar la Agenda de Evaluación al hospital, la cual contiene la programación de las siguientes actividades fundamentales:
- Conferencia de apertura por el evaluador líder.
 - Presentación del contexto general de la organización y si corresponde.
 - Evaluación del diseño de los procesos y sistemas acordes al Modelo de Seguridad del Paciente.
 - Seguimiento del paciente.
 - Recorrido de las instalaciones.
 - Evaluación de los sistemas críticos.
 - Evaluación de servicios subrogados.
 - Evaluaciones del Sistema Organizacional de calidad y seguimiento del paciente.
 - Evaluación de procesos.
 - Entrega de reporte de evaluación.
- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica, a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de planear la logística de la visita de evaluación conforme a la agenda de evaluación y los requerimientos del equipo evaluador.
- 3.19 Durante la visita de evaluación, es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través de la División de Calidad de la Atención y las áreas a evaluar, brindar las facilidades necesarias como la información solicitada por el equipo evaluador.
- 3.20 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud es la responsable de emitir el Dictamen de Acreditación a la Dirección General del Hospital.
- 3.21 En caso de recibir un Plan de Contingencia, conforme a lo establecido en el “Manual para la acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica” o su símil, es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, atender las observaciones realizadas por el equipo evaluador en el plazo indicado y solicitar la visita de re evaluación.
- 3.22 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con la Dirección General publicar el Dictamen aprobatorio como Hospital Acreditado en la página del Hospital.

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 6 de 22

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Líderes de cédula) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 1 | Trabaja en el Proyecto del Plan Anual de Acreditación Institucional, analizando que patologías serían factibles de acreditar. | -Proyecto del Plan Anual de Acreditación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 2 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) realice los trámites necesarios para la inscripción de las patologías para iniciar la fase de registro de acreditación. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 3 | Recibe instrucción y realiza autoevaluación, y de contar con lo requerido en las cédulas, envía el Plan Anual de Acreditación a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (DGCES) y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). | -Tramites de inscripción. - Autoevaluación -Plan Anual de Acreditación. |
| | 4 | Informa a la Dirección de Planeación Estratégica que ha sido enviado el Plan Anual de Acreditación. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 5 | Recibe información y autoevaluación e instruye de forma verbal a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para que continúe con la fase de registro del Hospital. | -Autoevaluación. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la | 6 | Recibe instrucción, requisita solicitud de inscripción del Hospital en la plataforma electrónica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y en | -Solicitud de inscripción en plataforma electrónica |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 7 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| División de Calidad de la Atención) | 7 | <p>la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para el proceso de acreditación conforme a la política 3.12.</p> <p>Envía solicitud de inscripción para su aprobación y la documentación correspondiente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad e informa a la Dirección de Planeación. Archiva acuse del resto de la documentación.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad recibe, revisa y aprueba la documentación enviada por el hospital y le hace llegar la aprobación del Plan Anual de Acreditación Nacional con la Programación de las cédulas inscritas.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Carta compromiso.</p> <p>-Autoevaluación.</p> <p>-Copias de Autorizaciones sanitarias del hospital.</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 8 | Recibe Plan Anual de Acreditación Nacional aprobado con la programación de las evaluaciones de las cédulas inscritas. | -Plan Anual de Acreditación aprobado. |
| | 9 | Remite Plan Anual de Acreditación Nacional a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) para iniciar las actividades de acreditación | -Programación de las evaluaciones de las cédulas inscritas. |
| | 10 | Convoca por medio de oficio a reunión a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Líderes de Cédula) involucrados en la acreditación. | -Oficio de Convocatoria a reunión. |
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, | 11 | Acude a reunión y entrega en físico y por correo electrónico las cédulas de acreditación a las Direcciones de Áreas y Subdirecciones de Área (Líderes de Cédula) y a las áreas involucradas en la acreditación. | -Convocatoria de reunión. -Cédulas de Acreditación en físico y en |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 8 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Subdirectores (as) de Área (Líderes de cédula) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 12 | Designa al/a la líder de cédula y coordinan cumplimiento de criterios mayores. | correo electrónico. -Designación de líder de cédula. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 13 | Instruye al personal de la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), realizar recorridos con los líderes de cédula. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 14 | Programa recorrido en las áreas y realiza una evaluación inicial para conocer el estatus de los criterios y gestionar los faltantes. | -Evaluación inicial. -Observaciones detectadas en la evaluación. |
| | 15 | Informa observaciones a las áreas para cumplir con lo que establecen los criterios de evaluación de las cédulas ----- ----- Las áreas (Direcciones de área) atienden las observaciones que les correspondan. | -Oficio con observaciones -Correo electrónico con solicitud de evaluación. |
| | 16 | ----- Informa mediante oficio a la Dirección de Planeación Estratégica las observaciones detectadas en la evaluación inicial, archiva observaciones. | |
| | 17 | ¿La evaluación inicial cuenta con un avance considerable? | |
| | 18 | No: Solicita gestionar los faltantes. Regresa a la actividad 15 Si: Solicita la evaluación de las cédulas a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), vía correo electrónico. | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 9 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| | | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) envía notificación vía correo electrónico a la Dirección de Planeación Estratégica la fecha y hora de la primera visita de evaluación.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 19 | Recibe notificación vía correo electrónico de la primera visita de evaluación por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), con fecha y hora de la visita de evaluación | -Notificación de la primera visita vía correo electrónico. -Oficio con recomendaciones realizadas en las cédulas. |
| | 20 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) encargarse de planear la logística de la visita de evaluación. | |
| | 21 | Recibe al equipo evaluador de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), junto con la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). | |
| | 22 | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) acude a la primera visita programada, realiza recorrido por las áreas a evaluar e informa el término de la visita.</p> <p>Asimismo, envía oficio con las recomendaciones realizadas en las cédulas a la Dirección de Planeación Estratégica para el cumplimiento correcto de los estándares.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Recibe las recomendaciones realizadas en las cédulas para su cumplimiento y las envía</p> | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 10 de 22

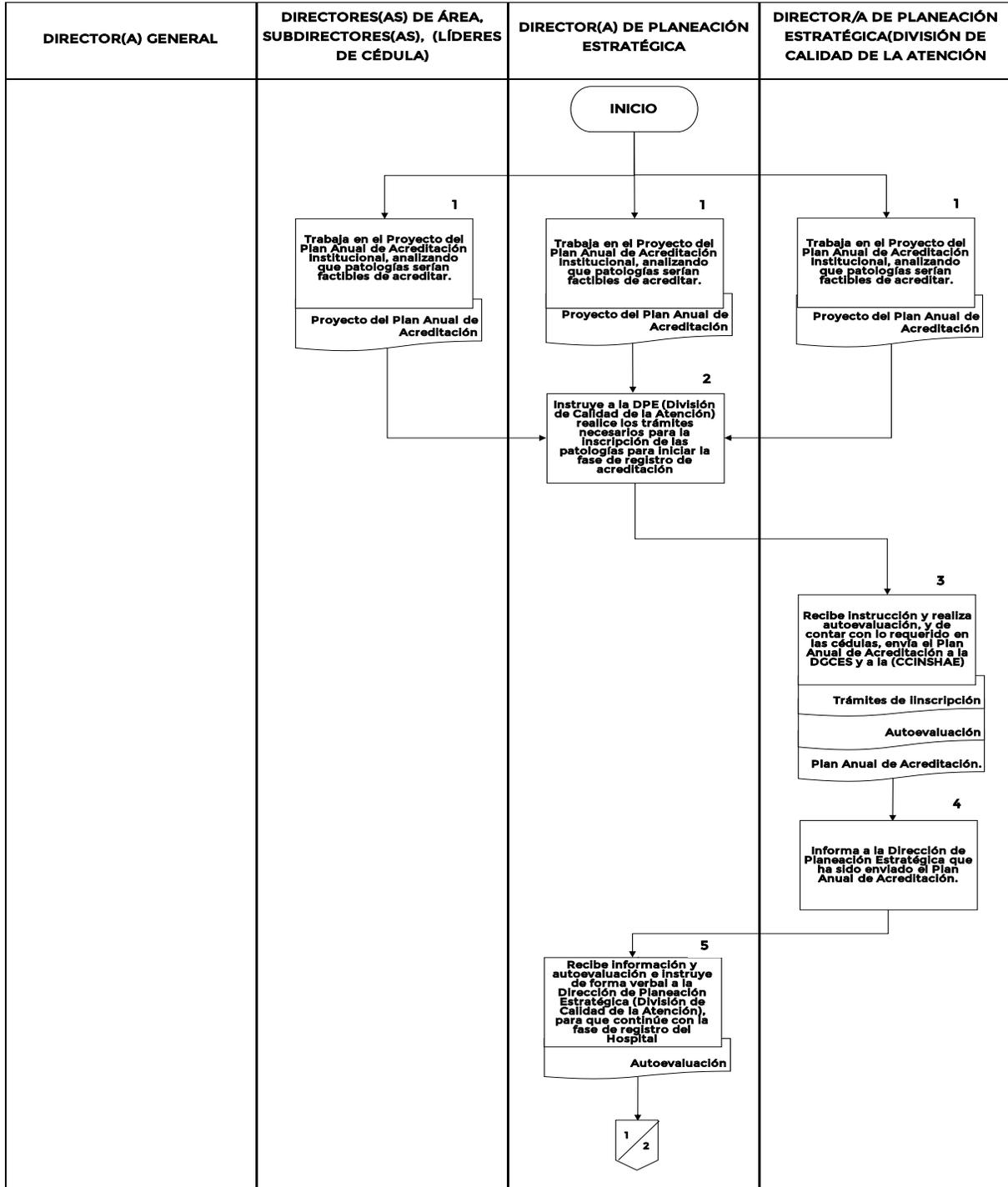
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) para su atención y cumplimiento. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 23 | Recibe oficio y atiende las recomendaciones realizadas en las cédulas. | -Oficio con las recomendaciones realizadas en las cédulas -Oficio con el Cumplimiento de recomendaciones. |
| | 24 | <p>Notifica por medio de oficio a la Dirección de Planeación Estratégica el cumplimiento de las recomendaciones y archiva.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) notifica la programación de la segunda visita vía correo electrónico y envía la agenda de evaluación, informa la fecha en la que se realizará la evaluación e informa la conformación del equipo evaluador que asistirá por parte de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 25 | Recibe oficio con el cumplimiento de recomendaciones; la programación de la segunda visita, notificación de la programación de la segunda visita la agenda de evaluación, la fecha en la que se realizará la evaluación y la conformación del equipo evaluador. | -Oficio con el cumplimiento de recomendaciones. -Notificación de la programación de la segunda visita. -Agenda de evaluación. -Fecha de la evaluación. -Conformación de equipo evaluador. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 11 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director(a) de Planeación Estratégica / Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Líderes de cédula) / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 26 | Recibe al equipo evaluador. | |
| | 27 | Realiza acompañamiento al equipo evaluador en el proceso de acreditación. ----- Al terminar el recorrido, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), elabora observaciones. Analiza las observaciones y realiza el Dictamen de Evaluación y lo envía a la Dirección General del Hospital. ----- ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 28 | Formaliza cierre de evaluación e informa a la Dirección General. | |
| Director(a) General | 29 | Recibe Dictamen de Evaluación y lo envía a la Dirección de Planeación Estratégica. | -Dictamen de la Evaluación |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 30 | Recibe Dictamen de evaluación de la acreditación. | -Dictamen de la Evaluación |
| | | ¿El Dictamen de Evaluación es aprobatorio? | - |
| | 31 | No: Remite observaciones a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) para su atención y seguimiento en el plazo establecido. Regresa a la actividad 15. | -Observaciones. -Publicación del Dictamen de Evaluación aprobatorio |
| | 32 | Si: Publica el Dictamen aprobatorio, como Hospital Acreditado en coordinación con la Dirección General en la página del Hospital. Archiva documento. | |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

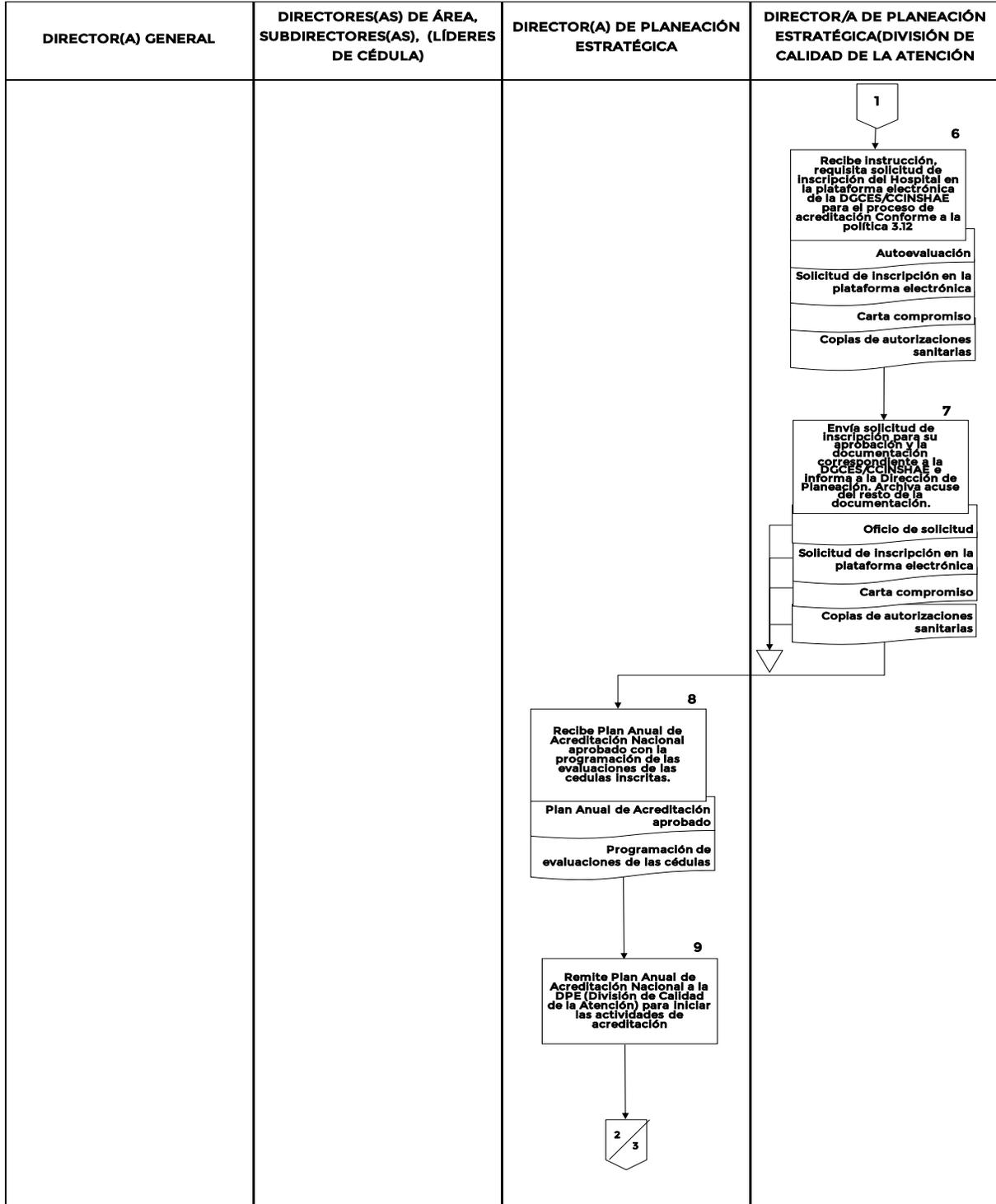
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

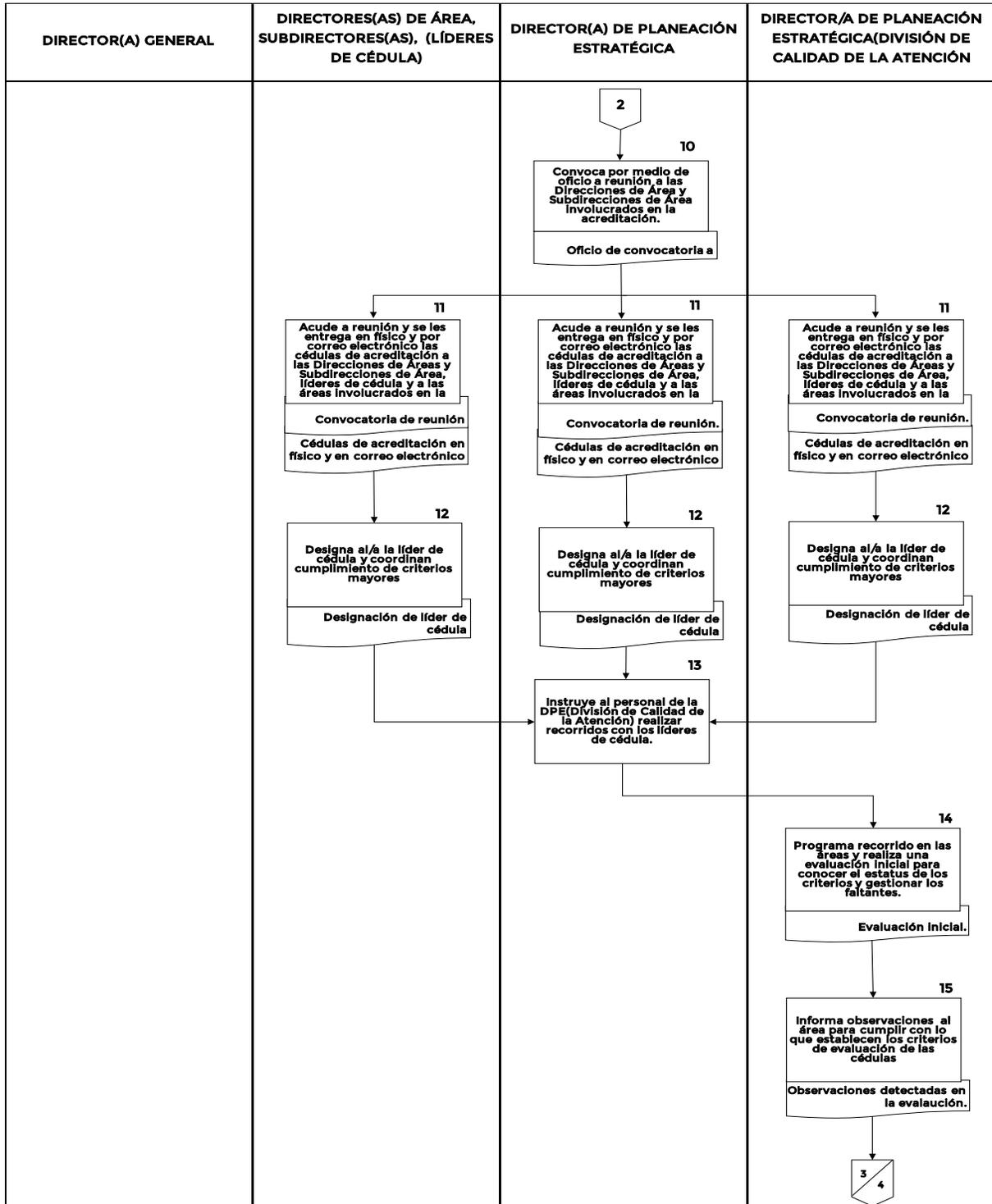
17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México.



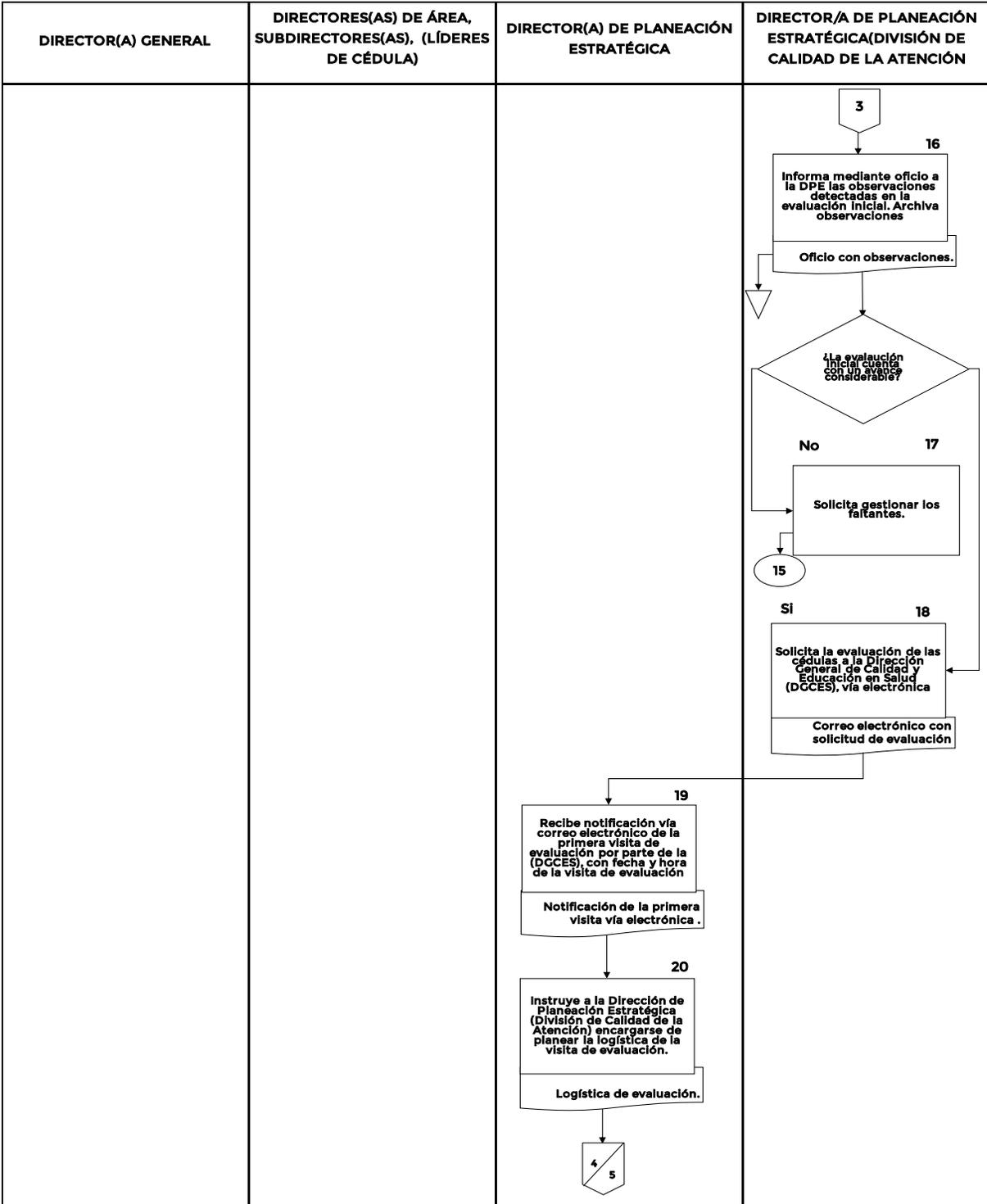
Rev. 0

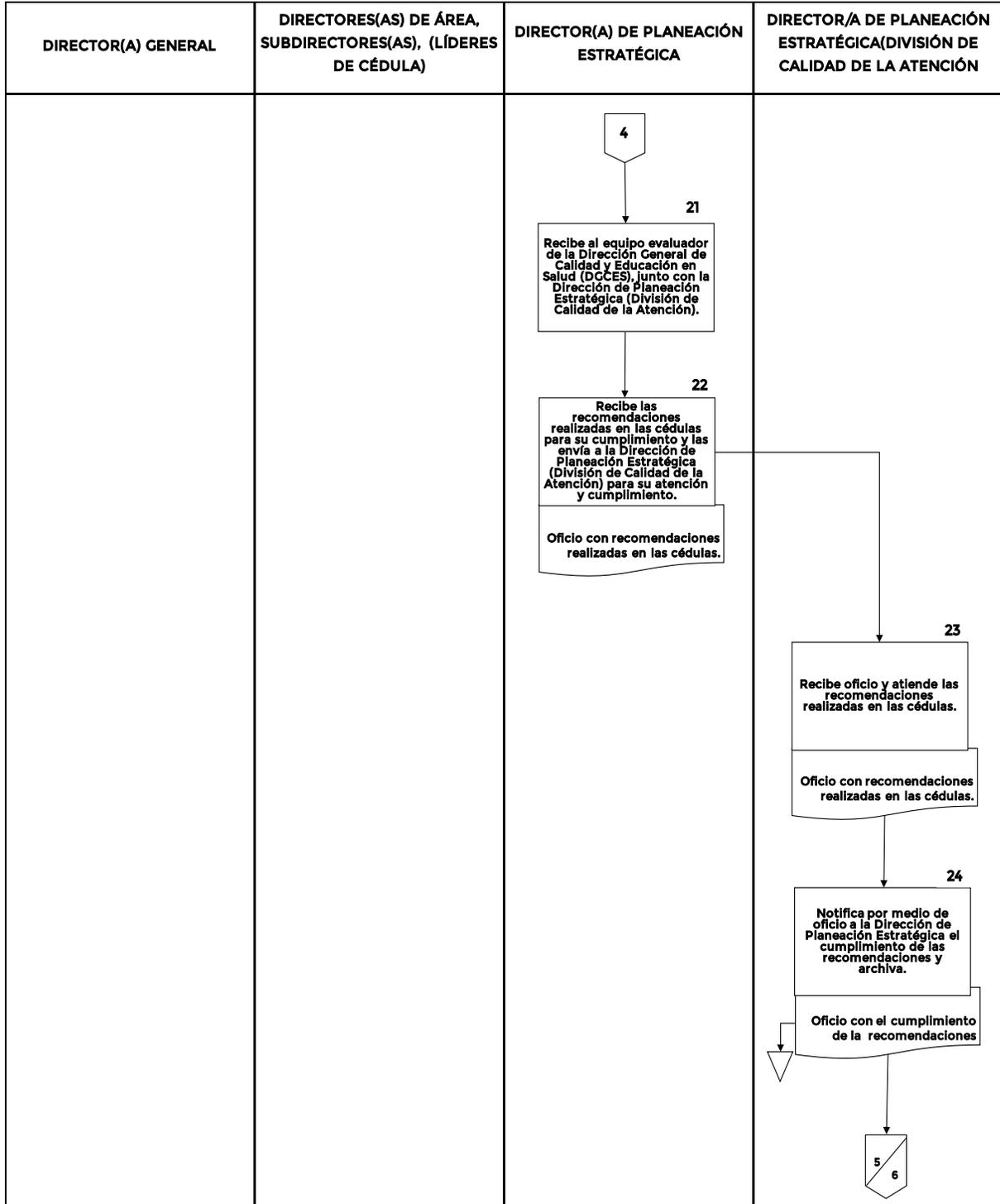
Hoja: 13 de 22





| | | | |
|---|--|--|----------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 15 de 22 |







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

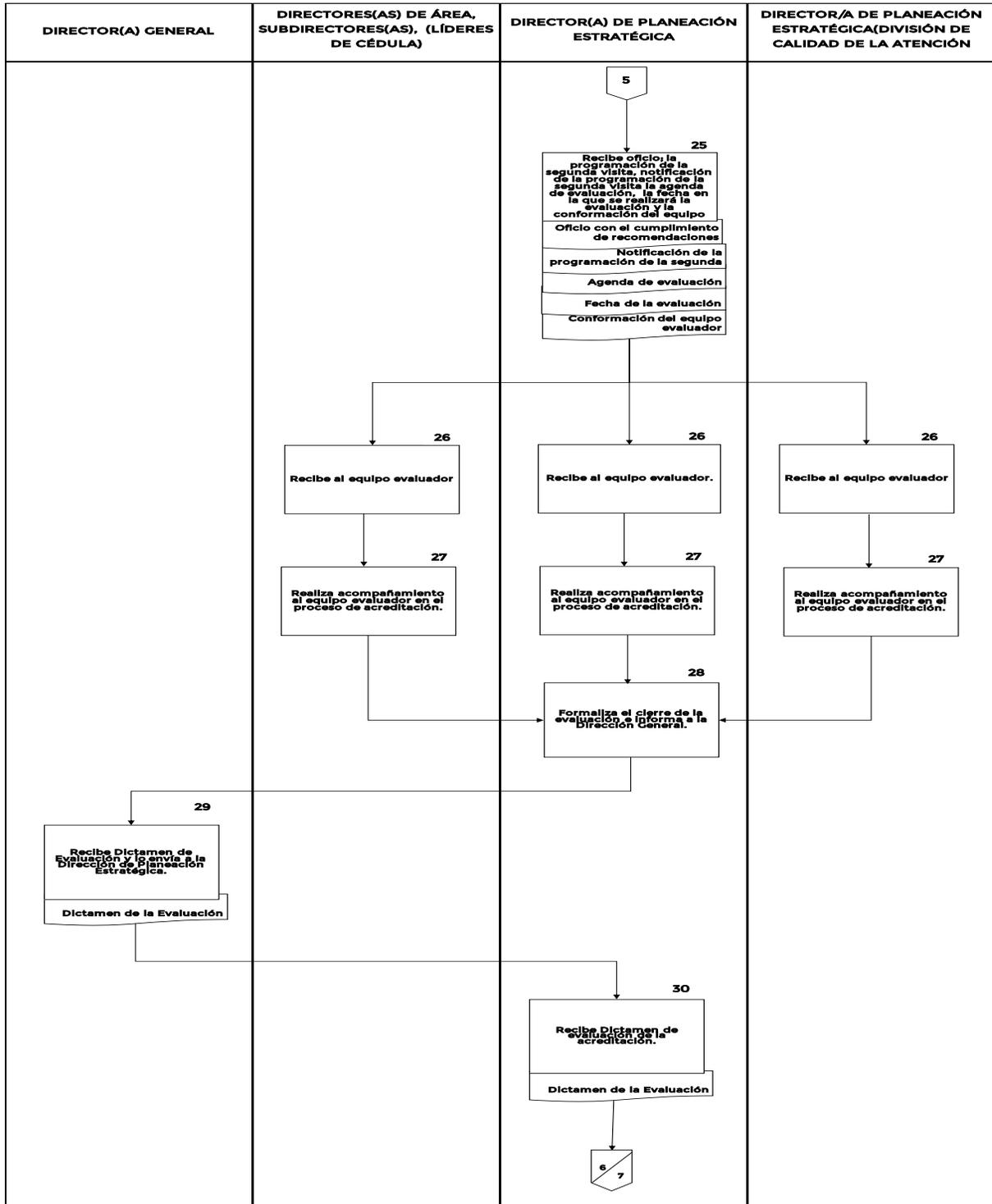
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México.



Rev. 0

Hoja: 17 de 22





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México.



Rev. 0

Hoja: 18 de 22

| DIRECTOR(A) GENERAL | DIRECTORES(AS) DE ÁREA, SUBDIRECTORES(AS), (LÍDERES DE CÉDULA) | DIRECTOR(A) DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | DIRECTOR/A DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA(DIVISIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN) |
|---------------------|--|---------------------------------------|--|
| | | | |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 19 de 22 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica | No aplica |
| 6.4 Modificación al Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.5 Plan Anual de Acreditación Nacional | No aplica |
| 6.6 Plan Anual de Acreditación Institucional | No aplica |
| 6.7 Guía técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Proyecto del Plan Anual de Acreditación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.2 Trámites de inscripción | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.3 Autoevaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.4 Plan Anual de Acreditación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.5 Solicitud de inscripción en plataforma electrónica | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.6 Carta compromiso | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.7 Copias de autorización de licencias sanitaria del hospital | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.8 Plan Anual de Acreditación aprobado | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 20 de 22 |

| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.9 Programación de las evaluaciones inscritas | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.10 Oficio de Convocatoria | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.11 Cédulas de Acreditación en físico y en correo electrónico | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.12 Cédulas de Acreditación vía correo electrónico | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.13 Designación de líder de cédula | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.14 Evaluación inicial | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.15 Observaciones detectadas en la evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.16 Oficio de las observaciones | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.17 Correo electrónico con solicitud de evaluación | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.18 Notificación de la primera visita vía correo electrónico | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.19 Oficio con recomendaciones realizadas a las cédulas | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.20 Oficio de cumplimiento de recomendaciones | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.21 Notificación de la programación de la segunda visita vía correo electrónico | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.22 Agenda de evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.23 Fecha de evaluación | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 21 de 22 |

| | | | |
|---|--------|--|-----------|
| | | Calidad de la Atención) | |
| 7.24 Conformación del equipo evaluador | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.25 Dictamen de la Evaluación | 2 año | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.26 Publicación del Dictamen de Evaluación aprobatorio | 2 año | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acreditación:** Proceso de evaluación externa para determinar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad, en un Establecimiento, fijo o móvil, necesarios para proporcionar los servicios del Sistema de Protección Social en Salud, previstos en el CAUSES y en el FPGC, así como las intervenciones del SMSXXI.
- 8.2 Actividad:** Una o más acciones afines y sucesivas que forman parte de un procedimiento ejecutado por una misma persona o por una unidad administrativa.
- 8.3 Autoevaluación:** Proceso a cargo de las Autoridades Responsables de los Establecimientos que tiene por objeto evaluar el cumplimiento de los Criterios de Capacidad, Seguridad y Calidad incluidos en las Cédulas de Evaluación para la Acreditación.
- 8.4 Dictamen:** Es la fase del Proceso de Acreditación donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del proceso (Registro y Evaluación) donde la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
- 8.5 Evaluación:** Proceso en el cual acude personal del Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y califican la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente.
- 8.6 Plan Anual de Acreditación institucional:** Documento informativo de carácter interno que, una vez realizados los análisis de morbilidad, viabilidad y costo-beneficio, establece las cédulas viables a inscribir.
- 8.7 Plan Anual de Acreditación Nacional:** Documento informativo que emite la DGCES en el que se establecen las fechas de evaluación. Se emite en el primer trimestre del año en la página web de dicha Dirección

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 22 de 22 |
| | 17. Procedimiento para la Acreditación del Hospital Juárez de México. | | |

8.8 Seguridad: Es la condición que garantiza que los/las empleados/as, pacientes, visitantes, infraestructura, instalaciones y equipo en el hospital, están libres de riesgo o peligro de accidentes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. | | |

18. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA EN PROCESOS CLÍNICOS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos que permitan conducir la elaboración y seguimiento de los proyectos de mejora en los servicios de atención clínica del Hospital Juárez de México, para mejorar la calidad en la atención médica y la seguridad a los y las pacientes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación Estratégica, por ser quien selecciona el proyecto de mejora a implementar, a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), por ser quien identifica, prioriza y coordina la implementación de proyectos de mejora; a la Dirección Médica (Jefaturas de División), por ser quienes implementan los proyectos de mejora.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. | | |

- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de implementar las estrategias que emita la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o el Consejo de Salubridad General, y a partir de ellas desarrollar los proyectos de mejora enfocados a la atención a la salud de las/los usuarios/as.
- 3.8 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, identifica áreas de oportunidad en los procesos clínicos para generar propuestas de proyectos de mejora.
- La identificación de áreas de oportunidad se basa en el análisis de incidentes relacionados con la seguridad del/la paciente, quejas, sugerencias, auditorías clínicas y mecanismos de evaluación (Acreditación y Certificación Hospitalaria).
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica selecciona y aprueba los proyectos de mejora a desarrollar, con base en su impacto a los/las usuarios(as) y a la propia institución.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica convoca a reunión a la Dirección Médica, a la Dirección Médica (Jefaturas de División) y a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para presentar el diagnóstico del proceso clínico, las fechas de inicio y término, el alcance y el objetivo del proyecto, entre otros.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica, a través de la División de Calidad de la Atención, coordina las actividades para la implementación de los proyectos de mejora y acuerda las acciones a realizar con la Dirección Médica (Jefaturas de División).
- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) informa el avance de los proyectos de mejora a la Dirección Médica (Jefaturas de División) y a la Dirección de Planeación Estratégica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. | | Hoja: 4 de 12 |

- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad, supervisa el cumplimiento de los proyectos de mejora conforme a los acuerdos establecidos.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de analizar y evaluar el resultado o impacto de la implementación de los proyectos de mejora, notificando el resultado mediante la elaboración de un informe ejecutivo a la Dirección General.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Solicita a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) la identificación de áreas de oportunidad en los procesos clínicos y administrativos con base en su plan de trabajo. | -Plan Anual de Trabajo de la Dirección Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 2 | Recibe instrucción e identifica áreas de oportunidad que requieran un proyecto de mejora. | -Formato de Proyecto de Mejora. -Oficio de envío de proyecto. |
| | 3 | Requisita el formato de proyecto de mejora y lo envía a la Dirección de Planeación Estratégica mediante oficio. Recaba acuse y lo archiva. La identificación de áreas de oportunidad se basa en el análisis de incidentes relacionados con la seguridad del/la paciente, quejas, sugerencias, auditorías clínicas y mecanismos de evaluación (Acreditación y Certificación Hospitalaria). ----- ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 4 | Recibe información, selecciona y aprueba el proyecto de mejora a implementar, conforme a la política 3.9 ¿Aprueba el proyecto de mejora? | -Oficio de envío de proyecto -Formato de Proyecto de Mejora. -Oficio de convocatoria. |
| | 5 | No: Realiza observaciones y devuelve a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). Regresa a actividad 2. | |
| | 6 | Si: Aprueba el proyecto de mejora e informa a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). | |
| | 7 | Convoca mediante oficio a la Dirección | |

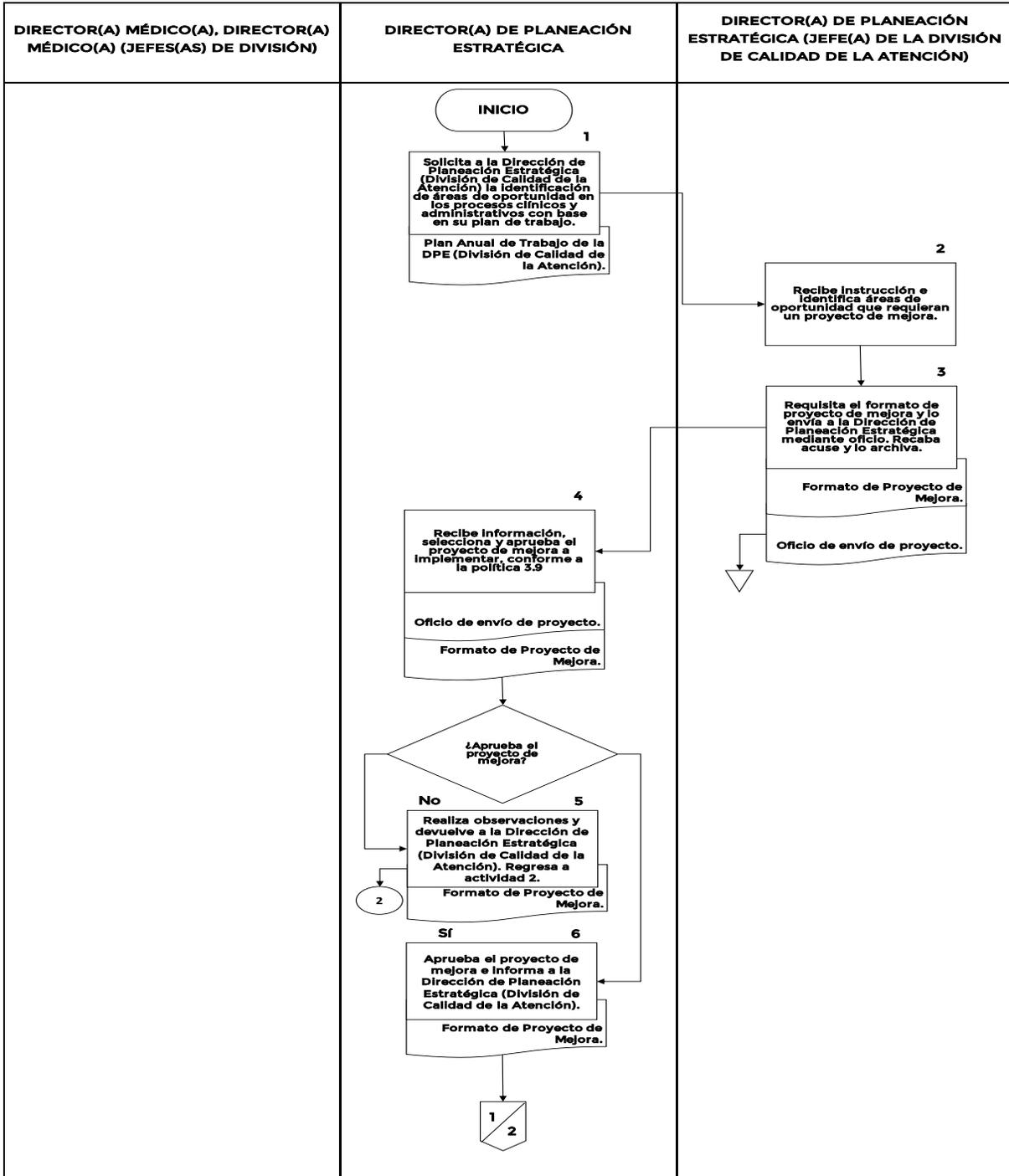
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en procesos clínicos. | |

Hoja: 6 de 12

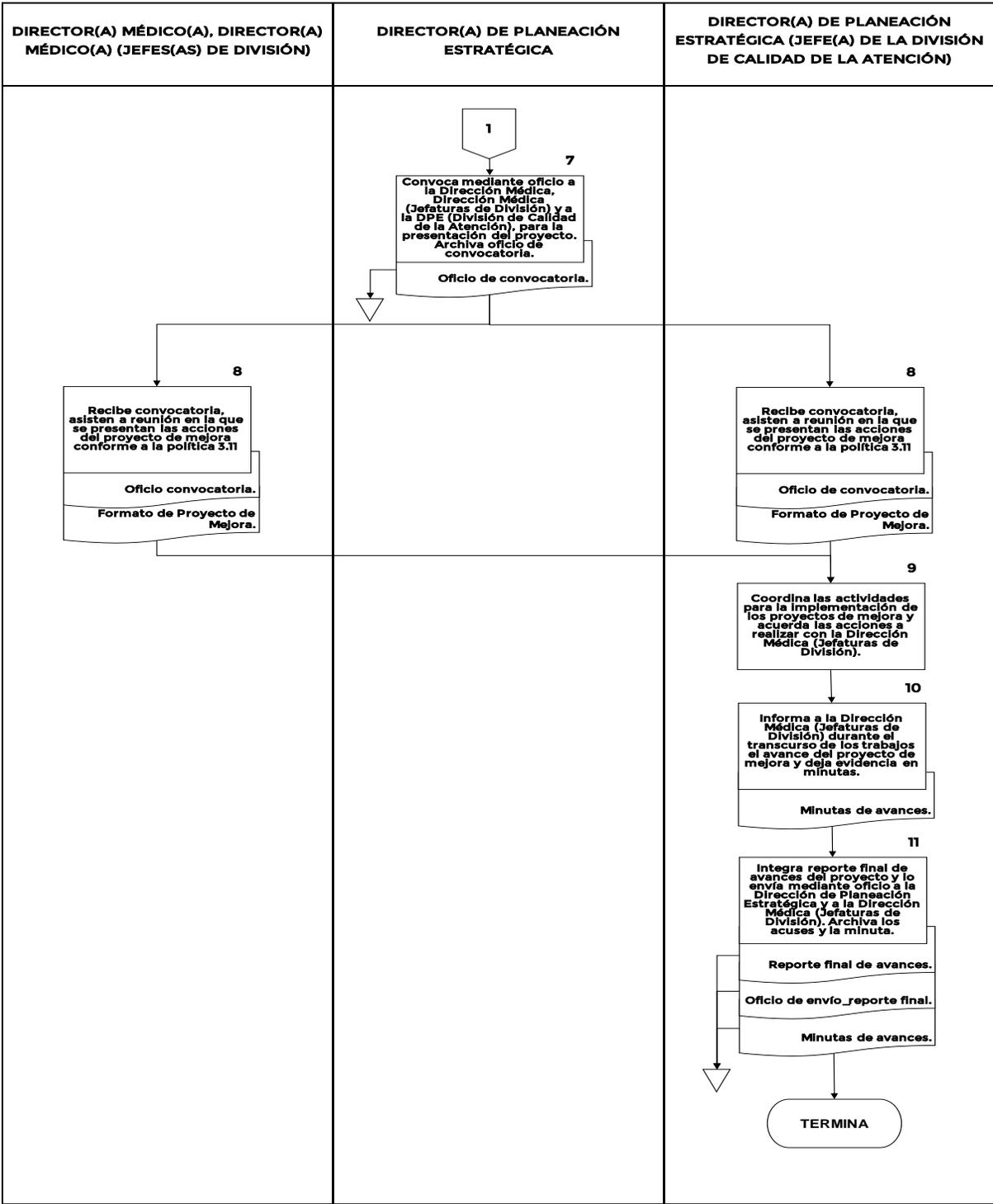
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| | | Médica, Dirección Médica (Jefaturas de División) y a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para la presentación del proyecto. Archiva oficio de convocatoria. | |
| Director(a) Médico(a), Director(a) Médico(a) (Jefes(as) de División), Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 8 | <p>Recibe convocatoria, asisten a reunión en la que se presentan las acciones del proyecto de mejora conforme a la política 3.11</p> <p>-----</p> <p>La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad elabora minuta de la reunión y entrega el formato del proyecto de mejora a la Dirección Médica y a la Dirección Médica (Jefaturas de División).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Oficio convocatoria.</p> <p>-Formato de Proyecto de Mejora.</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) de la División de Calidad de la Atención) | 9 | Coordina las actividades para la implementación de los proyectos de mejora y acuerda las acciones a realizar con la Dirección Médica (Jefaturas de División). | <p>-Minutas de avances.</p> <p>-Reporte final de avances.</p> |
| | 10 | Informa a la Dirección Médica (Jefaturas de División) durante el transcurso de los trabajos el avance del proyecto de mejora y deja evidencia en minutas. | -Oficio de envío_reporte final. |
| | 11 | Integra reporte final de avances del proyecto y lo envía mediante oficio a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección Médica (Jefaturas de División). Archiva los acuses y la minuta. | |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 7 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 8 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | |



| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 9 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Plan Anual de Trabajo de la Dirección de Planeación estratégica (División de Calidad de la Atención) | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.2 Formato de proyecto de mejora | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.3 Oficio de envío de proyecto | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.4 Oficio de convocatoria | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.5 Minutas de avances | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.6 Reporte final de avances | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.7 Oficio de envío_reporte final | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención)/Dirección Médica (Divisiones) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Auditoría clínica:** proceso de calidad que aspira a mejorar el cuidado del/la paciente y sus resultados mediante una revisión sistemática del cuidado con criterios explícitos, y una implantación de cambios.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 10 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | |

8.2 Proyecto de Mejora: Actividad o serie de actividades relacionadas con la mejora de uno de varios criterios involucrados en la satisfacción de los/las usuarios(as) intermedios y finales de cualquiera de los procesos de atención a la salud en el ámbito hospitalario.

8.3 Seguridad a los/las pacientes: Es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020 | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Proyecto de Mejora

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 12 |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | |

10.1 FORMATO DE PROYECTO DE MEJORA



Dirección de Planeación Estratégica
División de Calidad de la Atención

Formato de Proyecto de Mejora

| SERVICIO | FECHA | CLAVE DEL PROYECTO | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|------------------|---------------|
| (1) | (2) | (3) | | | |
| NOMBRE DEL PROYECTO | | | | | |
| (4) | | | | | |
| RESPONSABLE DEL PROYECTO | PERSONAL INVOLUCRADO | | | | |
| (5) | NOMBRE | CARGO | | | |
| | (6) | (7) | | | |
| OBJETIVO | | | | | |
| (8) | | | | | |
| ALCANCE | | | | | |
| (9) | | | | | |
| PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA | | | | | |
| (10) | | | | | |
| PLAN DE MEJORA | | | | | |
| NO | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | OBSERVACIONES |
| | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) |
| EVALUACIÓN DEL PROYECTO | | | | | |
| (16) | | | | | |

Código DPE-0006-01-2020
Lic. Sanitaria 05 AM 09 007 030



| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 18. Procedimiento para coordinar la implementación de proyectos de mejora en el Hospital Juárez de México. | | Hoja: 12 de 12 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Servicio: Escribir el área donde se va a llevar a cabo el proyecto.
2. Fecha: Escribir el día, mes y año en el que se elabora el formato.
3. Clave del Proyecto: escribir el nombre del servicio y número consecutivo del proyecto a realizar.
4. Nombre del Proyecto: Escribir el nombre del proyecto de mejora.
5. Responsable del proyecto: Escribir el nombre del profesional que estará coordinando el proyecto.
6. Personal involucrado: Escribir los nombres de las personas que estarán colaborando en el proyecto.
7. Cargo: Escribir el puesto de las personas involucradas en el proyecto.
8. Objetivo: Escribir el objetivo del proyecto. Inicia con un verbo en forma infinitiva, y respondiendo a la pregunta ¿para qué?
9. Alcance: Escribir las áreas involucradas en el proyecto.
10. Problemática identificada: Anotar problema identificado.
11. Actividad: Anotar las actividades a realizar.
12. Responsable: Anotar quién hará dicha actividad.
13. Fecha de inicio: Escribir la fecha cuando se inicia la actividad.
14. Fecha de término: Escribir la fecha cuando se programe que concluya esta actividad.
15. Observaciones: Escribir los detalles o consideraciones de las actividades.
16. Evaluación del Proyecto: Describir los resultados y/o impacto del proyecto.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

19. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR EL SEGUIMIENTO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES DE LOS/LAS USUARIOS/AS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 2 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Coordinar el proceso de atención y seguimiento de quejas sugerencias y felicitaciones que presenten los/as usuarios/as del Hospital Juárez de México (pacientes, familiares y/o visitantes), con el objeto de establecer estrategias de mejora y/o fortalecimiento en la atención y así contribuir a brindar una atención de calidad.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica ya que es quien autoriza y presenta en la sesión de seguimiento el informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as del Hospital Juárez de México; a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza y a la Dirección de Administración, porque son las responsables de atender e implementar los acuerdos de acciones de mejora determinadas en la sesión de seguimiento; a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) por ser quien recaba las quejas sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as del Hospital Juárez de México, elabora el informe trimestral y da seguimiento a los acuerdos de acciones de mejora.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Aval Ciudadano ya que está presente durante la apertura de los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones y participa en la determinación de acciones para mejorar la atención a los/as usuarios/as.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño, incluyendo la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para fines de este procedimiento, se considera Directores(as) de Área a los/las titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 La Dirección de Planeación Estratégica instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención), para atender y dar seguimiento a las quejas, sugerencias y felicitaciones que presentan los/as usuarios/as del Hospital Juárez de México.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) es responsable de recabar las quejas, sugerencias y felicitaciones que los/as usuarios/as presentan en buzones, medios electrónicos y de manera presencial.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) abre los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones instalados en el Hospital, los días lunes a partir de las 16:00 horas, en presencia del Aval Ciudadano.
- 3.11 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, coordinar y gestionar las actividades relacionadas con la atención a quejas, sugerencias y felicitaciones de

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 4 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

acuerdo a lo establecido en el “Lineamiento para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG), Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud” emitido por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, es responsable de capturar en la base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión, todas las quejas, sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as, para la elaboración del informe trimestral.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, elabora el informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones que presentan los/as usuarios/as.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica autoriza el informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones que presentan los/as usuarios/as.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de coordinar las sesiones trimestrales para el seguimiento de las quejas, denuncias y felicitaciones con las Direcciones de Área, Dirección Médica (Divisiones Médicas) y el Aval Ciudadano, para hacer de su conocimiento el informe trimestral.
- 3.16 La Dirección de Planeación Estratégica consensa con las Direcciones de Área, Dirección Médica (Divisiones Médicas) y el Aval Ciudadano, los acuerdos de acciones de mejora a implementar, para atender de manera integral las quejas y sugerencias.
- 3.17 Las felicitaciones, únicamente se turnan a las Direcciones de Área para que las hagan del conocimiento del personal al que las/los usuarios/as felicitan.
- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la División de Calidad de la Atención, envía por oficio las acciones de mejora a implementar a las Direcciones de Área responsables de su atención
- 3.19 Las Direcciones de Área y la Dirección Médica (Divisiones Médicas) son responsables de atender y, en su caso implementar los acuerdos de acciones de mejora y reportar el avance a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención).
- 3.20 La Dirección de Planeación Estratégica, informa los avances de los acuerdos de acciones de mejora, en la sesión de seguimiento posterior.

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 5 de 18

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) atender las quejas, sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as del Hospital Juárez de México y presentar un informe trimestral para implementar acciones de mejora. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 2 | Recibe instrucción, recaba quejas, sugerencias y felicitaciones de buzones, de medios electrónicos y presenciales. ----- La Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) abre los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones instalados en el Hospital, los días lunes a partir de las 16:00 horas, en presencia del Aval Ciudadano. | -Formato Único de quejas, sugerencias y felicitaciones. -Base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión. -Propuesta de Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones. |
| | 3 | ----- Gestiona las quejas sugerencias y felicitaciones con las Direcciones de Área, así como con el Aval Ciudadano. ----- | |
| | 4 | Todas las quejas sugerencias y felicitaciones se envían por escrito, a las Direcciones de Área correspondientes para su seguimiento y resolución. ----- ----- | |
| | 5 | Captura las quejas sugerencias y felicitaciones en la base de datos del Sistema Unificado de Gestión. | |
| | 6 | Elabora propuesta del informe trimestral de quejas sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as, tomando como referencia la base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión. | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 6 de 18

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | Envía propuesta del informe a la Dirección de Planeación Estratégica, para su revisión y autorización. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 7 | Recibe propuesta del informe trimestral, revisa y coteja con la base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión. | -Propuesta de Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones. |
| | | ¿La propuesta del informe coincide con la base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión? | -Base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión. |
| | 8 | No: Solicita a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) justifique los datos que presentan alguna diferencia. Regresa a la actividad 5. | -Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones autorizado. |
| | 9 | Si: Firma y autoriza el informe trimestral. | |
| | 10 | Entrega informe autorizado a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) e instruye, envíe a la Dirección General, Direcciones de Área y a la Dirección Médica (Divisiones Médicas) la invitación para la sesión en la que se presentará el informe. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 11 | Recibe instrucción e informe autorizado. | -Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones autorizado. |
| | 12 | Envía invitación para la sesión y el informe trimestral en medio electrónico a la Dirección General, Direcciones de Área, a la Dirección Médica (Jefaturas de División) y al Aval Ciudadano. ----- Acuden a reunión Directores(as) de Área, Director(a) de Planeación Estratégica, Dirección Médica (Jefes (as) de Divisiones Médicas), Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) y el Aval Ciudadano. | -Oficio de invitación. |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 7 de 18

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | En los casos que se requiera, algunos servicios deberán asistir a la sesión para tratar puntos específicos respecto a las quejas y sugerencias. ----- ----- | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 13 | Presenta en la sesión el informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/as usuarios/as. | -Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones autorizado. |
| | 14 | Consensa con los/las asistentes, las acciones de mejora a implementar y acuerda cuáles Direcciones de Áreas serán responsables de atenderlas. | |
| | 15 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) elabore minuta con acuerdos de acciones a mejora y oficios a las Direcciones de Áreas responsables de atenderlas. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 16 | Elabora minuta con acuerdos de acciones de mejora y oficios para las Direcciones de Áreas responsables de atenderlas, envía a la Dirección de Planeación Estratégica para su firma y validación. | -Minuta de la sesión. -Oficios para atender acciones de mejora. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 17 | Recibe y revisa minuta con acuerdos de acciones de mejora y oficios de las áreas responsables de atenderlas. ¿La minuta y los oficios cumplen con lo acordado en la sesión de revisión? | -Minuta de la sesión. -Oficios para atender acciones de mejora. |
| | 18 | No: Realiza observaciones para su modificación. Regresa a la actividad 16. | |
| | 19 | Si: Firma minuta y los oficios y turna a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención). | |
| | 20 | Instruye a la Dirección de Planeación | |

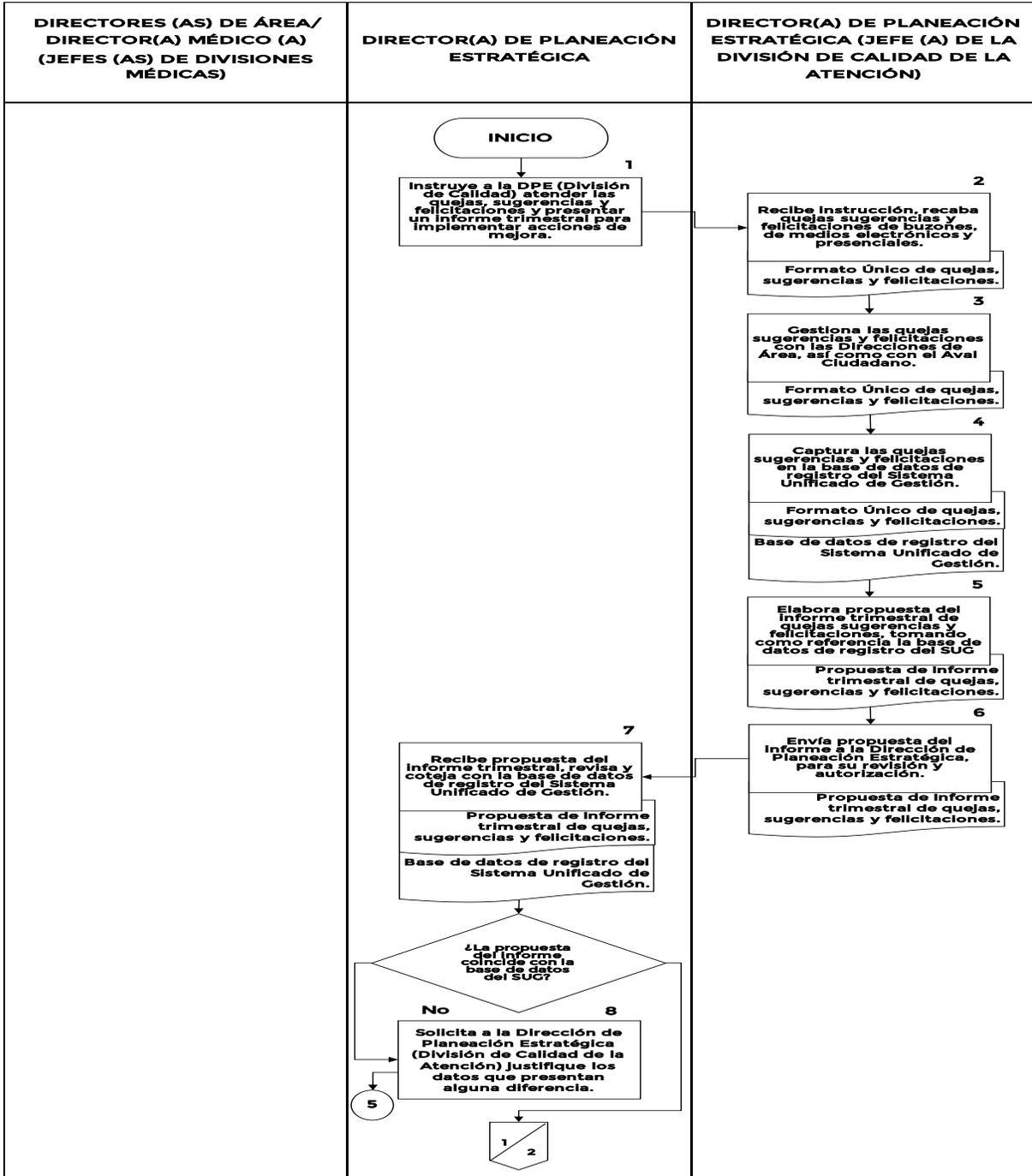
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | |

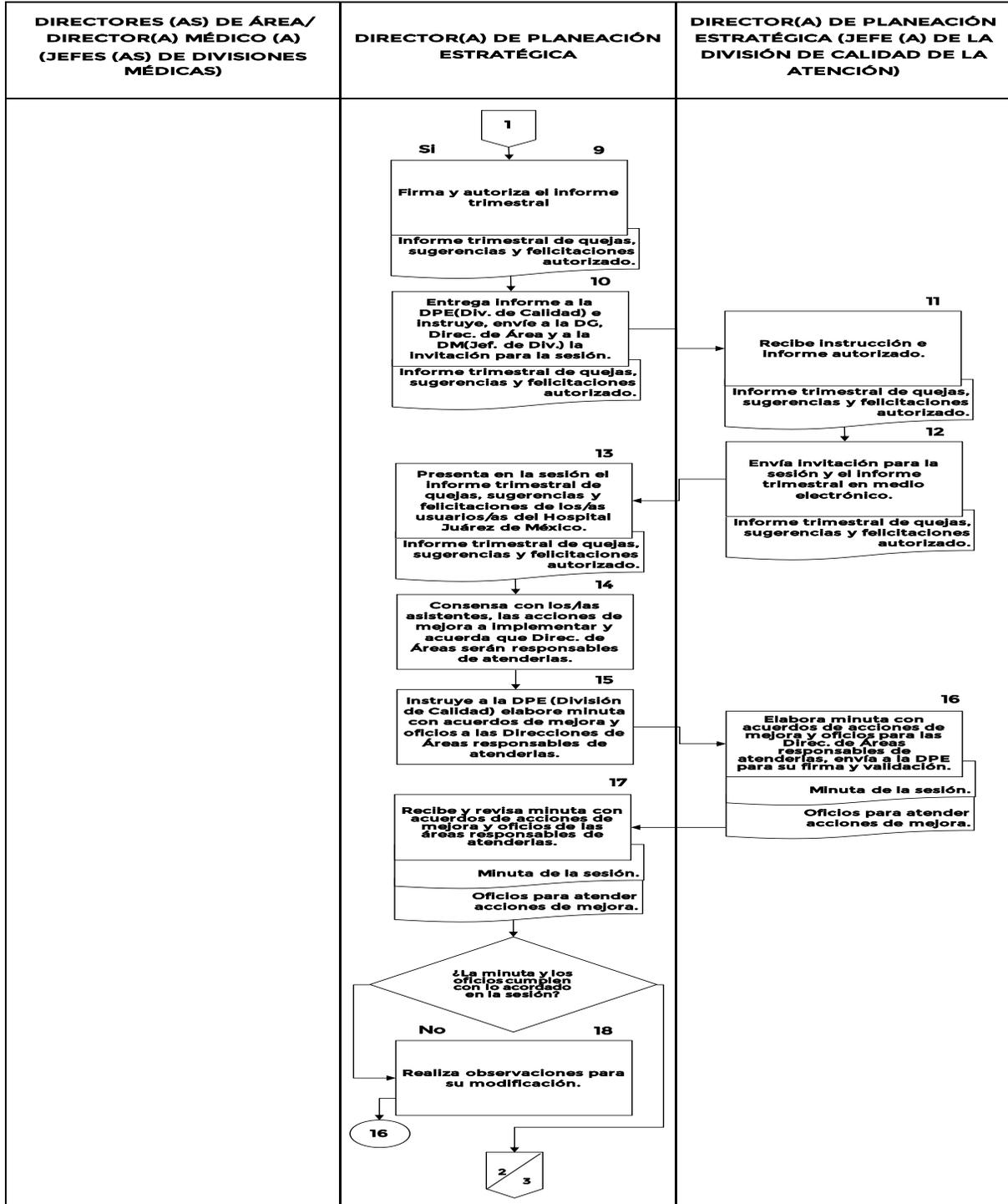
Hoja: 8 de 18

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | Estratégica (División de Calidad de la Atención) recabar firmas de los/las asistentes en la minuta, entregar los oficios a las Direcciones de Área responsables y llevar seguimiento de los acuerdos de acciones de mejora a implementar. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 21 | Recibe instrucción, minuta y oficios. | -Minuta de la sesión. |
| | 22 | Recaba firmas de los/las asistentes en la minuta y entrega oficios a las Direcciones de Área responsables de atender las acciones de mejora. | -Oficios para atender acciones de mejora. |
| Directores (as) de Área/ Director(a) Médico (a) (Jefes (as) de Divisiones Médicas) | 23 | Recibe oficio, atienden e implementan las acciones de mejora acordadas en la sesión. | -Oficios para atender acciones de mejora. |
| | 24 | Informa por oficio a la Dirección de Planeación Estratégica (División de Calidad de la Atención) el avance de las acciones de mejora. | -Oficio de avance de acciones de mejora. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de la División de Calidad de la Atención) | 25 | Recibe avance de las acciones de mejora y continúa dando seguimiento a las mismas. | -Oficio de avance de acciones de mejora. |
| | 26 | Agrega los avances reportados a la propuesta del informe posterior y archiva minuta, oficios para atender acciones de mejora y oficios de avance de acciones de mejora. TERMINA | -Propuesta del Informe posterior. -Oficios para atender acciones de mejora. -Minuta de la sesión. |

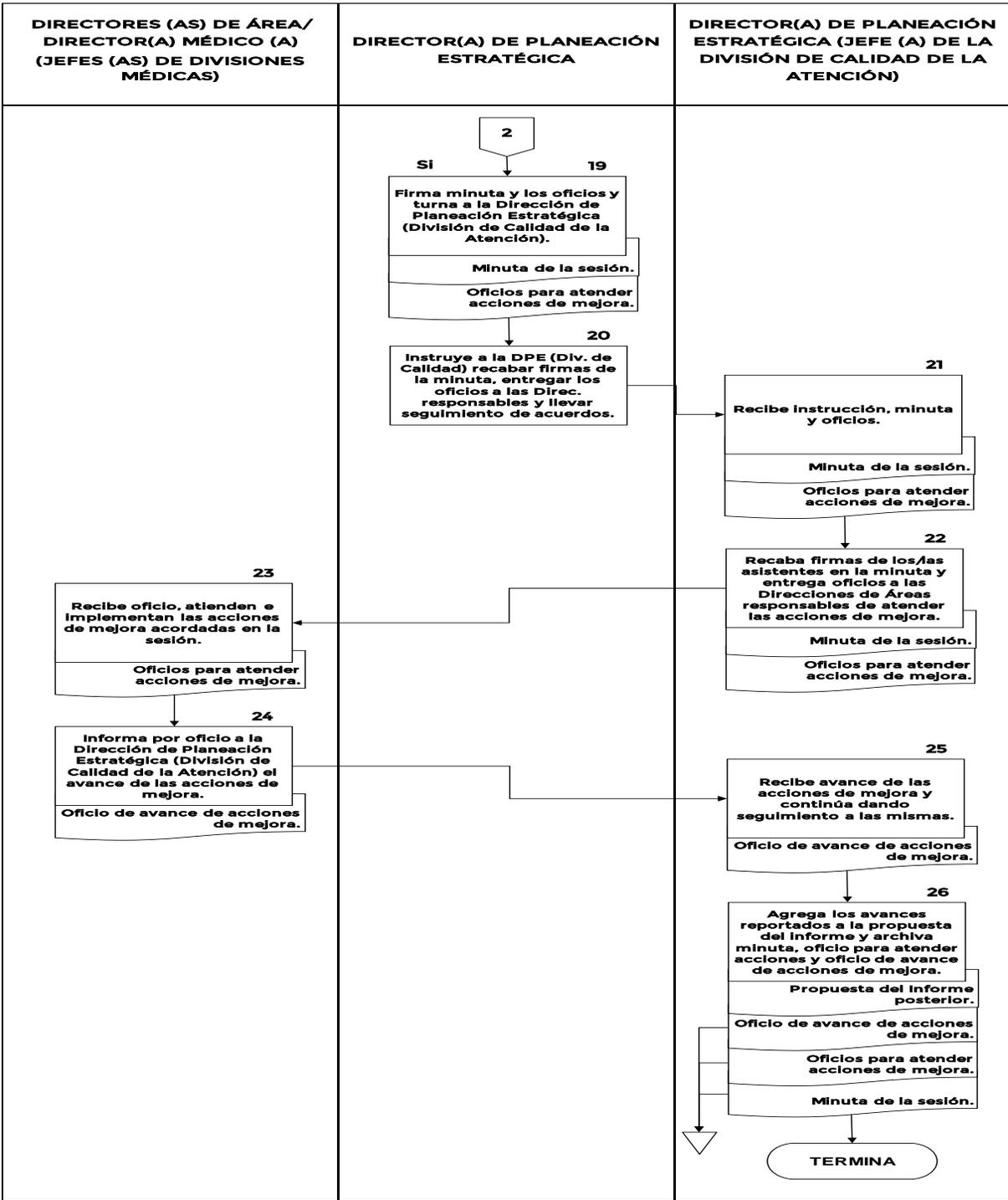
| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 9 de 18 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |



| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 12 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | | Código (cuando aplique) |
|------------|--|-------------------------|
| 6.1 | Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 | Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 | Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 | Lineamiento para el Uso de la Herramienta Sistema Unificado de Gestión (SUG), Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Formato Único de quejas, sugerencias y felicitaciones. | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | F-3001-02-19 |
| 7.2 Base de datos de registro del Sistema Unificado de Gestión. | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | No aplica |
| 7.3 Propuesta de informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones. | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | No aplica |
| 7.4 Informe trimestral de quejas, sugerencias y felicitaciones autorizado. | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica/ Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | No aplica |
| 7.5 Oficio de invitación. | 3 años | Direcciones de Área/Dirección Médica (Divisiones Médicas) | No aplica |
| 7.6 Minuta de la sesión. | 3 años | Direcciones de Área/Dirección Médica (Divisiones Médicas) Dirección de Planeación Estratégica/ Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | No aplica |
| 7.7 Oficio para atender acciones de | 3 años | Área responsable de atender acciones de | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 13 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| mejora | | mejora/Dirección de Planeación Estratégica(División de Calidad de la Atención) | |
| 7.8 Oficio de avance de acciones de mejora | 3 años | Área responsable de atender acciones de mejora/Dirección de Planeación Estratégica(División de Calidad de la Atención) | No aplica |
| 7.9 Propuesta del informe posterior | 3 años | Dirección de Planeación Estratégica (División de la Calidad para la Atención) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acciones de mejora:** Cualquier acción que suponga una mejora en la eficacia y/o eficiencia de cualquier actividad del sistema de gestión de calidad.
- 8.2 Aval Ciudadano:** Persona que contribuye con ideas innovadoras que faciliten y coadyuven en la mejora de la calidad y el trato digno que se otorga en los servicios de Salud.
- 8.3 Buzones:** Recipientes con una abertura longitudinal donde se depositan determinados papeles.
- 8.4 Felicitaciones:** Manifestación a una persona(s) o servicio(os) de la satisfacción que se experimenta con motivo de algún suceso favorable durante su estancia en el hospital.
- 8.5 Informe trimestral:** Es la descripción detallada de las características y circunstancias de un asunto específico. Como tal, recoge de manera clara y ordenada los resultados y hallazgos de un proceso, para ser comunicados a un público determinado.
- 8.6 Minuta:** Es el recurso escrito de una reunión. Proporcionan una descripción de la estructura de la reunión, comenzando con una lista de los presentes, siguiendo con los planteamientos y las respuestas de cada uno de los asistentes, y finalizando con el detalle de las conclusiones arribadas.
- 8.7 Queja:** Escrito o comunicación oral a través de la cual se pone de manifiesto la insatisfacción de un usuario/a (paciente o familiar), en relación con el servicio recibido durante su estancia en el hospital.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 14 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

8.8 Sugerencia: Es la observación o la formulación por parte de un usuario en donde su propuesta identifica una potencial propuesta o idea de cambio que especifica su posible mejora.

8.9 Usuario/a: Se denomina al/a la paciente o al familiar del/de la paciente.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva Creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato Único de quejas, sugerencias y felicitaciones.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 15 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

10.1 FORMATO ÚNICO DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Hospital Juárez de México
Dirección de Planeación Estratégica
División de Calidad de la Atención

FORMATO ÚNICO PARA QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

Número:

México, Ciudad de México a de de

NOTA: Los datos personales proporcionados por usted en este documento están protegidos por el Sistema de Datos Personales

DATOS DEL USUARIO

| | |
|---|---|
| Nombre del usuario <input style="width: 250px;" type="text"/> | Expediente No. <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| Tipo de usuario | |
| Paciente <input type="checkbox"/> | Familiar <input type="checkbox"/> |
| Parentesco <input style="width: 80px;" type="text"/> | Otro (Especifique): _____ |
| Domicilio: _____ | |
| Teléfono <input style="width: 80px;" type="text"/> | Correo Electrónico <input style="width: 200px;" type="text"/> |

DATOS DE LA QUEJA, SUGERENCIA O FELICITACIÓN

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de Inconformidad: | <input type="button" value="MÉDICA"/> | <input type="button" value="ENFERMERÍA"/> | <input type="button" value="PARAMÉDICA"/> | <input type="button" value="ADMINISTRATIVA"/> | | |
| Persona que lo atendió: _____ | Servicio <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | |
| Día del suceso (DD-MM-AAAA): ____/____/____ | Es usuario de seguro popular: | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> | | | |
| HORARIO: | <input type="button" value="L - V"/> | <input type="button" value="SABADO Y DOMINGO"/> | TURNO: | <input type="button" value="MATUTINO"/> | <input type="button" value="VESPERTINO"/> | <input type="button" value="NOCTURNO"/> |
| Tipo de Petición: | QUEJA <input type="checkbox"/> | SUGERENCIA <input type="checkbox"/> | FELICITACIÓN <input type="checkbox"/> | | | |
| PETICION RECIBIDA POR: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| MÓDULO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS | BUZÓN DE QUEJAS CALIDAD | REMITIDA POR OIC | OTROS | | | |
| ESPECIFIQUE: _____ | | | | | | |

FECHA Y NOMBRE DEL PERSONAL DEL MÓDULO DE ATENCIÓN A QUEJAS SUGERENCIA Y FELICITACIONES

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 17 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Número: El responsable asigna el consecutivo de acuerdo a su clasificación.

Fecha: Registrar la fecha de elaboración de la solicitud en formato de día/mes/año.

Datos del Usuario

Nombre: Registrar el nombre completo (nombres y apellidos) del paciente.

Expediente: Registrar número de expediente que corresponde al usuario, expedido por el Hospital Juárez de México.

Tipo de usuario seleccionar con una "X"

Paciente, Familiar, Otro: En caso de que sea otro poner el tipo de vínculo que tiene con el paciente.

Domicilio: Registrar la residencia actual anotando únicamente si pertenece al Edo. de México (municipio) o ciudad de México (alcaldía).

Teléfono: Anotar teléfono de domicilio actual o celular donde este localizable.

Correo Electrónico: Anotar correo electrónico. En importante poner algún correo alternativo.

Datos de la Queja, Sugerencia o Felicitación

Tipo de Inconformidad: Seleccionar con una "X" de acuerdo a su criterio (Médica, Enfermería, Paramédica o Administrativa).

Persona que lo atendió: Indicar el nombre de la persona correctamente.

Servicio: Nombre del servicio que lo atendieron.

Día del suceso: Indicar día/mes/año.

Seguro popular: Seleccionar en caso de que cuente con dicho programa.

Horario: Indicar correctamente con una "X" una de las opciones (L-V, Sábado o Domingo).

Turno: Seleccionar con una "X" (Matutino, Vespertino o Nocturno).

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 18 de 18 |
| | 19. Procedimiento para coordinar el seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones de los/las usuarios/as del Hospital Juárez de México. | | |

Petición Recibida: Seleccionar de acuerdo al modo que fue recibida la queja. (Módulo de atención Quejas y Sugerencias de los Usuarios, Buzón de Quejas Calidad, Remitida por OIC, Otro, en caso de que sea otro indicar porque medio).

Fecha y nombre: Escribir nombre completo y fecha de la persona que recibió el formato.

Descripción del Evento: Hacer una breve reseña de la inconformidad del servicio que se tuvo.

Seguimiento: El personal responsable de quejas llenara este apartado.

Prioridad: Seleccionar con una "X" de acuerdo a su asignación (Atención Inmediata o Atención por Proceso).

Servicio que atenderá la queja: Poner el nombre del servicio que dará seguimiento.

Fecha Recepción en el servicio: Indicar día/mes/año.

Firma y Nombre de quien Recibe: Escribir nombre completo y firma de la persona que recibe.

Seguimiento del Módulo de Atención a Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (Personal de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones).

Descripción: Escribir de manera concreta si se tuvo resolución inmediata o en su caso lo que procede.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 1 de 12 |

20. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Recibir y dar trámite a las solicitudes de información que formulen los/las particulares al Hospital Juárez de México como sujeto obligado, con base en la normatividad vigente y al ámbito de competencia de la institución, para coadyuvar en la protección del derecho de acceso a la información.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica en su calidad de Titular de la Unidad de Transparencia, debido a que es responsable de coordinar las acciones para atender las solicitudes de acceso a la información; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, por ser quienes generan la información; a la Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia) debido a que es la responsable de atender las solicitudes de acceso a la información.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), por ser el ente garante del acceso a la información, mediante el cual se reciben y envían solicitudes y respuesta de información; Al Comité de Información, por ser responsable de instituir, coordinar y supervisar, en términos de las disposiciones aplicables, las acciones y los procedimientos para asegurar la mayor eficacia en la gestión de las solicitudes en materia de acceso a la información.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 3 de 12 |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan como parte de este procedimiento.
- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de la atención de solicitudes de información.
- 3.5 Conforme a los artículos 45 y 61 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, respectivamente, la Dirección de Planeación Estratégica está designada como responsable de la Unidad de Transparencia en el Hospital Juárez de México.

En este sentido y para efectos del presente procedimiento, se incluye a la Dirección de Planeación Estratégica en su carácter de responsable de la Unidad de Transparencia.

- 3.6 Para efectos del presente procedimiento, se considera como Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración. Asimismo, son Subdirecciones Administrativas la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, es responsable de recibir y dar trámite a las solicitudes de información que formulen los/las particulares al Hospital Juárez de México.
- 3.8 El Hospital Juárez de México puede recibir las solicitudes de información de los/las particulares por los siguientes medios:
- a. De manera presencial en la Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia.
 - b. Vía correo electrónico, correo postal, mensajería, telégrafo.
 - c. Por la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos del Instituto Nacional de

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 4 de 12 |

Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

- 3.9 Tratándose de solicitudes de acceso a la información que se formulen de manera presencial, la Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, debe auxiliar a los/las particulares en la elaboración y, en su caso, los orienta sobre los sujetos obligados competentes conforme a la normatividad aplicable.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, debe registrar en la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos, todas las solicitudes que se reciben de manera presencial, así como las que llegan vía correo electrónico, correo postal, mensajería y telégrafo, imprimiendo el correspondiente acuse de registro.
- 3.11 Para acceder al Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos, la Dirección de Planeación Estratégica debe enviar un oficio al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, solicitando la clave de acceso y usuario.
- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, es responsable de resguardar la clave de acceso y usuario a la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos que proporcione el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, monitorea diariamente la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos, con el fin de identificar las nuevas solicitudes de información generadas por los/las particulares al Hospital.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, debe turnar las solicitudes de información a las direcciones de área y subdirecciones administrativas competentes que cuenten con la información o deban tenerla de acuerdo a sus facultades y funciones, con el objeto de que realicen una búsqueda exhaustiva y razonable de la información solicitada.
- 3.15 Es responsabilidad de las direcciones de área y subdirecciones administrativas, colaborar con la Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia) y atender las solicitudes de

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 5 de 12 |

información de su competencia, en la forma y términos que la misma establezca, conforme a los lineamientos en la materia.

- 3.16 Cuando la respuesta de las solicitudes de información involucre la entrega física de copias simples o certificadas, la Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia), debe informarlo al/ a la particular vía plataforma, generando el recibo de pago correspondiente.
- 3.17 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, puede establecer plazos internos para que las direcciones de área y subdirecciones administrativas den respuesta a las solicitudes de información.
- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia, debe implementar un registro de las solicitudes de acceso a la información, que contenga las respuestas, resultados, costos de reproducción y envío.
- 3.19 La Dirección de Planeación Estratégica, a través de la Coordinación de la Unidad de Transparencia presenta un informe trimestral de las solicitudes de acceso a la información al Comité de Transparencia, indicando el número y los tiempos de respuesta de las solicitudes por direcciones de área y subdirecciones administrativas, así como la existencia de recursos de revisión.
- 3.20 Es facultad del Comité de Transparencia instituir, coordinar y supervisar, en términos de las disposiciones aplicables, las acciones y los procedimientos para asegurar la mayor eficacia en la gestión de las solicitudes en materia de acceso a la información.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. |

Hoja: 6 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia) para que revise permanentemente la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos con la clave de acceso y usuario asignados por el Instituto Nacional de Acceso a la Información. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Coordinador(a) de la Unidad de Transparencia) | 2 | Recibe instrucción y accede a la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos e identifica las solicitudes de información nuevas generadas por particulares al Hospital. ----- ----- Las solicitudes que se reciben de manera presencial y las que llegan vía correo electrónico, correo postal, mensajería y telégrafo, se registran en la Plataforma. | -Solicitud de acceso a la información. -Respuesta que la solicitud no es competencia del Hospital. -Oficio de envío de solicitud. |
| | 3 | ----- ----- | |
| | 4 | Revisa si las solicitudes de información nuevas son competencia del Hospital, conforme a las facultades y funciones. ¿Son competencia del Hospital? | |
| | 5 | No: Contesta al/a la particular, a través de la misma Plataforma, que la solicitud no es competencia del Hospital y le indica la instancia a quien debe dirigirla. TERMINA Si: Imprime la solicitud y elabora el oficio dirigido a la dirección de área o subdirección administrativa competente para su atención. | |
| | 6 | Recibe oficio de solicitud de información de la Dirección de Planeación Estratégica | |
| Directores (as) de área/ | | | -Oficio de envío de solicitud. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. |

Hoja: 7 de 12

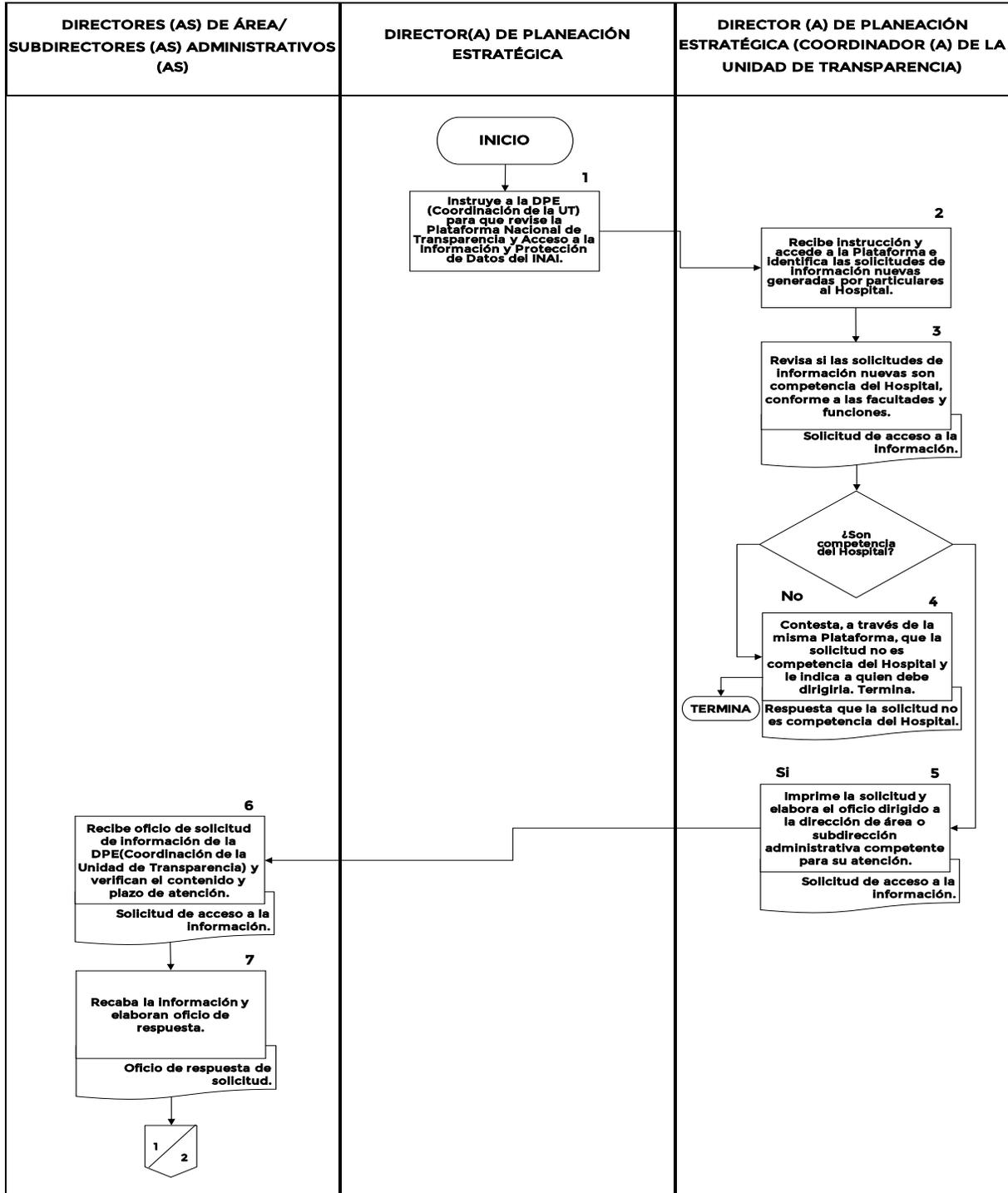
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|--|---|---|
| Subdirectores (as) administrativos (as) | 7 | Recaba la información y elaboran oficio de respuesta. | -Oficio de respuesta de solicitud. -Acuse de Oficio de respuesta de solicitud. |
| | 8 | Entrega el oficio a la Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia), recaban el acuse de recibo y lo archivan. | |
| | 9 | Recibe respuesta de la solicitud de acceso a la información y revisa que esté completa y cumpla con lo solicitado por el/la particular. | -Oficio de respuesta de solicitud. |
| Director/a de Planeación Estratégica (Coordinador/a de la Unidad de Transparencia) | 10 | ¿La respuesta está completa y cumple con lo solicitado por el/la particular? | -Oficio dirigido al/ a la particular con la respuesta. |
| | 11 | No: Acude directamente a la dirección de área o a la subdirección administrativa competente y le solicita complementar la información o corregirla. Regresa a la actividad 7. | -Acuse de registro en la Plataforma. -Solicitud de acceso a la información. |
| | 12 | Si: Elabora oficio dirigido al/ a la particular con la respuesta que proporcionó la dirección de área o la subdirección administrativa al/a la particular y lo firma. | -Oficio de envío de solicitud. -Oficio de respuesta |
| | | Ingresa a la Plataforma Nacional de Transparencia y Acceso a la Información y Protección de Datos e incorpora el oficio de respuesta que envió la dirección de área o la subdirección administrativa, así como el que elaboró y está dirigido al/a la particular. | -Expediente. |
| | ----- ----- En el caso de las solicitudes de información captadas por correo electrónico, correo postal, mensajería o telégrafo, además de | | |

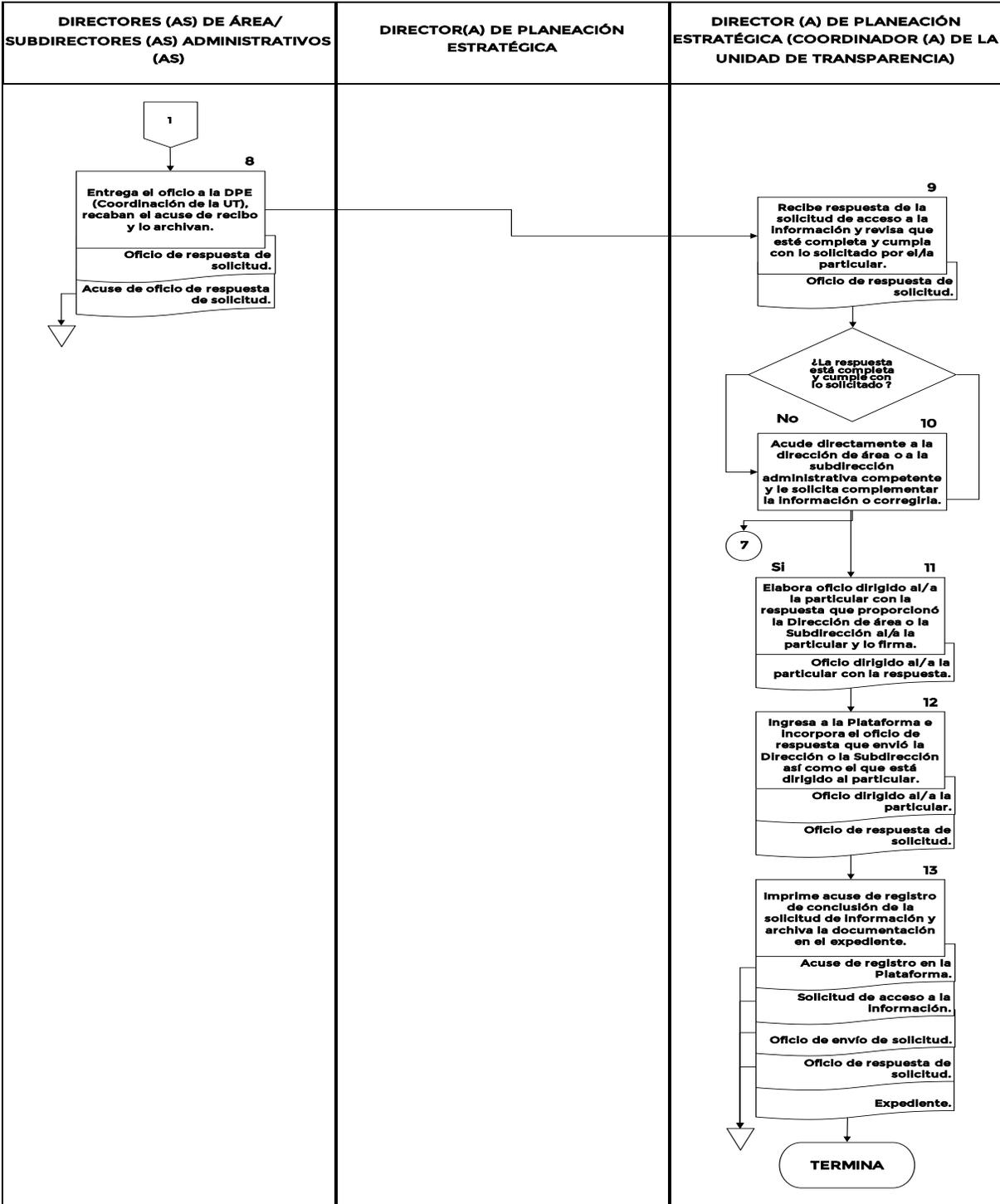
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. Hoja: 8 de 12 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | 13 | responder en la Plataforma, se remite la respuesta al particular por el medio en el que se recibió. ----- ----- Imprime acuse de registro de conclusión de la solicitud de información y archiva la documentación en el expediente. TERMINA | |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 9 de 12 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 11 de 12 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| | | |
|-----|---|-----------|
| 6.1 | Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. | No aplica |
| 6.2 | Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. | No aplica |
| 6.3 | Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 | Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 | Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones generales en las materias de archivos y transparencia para la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.6 | Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Solicitud de acceso a la información | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |
| 7.2 Respuesta que la solicitud no es competencia del Hospital. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |
| 7.3 Oficio de envío de solicitud | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |
| 7.4 Oficio de respuesta de solicitud | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |
| 7.5 Acuse de oficio de respuesta de solicitud | 2 años | Direcciones de Área/ Subdirecciones Administrativas. | No aplica |
| 7.6 Oficio de notificación al/la particular | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |
| 7.7 Acuse de | 2 años | Dirección de Planeación | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 20. Procedimiento para atender solicitudes de acceso a la información. | | Hoja: 12 de 12 |

| | | | |
|---------------------------|--------|---|-----------|
| registro en la Plataforma | | Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | |
| 7.8 Expediente | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Coordinación de la Unidad de Transparencia). | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Contraseña:** Elemento de seguridad del Sistema de Plataforma Nacional de Transparencia, que los servidores públicos obtienen para dar seguimiento a las solicitudes de información.
- 8.2 Particular:** Es toda aquella persona que por sí o su representante presenta ante la Unidad de Transparencia, una o varias solicitudes de acceso a la información.
- 8.3 Solicitud de acceso a la información manual:** Es la petición formulada mediante escrito libre ante los sujetos obligados, por la que se abre la posibilidad de consultar, sin necesidad de acreditar ningún tipo de interés, los documentos generados, administrados y resguardados por ellos, tal cual se encuentran en sus archivos.
- 8.4 Sujeto obligado:** Cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos autónomos, partidos políticos, fideicomisos y fondos públicos, así como cualquier persona física, moral o sindicato que reciba y ejerza recursos públicos o realice actos de autoridad en los ámbitos federal, de las Entidades Federativas y municipal, obligados a transparentar y permitir el acceso a su información y proteger los datos personales que obren en su poder.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA | | Hoja: 1 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

21. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR EL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (PETIC).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA | | Hoja: 2 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) en la forma y términos señalados en el Manual Administrativo de Aplicación General en la materia, con el fin de atender las necesidades institucionales conforme a la infraestructura tecnológica y de comunicación y a los recursos disponibles.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica por ser la que coordina la integración del grupo de trabajo para la dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC); a la Dirección General, la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser quienes aprueban los proyectos que conforman el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) y forman parte del grupo de trabajo para la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC); a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) por ser quien registra el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) en la herramienta de gestión de política de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC).
- 2.2 A nivel externo: A la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública porque da el visto bueno al Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) contenido en la Cartera Ejecutiva de Proyectos de la Institución.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal, que emitió la Secretaría de la Función Pública, así como en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA | | Hoja: 3 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 La Dirección de Planeación Estratégica a través Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica, es responsable de implementar los sistemas de información y de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño dentro del ámbito de este procedimiento.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica a través de Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica, es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, así como de establecer los mecanismos de supervisión y control.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas en este procedimiento.
- 3.7 La Cartera Ejecutiva de Proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) se refiere al conjunto total de proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que la institución propone a la Unidad de Gobierno Digital para su seguimiento.
- 3.8 El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) se refiere al conjunto de proyectos que son considerados como estratégicos.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica apoya en el establecimiento y operación del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, conforme a lo que se establece en el Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en Materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la de Seguridad de la Información, así como el Manual de Aplicación General en dichas materias.
- 3.10 El Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, debe integrarse por lo menos de las siguientes áreas, que tienen capacidad de toma de decisiones sobre los objetivos, metas y

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA | | Hoja: 4 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

proyectos institucionales en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC):

- Dirección General;
- Dirección Médica;
- Dirección de Investigación y Enseñanza;
- Dirección de Planeación Estratégica;
- Dirección de Administración;

- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica, formaliza la constitución del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones mediante un acta.
- 3.12 Las sesiones del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, se llevan a cabo de manera trimestral y el calendario anual es propuesto por la Dirección de Planeación Estratégica a través del Centro de Integración de Informática Médica y Tecnológica.
- 3.13 En la segunda sesión anual del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, la Dirección de Planeación Estratégica presenta la cartera ejecutiva de proyectos para que el Grupo de trabajo seleccione los que deben formar parte del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) del próximo año.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) revisan que las propuestas de los proyectos estratégicos estén alineadas con los objetivos institucionales, el Plan Nacional de Desarrollo, el programa sectorial y los programas especiales que resulten aplicables.

En el caso de los proyectos para contratación de bienes y servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), verifican que las principales inversiones en la materia se encuentren alineadas a los objetivos estratégicos de la Institución.

- 3.15 En la tercera sesión ordinaria del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) presentan los resultados de su análisis al Grupo de trabajo para que estos seleccionen aquellos proyectos que van a integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC).

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATEGICA | | Hoja: 5 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

- 3.16 Corresponde al Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, aprobar los proyectos que van a integrarse en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC), considerando los siguientes factores:
- Se cuente con los recursos institucionales;
 - Los proyectos aporten mayores beneficios a la población;
 - Los proyectos tengan alto impacto en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- 3.17 La Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica), previa autorización del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, integra el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) dentro de la Herramienta de Gestión de la Política de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC).

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). |

Hoja: 6 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director (a) de Planeación Estratégica | 1 | Envía por oficio la Cartera ejecutiva a la Dirección General y a las Direcciones de Área para su verificación y en su caso identifiquen aquellos proyectos que puedan considerarse como estratégicos. | -Oficio de solicitud de proyectos. -Cartera ejecutiva. |
| Director(a) General/ Directores(as) de Área | 2 | Recibe oficio e identifican en la Cartera ejecutiva los proyectos que puedan considerarse como estratégicos. | -Oficio de solicitud de proyectos. -Cartera ejecutiva. |
| | 3 | Elabora las propuestas de proyectos para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC), considerando la política 3.14 y las remiten a la Dirección de Planeación Estratégica vía oficio y/o por correo electrónico. | -Oficio y/o correo electrónico de envío de propuestas. -Propuestas. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 4 | Recibe las propuestas de los proyectos para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | -Oficio y/o correo electrónico de envío de propuestas |
| | 5 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) para que revise las propuestas de manera conjunta. | -Propuestas. |
| Director(a) de Planeación Estratégica / Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | 6 | Revisa si las propuestas estén alineadas con los objetivos institucionales, el Plan Nacional de Desarrollo y los programas sectoriales y especiales. | -Oficio y/o correo electrónico de envío de propuestas -Propuestas. |
| | | ¿Las propuestas están alineadas? | -Proyecto del Plan |
| | 7 | No. Informa que las propuestas no son viables. Regresa a la actividad 3. | Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). |
| | 8 | Si: Integra el proyecto del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) con las | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). |

Hoja: 7 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | | propuestas, para presentarlas en la siguiente sesión del grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 9 | <p>Convoca al Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones, para la presentación del proyecto del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC).</p> <p>-----</p> <p>El Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones celebra sesión y aprueba mediante minuta de trabajo el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) para el siguiente ejercicio.</p> <p>Asimismo, instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) para que registre los proyectos en la herramienta de gestión de política de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | -Proyecto del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | 10 | <p>Registra el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC) en la herramienta de gestión de política de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC); archiva la Cartera ejecutiva, el Oficio de solicitud de proyectos y los Oficios de envío de propuestas así como la minuta del Grupo de trabajo para la dirección de tecnologías de la información y comunicaciones.</p> <p>TERMINA</p> | <p>-Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC).</p> <p>-Herramienta de gestión de política de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC).</p> |

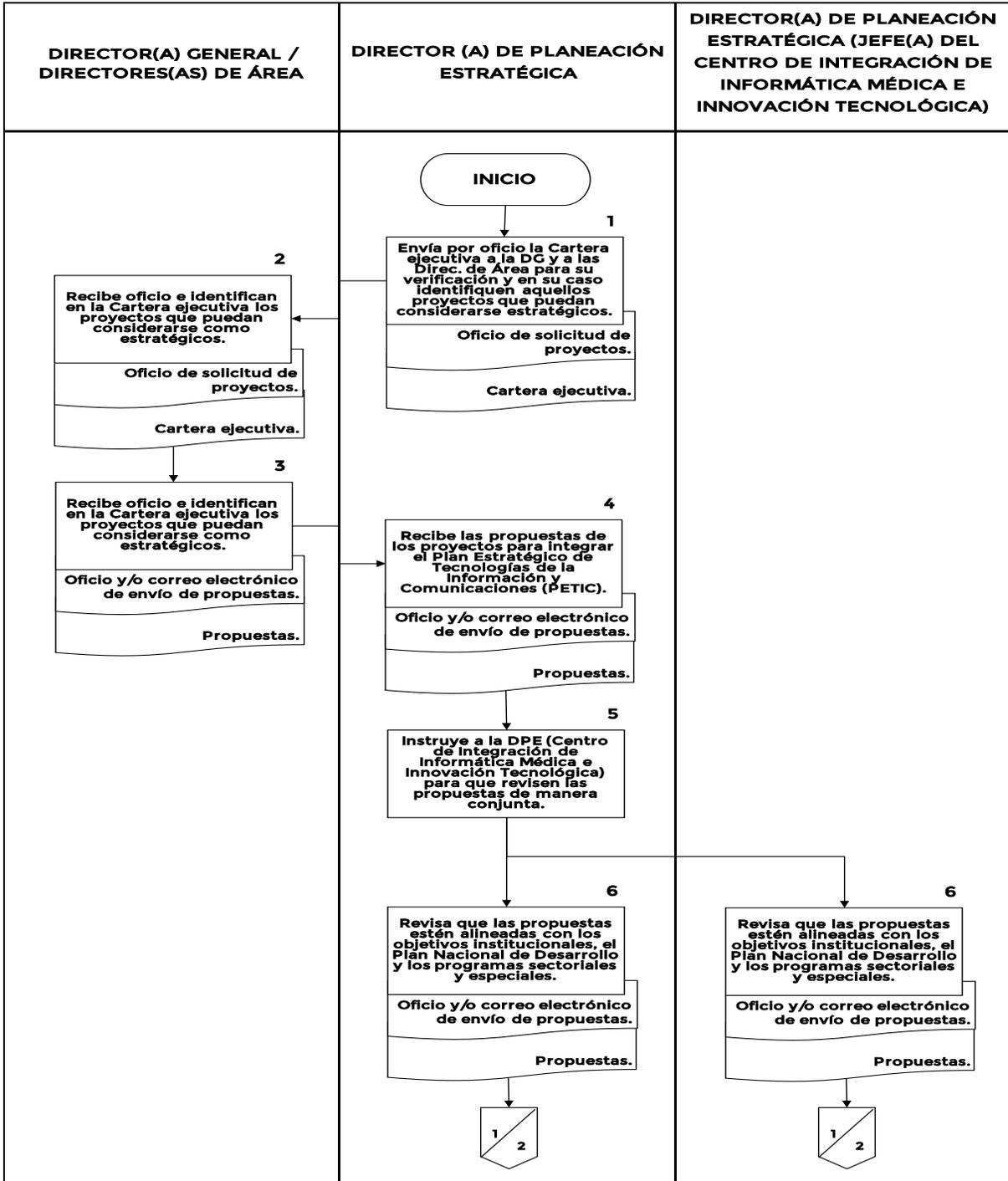
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | |

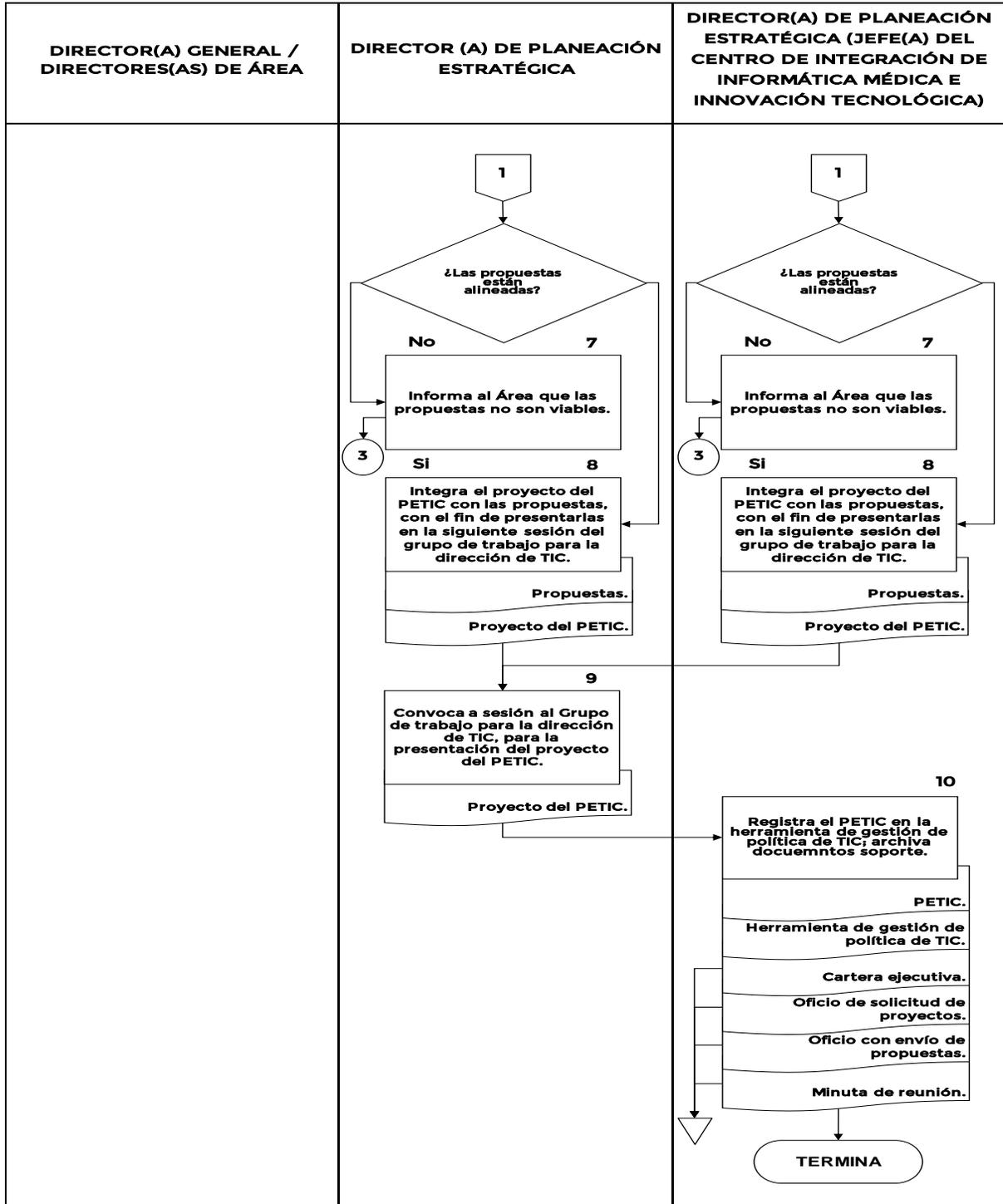
Hoja: 8 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|---|
| | | | -Cartera ejecutiva. -Oficio de solicitud de proyectos -Oficio con envío de propuestas. -Minuta de reunión. |

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 9 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y Seguridad de la Información. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio de solicitud de proyectos | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.2 Cartera ejecutiva | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.3 Oficio y/o correo electrónico de envío de propuestas | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.4 Propuestas. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.5 Proyecto del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 12 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

| | | | |
|--|-------|--|-----------|
| Comunicaciones (PETIC) | | e Innovación Tecnológica) | |
| 7.6 Herramienta de gestión de política de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.7 Minuta de reunión. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |
| 7.8 Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Herramienta de Gestión de la Política TIC:** Es el sistema web de control y gestión de las actividades establecidas en el Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la de Seguridad de la Información y en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y Seguridad de la Información (MAAGTICSI), considerando el reporte de Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC), la obtención del Dictamen Técnico y Visto Bueno que emite la Unidad de Gobierno Digital (UTIC), la Arquitectura Empresarial y reporte de cumplimiento de obligaciones, entre otros;
- 8.2 Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC):** Es el conjunto de proyectos que elaboran las Instituciones, conformado por proyectos estratégicos
- 8.3 Proyectos de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC):** El esfuerzo temporal que se lleva a cabo para crear un producto, servicio o resultado de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y que cuenta con presupuesto para su ejecución; considerando 2 tipos: proyectos operativos que soportan las actividades diarias de la Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicación (UTIC) y proyectos estratégicos, en los términos señalados en el Acuerdo por el que se modifican las políticas y

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 13 de 13 |
| | 21. Procedimiento para integrar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETIC). | | |

disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y en la de Seguridad de la Información.

- 8.4 Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC):** Las Tecnologías de la Información y Comunicaciones que comprenden el equipo de cómputo, software, dispositivos de impresión, infraestructura y servicios que sean utilizadas para almacenar, procesar, convertir, proteger, transferir y recuperar información, datos, voz, imágenes y video.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación en temas de Protección Civil. | | Hoja: 1 de 11 |

22. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN TEMAS DE PROTECCIÓN CIVIL.

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación en temas de Protección Civil. | | Hoja: 2 de 11 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Monitorear el cumplimiento del programa de capacitación permanente sobre temas de protección civil, con el objeto de verificar que se apliquen las sesiones de capacitación de acuerdo a los contenidos y fechas programadas y autorizadas.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica, por ser quien supervisa que se cumpla con el Programa de Capacitación; a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) por ser quien organiza la impartición del programa; a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo (CECAD)) por ser quien brinda los espacios para la capacitación.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), por ser quien ofrece cursos de capacitación en temas de protección civil.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, el manejo y resguardo de los sistemas de información, así como de los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 11 |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación en temas de Protección Civil. | | |

- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que genera el área.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es el encargado de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), es el responsable de verificar la calendarización de los cursos establecidos por el Centro Nacional para la Prevención de Desastres y de realizar el registro de participación de acuerdo al curso de interés.
- 3.8 La Dirección de Planeación Estratégica es la responsable de instruir a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), para que elabore el programa de capacitación a servidores/as públicos/as.
- 3.9 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, elaborar el programa de capacitación dirigida a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica, valida el programa anual de capacitación.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica, por medio del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de informar a la Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo (CECAD)), la programación de los cursos que se brindan.
- 3.12 La Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo (CECAD)) debe confirmar la aceptación del programa de

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación en temas de Protección Civil. | | Hoja: 4 de 11 |

capacitación y verificar que tenga espacio disponible para el desarrollo de los cursos.

- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica, a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de difundir la programación anual de los cursos.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica, verifica el cumplimiento del programa, conforme al temario establecido.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación a servidores públicos en temas de Protección Civil. |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Director (a) de Planeación Estratégica | 1 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), para realizar la programación de capacitaciones en tema de protección civil. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | 2 | Recibe la instrucción e investiga el calendario de capacitaciones organizadas por el Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED). | -Oficio de información de programación de capacitaciones. |
| | 3 | Establece el número de capacitaciones, temas, contenido y número de participantes. | |
| | 4 | Integra la información y organiza las capacitaciones que se otorgarán durante el año, de acuerdo a las fechas de las sedes internas y externas. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 5 | Elabora oficio para la Dirección de Planeación Estratégica, mediante el cual informa los temas, contenido y la programación de las capacitaciones. | -Oficio de información de programación de capacitaciones. |
| | 6 | Recibe oficio y verifica la programación, los temas y contenido. ¿La programación de las capacitaciones es adecuada de acuerdo a las necesidades de Protección Civil? | |
| | 7 | No: Programa capacitaciones. Regresa a la actividad 3 | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 8 | Si: Firma de visto bueno el oficio sobre la programación de las capacitaciones. | |
| | 9 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), realizar la gestión con la Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y | |

| | | |
|---|---|--|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación a servidores públicos en temas de Protección Civil. | |

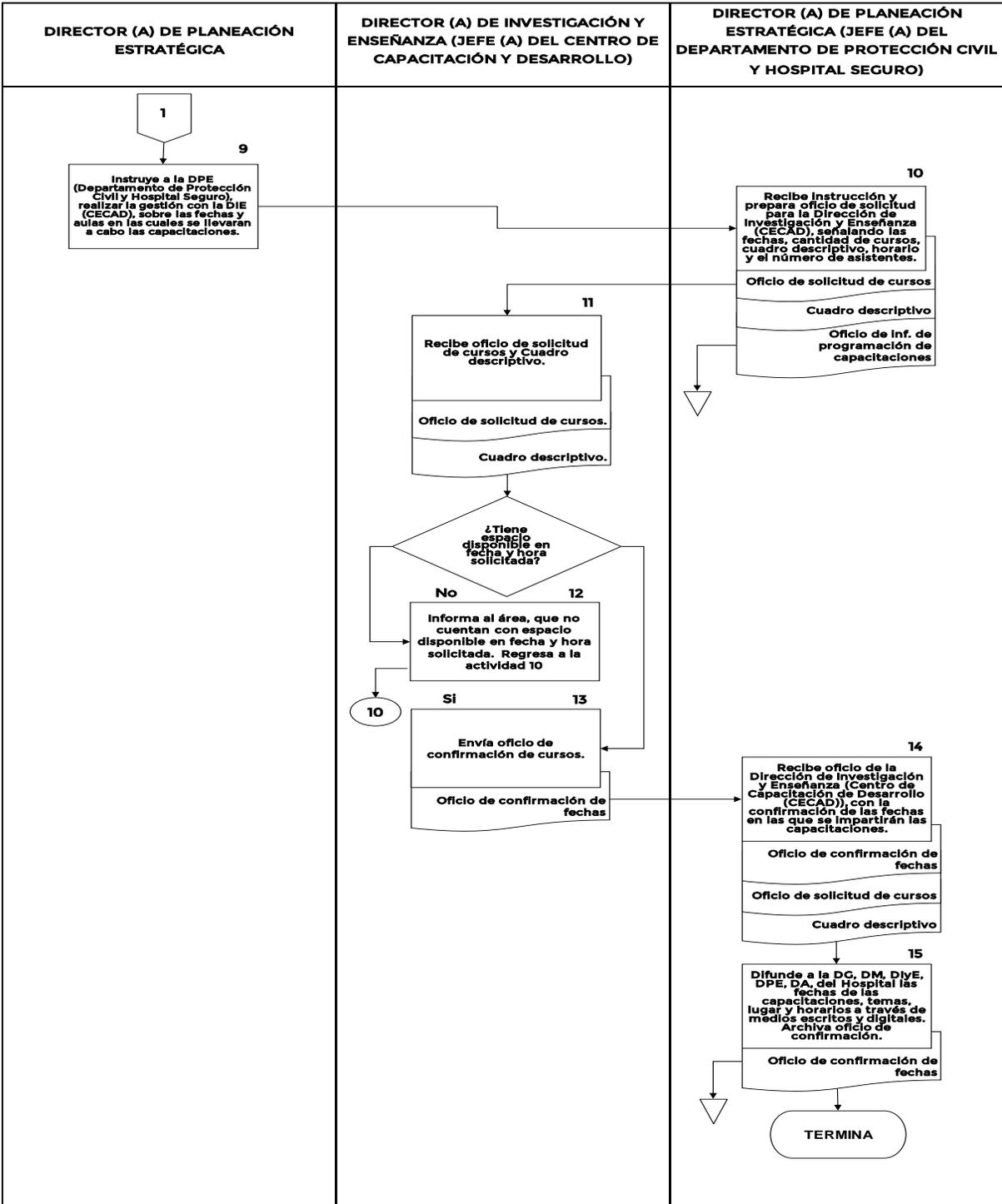
Hoja: 6 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | | Desarrollo (CECAD)), sobre las fechas y aulas en las cuales se llevaran a cabo las capacitaciones. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | 10 | Recibe instrucción y prepara oficio de solicitud para la Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo (CECAD)), señalando las fechas, cantidad de cursos, cuadro descriptivo, horario y el número de asistentes y archiva oficio de información de programación de capacitaciones. | -Oficio de solicitud de cursos. -Cuadro descriptivo. -Oficio de información de programación de capacitaciones. |
| Director (a) de Investigación y Enseñanza (Jefe (a) del Centro de Capacitación y Desarrollo) | 11 | Recibe oficio de solicitud de cursos y Cuadro descriptivo. | -Oficio de solicitud de cursos. |
| | 12 | ¿Tiene espacio disponible en fecha y hora solicitada? No: Informa al área, que no cuentan con espacio disponible en fecha y hora solicitada. Regresa a la actividad 10 | -Cuadro descriptivo. -Oficio de confirmación de fechas. |
| | 13 | Si: Envía oficio de confirmación de cursos. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | 14 | Recibe oficio de la Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación de Desarrollo (CECAD)), con la confirmación de las fechas en las que se impartirán las capacitaciones y conserva oficio y cuadro descriptivo. | -Oficio de confirmación de fechas. -Oficio de solicitud de cursos. |
| | 15 | Difunde a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración del Hospital las fechas de las capacitaciones, temas, lugar y horarios a través de medios escritos y digitales. Archiva oficio de confirmación. ----- ----- Se elabora circular de atención permanente | -Cuadro descriptivo. |

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación a servidores públicos en temas de Protección Civil. | |

Hoja: 7 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|-------------------|
| | | <p>informando a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, sobre las capacitaciones y de igual manera se ingresa la información al vínculo de protección civil que se encuentra habilitado en la Intranet del Hospital Juárez de México.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>TERMINA</p> | |



| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 10 de 11 |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación a servidores públicos en temas de Protección Civil. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Protección Civil. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley General de Protección Civil. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficio de información de programación de capacitaciones. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro). | No aplica |
| 7.2 Oficio de solicitud de cursos. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro)/ Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo). | No aplica |
| 7.3 Cuadro descriptivo. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro)/ Dirección de Investigación y Enseñanza (Centro de Capacitación y Desarrollo). | No aplica |
| 7.4 Oficio de confirmación de fechas. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro). | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 11 |
| | 22. Procedimiento para la supervisión del programa de capacitación a servidores públicos en temas de Protección Civil. | | |

- 8.1 CECAD:** Centro de Capacitación y Adiestramiento.
- 8.2 CENAPRED:** Centro Nacional de Prevención de Desastres.
- 8.3 Hospital Seguro:** Establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada.
- 8.4 Protección Civil:** Es la acción solidaria y participativa, que en consideración tanto de los riesgos de origen natural o antrópico como de los efectos adversos de los agentes perturbadores, prevé la coordinación y concertación de los sectores público, privado y social en el marco del Sistema Nacional, con el fin de crear un conjunto de disposiciones, planes, programas, estrategias, mecanismos y recursos para que de manera corresponsable, y privilegiando la Gestión Integral de Riesgos y la Continuidad de Operaciones, se apliquen las medidas y acciones que sean necesarias para salvaguardar la vida, integridad y salud de la población, así como sus bienes; la infraestructura, la planta productiva y el medio ambiente.
- 8.5 Servidor Público:** Persona física que realiza una función pública de cualquier naturaleza.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva Creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 1 de 26 |

23. PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE LA REVISIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS CONTRA FUEGO Y HUMO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 2 de 26 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Comprobar el estado físico de los equipos contra fuego y humo de acuerdo con los resultados reportados de manera periódica, con la finalidad de validar las condiciones de los dispositivos, para su correcto funcionamiento en caso de emergencia al interior del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica, por ser quien valida el resultado de las revisiones realizadas a los equipos contra fuego y humo; a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), debido a que es quien realiza la inspección de los equipos, a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, por ser responsable de realizar las reparaciones necesarias a los equipos contra fuego y humo.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/Las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, el manejo y resguardo de los sistemas de información, así como de los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 3 de 26 |

- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que genera el área.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es el encargado de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de instruir a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), realizar la inspección de los equipos contra fuego y humo de manera mensual.
- 3.8 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro es responsable de elaborar y en su caso modificar los formatos para la revisión de los equipos contra fuego y humo, de acuerdo a las condiciones de infraestructura o bien actualizaciones que se realicen en los dispositivos, sin demérito en la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevencción y protección contra incendios en los centros trabajo.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro realiza la revisión de los siguientes equipos del hospital destinados para el combate de fuego y humo:
- Extintores
 - Hidrantes
 - Tomas siamesas
 - Tomas de banqueta
 - Sistema automático contra incendio (granadas)
 - Detectores de humo
 - Puertas de emergencia
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro es responsable de realizar el llenado y

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 4 de 26 |

verificar la información de cada uno de los formatos para la revisión de equipo contra fuego y humo.

- 3.11 En caso de detectar anomalías o fallas que impidan el correcto funcionamiento de los equipos contra fuego y humo, la Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro informa los hallazgos a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.12 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, es responsable de realizar las reparaciones necesarias, con el objeto de brindar una operatividad óptima y funcionamiento permanente de los dispositivos contra fuego.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es el responsable de dar seguimiento a las fallas o anomalías reportadas a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento hasta que el desperfecto haya sido reparado.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro, es responsable de realizar los trámites para la contratación de una empresa externa especializada en el mantenimiento preventivo y correctivo y recarga de los agentes extinguidores de los equipos contra fuego y humo, de acuerdo al tipo y características de los dispositivos, con una frecuencia anual.
- Así mismo, realizará los trámites para llevar a cabo las pruebas hidrostáticas cada cinco años, de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-002-SEGOB-2011, informando a la Dirección de Planeación Estratégica sobre la solicitud.
- 3.15 La Dirección de Planeación Estratégica valida el resultado de las revisiones de los equipos contra fuego y humo.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. |

Hoja: 5 de 26

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director (a) de Planeación Estratégica | 1 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), para realizar la revisión de los equipos contra fuego y humo del hospital. | |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | 2 | Recibe la instrucción y elabora los formatos para la revisión de los equipos contra fuego y humo. | -Formatos para la revisión de equipo contra fuego y humo. -Oficio de solicitud de reparación. |
| | 3 | Realiza las revisiones de los equipos contra fuego y humo y requisita de manera mensual los formatos. | |
| | 4 | Concentra los formatos requisitados para la revisión de los equipos contra fuego y humo y revisa que se encuentren debidamente llenados y firmados. ¿Están debidamente llenados los formatos de acuerdo a los rubros señalados en la NOM-002-SEGOG-2010? | |
| | 5 | No: Revisa formatos para corrección. Regresa a la actividad No. 3 | |
| | 6 | Si: Realiza recorrido en sitio revisando de manera aleatoria la información registrada en los formatos para la revisión de los equipos contra fuego y humo. | |
| | 7 | Concilia los hallazgos sobre fallas en el funcionamiento de los equipos contra fuego y humo con lo señalado en los formatos. | |
| | 8 | ¿En la revisión física, el equipo contra fuego y humo continúa presentando fallas? No: Hace las anotaciones correspondientes en los formatos y los archiva en la carpeta | |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | |

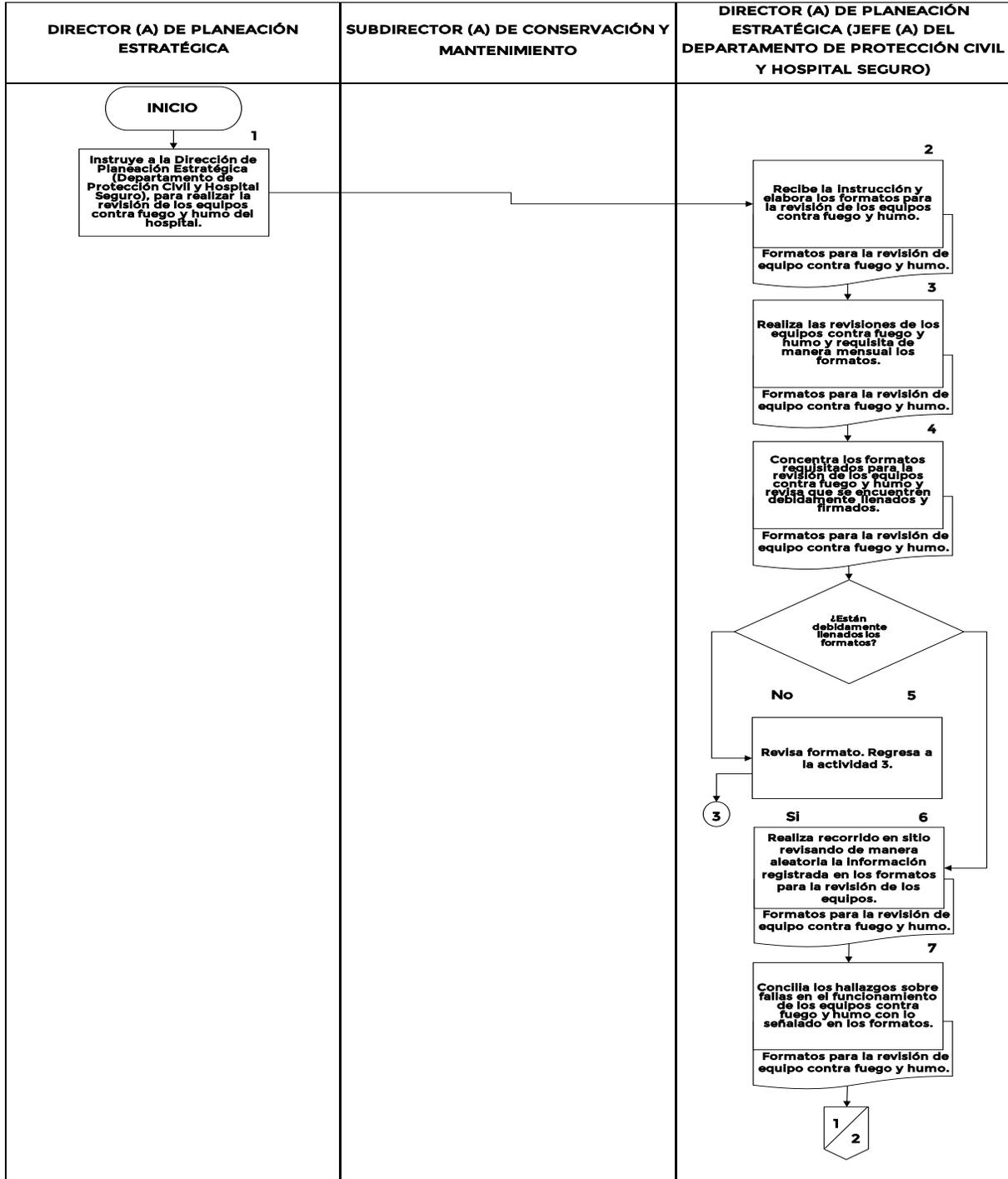
Hoja: 6 de 26

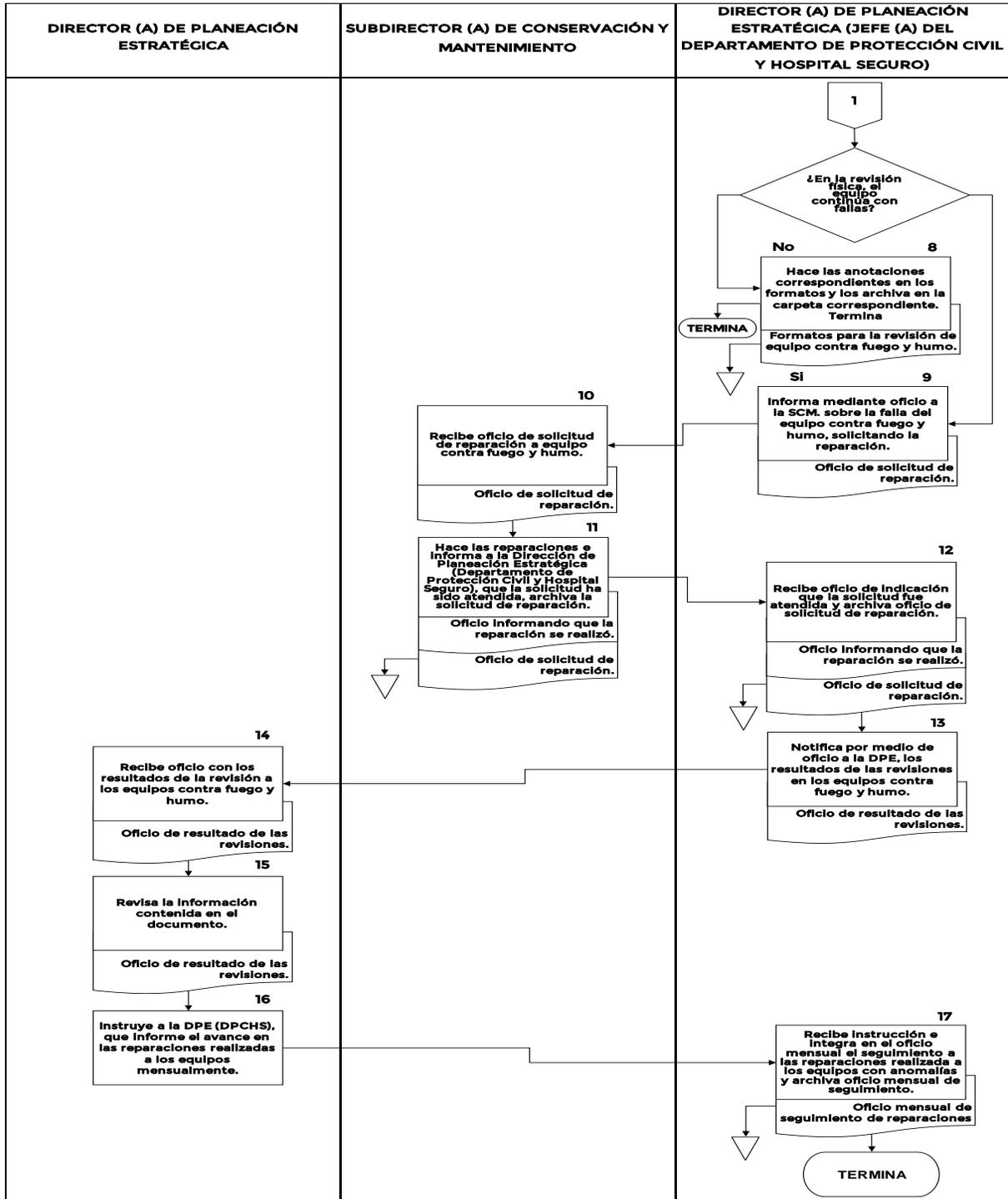
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | 9 | correspondiente. TERMINA. Si: Informa mediante oficio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento sobre la falla del equipo contra fuego y humo, solicitando la reparación. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 10 | Recibe oficio de solicitud de reparación a equipo contra fuego y humo. | -Oficio de solicitud de reparación. |
| | 11 | Hace las reparaciones e informa a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), que la solicitud ha sido atendida, archiva la solicitud de reparación. | -Oficio informando que la reparación se realizó. |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | 12 | Recibe oficio de indicación que la solicitud fue atendida y archiva oficio de solicitud de reparación. | -Oficio informando que la reparación se realizó. |
| | 13 | Notifica por medio de oficio a la Dirección de Planeación Estratégica, los resultados de las revisiones en los equipos contra fuego y humo. | -Oficio de solicitud de reparación. -Oficio de resultado de las revisiones. |
| Director (a) de Planeación Estratégica. | 14 | Recibe oficio con los resultados de la revisión a los equipos contra fuego y humo. | -Oficio de resultado de las revisiones. |
| | 15 | Revisa la información contenida en el documento. | |
| | 16 | Instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro), que informe el avance en las reparaciones realizadas a los equipos contra fuego y humo mensualmente. | |
| Director (a) de | 17 | Recibe instrucción e integra en el oficio | -Oficio mensual |

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | |
| Hoja: 7 de 26 | | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---------------------------------|
| Planeación Estratégica Jefe (a) de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro | | mensual el seguimiento a las reparaciones realizada a los equipos con anomalías y archiva oficio mensual de seguimiento de reparaciones. TERMINA | de seguimiento de reparaciones. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 10 de 26 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros trabajo. | No aplica |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Formatos para la revisión de equipo contra fuego y humo | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | DPE-0007-01-2020 |
| 7.2 Oficio de solicitud de reparación. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | No aplica |
| 7.3 Oficio de resultado de las revisiones | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | No aplica |
| 7.4 Oficio mensual de seguimiento de reparaciones. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Detector de humo:** Es una alarma que detecta la presencia de humo en el aire y emite una alarma avisando del peligro de incendio.
- 8.2 Dispositivo:** Pieza o conjunto de piezas preparados para realizar una función determinada y que generalmente forma parte de un conjunto más complejo.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 11 de 26 |

- 8.3 Equipo contra fuego y humo:** Aparatos y dispositivos, automáticos o manuales, instalados y disponibles para controlar y combatir incendios.
- 8.4 Extintor:** Recipiente metálico en forma de cilindro que contiene un agente extinguidor de incendios a presión.
- 8.5 Fuego:** Es la oxidación rápida de los materiales y combustibles con desprendimiento de luz y calor.
- 8.6 Hidrante:** Equipo que suministra gran cantidad de agua en poco tiempo para la lucha contra incendios.
- 8.7 Humo:** Producto que en forma gaseosa se desprende de una combustión.
- 8.8 Puertas de emergencia:** Puertas instaladas en edificaciones que facilitan la evacuación de las personas hacia una zona libre y abierta fuera de la construcción.
- 8.9 Sistema automático contra incendio:** Son aquellos dispositivos instalados de manera permanente, sin necesidad de ser activados por las personas, los cuales están cargados con agentes extintores acorde al tipo de fuego que se pretende combatir.
- 8.10 Tomas siamesa y de banqueta:** Equipo con dos conexiones visibles para el servicio de bomberos, las cuales están conectadas a la red hidráulica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato para la revisión de equipo contra fuego y humo (DPE-0007-01-2020).

10.1 FORMATO PARA LA REVISIÓN DE EQUIPO CONTRA FUEGO Y HUMO (DPE-0007-01-2020).

Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Fecha de Inspección: _____ **1**

Hoja 1 de 2

REGISTRO DE INSPECCIÓN DE EXTINTORES

AGENTE EXTINGUIDOR **3**

PQS CO2 K Esp. m.

CAPACIDAD INSTALADA **2**

Edificio: **"A"**

| UBICACIÓN Y/O REFERENCIA | TIPO 4 | | CAPACIDAD | REVISIÓN ESTADO GENERAL 6 | | | | | | | | | | FECHA DE VENCIMIENTO 8 | OBSERVACIONES 9 | | | |
|---|---------------|----|-----------|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------------------|------------------------|---------|---------|--|
| | CO | FG | | CEMBRO | AGUJERO | | | AGUJERO | AGUJERO | |
| A01 PLANTA BAJA VACUNAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A02 PLANTA BAJA JUNIO AL JARDIN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A03 PLANTA BAJA FRENTE CAJA PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A04 COMPUTADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A05 COMPUTADOR INTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A06 ESTADISTICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A07 PLANTA BAJA FRENTE A ESTADISTICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A08 ARCHIVO CLINICO SECRETARIA PLANTA BAJA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A09 PLANTA BAJA ARCHIVO FRENTE A CLASIFICADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A10 ENTRE ARCHIVOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A11 PRIMER PISO CONSULTORIO 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A12 PRIMER PISO CONSULTORIO 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A13 PRIMER PISO CONSULTORIO 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A14 PRIMER PISO CONSULTORIO 3 INTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A15 PRIMER PISO CONSULTORIO 10 INTERIOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

B Bueno R Regular M Malo NA No Aplica NR No se puede Revisar No Visible

DPE-0007-01-2020
Licencia Sanitaria: (CS AAI 03 067 036)

10

Inspección: _____

11

Revisó: _____

12

Verificó: _____

11

Lic. **Jorge Armando Benitez Corona**
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

12

Lic. **Jorge Armando Benitez Corona**
Jefe del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 8160, C. de los Angeles Cuajalajara, CP. 07700, Jalisco, México. Teléfono: 33 3610 3000, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650. www.gob.mx/secretaria-salud

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 13 de 26 |



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Dirección de Planeación Estratégica
 Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección de Extintores.
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Indicar la cantidad de extintores colocados en el edificio.
3. Anotar la cantidad total de extintores de acuerdo al (PQS, CO2, K y espuma).
4. Señala con una "X" el tipo de agente extinguidor.
5. Indicar la capacidad (4.5kg/6.0kg/9.0kg).
6. Revisar el estado del cilindro (Bueno/Regular/Malo).
7. Apuntar el estado general (Bueno/Regular/Malo)
8. Escribir la fecha de vencimiento (dd/mm/año).
9. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
10. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
11. Firma del Jefe de Departamento.
12. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA



Rev. 0

Hoja: 14 de 26

23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo.

Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

INSPECCIÓN DE HIDRANTES

Fecha: 1

| No. Hidrante | Ubicación | Edif. | Fecha de Vigencia | 3 Tipo | 4 Suficiente / No | 5 Vencido | 6 Muestras | 7 Cilindro | 8 Presión SI/No | 9 Muestras SI/No | 10 Muestras SI/No | 11 Observaciones |
|--------------|--|-------|-------------------|-----------|----------------------|--------------|---------------|---------------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| HD31 | HIDRANTE 1023 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| HD32 | HIDRANTE 1024 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD33 | HIDRANTE 1025 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD34 | HIDRANTE 1026 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD35 | HIDRANTE 1027 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD36 | HIDRANTE 1028 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD37 | HIDRANTE 1029 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD38 | HIDRANTE 1030 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD39 | HIDRANTE 1031 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD40 | HIDRANTE 1032 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD41 | HIDRANTE 1033 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD42 | HIDRANTE 1034 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD43 | HIDRANTE 1035 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD44 | HIDRANTE 1036 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD45 | HIDRANTE 1037 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD46 | HIDRANTE 1038 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD47 | HIDRANTE 1039 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |
| HD48 | HIDRANTE 1040 JARDINES CALISTO INVALDOSA | D | | | | | | | | | | |

Inspección

Nombre (firma y cargo)

Fecha

Lic. Javier Armando Ballester Corona
Jefe del Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Vehículo

Lic. Jorge Armando Ballester Corona
Jefe del Departamento de Protección Civil y Hospital

1001-1002-1003
Licencia (SINAVIA) (05-2015) (07-109)

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 15 de 26 |




Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección de Hidrantes.
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Anotar la fecha de recarga.
3. Verificar si cuenta con chapa (SI/NO).
4. Indicar si cuenta con señalización (SI/NO).
5. Revisar el estado del vidrio (Bueno/Regular/Malo).
6. Verificar que cuente con manguera (SI/NO).
7. Indicar que cuenten con chiflón (SI/NO).
8. Revisar si cuenta con presión revisando el manómetro.
9. Revisar el estado del gabinete (Bueno/Regular/Malo).
10. Verificar si cuenta con martillo (SI/NO).
11. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
12. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
13. Firma del Jefe de Departamento.
14. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

INSPECCIÓN GRANADAS CONTRA INCENDIO

Fecha _____

Presión: B Buena M Mala

Estado físico: B Bueno M Mala

Inspección: 6

Nombre, firma y cargo _____

Revisó: _____

Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Verificó: 7

Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

DPE-0007-01-2020
Licencia Sanitaria: (05 AM 09 007 030)

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 17 de 26 |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | |




Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección Granadas contra Incendio.
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Colocar la vigencia, indicada en el collarín.
3. Revisar y anotar la presión, que indica el manómetro
4. Revisar el estado físico de la granada (Bueno/Regular/Malo).
5. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
6. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
7. Firma del Jefe de Departamento.
8. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Dirección de Planeación Estratégica
 Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Inspección de Tomas de Banqueta

Fecha 1

2

| No. | Ubicación | Edificio | Revisión Física | | | Observaciones |
|-------|---|----------|---|---|---|---------------|
| | | | Pintura | Tapones | Valvulas | |
| T1301 | ENTRADA ESTACIONAMIENTO PRINCIPAL AV. HOSPITAL JUAREZ | | 3 | 4 | 5 | |
| T1302 | ESTACIONAMIENTO REHABILITACIÓN | | | | | |
| T1303 | ENTRADA AMBULANCIAS AV. JOSÉ URBANO | | | | | |
| T1304 | REJA JARDÍN RAYOS X CALLE JOSÉ URBANO | | | | | |
| T1305 | REJA BANDERAS I-SQ. AV. POLITECNICO Y JOSÉ URBANO | | | | | |
| T1306 | ENTRADA PRINCIPAL RAMPA DISCAPACITADOS | | | | | |
| T1307 | FRENTE A LA FARMACIA SALIDA PUERTA ESTACIONAMIENTO | | | | | |
| T1308 | FRENTE A CALDERAS DENTRO HOSPITAL | | | | | |
| T1309 | FRENTE A ESTACIONAMIENTO COSTADO DE ENSEÑANZA | | | | | |

Presión SI / NO B Bien M Malo R Regular

DPE-0007-01-2020
Licencia Sanitaria: (05 AM 09 007 030)

Inspeccionó: 7

 Nombre, firma y cargo: _____

Revisó: 8

 Lic. Jorge Armando Benitez Corona
 Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Verificó: 9

 Lic. Jorge Armando Benitez Corona
 Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 19 de 26 |



Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección de Tomas de Banqueta.
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Anotar el edificio cercano a la toma de banquetta.
3. Revisar el estado de la pintura (Bueno/Regular/Malo).
4. Verificar que cuente con los tapones (SI/NO).
5. Identificar el estado de la válvula (Bueno/Regular/Malo).
6. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
7. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
8. Firma del Jefe de Departamento.
9. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo.



Rev. 0

Hoja: 20 de 26



Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

INSPECCIÓN DETECTORES DE HUMO

Fecha de Inspección:

1

| No. | Ubicación | Edificio 2 | Prueba de Operación 3 | | | Observaciones 4 |
|------|---|-------------------|------------------------------|-----------|----------|------------------------|
| | | | Bien | Con Falla | No Opera | |
| DH27 | ARCHIVO DE PERSONAL | | | | | |
| DH28 | CABINA (AUDITORIO) | | | | | |
| DH29 | BIBLIOTECA | | | | | |
| DH30 | BIBLIOTECA | | | | | |
| DH31 | BIBLIOTECA | | | | | |
| DH32 | BIBLIOTECA | | | | | |
| DH33 | BIBLIOTECA | | | | | |
| DH34 | CIEMEIT | | | | | |
| DH35 | CUARTO DE PINTURAS | | | | | |
| DH36 | FARMACIA HUM | | | | | |
| DH37 | FOTOCOPIADO | | | | | |
| DH38 | GOBIERNO (CENTRO DE OFICINAS) | | | | | |
| DH39 | IMPRESA | | | | | |
| DH40 | INVESTIGACION DIAGNOSTICO MOLECULAR | | | | | |
| DH41 | INVESTIGACION DIAGNOSTICO MOLECULAR | | | | | |
| DH42 | INVESTIGACION DIAGNOSTICO MOLECULAR | | | | | |
| DH43 | INVESTIGACION DIAGNOSTICO MOLECULAR | | | | | |
| DH44 | LAVANDERIA | | | | | |
| DH45 | LAVANDERIA | | | | | |
| HD46 | ORGANO INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| DH47 | ORGANO INTERNO DE CONTROL | | | | | |
| DH48 | TESORERIA | | | | | |
| DH49 | TESORERIA | | | | | |
| DH50 | EDIF. E LABORATORIO S MEDICINA REGENERATIVA | | | | | |

DPE-0007-01-2020

Licencia Sanitaria: (05 AM 09 007 030)

Inspeccionó:

5

Revisó:

6

Verificó:

7

Nombre, firma y cargo

Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 21 de 26 |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | |




Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección Detectores de Humo.
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Anotar el edificio donde se encuentra ubicado.
3. Realizar prueba de operación o funcionamiento y derivado de esta se califica (bien, con falla o no opera).
4. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
5. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
6. Firma del Jefe de Departamento.
7. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.

INSPECCIÓN TOMAS SIEMESAS

Fecha: _____ 1

| No. | Ubicación | 2 Edificio | 3 Presión | Revisión Física | | | 7 Observaciones |
|------|--|---------------|--------------|-----------------|--------------|---------------|--------------------|
| | | | | 4 Pintura | 5 Tapones | 6 Valvulas | |
| TS1 | FUERA DE CALDERAS | | | | | | |
| TS2 | FUERA DE TANQUES DE DIESEL (FRENTE A FARMACIA) | | | | | | |
| TS3 | FUERA DE ARCHIVO CLINICO | | | | | | |
| TS4 | JARDIN PEQUENO (FUERA DE SALUD MENTAL) | | | | | | |
| TS5 | ESTACIONAMIENTO DE DIRECTIVOS 1 | | | | | | |
| TS6 | ESTACIONAMIENTO DE DIRECTIVOS 2 | | | | | | |
| TS7 | FUERA DE LAVANDERIA 1 (JARDIN) | | | | | | |
| TS8 | FUERA DE LAVANDERIA 2 (JARDIN) | | | | | | |
| TS9 | FUERA DE LAVANDERIA 3 (JARDIN) | | | | | | |
| TS10 | EDIFICIO "A" JARDIN AV. POLITECNICO | | | | | | |
| TS11 | EDIFICIO "A" JARDIN AV. POLITECNICO CAFETERIA | | | | | | |
| TS12 | AREA JARDIN SALIDA DE EMERGENCIA 1 AUDITORIO | | | | | | |
| TS13 | AREA JARDIN SALIDA DE EMERGENCIA 2 AUDITORIO | | | | | | |
| TS14 | SALIDA DE EMERGENCIA SALA DE ESPERA RAYOS X | | | | | | |
| TS15 | SALA DE ESPERA RAYOS X (JARDIN) | | | | | | |
| TS16 | SALIDA DE EMERGENCIA IMPRENTA | | | | | | |
| TS17 | ENTRADA DE AMBULANCIAS URGENCIAS | | | | | | |
| TS18 | ENTRADA A URGENCIAS (RAMPA DE DISCAPACITADOS) | | | | | | |
| TS19 | A UN COSTADO DE RADIOTERAPIA (JARDIN) | | | | | | |
| TS20 | SALIDA DE EMERGENCIA PASILLO BLANCO | | | | | | |
| TS21 | A UN COSTADO DE COMEDOR (JARDIN) | | | | | | |
| TS22 | FRENTE A SALIDA DE EMERGENCIA QUIROFANO | | | | | | |
| TS23 | JARDIN DE UNIDAD DE CIRUCIA EXPERIMENTAL | | | | | | |
| TS24 | FUERA DE ENSEÑANZA (BODEGA COMEDOR) | | | | | | |
| TS25 | JARDIN TRASERO DE ENSEÑANZA FRENTE A (RPB) | | | | | | |
| TS26 | JARDIN FRENTE AL INICIO DE ESTACIONAMIENTO | | | | | | |
| TS27 | JARDIN FRENTE A ESTACIONAMIENTO (MITAD 1) | | | | | | |
| TS28 | JARDIN FRENTE A ESTACIONAMIENTO (MITAD 2) | | | | | | |
| TS29 | JARDIN FRENTE A ESTACIONAMIENTO FINAL | | | | | | |
| TS30 | JARDIN A UN LADO DE ESCALERAS DE EMERGENCIA | | | | | | |

Inspeccionó:

8

Nombre, firma y cargo

Revisó:

9

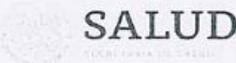
Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Verificó:

10

Lic. Jorge Armando Benitez Corona
Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 23 de 26 |




Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección Tomas Siamesas
Instructivo de llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Anotar el edificio cercano a la toma siamesa.
3. Indicar si tiene presión la toma siamesa (Si/No).
4. Revisar el estado de la pintura (Bueno/Regular/Malo).
5. Verificar que cuente con los tapones (Si/No).
6. Indicar el estado físico de la válvula (Bueno/Regular/Malo).
7. Anotar las observaciones obtenidas en la revisión
8. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
9. Firma del Jefe de Departamento.
10. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 24 de 26 |


SALUD | 

Dirección de Planeación Estratégica
 Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

INSPECCIÓN PUERTAS DE EMERGENCIA

Fecha: _____ 1

| No DE PUERTA DE EMERGENCIA | UBICACIÓN | EDIFICIO | SEÑALIZACIÓN SI/NO 2 | OBSERVACIONES 3 |
|----------------------------|-------------------------------|----------|--|---|
| 1 | VACUNAS | A | | |
| 2 | ARCHIVO CLÍNICO | A | | |
| 3 | AUDITORIO GENERAL | A1 | | |
| 4 | AUDITORIO GENERAL | A1 | | |
| 5 | RADIOGNÓSTICO E IMAGEN JARDÍN | B | | |
| 6 | IMPRENTA- JARDÍN | B | | |
| 7 | UNIDAD JURIDICA | B | | |
| 8 | BANCO DE SANGRE | B | | |
| 9 | ANATOMÍA PATOLÓGICA | C | | |
| 10 | PASILLO URGENCIAS | C | | |
| 11 | SALA DE ESPERA URGENCIAS | C | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|--|--|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | |  | | Dirección de Planeación Estratégica Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro | |
| 12 | PUERTA DE QUIROFANOS P.B. | C | | | |
| 13 | PUERTA DE QUIROFANOS 1ER PISO | C | | | |
| 14 | LABORATORIO CENTRAL | D | | | |
| 15 | PASILLO BLANCO A LADO DE CAFETERIA | D | | | |
| 16 | SERVICIOS GENERALES | D | | | |
| 17 | ESCALERA CONTRA INCENDIO (4) | D | | | |
| 18 | LAVANDERIA POR DENTRO | F | | | |
| 19 | PASILLO BLANCO SALIDA A LAVANDERIA | F | | | |
| 20 | SALIDA CHECADORES | F | | | |

DPE-0007-01-2020
Licencia Sanitaria: (05 AM 09 007 030)

| | |
|--|--|
| Inspeccionó: 4 _____ Nombre, firma y cargo | Revisó: 5 _____ Lic. Jorge Armando Benitez Corona Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro |
| Verificó: 6 _____ Lic. Jorge Armando Benitez Corona Jefe de Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 23. Procedimiento para el monitoreo de la revisión y operación de los equipos contra fuego y humo. | | Hoja: 26 de 26 |



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Dirección de Planeación Estratégica
Departamento de Protección Civil y Hospital Seguro

Formato de Inspección de Puertas de Emergencia
Instructivo de Llenado.

1. Anotar la fecha dd/mm/año.
2. Revisar que este colocado el señalamiento (SI/NO).
3. Indicar el estado físico de las puertas como que no estén obstruidas, si son de barra de impacto que esta funcione, el estado de los cristales y que abra correctamente.
4. Anotar nombre, firma y adscripción de la persona que llena el formato.
5. Firma del Jefe de Departamento.
6. El Jefe del Departamento realiza de manera aleatoria la verificación de la información.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 16 |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | |

24. PROCEDIMIENTO PARA VALIDAR MOVIMIENTOS DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO.

- 1.1 Establecer criterios objetivos que permitan evaluar y dar el visto bueno a las propuestas de creación, cancelación y/o fusión de áreas o servicios que presenten las direcciones al/a la Director(a) General, a fin de que los movimientos solicitados para efectos de la estructura funcional estén debidamente justificados.

2. ALCANCE.

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser responsable de autorizar los movimientos de la estructura funcional; a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien revisa y dictamina las propuestas que envían la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración; a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) por ser quien analiza las propuestas y a la Subdirección de Recursos Humanos por ser responsable de actualizar y difundir el organigrama funcional.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 3 de 16 |

- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua.
- 3.7 Se considera Director/a de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación y Enseñanza y Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.8 Las Direcciones de Área pueden presentar a la Dirección General las propuestas de creación, cancelación y/o fusión de áreas funcionales a su cargo, acompañadas del formato "Solicitud de movimientos de la estructura funcional" debidamente requisitado.
- 3.9 La Dirección General envía las propuestas a la Dirección de Planeación Estratégica para su revisión y dictaminación.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua), deben aplicar los criterios que se incluyen en este procedimiento para revisar todas las propuestas que envíen las Direcciones de Área a la Dirección General, a fin de evaluarlas de una manera objetiva y clara.
- 3.11 Los criterios a considerar para evaluar la creación de áreas, son:
- a) Congruencia institucional:
 - Identificación del marco jurídico específico aplicable.
 - La contribución con la misión del hospital.
 - Especificar el artículo y fracción(es) del Estatuto Orgánico del hospital con que se alinea.
 - b) Objetivo y funciones:
 - El objetivo del área a crear debe contribuir al logro de la misión institucional y al de la Dirección de Área correspondiente.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 4 de 16 |

- Las funciones a realizar deben ser claras, concisas y congruentes tanto con el objetivo de la dirección de área, como con la denominación del puesto, con su nivel jerárquico y responsabilidad. Así mismo, deben indicar ¿qué se hace? y ¿para qué se hace? y considerar la *Relación de verbos por nivel jerárquico* de acuerdo al anexo 10.2. Dichas funciones deben formar parte del Manual de Organización Específico del área.
- Definición de los productos/informes/reportes que se generarán.
- Establecer las relaciones de comunicación respecto a la solicitud y/o entrega de información.

c) **Infraestructura:**

Relativa a los recursos humanos, materiales y tecnológicos que deben formar parte de la infraestructura necesaria para que el área realice sus funciones en forma óptima.

- 3.12 El marco jurídico específico aplicable, el objetivo y las funciones del área que se indiquen en la "Solicitud de movimientos de la estructura funcional", debe formar parte del Manual de Organización Específico del área de nueva creación.
- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica, por medio del Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, verifica que las funciones que se asignarán al área de nueva creación no se dupliquen con las de áreas existentes, con base en la información de los Manuales de Organización Específicos que obran en los archivos del citado servicio.
- 3.14 Las Direcciones de Área deben acompañar las solicitudes de fusión y de cancelación de áreas con la justificación correspondiente, señalando los beneficios que representa el movimiento solicitado y, en su caso, si la fusión o cancelación soluciona algún riesgo o problemática identificado.
- 3.15 En las propuestas de cancelación, debe señalarse el nombre del área que realizará las funciones que tenía asignadas el área que desaparece.
- 3.16 Es responsabilidad de las Direcciones de Área la veracidad de la información que entreguen como sustento de las propuestas que envíen a la Dirección General y asimismo, asumen su compromiso de proporcionar a la Dirección de Planeación Estratégica y/o al Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua, la información adicional que se requiera durante el curso de la revisión de la propuesta.
- 3.17 Una vez analizada la solicitud del movimiento, la Dirección de Planeación Estratégica elabora el dictamen, dando el visto bueno al movimiento

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 5 de 16 |

solicitado o, en su defecto, señalando los ajustes que debe realizar la Dirección de Área para complementar la información.

- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica envía el dictamen a la Dirección General.
- 3.19 La emisión del dictamen no debe exceder de 10 días hábiles, a partir de la recepción de la solicitud en la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.20 La Dirección General autoriza por medio de oficio los movimientos al organigrama funcional, enviando copia a la Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.21 La Subdirección de Recursos Humanos actualiza el organigrama funcional conforme a los movimientos validados por la Dirección General, el cual debe difundir a las Direcciones de Área.
- 3.22 A partir de la autorización de los movimientos, las Direcciones de Área cuentan con un plazo máximo de 3 meses para elaborar o actualizar los Manuales de Organización Específicos y de Procedimientos de las áreas de nueva creación, de las que se fusionaron y de las que realizarán las funciones de aquellas que fueron las canceladas.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. |

Hoja: 6 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Directores (as) de Área | 1 | Elabora la Solicitud de movimientos de la estructura funcional, especificando la propuesta de modificación. | -Solicitud de movimientos de la estructura funcional. |
| | 2 | Elabora oficio de envío de propuesta dirigido a la Dirección General, al que adjuntan la Solicitud de movimientos de la estructura funcional debidamente requisitada. | -Oficio de envío de propuesta |
| Director(a) General | 3 | Recibe el oficio con la solicitud de movimientos de la estructura funcional y turna a la Dirección de Planeación Estratégica para su revisión. | -Solicitud de movimientos de la estructura funcional. -Oficio de envío de propuesta |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 4 | Recibe el oficio de envío de propuesta y el formato de solicitud de movimientos de la estructura funcional. | -Oficio de envío de propuesta -Solicitud de movimientos de la estructura funcional. |
| | 5 | Revisa que la solicitud de movimientos de la estructura funcional esté completamente requisitada y envía por oficio a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) en el que instruye verificar si la propuesta cumple con los criterios de la política 3.11. ----- La Dirección de Planeación Estratégica también puede remitir el oficio de envío de propuesta y el formato de Solicitud de movimientos de la estructura funcional sin oficio, a través de volante. ----- ----- | -Oficio de instrucción |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Jefe(a) del Servicio de Análisis de Procesos y | 6 | Recibe el oficio de instrucción, el oficio de envío de propuesta y la solicitud de movimientos de la estructura funcional. | -Oficio de instrucción. -Oficio de solicitud |
| | 7 | Analiza y revisa en base a los criterios de la política 3.11 si es viable la propuesta. | -Solicitud de movimientos de la estructura |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. |

Hoja: 7 de 16

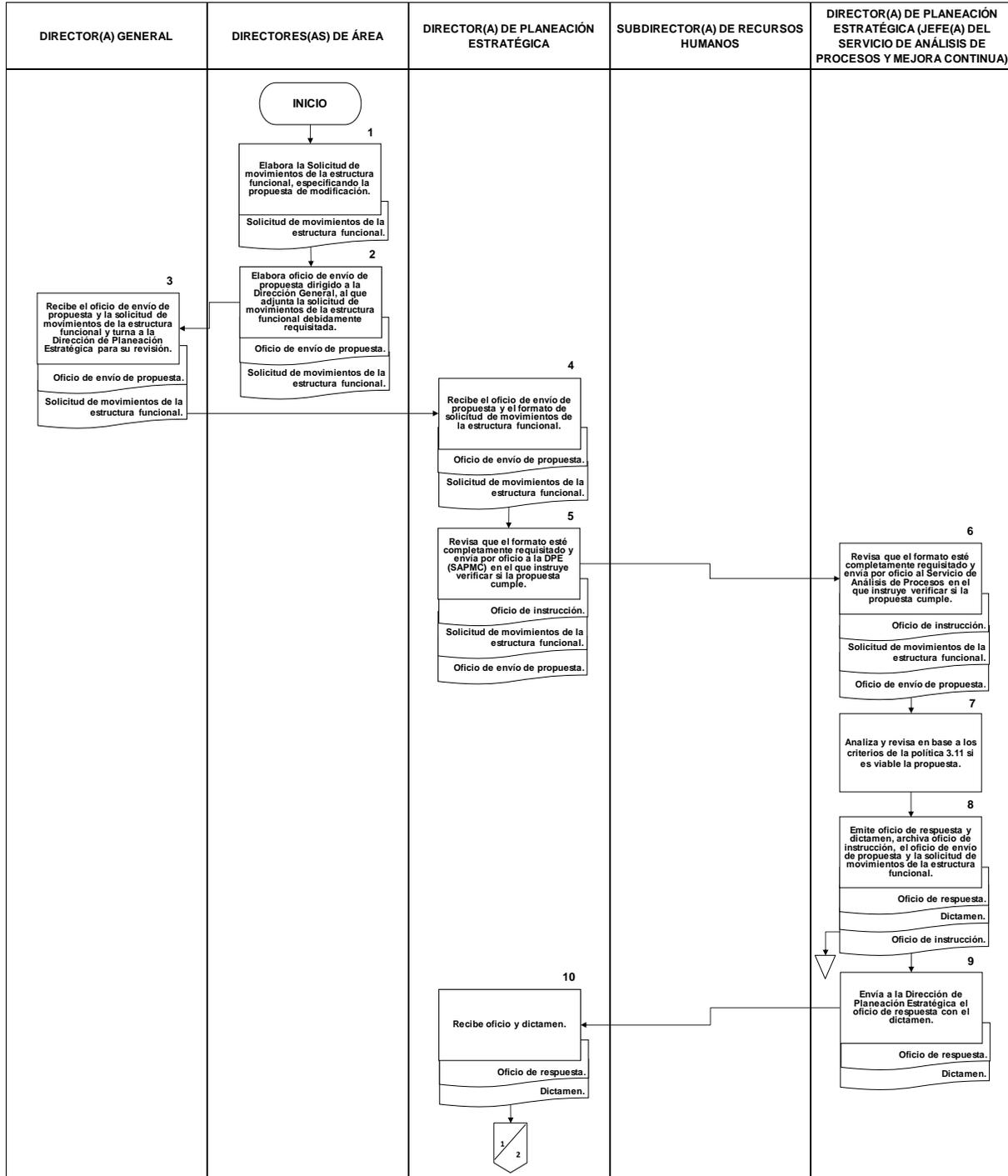
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| Mejora Continua) | 8 | Emite oficio de respuesta y dictamen, ya sea de viabilidad o con indicación de los ajustes pertinentes para su atención por parte de las Direcciones de Área, archiva oficio de instrucción, el oficio de envío de propuesta y la solicitud de movimientos de la estructura funcional. | funcional. -Oficio de respuesta. -Dictamen |
| | 9 | Envía a la Dirección de Planeación Estratégica el oficio de respuesta con el dictamen. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 10 | Recibe oficio y dictamen. | -Oficio de respuesta. |
| | 11 | Revisa el dictamen y lo envía por oficio a la Dirección General. | -Dictamen -Oficio con envío de Dictamen. |
| Director(a) General | 12 | Recibe oficio y dictamen. | -Oficio con envío de dictamen |
| | 13 | Revisa el resultado del dictamen. ¿La propuesta es viable? | -Dictamen. -Oficio con solicitud de ajustes. |
| | 14 | No: Emite oficio a la Dirección de Área correspondiente, solicitando realice los ajustes pertinentes. Regresa a la actividad 1. | -Oficio de autorización de movimiento |
| | 15 | Si: Autoriza por oficio la creación, fusión o cancelación del movimiento solicitado, marcando copia a la Dirección de Planeación Estratégica, archiva oficio y dictamen. | |
| Directores (as) de Área | 16 | Recibe oficio de autorización. | -Oficio de autorización de movimiento |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 17 | Recibe copia del oficio de autorización del movimiento. | -Oficio de autorización de movimiento. |
| | 18 | Envía oficio para actualizar el organigrama funcional a la Subdirección de Recursos Humanos con copia de la autorización del movimiento y el dictamen. | -Oficio para actualizar el organigrama funcional. -Dictamen |

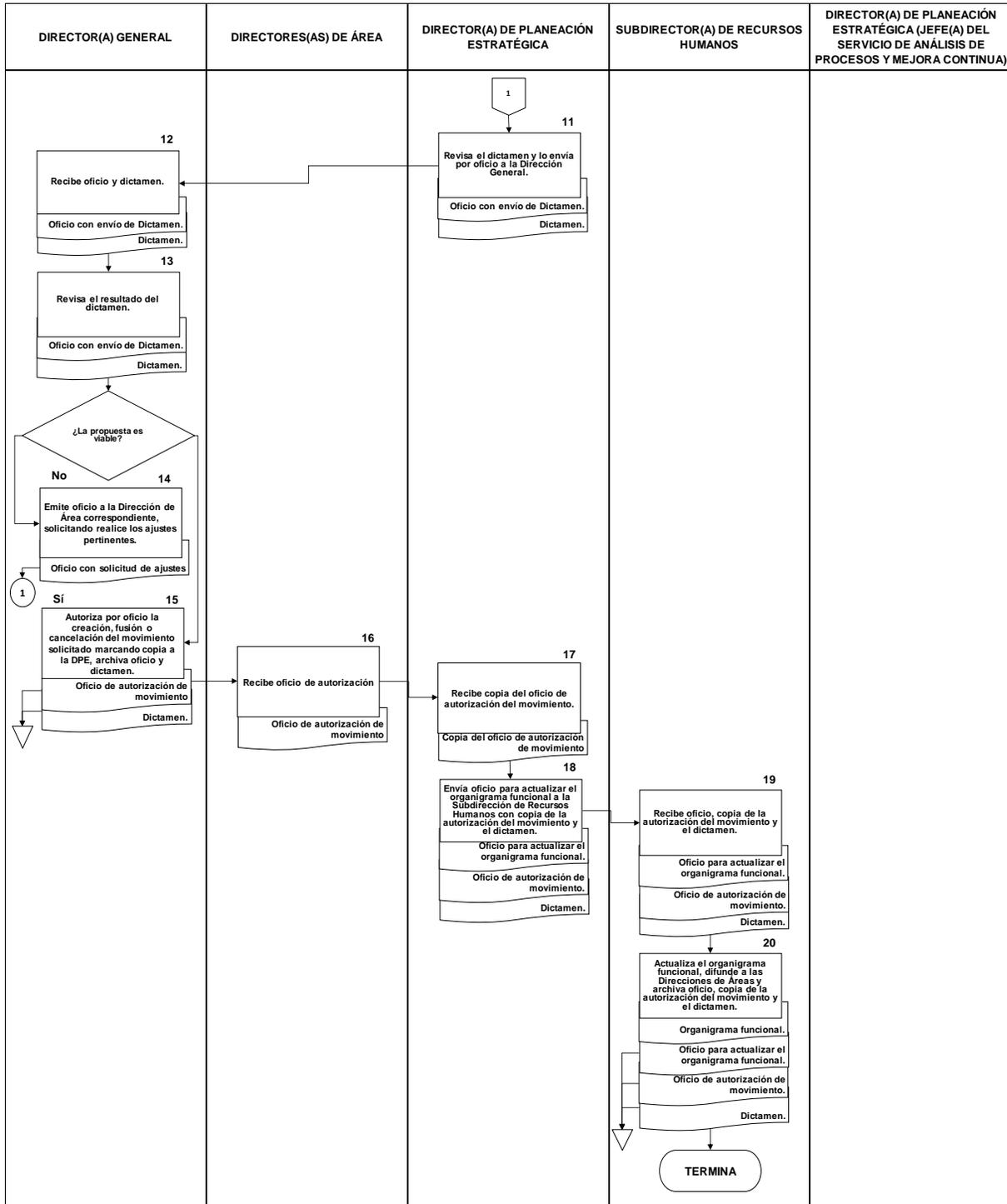
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. |

Hoja: 8 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 19 | Recibe oficio, copia de la autorización del movimiento y el dictamen. | -Oficio para actualizar organigrama. |
| | 20 | Actualiza el organigrama funcional, difunde a las Direcciones de Áreas y archiva oficio, copia de la autorización del movimiento y el dictamen. | -Oficio de autorización de movimiento. -Dictamen. -Organigrama funcional |
| | | TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 16 |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Solicitud de movimientos de la estructura funcional. | 1 año | Direcciones de Área | DPE-0001-01-2020 |
| 7.2 Oficio de envío de propuesta. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.3 Oficio de instrucción | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.4 Oficio de respuesta. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.5 Dictamen | 1 año | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |
| 7.6 Oficio con envío de Dictamen. | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Análisis de Procesos y Mejora Continua) | No aplica |
| 7.7 Oficio con solicitud de ajustes. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.8 Oficio de autorización de movimiento. | 1 año | Direcciones de Área | No aplica |
| 7.9 Oficio para actualizar el organigrama funcional. | 1 año | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |
| 7.10 Organigrama funcional. | 1 año | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 12 de 16 |

- 8.1 Dictamen:** Opinión o juicio técnico o pericial, que se forma o emite sobre algo.
- 8.2 Estructura funcional:** Es la forma en la que opera la institución respecto de los servicios.
- 8.3 Infraestructura:** Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.
- 8.4 Organigrama funcional:** Representación gráfica de la estructura de la institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes.
- 8.5 Sesgo:** es un peso desproporcionado a favor o en contra de una cosa, persona o grupo en comparación con otra, generalmente de una manera que se considera injusta.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato solicitud de movimientos de la estructura funcional.
- 10.2 Relación de verbos por nivel jerárquico.

10.1 FORMATO SOLICITUD DE MOVIMIENTOS DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.

| | | |
|---|---|---|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD |  | Solicitud de movimientos de la estructura funcional |
|---|---|---|

Dirección de área solicitante: _____ (1)

| | |
|--------|-----|
| Fecha: | (2) |
|--------|-----|

| Especificar el movimiento que se solicita: (3) | | |
|--|--------|-------------|
| Creación | Fusión | Cancelación |
| | | |

Movimiento(s) solicitado(s).

I. Fusión:

| | | |
|--|---|-----|
| Denominación de las áreas a fusionar | - | (4) |
| Denominación de la nueva área | - | (5) |
| Justificación del movimiento: (6) Señalar los beneficios que representa el movimiento solicitado y, en su caso, si la fusión de áreas soluciona alguna problemática existente. | | |

II. Cancelación:

| | | |
|---|---|-----|
| Denominación del área a cancelar | - | (7) |
| Denominación del área que absorberá las funciones | - | (8) |
| Justificación del movimiento: (9) Señalar los beneficios que representa el movimiento solicitado y, en su caso, si la cancelación del área soluciona alguna problemática existente. | | |

III. Creación:

| Criterios | Describir |
|--|-----------|
| 1. Denominación del área a crear: | (10) |
| 2. Denominación de la plaza que ocupará el titular del área a crear: | (11) |
| 3. Nombre del área (División, Subdirección, | (12) |

| | | | |
|---|---|--|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 14 de 16 |

| | |
|--|------|
| <i>Departamento, etc.) de la que dependerá directamente el área a crear.</i> | |
| 4. Congruencia institucional: | |
| a) Mencionar el marco jurídico específico aplicable. | (13) |
| b) Señalar cómo contribuirá al logro de la misión institucional. | (14) |
| c) Mencionar el artículo y fracción del Estatuto Orgánico con que se alinea. | (15) |
| 5. Objetivo y funciones: | |
| a) Describir el objetivo del puesto a crear, que es el propósito específico que se pretende alcanzar a fin de contribuir al logro de la misión institucional. Su determinación se hará con apego a las atribuciones conferidas a la dirección de área a la que se adscribirá el área de nueva creación. | (16) |
| b) Describir las funciones a realizar, cuidando que sean claras, concisas y congruentes tanto con el objetivo de la Dirección de área como con la denominación del puesto, con su nivel jerárquico y responsabilidad, expresando <i>¿QUÉ SE HACE?</i> y <i>¿PARA QUÉ SE HACE?</i> y considerar la <i>Relación de verbos por nivel jerárquico</i> incluida en la guía técnica que emite la Secretaría de Salud. | |
| c) Señalar los productos/informes/reportes que se generarán. | |
| d) Indicar las áreas con las que tendrá relación en cuanto a la solicitud y/o entrega de información. | |

| | | | |
|--|----|----|---------------|
| 6. Infraestructura. Se refiere a los recursos humanos, materiales y tecnológicos que requiere al área a crear. (17) | Sí | No | Se gestionará |
| a) Número de personas necesarias para cumplir con las funciones a desarrollar, además del titular del área | | | |
| b) Se cuenta con las personas que laborarán en el área | | | |
| c) Se cuenta con el espacio físico que ocupará el área | | | |
| d) El espacio a utilizar cuenta con terminales para internet | | | |
| e) El espacio a utilizar cuenta con nodo para extensión telefónica | | | |
| f) Se cuenta con el equipo de cómputo necesario | | | |
| g) Se cuenta con el mobiliario a utilizar | | | |

(18)

 Nombre y firma del/la directora(a) de área
 que solicita el movimiento

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 15 de 16 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO SOLICITUD DE MOVIMIENTOS DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. **Dirección de área solicitante:** Nombre de la dirección de área que solicita el movimiento.
2. **Fecha:** Día, mes y año en que se elabora la solicitud.
3. **Especificar el movimiento que se solicita:** Marcar con una "X" el tipo de movimiento solicitado.
- TIPO DE MOVIMIENTO: FUSIÓN:**
4. **Denominación de las áreas a fusionar:** Nombre de las áreas que se propone fusionar.
5. **Denominación de la nueva área:** Nombre que se dará al área que resulte de la fusión.
6. **Justificación del movimiento:** Detallar cuáles son los beneficios que representa el movimiento solicitado y las mejoras que se prevé lograr y, en su caso, señalar la problemática que se atiende con la fusión de las áreas.
- TIPO DE MOVIMIENTO: CANCELACIÓN**
7. **Denominación del área a cancelar:** Nombre del área que desaparecerá.
8. **Denominación del área que absorberá las funciones:** Nombre del área que realizará las funciones.
9. **Justificación del movimiento:** Detallar cuáles son los beneficios que representa el movimiento solicitado así como las mejoras que se prevé lograr y, en su caso, señalar la problemática que se atiende con la cancelación del área.
- TIPO DE MOVIMIENTO: CREACIÓN**
10. **Denominación del área a crear:** Nombre del área de nueva creación.
11. **Denominación de la plaza que ocupará el titular del área a crear:** Especificar la plaza (Jefatura de Departamento, Jefatura de División, Jefatura de Servicio, etc.)
12. **Nombre del área (División, Subdirección, Departamento, etc.) de la que dependerá directamente el área a crear.** Señalar el área de la que dependerá jerárquicamente.
13. **Marco jurídico específico aplicable:** Indicar la normatividad específica aplicable al área para el desarrollo de sus funciones.
14. **Cómo contribuirá al logro de la misión institucional:** Cómo contribuirá con la institución al logro de la misión.
15. **Artículo y fracción del Estatuto Orgánico con que se alinea:** Señalar el o los artículos y fracción(es) de los que se derivarán las funciones a desarrollar.
16. **Objetivo:** Es el propósito específico que pretende alcanzar el área a fin de contribuir al logro de la misión institucional. Su determinación se hará con apego a las atribuciones conferidas a la dirección de área a la que se adscribirá. Su redacción debe ser sencilla y en párrafos breves, la primera parte de su contenido debe expresar ¿Qué se hace? ¿Cómo se hace? y ¿Para qué se hace?, en relación con la denominación del área.
 - Consideraciones para determinar el Objetivo:
 - Utilizar verbos en infinitivo.
 - De ser posible, describirlo en una extensión máxima de 5 renglones.
 - Evitar el uso de adjetivos calificativos.
 - Medible y atemporal.
- Funciones:**
 - Ordenarse de acuerdo con la naturaleza del área y deben vincularse con las atribuciones de las que emana el área.
 - Su redacción debe ser clara, concisa y congruente tanto con el objetivo de la dirección de área como con la denominación del puesto, con su nivel jerárquico y responsabilidad.
 - Deben expresar ¿QUÉ SE HACE? y ¿PARA QUÉ SE HACE?
 - Iniciar su redacción con un verbo en infinitivo, correspondiente al nivel jerárquico asignado al puesto (Ver el anexo 10.2: Relación de verbos por nivel jerárquico).
 - Deben ser representativas, reflejando aspectos sustantivos; se debe cuidar que integren conjuntos de actividades y operaciones a desarrollar, es decir, una función implica la realización de diferentes actividades y no solo una actividad. Deben conservar una proporción del 80/20: 80% de funciones sustantivas y 20% de funciones adjetivas.
 - Evitar el uso de verbos de tareas, por ejemplo. Solicitar, remitir, recibir, turnar, etc.
 - No incluir verbos que refieren un alto compromiso, ejemplo: Asegurar y garantizar, pues existe probabilidad de incumplimiento.
17. **Infraestructura.** Marcar con una "X" si se cuenta con los recursos humanos, materiales y tecnológicos, si no se cuenta con ellos o si estos se gestionarán.
18. **Nombre y firma del/la director(a) de área que solicita el movimiento.** Nombre completo y firma del/ de la director(a) de área responsable de formular la propuesta.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 24. Procedimiento para validar movimientos de la estructura funcional. | | Hoja: 16 de 16 |

10.2 RELACIÓN DE VERBOS POR NIVEL JERÁRQUICO

| SUBDIRECCIÓN / JEFATURA DE DIVISIÓN | JEFATURA DE DEPARTAMENTO/JEFE(A) DE UNIDAD | SERVICIO/ | JEFATURA DE |
|--|---|------------------|--------------------|
| Administrar | Administrar | Evaluar | Sistematizar |
| Aplicar | Actualizar | Examinar | Suministrar |
| Aprobar | Analizar | Expedir | Supervisar |
| Asesorar | Aplicar | Facilitar | Validar |
| Autorizar | Apoyar | Firmar | Verificar |
| Colaborar | Aprobar | Formular | Vigilar |
| Controlar | Asesorar | Gestionar | |
| Coordinar | Asignar | Implantar | |
| Determinar | Auditar | Implementar | |
| Difundir | Autorizar | Informar | |
| Diseñar | Auxiliar | Inspeccionar | |
| Distribuir | Brindar | Instalar | |
| Efectuar | Capacitar | Instrumentar | |
| Emitir | Certificar | Integrar | |
| Establecer | Colaborar | Interpretar | |
| Evaluar | Comunicar | Investigar | |
| Examinar | Consolidar | Llevar | |
| Firmar | Contratar | Mantener | |
| Formular | Controlar | Organizar | |
| Implementar | Coordinar | Otorgar | |
| Investigar | Definir | Participar | |
| Mantener | Desahogar | Presupuestar | |
| Organizar | Determinar | Programar | |
| Participar | Diagnosticar | Proponer | |
| Planear | Diseñar | Proporcionar | |
| Programar | Distribuir | Publicar | |
| Proponer | Documentar | Realizar | |
| Proporcionar | Efectuar | Recabar | |
| Representar | Elaborar | Reclutar | |
| Supervisar | Entrevistar | Recomendar | |
| Verificar | Establecer | Recopilar | |
| Vigilar | Estandarizar | Registrar | |
| | Estudiar | Revisar | |

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 1 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

25. PROCEDIMIENTO PARA INSTITUIR LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN, SOBRE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 2 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Instituir estrategias de comunicación entre la Dirección de Planeación (Servicio de Informes y Hospitalidad) y las áreas funcionales del Hospital, para validar la información que emite, en relación a trámites y servicios dirigidos a la población usuaria.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General (Unidades adscritas), a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, a la Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, a la Subdirección de Recursos Financieros, a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, por ser las áreas que generan la información que se dará a la población usuaria; a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien supervisa a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad); y a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad), por ser responsable de orientar al usuario/a.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse en apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Informes y Hospitalidad, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 3 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.4 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Informes y Hospitalidad, deberá informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Informes y Hospitalidad, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual deberá establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica, a través del Servicio de Informes y Hospitalidad.
- 3.7 Toda información que proporcione el personal adscrito al servicio de Informes y Hospitalidad al usuario/a, debe ser autorizada por la Dirección de Planeación Estratégica y alinearse a la comunicación que se gestiona con las áreas funcionales para la veracidad de la información de los trámites y servicios.
- 3.8 Se considera Director(a) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Administración, Dirección de Investigación y Enseñanza y Dirección de Planeación Estratégica.
- 3.9 Se considera Subdirector(a) Administrativo, a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.10 La Dirección de Planeación Estratégica en coordinación con el Servicio de Informes y Hospitalidad definirán los métodos para gestionar la información y comunicación de los trámites y servicios del Hospital Juárez de México.
- 3.11 Las áreas del Hospital, son responsables de dar información relevante al Servicio de Informes y Hospitalidad, sobre trámites y servicios que brindan de acuerdo a sus políticas.
- 3.12 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Informes y Hospitalidad es responsable de concentrar la información del Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México con base en la información que proporcionen las áreas del Hospital.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 4 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica es responsable de autorizar el Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México.
- 3.14 La atención que brinda la Dirección de Planeación Estratégica a través del Servicio de Informes y Hospitalidad es gratuita, la Institución no cuenta con gestores/as que realicen trámites ni servicios a nombre del/la paciente, en caso de detectarlo se reportará al Órgano Interno de Control.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Director(a) de Planeación Estratégica | 1 | Indica a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) elaborar acciones que permitan gestionar la información sobre trámites y servicios que se dará al/a la usuario/a. | |
| Director(a) de Planeación Estratégica. (Encargado(a) del Servicio de Informes y Hospitalidad) | 2 | <p>Recibe indicación, elabora propuesta de Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México y propuesta de Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales y envía a la Dirección de Planeación Estratégica para su visto bueno.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Los formatos se podrán modificar para contar con información veraz y oportuna de los trámites y servicios que ofrece la Institución.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Propuesta de Formato de Actualización de la Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México.</p> <p>-Propuesta de Calendario de Visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales.</p> |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 3 | <p>Recibe y revisa propuesta de Formato de Actualización de la Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México y propuesta de Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas del Hospital.</p> <p>¿Autoriza formatos para su ejecución?</p> | <p>-Propuesta de Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México.</p> |
| | 4 | <p>No: Indica modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 2.</p> | <p>-Propuesta de Calendario de Visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales.</p> |
| | 5 | <p>Si: Solicita por oficio a la Dirección General (Titulares de Unidades adscritas), a las Direcciones de Área, a las Subdirecciones</p> | <p>-Propuesta de Calendario de Visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales.</p> |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | |

Hoja: 6 de 19

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | | Administrativas, proporcionen información, sobre los trámites y servicios que ofrecen y difundan el oficio a las áreas a su cargo para que proporcionen de igual manera la información a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) y archiva las propuestas de Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México y del Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales . | -Oficio para proporcionar información sobre trámites y servicios que ofrecen. |
| Director/a General (Titulares de Unidades Adscritas) Directores (as) de Área, Subdirectores (as) Administrativos | 6 | Recibe oficio con la información sobre la visita que la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) realizará, para documentar información relevante en la atención, de acuerdo a políticas de cada servicio, se dan por enterados y archivan oficio. | -Oficio para proporcionar información sobre trámites y servicios que ofrecen. |
| Director(a) de Planeación Estratégica (Encargado(a) del Servicio de Informes y Hospitalidad) | 7 | Acude al área asignada en el día y hora establecido en el Calendario de Visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales. | -Calendario de Visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales. |
| | 8 | Requisita el Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México con base en la información que proporcionaron las áreas. | -Formato de Actualización de la Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. |
| | 9 | Concentra la información del Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México que se recabo de las visitas, en el Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México y archiva Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | -Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del |

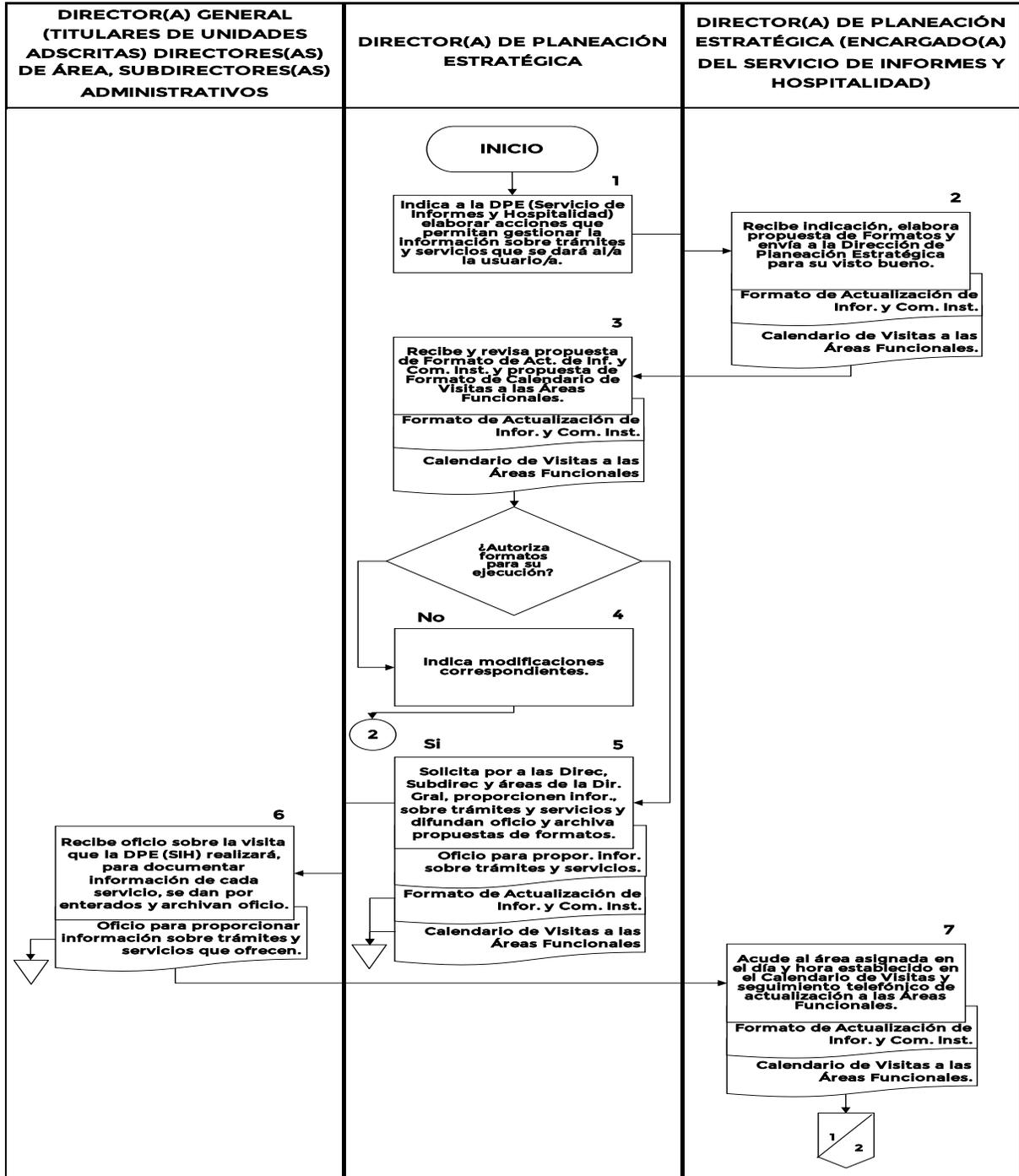
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. |

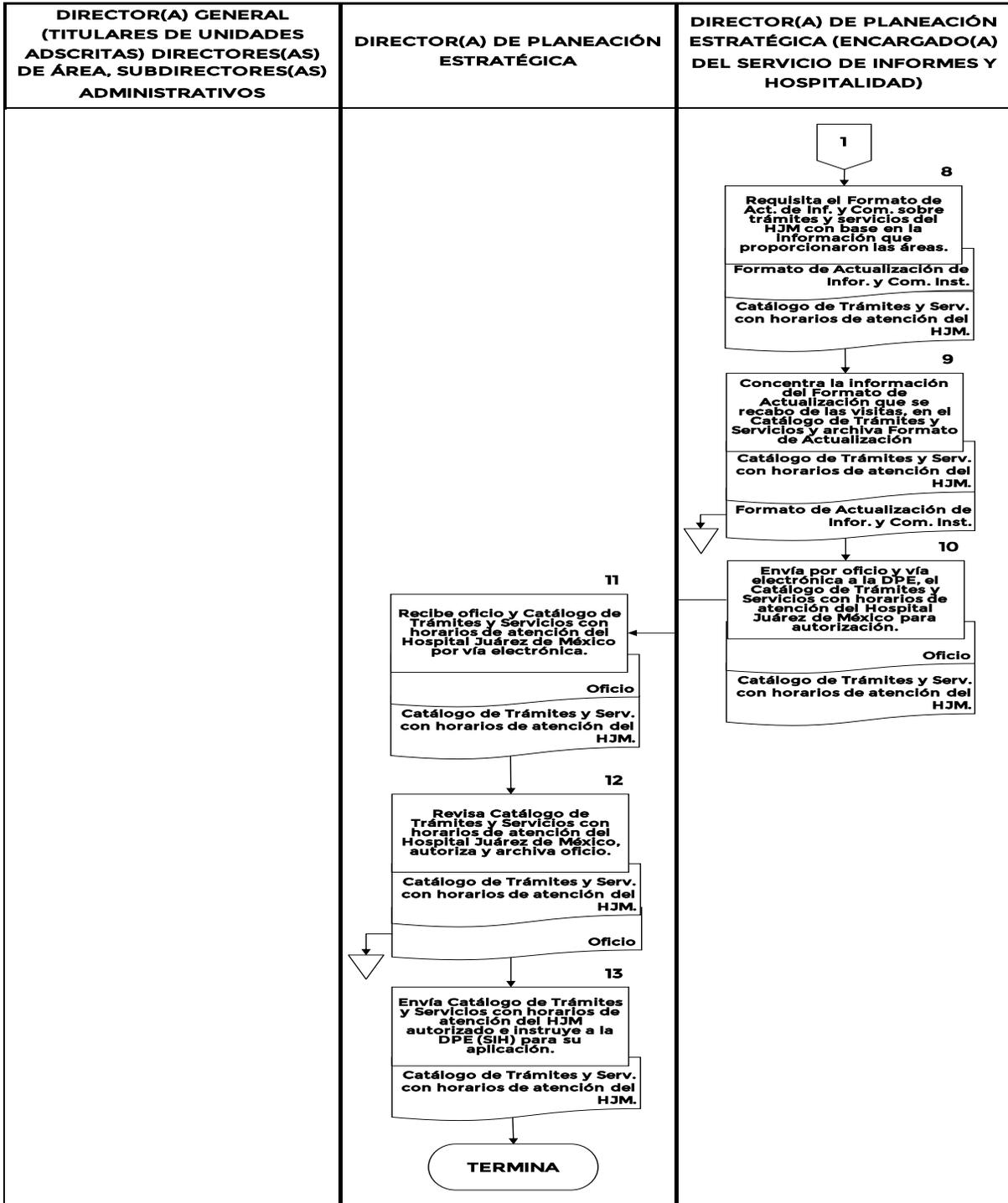
Hoja: 7 de 19

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|--|
| | 10 | Envía por oficio y vía electrónica a la Dirección de Planeación Estratégica, el Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México para autorización. | Hospital Juárez de México en archivo electrónico. -Oficio. |
| Director(a) de Planeación Estratégica | 11 | Recibe oficio y Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México por vía electrónica. | -Oficio. -Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México en archivo electrónico. |
| | 12 | Revisa Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México, autoriza y archiva oficio. | |
| | 13 | Envía Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México autorizado e instruye a la Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) para su aplicación. | |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 8 de 19 |
| 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 10 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | | Código (cuando aplique) |
|------------|---|-------------------------|
| 6.1 | Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 | Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.3 | Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Propuesta de Formato de Actualización de la Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.2 Propuesta de Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica | No aplica |
| 7.3 Formato de Actualización de la Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) | F-3006-01-19 |
| 7.4 Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) | F-3006-03-19 |
| 7.5 Oficio para | 2 años | Dirección de Planeación | No aplica. |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 11 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

| | | | |
|--|--------|---|--------------|
| proporcionar información sobre trámites y servicios que ofrecen. | | Estratégica | |
| 7.6 Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México. | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Servicio de Informes y Hospitalidad) | F-3006-02-19 |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Áreas Funcionales.**-Las áreas funcionales son las divisiones que se realizan en una empresa para lograr su mejor funcionamiento, así el éxito de la empresa consiste en la correcta coordinación de las diversas áreas funcionales.
- 8.2 Gestión.**-Conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un proyecto.
- 8.3 Hospitalidad.**-La hospitalidad es una virtud o cualidad que consiste en tratar bien, con amabilidad al prójimo. El término, cuyo origen se halla en el latín hospitium, contempla la asistencia y la atención de todo aquel que necesita algo.
- 8.4 Información.**-Es frecuente encontrar que gran parte de los problemas de relaciones con el personal y/o público en general, se deben a deficientes comunicaciones con los mismos, por lo que es altamente recomendable que se le preste atención a la información. Existen ciertas informaciones básicas que se deberán invariablemente comunicar al personal, como base para fomentar su interés, comprensión y apoyo hacia el Hospital. Podemos definir a la información como la acción y efecto de dar algún informe o noticia sobre cosas básicas y concretas.
- 8.5 Informes.**-Es un conjunto organizado de datos procesados e intercambiados por una sociedad con fines organizativos concretos, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.
- 8.6 Instituir.**-Dar principio a algo; en especial, establecer cierto derecho, régimen, sistema, etc.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 12 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

8.7 Personal.-Grupo de personas capacitadas y autorizadas para proporcionar información, orientación y apoyo a los/las pacientes, familiares y/o visitantes que acuden a este Hospital.

8.8 Usuario/a.-Es aquella persona que usa algo para una función en específico, es necesario que el usuario tenga la conciencia de que lo que está haciendo tiene un fin lógico y conciso.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de Actualización de Información y Comunicación sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México.
- 10.2 Calendario de visitas y seguimiento telefónico de actualización a las Áreas Funcionales.
- 10.3 Catálogo de Trámites y Servicios con horarios de atención del Hospital Juárez de México.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 13 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

10.1 FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

|  SALUD | | SERVICIO DE INFORMES Y HOSPITALIDAD. <small>FORMATO DE ACTUALIZACION DE LA INFORMACION Y COMUNICACION, SOBRE TRAMITES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO (FAICTSHJM).</small> | |
|---|-------------------------------|---|-----------------------|
| SEMESTRE (1) | FECHA DE RECORRIDO (2) | HORA (3) | |
| ÁREA FUNCIONAL (4) | | | |
| TIPO DE ÁREA (5) | | | |
| RESPONSABLE (6) | | | EXTENSIÓN (7) |
| RESPONSABLE POR AUSENCIA (8) | | | |
| UBICACIÓN Y HORARIO DEL RESPONSABLE POR AUSENCIA (9) | | | |
| DIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE (10) | | | |
| DIVISIÓN O SUBDIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE (11) | | | |
| TIPO DE SERVICIO QUE BRINDA (12) | | | |
| TIPO DE TRÁMITES QUE REALIZA (13) | | | |
| INFORMACIÓN PARTICULAR PARA EL S.I.H.(14) | | | |
| ATENCIÓN A USUARIOS INTERNOS O EXTERNOS (15) | | | |
| ATENCIÓN A VISITANTES (16) | | | |
| EDIFICIO (17) | PISO (18) | ÁREA DE INGRESO (19) | |
| CONTROL (20) | | | EXTENSIÓN (21) |
| CONSULTORIO (22) | | | EXTENSIÓN (23) |
| HORARIOS DE ATENCIÓN (24) | | | |
| RESPONSABLE DE AGENDAR CITA (25) | | | |
| LUGAR PARA AGENDAR CITA (26) | | | |
| ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA DE TRA. VEZ ESPECIALIDAD (27) | | | |
| ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD (28) | | | |
| ESPECIFICACIONES DE CONSULTA DE URGENCIAS (29) | | | |
| EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS (30) | | | |
| OTROS (31) | | | |
| _____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACION (32) | | _____ PERSONAL ADSCRITO AL SERVICIO DE INFORMES Y HOSPITALIDAD (33) | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 15 de 19 |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| INSTRUCTIVO DE LLENADO: | |
|---|---|
| 1 SEMESTRE. | Indicar número de periodo. |
| 2 FECHA DE RECORRIDO. | Indicar día, mes y año en que se realiza el recorrido. |
| 3 HORA. | Indicar horario en que se realiza el recorrido. |
| 4 ÁREA FUNCIONAL. | Indicar el nombre del Área respecto al Organigrama Funcional. |
| 5 TIPO DE ÁREA. | Indicar si es Coordinación, Unidad, Servicio o Departamento. |
| 6 RESPONSABLE. | Indicar el nombre completo del Responsable de la Coordinación, Unidad, Servicio o Departamento. |
| 7 EXTENSIÓN. | Proporcionar número de extensión telefónica de contacto. |
| 8 RESPONSABLE POR AUSENCIA. | Indicar el nombre completo del Responsable a cargo en ausencia de la Jefatura. |
| 9 UBICACIÓN Y HORARIO DEL RESPONSABLE POR AUSENCIA. | Indicar oficina y horario para localizar a la persona responsable por ausencia. |
| 10 DIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE. | Nombre completo de la Dirección a la que pertenece respecto al Organigrama Funcional. |
| 11 DIVISIÓN O SUBDIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE. | Nombre completo de la División y Subdirección a la que pertenece respecto al Organigrama Funcional. |
| 12 TIPO DE SERVICIO QUE BRINDA. | Indicar la función (s) principal (s) que otorga la Coordinación, Unidad, Servicio o Departamento. |
| 13 TIPO DE TRÁMITES QUE REALIZA. | Indicar la actividad (s) que realiza la Coordinación, Unidad, Servicio o Departamento. |
| 14 INFORMACIÓN PARTICULAR PARA EL S.J.H. | Indicar información relevante que el personal del S.J.H. puede proporcionar. |
| 15 ATENCIÓN A USUARIOS INTERNOS O EXTERNOS. | Indicar tipo de población a la que atiende. |
| 16 ATENCIÓN A VISITANTES. | Indicar tipo de visitantes que reciben. |
| 17 EDIFICIO. | Proporcionar letra asignada al edificio de ubicación. |
| 18 PISO. | Proporcionar número de piso en el edificio de ubicación. |
| 19 ÁREA DE INGRESO. | Indicar entrada asignada para acceder a las instalaciones. |
| 20 CONTROL. | Proporcionar número de módulo de consulta externa al que pertenece. |
| 21 EXTENSIÓN. | Proporcionar número de extensión telefónica de contacto. |
| 22 CONSULTORIO. | Proporcionar número de consultorio. |
| 23 EXTENSIÓN. | Proporcionar número de extensión telefónica de contacto. |
| 24 HORARIOS DE ATENCIÓN. | Indicar hora de inicio y término del servicio. |
| 25 RESPONSABLE DE AGENDAR CITA. | Indicar quien tiene a su cargo la agenda de citas. |
| 26 LUGAR PARA AGENDAR CITA. | Indicar área donde se agenda cita. |
| 27 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA DE 1RA. VEZ ESPECIALIDAD. | Describir procedimiento para otorgar consulta de 1ra. vez de especialidad. |
| 28 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD. | Describir procedimiento para otorgar consulta Subsecuente de especialidad. |
| 29 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA DE URGENCIAS. | Describir procedimiento para otorgar consulta de Urgencias del servicio. |
| 30 EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS. | Especificar los eventos académicos que no fueron programados en el catálogo del HJM. |
| 31 OTROS. | Indicar información adicional. |
| 32 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN. | Especificar contacto entrevistado y firma autógrafa. |
| 33 PERSONAL ADSCRITO AL S.J.H. | Indicar el nombre completo del personal adscrito al S.J.H. quien realiza el recorrido. |
| 34 NÚMERO Y FECHA DE LLAMADA TELEFÓNICA. | Especificar número, día, mes y año de quien realizará el seguimiento. |
| 35 PERSONAL ADSCRITO AL S.J.H. | Indicar el nombre completo del personal adscrito al S.J.H. quien realizará el seguimiento. |
| 36 NOMBRE COMPLETO DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN. | Especificar contacto entrevistado. |
| 37 CAMBIOS O EVENTUALIDADES. | Indicar modificaciones en la información proporcionada y nueva información generada. |
| 38 NÚMERO Y FECHA DE LLAMADA TELEFÓNICA. | Especificar número, día, mes y año de quien realizará el seguimiento. |
| 39 PERSONAL ADSCRITO AL S.J.H. | Indicar el nombre completo del personal adscrito al S.J.H. quien realizará el seguimiento. |
| 40 NOMBRE COMPLETO DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACIÓN. | Especificar contacto entrevistado. |
| 41 CAMBIOS O EVENTUALIDADES. | Indicar modificaciones en la información proporcionada y nueva información generada. |

10.2 CALENDARIO DE VISITAS Y SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE ACTUALIZACIÓN A LAS ÁREAS FUNCIONALES.

| NO. | ÁREA FUNCIONAL (2) | SEMESTRE (1) | | | | | | | | |
|-----|--------------------|---------------------------------|-----------|----------|---------------------------------|-----------|----------|---------------------------------|------------|-----------|
| | | PRESENCIAL | | | TELEFÓNICA | | | TELEFÓNICA | | |
| | | PERSONAL ADSCRITO AL S.I.H. (3) | FECHA (4) | HORA (5) | PERSONAL ADSCRITO AL S.I.H. (6) | FECHA (7) | HORA (8) | PERSONAL ADSCRITO AL S.I.H. (9) | FECHA (10) | HORA (11) |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | |

10.3 CATÁLOGO DE TRÁMITES Y SERVICIOS CON HORARIOS DE ATENCIÓN DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| No. FUNCIONARIA (1) | | ÁREA DE ÁREA (2) | TIPO DE RESPONSABLE (3) | EXTENSIÓN POR AUSENCIA (4) | RESPONSABLE POR AUSENCIA (5) | UBICACIÓN Y HORARIO (6) | DIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE (7) | DIVISIÓN O SUBDIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE (8) | TIPO DE SERVICIO QUE BRINDA (9) | TIPO DE TRÁMITES QUE REALIZA (10) | INFORMACIÓN PARTICULAR PARA EL S.L.S. (11) | ATENCIÓN A USUARIOS (12) | | ATENCIÓN A EDIFICIO PISO (14) (15) | | ÁREA DE INGRESO (16) | CONTROL (17) | EXTENSIÓN (18) | CONSULTORIO (19) | EXTENSIÓN (20) | HORARIOS DE ATENCIÓN (21) | RESPONSABLE DE AGENDAR CITA (22) | LUGAR PARA AGENDAR CITA (23) | ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA DE IVA (24) | ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD (25) | ESPECIFICACIONES DE CONSULTA DE URGENCIAS (26) | EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS (27) | OTROS (28) | |
|------------------------|--|---------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|----------|---------------------------------------|------|-------------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|--|---|---|---------------|--|
| | | | | | | | | | | | | INTERVENCIONES | EXTERNOS | Y VISITANTES | (13) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 25. Procedimiento para instituir la gestión de la información y comunicación, sobre trámites y servicios del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 19 de 19 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| INSTRUCTIVO DE LLENADO: | |
|---|---|
| 1 ÁREA FUNCIONAL. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (4),(37),(41) |
| 2 TIPO DE ÁREA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (5),(37),(41) |
| 3 RESPONSABLE. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (6),(37),(41) |
| 4 EXTENSIÓN. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (7),(37),(41) |
| 5 RESPONSABLE POR AUSENCIA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (8),(37),(41) |
| 6 UBICACIÓN Y HORARIO DEL RESPONSABLE POR AUSENCIA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (9),(37),(41) |
| 7 DIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (10),(37),(41) |
| 8 DIVISIÓN O SUBDIRECCIÓN A QUIEN PERTENECE. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (11),(37),(41) |
| 9 TIPO DE SERVICIO QUE BRINDA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (12),(37),(41) |
| 10 TIPO DE TRÁMITES QUE REALIZA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (13),(37),(41) |
| 11 INFORMACIÓN PARTICULAR PARA EL S.I.H. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (14),(37),(41) |
| 12 ATENCIÓN A USUARIOS INTERNOS O EXTERNOS. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (15),(37),(41) |
| 13 ATENCIÓN A VISITANTES. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (16),(37),(41) |
| 14 EDIFICIO. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (17),(37),(41) |
| 15 PISO. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (18),(37),(41) |
| 16 ÁREA DE INGRESO. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (19),(37),(41) |
| 17 CONTROL. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (20),(37),(41) |
| 18 EXTENSIÓN. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (21),(37),(41) |
| 19 CONSULTORIO. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (22),(37),(41) |
| 20 EXTENSIÓN. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (23),(37),(41) |
| 21 HORARIOS DE ATENCIÓN. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (24),(37),(41) |
| 22 RESPONSABLE DE AGENDAR CITA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (25),(37),(41) |
| 23 LUGAR PARA AGENDAR CITA. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (26),(37),(41) |
| 24 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA DE 1RA. VEZ ESPECIALIDAD. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (27),(37),(41) |
| 25 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE DE ESPECIALIDAD. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (28),(37),(41) |
| 26 ESPECIFICACIONES DE CONSULTA DE URGENCIAS. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (29),(37),(41) |
| 27 EVENTOS ACADÉMICOS NO PROGRAMADOS. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (30),(37),(41) |
| 28 OTROS. | Registrar la información actualizada del formato FAICTSHJM (31),(37),(41) |

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 1 de 13 |

26. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR APOYOS EN ESPECIE PARA PACIENTES A TRAVÉS DE LA SOCIEDAD CIVIL.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer las acciones para obtener apoyos en especie para pacientes en situación vulnerable, mediante la gestión con fundaciones, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, que les permita una estancia hospitalaria llevadera y/o que los beneficie en la mejora de su salud física y/o anímica.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Planeación Estratégica por ser quien coordina las acciones de vinculación con las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, para brindar a los/las pacientes apoyos en especie; a la Dirección Médica (Jefes de División) por ser quien solicita y recibe el apoyo para los/las pacientes; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) porque es quien realiza las gestiones para que las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil accedan a las instalaciones del Hospital; a la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil), ya que es quien realiza las gestiones para la obtención y entrega de los apoyos en especie a los/las pacientes.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil porque son quienes brindan los apoyos en especie a los/las pacientes.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores, reglas de integridad y los que contravengan el presente procedimiento, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 3 de 13 |

- 3.3 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, debe contar con los soportes y archivos que se deriven de las actividades inherentes a este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, así como de establecer los mecanismos de supervisión y control de las actividades que se desarrollan.
- 3.6 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas.
- 3.7 Únicamente pueden solicitarse a las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, apoyos en especie dirigidos a pacientes del Hospital Juárez de México.
- 3.8 Por ningún motivo pueden solicitarse o recibirse apoyos en efectivo.
- 3.9 La Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, son las únicas facultadas para solicitar apoyos a la sociedad civil a nombre del Hospital Juárez de México.
- 3.10 Los casos que contravengan lo establecido en las políticas 3.7, 3.8 y 3.9, deben reportarse al Órgano Interno de Control en la forma y términos que este determine.
- 3.11 La Dirección de Planeación Estratégica no se hace responsable de aquellos apoyos que se soliciten y/o reciban por áreas distintas a las señaladas en este procedimiento.
- 3.12 La Dirección Médica (Jefaturas de División) puede solicitar a la Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, ya sea por oficio o por correo electrónico, apoyo de equipo médico, instrumental y/o medicamentos que están fuera de la capacidad

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 4 de 13 |

técnica y económica del Hospital, a fin de apoyar a pacientes en situación vulnerable.

O bien, pueden dar un escrito a los/las paciente/s con las características del apoyo requerido y referirlos a la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil), para que soliciten el apoyo y requirieran el formato "Solicitud de apoyo", con su nombre, número de expediente, teléfono de contacto y tipo de apoyo que se solicita.

- 3.13 La Dirección de Planeación Estratégica, a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, establece contacto con las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y voluntarios para atender las solicitudes de apoyo en especie para pacientes.
- 3.14 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, se coordina con la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) para brindar las facilidades de acceso a las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y voluntarios/as que entregan donativos en el Hospital.
- 3.15 El horario de recepción de donativos es de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.
- 3.16 Únicamente se da acceso a las instalaciones del Hospital a las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y voluntarios que están debidamente identificados y/o que portan el uniforme de la agrupación a la que representan.
- 3.17 Los apoyos a pacientes relativos a equipo médico y medicamentos, entre otros, deben ser avalados previamente por la Dirección Médica (Jefaturas de División).
- 3.18 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, registra en el formato "Solicitud de apoyo" del Hospital Juárez de México todos los apoyos en especie para pacientes que entregan las fundaciones, organizaciones no gubernamentales y voluntarios.
- 3.19 Los apoyos como alimentos, juguetes y ropa, entre otros, que recauda la sociedad civil para ser entregados en eventos lúdicos y recreativos, quedan exentos de registrarse en el formato "Solicitud de apoyo"; únicamente se contará con evidencia fotográfica del evento en el cual se entregaron a los/las pacientes.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | Hoja: 5 de 13 |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | |

- 3.20 La Dirección de Planeación Estratégica a través del Área de Vinculación con la Sociedad Civil, solicita a las asociaciones requisitar la “Cédula de Informe Trimestral de las actividades realizadas”, que contenga el número de pacientes beneficiados/as, el tipo de actividades realizadas y el apoyo otorgado, entre otros.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. |

Hoja: 6 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Director(a) Médico(a) (Jefes/as de División) | 1 | Detecta caso de paciente vulnerable con necesidad de apoyo. | -Oficio o Correo electrónico con solicitud de apoyo. |
| | 2 | Envía a la Dirección de Planeación Estratégica oficio o correo electrónico de solicitud de apoyo para el/la paciente, indicando su nombre y número telefónico para contacto, así como el tipo de apoyo requerido conforme al padecimiento. ----- ----- La Dirección Médica (Jefaturas de División) también puede referir al/a la paciente y/o al familiar a la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) para que solicite el apoyo directamente. ----- ----- | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 3 | Recibe solicitud y la turna a la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil). | -Oficio o Correo electrónico con solicitud de apoyo. |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Encargado(a) del Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | 4 | Recibe oficio o correo electrónico, establece contacto con el/la paciente para indicarle que acuda con copia de su carnet y de una identificación oficial vigente para llenar el formato de "Solicitud de apoyo" del Hospital Juárez de México. ----- ----- | -Oficio o Correo electrónico con solicitud de apoyo. -Formato solicitud de apoyo. -Copia de Carnet. -Copia de Identificación oficial. -Oficio/Correo electrónico de propuesta y/o estrategia. -Oficio/correo |
| | 5 | El/la paciente se presenta en la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) para llenar el formato y entregar la copia de los documentos. ----- ----- | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|------------------------------------|
| | 6 | Indica al/a la paciente registrar su nombre, número de expediente, teléfono de contacto y tipo de apoyo en especie en el formato "Solicitud de apoyo" del Hospital Juárez de México y le solicita la copia del carnet y de su identificación oficial vigente. | electrónico para solicitar acceso. |
| | 7 | Indica al/ala paciente que establecerá contacto con él/ella una vez que cuente con el apoyo requerido. | |
| | 8 | Revisa si existe algún voluntario/a o asociación registrado que pueda otorgar el apoyo requerido. | |
| | 8 | ¿Existe algún voluntario/a o asociación registrada? | |
| | 9 | No. Busca a través de medios y contactos con instituciones de salud. Regresa a la actividad 6. | |
| | 9 | Si: Establece contacto vía telefónica y/o correo electrónico con el/la voluntario(a) y/o Asociación Civil, especificando el apoyo que se requiere. | |
| | 10 | ----- ----- La fundación, organización no gubernamental o el/la voluntario/a de la sociedad civil presenta por oficio, vía electrónica y/o llamada telefónica, la propuesta y/o estrategia para brindar el apoyo solicitado. ----- ----- | |
| | 11 | Recibe por oficio, vía electrónica y/o llamada telefónica, la propuesta y/o estrategia para brindar el apoyo y acuerda la forma y fecha de la entrega del apoyo con el/la voluntario(a) y/o la asociación. | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. |

Hoja: 8 de 13

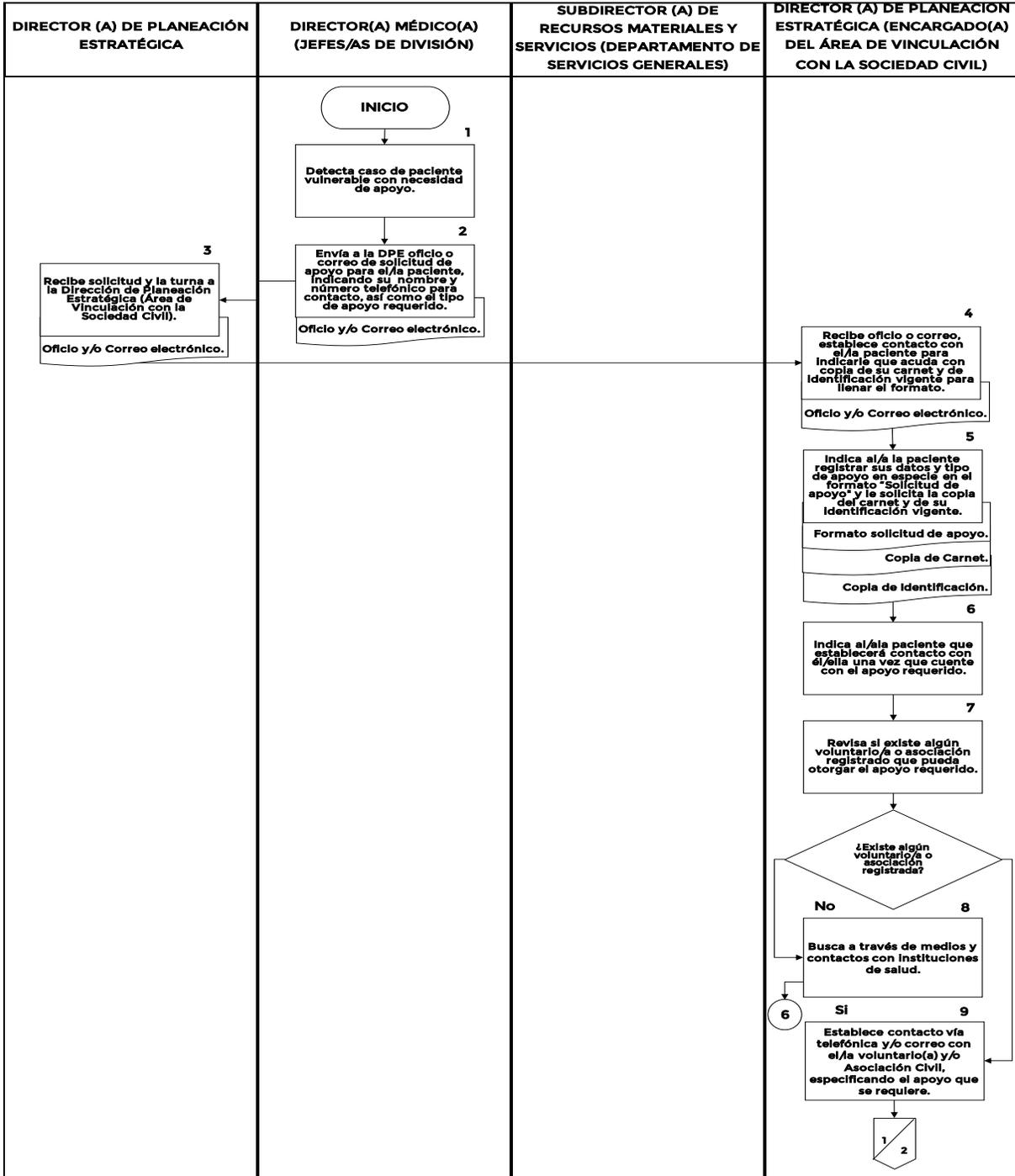
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | | Informa por oficio o correo electrónico a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), los datos del/de la voluntario(a) y/o Asociación Civil que acudirán a entregar el apoyo, así como la fecha y hora programados. | |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Servicios Generales) | 12 | Recibe solicitud de acceso y realiza las gestiones con el personal de vigilancia para permitir el acceso del voluntario(a) y/o la Asociación Civil a las instalaciones del Hospital. | -Oficio/correo para solicitar acceso. |
| Director (a) de Planeación Estratégica (Encargado(a) del Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | 13 | Recibe al/a la voluntario(a) y/o a la Asociación Civil en la fecha y hora establecidos y solicita que firme la entrega del apoyo en especie en el formato "Solicitud de apoyo". | -Formato solicitud de apoyo. -Copia de Carnet. |
| | 14 | Establece contacto con el/la paciente para que acuda al Hospital por el apoyo en especie. ----- ----- | -Copia de Identificación oficial. -Oficio/Correo electrónico de propuesta y/o estrategia. |
| | 15 | El/la paciente se presenta en la Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) para recibir el apoyo. ----- ----- | -Oficio/correo para solicitar acceso. -Expediente. |
| | 16 | Recibe al/a la paciente y verifica la identidad de acuerdo con la copia de la identificación oficial vigente. | -Correo con reporte trimestral de actividades. -Copia de reporte trimestral de actividades. |
| | 17 | Entrega al/a la paciente el apoyo y le indica que firme de recibido en el formato "Solicitud de apoyo". | |
| | | Archiva la documentación generada en el | |

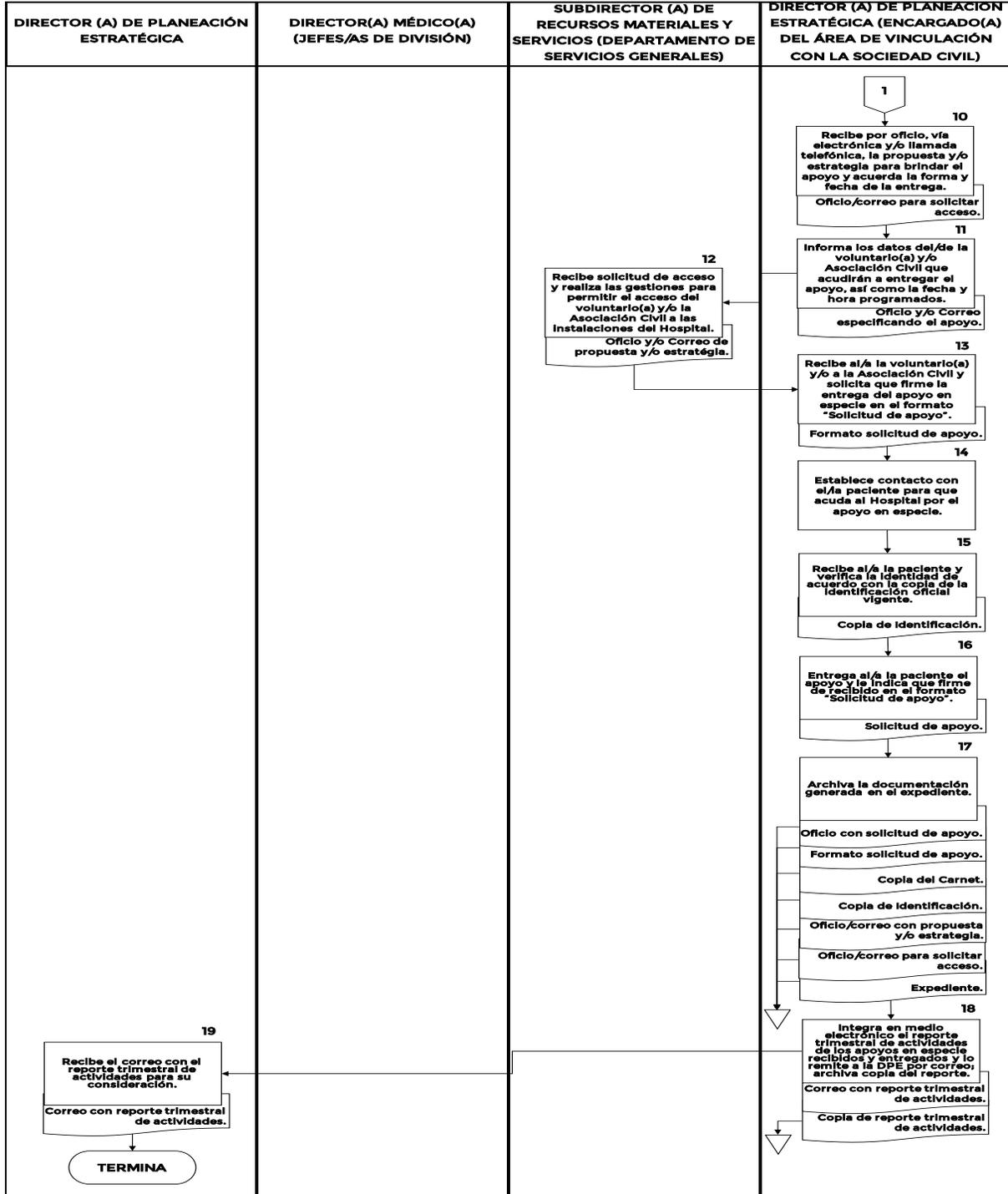
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. |

Hoja: 9 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | 18 | <p>expediente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oficio con solicitud de apoyo. -Formato solicitud de apoyo. -Carnet del/la paciente (copia). -Identificación oficial del/de la paciente (copia). -Oficio o correo de propuesta y/o estrategia. -Oficio o correo para solicitar acceso. <p>Integra en medio electrónico el reporte trimestral de actividades de los apoyos en especie recibidos y entregados y lo remite a la Dirección de Planeación Estratégica por correo; archiva la copia del reporte de actividades trimestral.</p> | |
| Director (a) de Planeación Estratégica | 19 | <p>Recibe el correo con el reporte trimestral de actividades para su consideración.</p> <p>TERMINA</p> | -Correo con reporte trimestral de actividades. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 12 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficio o Correo electrónico con solicitud de apoyo | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.2 Formato solicitud de apoyo | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.3 Carnet (copia) | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.4 Identificación oficial (copia) | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.5 Oficio/ Correo electrónico de propuesta y/o estrategia | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.6 Oficio/o correo para solicitar acceso | 1 año | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.7 Expediente | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
| 7.8 Correo con reporte trimestral de actividades | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA | | |
| | 26. Procedimiento para coordinar apoyos en especie para pacientes a través de la sociedad civil. | | Hoja: 13 de 13 |

| | | | |
|---------------------------------------|--------|---|-----------|
| 7.9 Reporte de actividades trimestral | 2 años | Dirección de Planeación Estratégica (Área de Vinculación con la Sociedad Civil) | No aplica |
|---------------------------------------|--------|---|-----------|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Fundación:** Sociedad u organización cuyos miembros se dedican a obras sociales, culturales o humanitarias sin finalidad lucrativa.
- 8.2 Organización no gubernamental:** Institución sin ánimo de lucro que no depende de la administración del Estado y realiza actividades de interés social.
- 8.3 Sociedad Civil:** Grupo de sujetos que, asumiendo su rol de ciudadanos, desarrollan ciertas acciones para incidir en el ámbito público. La sociedad civil, en este sentido, puede actuar en política sin formar parte del gobierno o incluso sin pertenecer a un partido político o a otro tipo de organización.
- 8.4 Voluntariado:** Es el trabajo de las personas que sirven a una comunidad o al medio ambiente por decisión propia y libre. El término también hace referencia al conjunto de dichas personas: los voluntarios.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 1 de 11 |

27. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA INTEGRACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO AUTORIZADO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 2 de 11 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Coordinar a la Subdirección de Recursos Financieros para la integración del anteproyecto de presupuesto, el cual sirve de base para formular el proyecto de presupuesto autorizado, de acuerdo a la información del techo presupuestal recibida de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser la responsable de validar el anteproyecto de presupuesto; a la Dirección de Administración, porque es la responsable de coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado y a la Subdirección de Recursos Financieros, por ser la responsable de integrar el anteproyecto de presupuesto autorizado.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) como Coordinadora de Sector, responsable de informar al Hospital los lineamientos para la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado; a la Honorable Junta de Gobierno, responsable de autorizar la solicitud de acuerdo del anteproyecto de presupuesto autorizado.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros del manejo de los sistemas de información, de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 3 de 11 |

correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual se deberán establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros es la responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección General recibe de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) la información del techo presupuestal para la integración del anteproyecto de presupuesto, y es la responsable de turnarla a la Dirección de Administración para su conocimiento y seguimiento.
- 3.8 La Dirección de Administración, es la responsable de comunicar a la Subdirección de Recursos Financieros y a la Subdirección de Recursos Humanos, sobre la información recibida del techo de gasto asignado al Hospital para la integración del anteproyecto de presupuesto.
- 3.9 La Dirección de Administración, coordina a la Subdirección de Recursos Financieros para la integración del anteproyecto de presupuesto.
- 3.10 La Dirección de Administración, es la responsable de revisar que el anteproyecto de presupuesto se elabore de acuerdo a la información recibida de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP).
- 3.11 La Dirección General, es responsable de validar el anteproyecto de presupuesto y enviar a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), el oficio de la integración del presupuesto.
- 3.12 La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), aprueba el anteproyecto de presupuesto.
- 3.13 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, supervisar que la Subdirección de Recursos Financieros, registre el anteproyecto de presupuesto en el Sistema Web de Integración Programático

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 4 de 11 |

Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS), de acuerdo a los tiempos establecidos por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP).

- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, registrar el anteproyecto de presupuesto en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS).
- 3.15 La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), emite folio de recepción del anteproyecto de presupuesto en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS) y notifica en el Sistema, la autorización del anteproyecto de presupuesto.
- 3.16 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, presentar ante la Honorable Junta de Gobierno, la solicitud acuerdo, de autorización del anteproyecto de presupuesto autorizado.
- 3.17 La Honorable Junta de Gobierno, es quien autoriza la solicitud de acuerdo del anteproyecto de presupuesto.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|---|----------|--|--|
| Director (a) General | 1 | Recibe oficio de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP) con la información sobre la asignación del techo de gasto para la integración del anteproyecto de presupuesto. | -Oficio con la asignación del techo de gasto. |
| | 2 | Turna oficio a la Dirección de Administración, con la información para la integración del anteproyecto de presupuesto. | |
| Director(a) de Administración | 3 | Recibe oficio y coordina a la Subdirección de Recursos Financieros, para la integración del anteproyecto de presupuesto, de acuerdo a la información recibida de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP). | -Oficio con la asignación del techo de gasto. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 4 | Recibe oficio e integra el anteproyecto de presupuesto, turna a la Dirección de Administración para su análisis. | -Oficio con la asignación del techo de gasto. -Anteproyecto de presupuesto. |
| Director(a) de Administración | 5 | Recibe y revisa el anteproyecto de presupuesto. ¿Se elaboró el anteproyecto de presupuesto de acuerdo a información recibida de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP)? | -Anteproyecto de presupuesto. |
| | 6 | No: Emite los comentarios al anteproyecto de presupuesto. Regresa a la actividad No. 4. | |
| | 7 | Si: Turna a la Dirección General el anteproyecto de presupuesto para su ratificación. | |
| Director (a) General | 8 | Recibe el anteproyecto de presupuesto y lo ratifica. | -Anteproyecto de presupuesto. Ratificado. |
| | 9 | Instruye a la Dirección de Administración, | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. |

Hoja: 6 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|---|----------|--|---|
| | | para registrar el anteproyecto de presupuesto en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS). | |
| Director(a) de Administración | 10 | Recibe instrucción y envía a la Subdirección de Recursos Financieros el anteproyecto de presupuesto ratificado, para que se registre en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS). | -Anteproyecto de presupuesto ratificado. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 11 | <p>Recibe instrucción, registra el anteproyecto de presupuesto ratificado, en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS) e informa a la Dirección de Administración para la elaboración del oficio de solicitud.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), emite folio de aprobación en el Sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS) y notifica en el Sistema, la autorización del anteproyecto de presupuesto.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Anteproyecto de presupuesto ratificad.</p> <p>-Folio de carga en el sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS).</p> |
| Director(a) de Administración | 12 | <p>Elabora oficio de solicitud de acuerdo para la autorización del anteproyecto de presupuesto, ante la Honorable Junta de Gobierno.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Honorable Junta de Gobierno, autoriza la solicitud de acuerdo del anteproyecto de presupuesto y lo envía a la Dirección de General mediante oficio.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | -Oficio de Solicitud de acuerdo. |

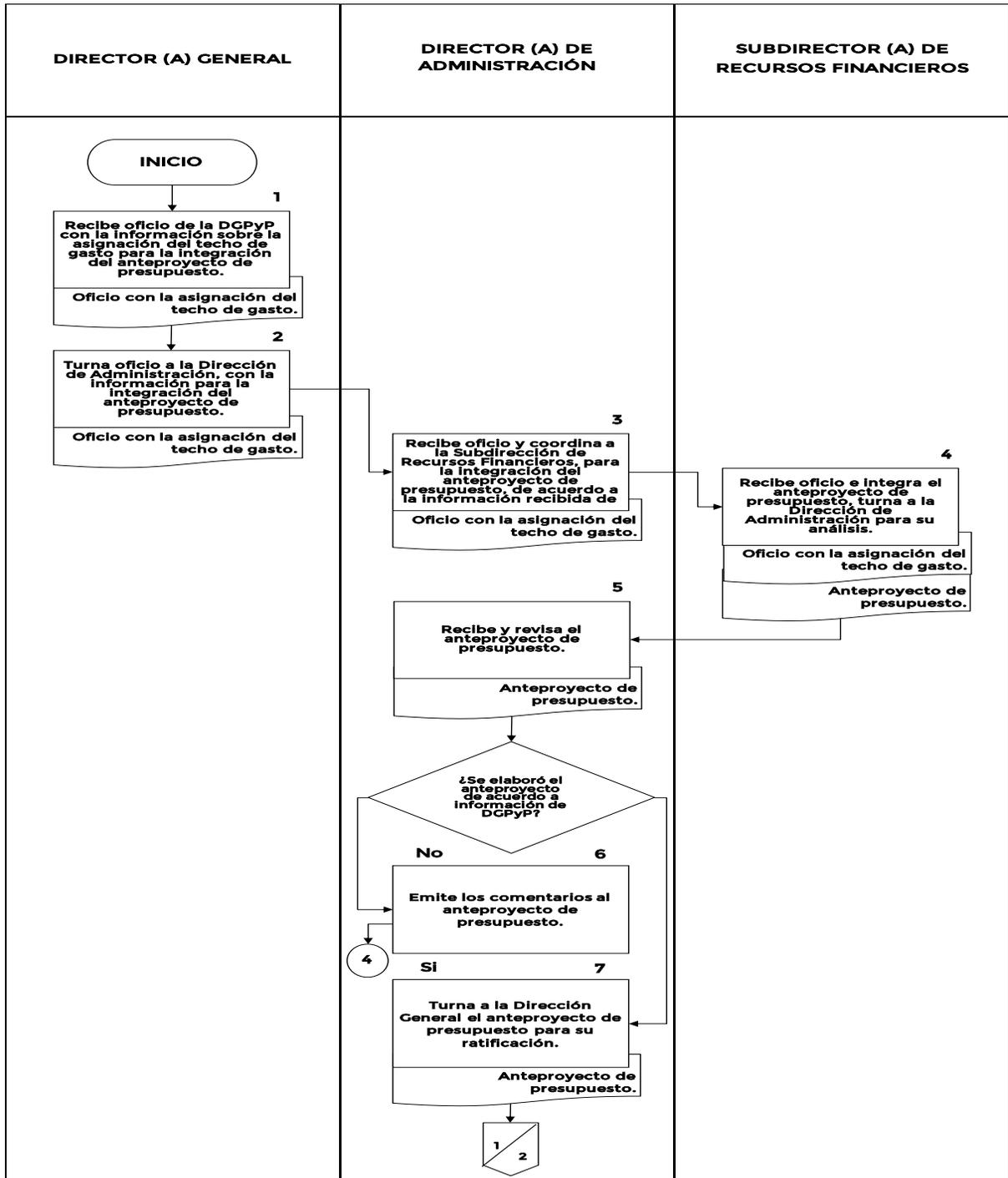
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. |

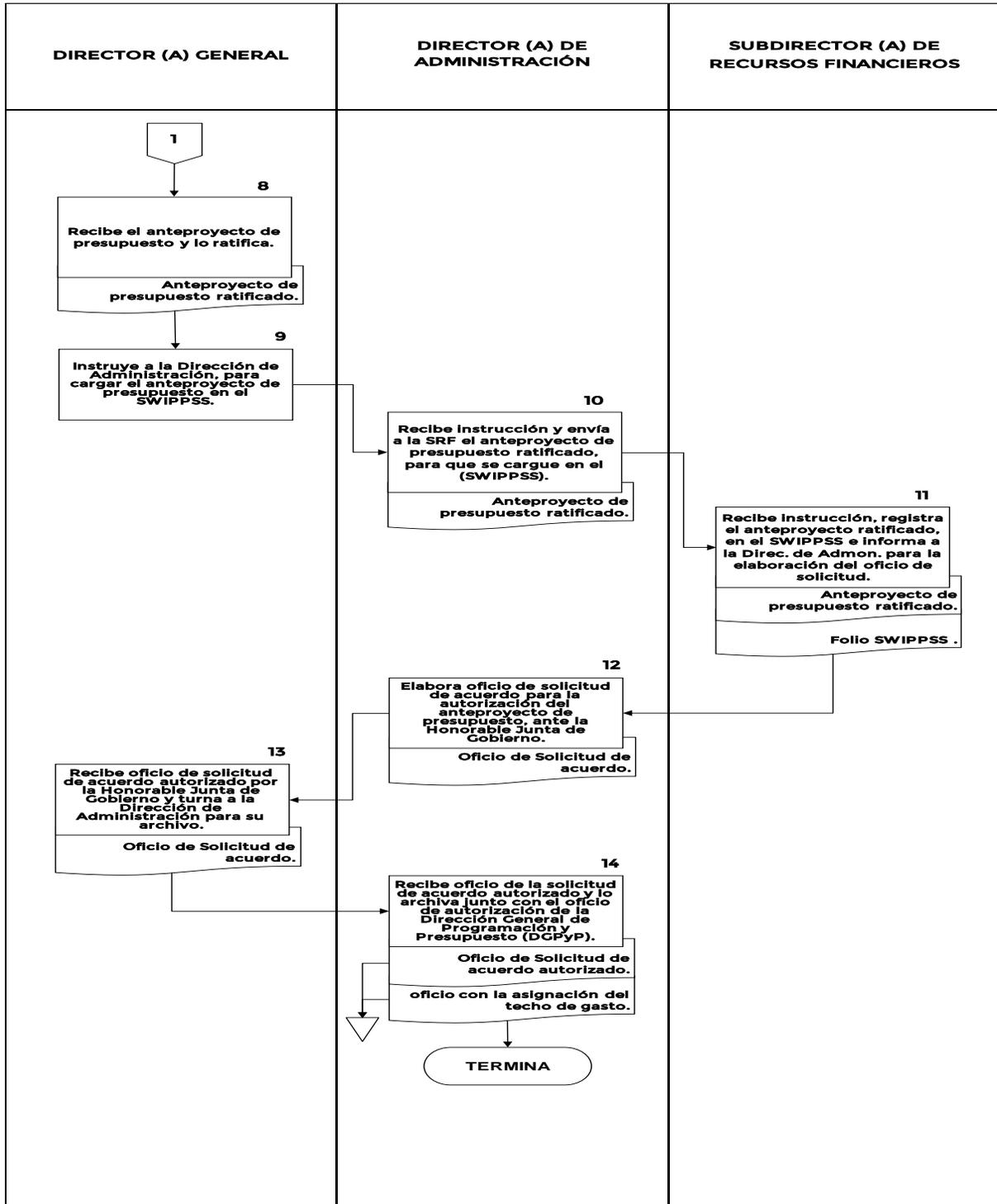
Hoja: 7 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o Anexo |
|-------------------------------|----------|---|--|
| Director/a General | 13 | Recibe oficio de solicitud de acuerdo autorizado por la Honorable Junta de Gobierno y turna a la Dirección de Administración para su archivo. | -Oficio de Solicitud de acuerdo. |
| Director(a) de Administración | 14 | Recibe oficio de la solicitud de acuerdo autorizado y lo archiva junto con el oficio con la asignación del techo de gasto autorizado por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP). TERMINA. | -Oficio de Solicitud de acuerdo autorizado. -Oficio con la asignación del techo de gasto. |

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 8 de 11 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | Hoja: 10 de 11 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---------------------------------------|--|
| 7.1 Oficio con la asignación de techo de gasto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.2 Anteproyecto de presupuesto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.3 Oficio de solicitud de aprobación del anteproyecto de presupuesto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.4 Oficio de aprobación por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP), del anteproyecto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.5 Anteproyecto de presupuesto aprobado | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.6 Folio de carga en el sistema Web de Integración Programático Presupuestal de la Secretaría de Salud (SWIPPSS). | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.7 Solicitud de acuerdo ante la H. Junta de Gobierno. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | Hoja: 11 de 11 |
| | 27. Procedimiento para coordinar la integración del anteproyecto de presupuesto autorizado. | | |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Anteproyecto de presupuesto:** Estimación preliminar sujeta a encomiendas o correcciones de los gastos a efectuar para el desarrollo de los programas de las entidades y dependencias del sector público.
- 8.2 Coordinadora de Sector:** Dependencia de la Administración Pública Central, responsable de la coordinación de acciones entre las entidades paraestatales que forman parte de su sector; asimismo, actúa como enlace entre sus coordinadas y entre éstas y las dependencias de orientación y apoyo global.
- 8.3 DGPpP:** Dirección General de Programación y Presupuesto.
- 8.4 Techo de gasto:** El límite máximo de gasto no financiero que puede asumir la Administración.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | Hoja: 1 de 13 |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | |

28. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO AUTORIZADO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar a la Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos, para ejercer el presupuesto autorizado, conforme a los lineamientos emitidos por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) y la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) respectivamente, y de acuerdo a las necesidades de las áreas del Hospital, para no generar subejercicios.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Administración, porque es la responsable de supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado; a la Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos por ser las responsables de ejercer el presupuesto autorizado, a la Dirección General, por ser la responsable de recibir y autorizar la integración del presupuesto autorizado.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), como Coordinadora de Sector, responsable de informar el presupuesto autorizado, a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) por ser responsable de informar el presupuesto autorizado al capítulo 1000; y a la Honorable Junta de Gobierno, por ser responsable de autorizar las solicitudes de acuerdo para ejercer el presupuesto autorizado y para realizar adecuaciones presupuestales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | Hoja: 3 de 13 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros y de la Subdirección de Recursos Humanos, el manejo de los sistemas de información, de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual se deben establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos, son responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección General, recibe de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) la información del presupuesto autorizado, y es la responsable de turnarla a la Dirección de Administración, para su ejercicio.
- 3.8 La Dirección de Administración, es la responsable de comunicar a la Subdirección de Recursos Financieros, a la Subdirección de Recursos Humanos, a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, el presupuesto autorizado al Hospital.
- 3.9 La Subdirección de Recursos Financieros, es responsable de integrar el presupuesto y de elaborar la propuesta de calendarios de gasto.
- 3.10 La Dirección de Administración, supervisa a la Subdirección de Recursos Financieros y a la Subdirección de Recursos Humanos, para que ejerzan el presupuesto, de acuerdo a los montos autorizados por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) y a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO,) y conforme a las necesidades de las áreas del Hospital.
- 3.11 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, ejercer el presupuesto relacionado al gasto de operación y a la Subdirección de

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | Hoja: 4 de 13 |

Recursos Humanos, el presupuesto relacionado al capítulo 1000 “Servicios Personales”.

- 3.12 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, presentar ante la Honorable Junta de Gobierno para su autorización, las solicitudes de acuerdo para ejercer el presupuesto autorizado y para realizar adecuaciones presupuestales.
- 3.13 La Honorable Junta de Gobierno, es quien autoriza las solicitudes de acuerdo para ejercer el presupuesto autorizado y para realizar adecuaciones presupuestales.
- 3.14 La Dirección de Administración, es responsable de supervisar que se la Subdirección de Recursos Humanos y la Subdirección de Recursos Financieros, realicen en tiempo y forma las adecuaciones presupuestales, para evitar se generen subejercicios.
- 3.15 La Subdirección de Recursos Financieros y la Subdirección de Recursos Humanos, son responsables de realizar las solicitudes de adecuaciones presupuestales a través de los sistemas electrónicos correspondientes.
- 3.16 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, supervisar que la Subdirección de Recursos Financieros elabore los Estados Financieros del Hospital.
- 3.17 La Dirección de Administración, es responsable de informar ante la Honorable Junta de Gobierno y el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), la información del ejercicio del presupuesto, con la finalidad de contribuir a la toma de decisiones.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. Hoja: 5 de 13 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director(a) de Administración | 1 | Instruye a la Subdirección de Recursos Financieros, para que realice la integración del presupuesto y la propuesta de calendarios, de gasto, de acuerdo a la información emitida por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP). | |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 2 | Recibe instrucción, elabora la integración del presupuesto y la propuesta de calendarios de gasto y turna a la Dirección de Administración para su revisión. | -Integración de presupuesto. -Propuesta de calendarios. |
| Dirección de Administración | 3 | Recibe y revisa la integración del presupuesto autorizado y la propuesta de calendarios de gasto. ¿Se elaboró de acuerdo a la información emitida por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP)? | -Integración de presupuesto. -Propuesta de calendarios. |
| | 4 | No: Emite los comentarios, regresa a la actividad No.2 | |
| | 5 | Si: Valida la integración del presupuesto y la propuesta de calendarios de gasto y envía a la Dirección General, para su autorización. | |
| Director(a) General | 6 | Recibe y autoriza la integración del presupuesto autorizado y la propuesta de calendarios de gasto y turna a la Dirección de Administración, para su envío a través del sistema electrónico correspondiente. | -Integración de presupuesto. -Propuesta de calendarios. |
| Director(a) de Administración | 7 | Recibe la integración del presupuesto autorizado por la Dirección General y la propuesta de calendarios de gasto y turna a la Subdirección de Recursos Financieros, para su carga a través del sistema electrónico correspondiente. | -Integración de presupuesto. -Propuesta de calendarios. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 8 | Recibe la integración del presupuesto autorizado y la propuesta de calendarios de gasto y los carga a través del sistema | -Integración de presupuesto. -Propuesta de |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. Hoja: 6 de 13 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|--------------|---|------------------------------------|
| | | <p>electrónico correspondiente.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP), autoriza la propuesta del presupuesto autorizado y sus calendarios de gasto y lo envía por oficio a la Dirección General.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>calendarios.</p> |
| Director(a) General | 9 | <p>Recibe oficio de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP) con el presupuesto y sus calendarios de gasto autorizados y lo turna a la Dirección de Administración, para ejercer el presupuesto.</p> | -Oficio de presupuesto autorizado. |
| Director(a) de Administración | 10 11 | <p>Recibe oficio y lo turna a la Subdirección de Recursos Humanos y a la Subdirección de Recursos Financieros.</p> <p>Supervisa a la Subdirección de Recursos Financieros y a la Subdirección de Recursos Humanos para ejercer el presupuesto autorizado por la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPyP) y la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Dirección de Administración comunica a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento la información del presupuesto autorizado.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | -Oficio de presupuesto aprobado |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos/ Subdirector(a) de Recursos Financieros | 12 | <p>Recibe oficio y ejercen el presupuesto autorizado correspondiente a su subdirección, y archivan oficio.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Realiza las solicitudes de adecuaciones</p> | -Oficio de presupuesto autorizado. |

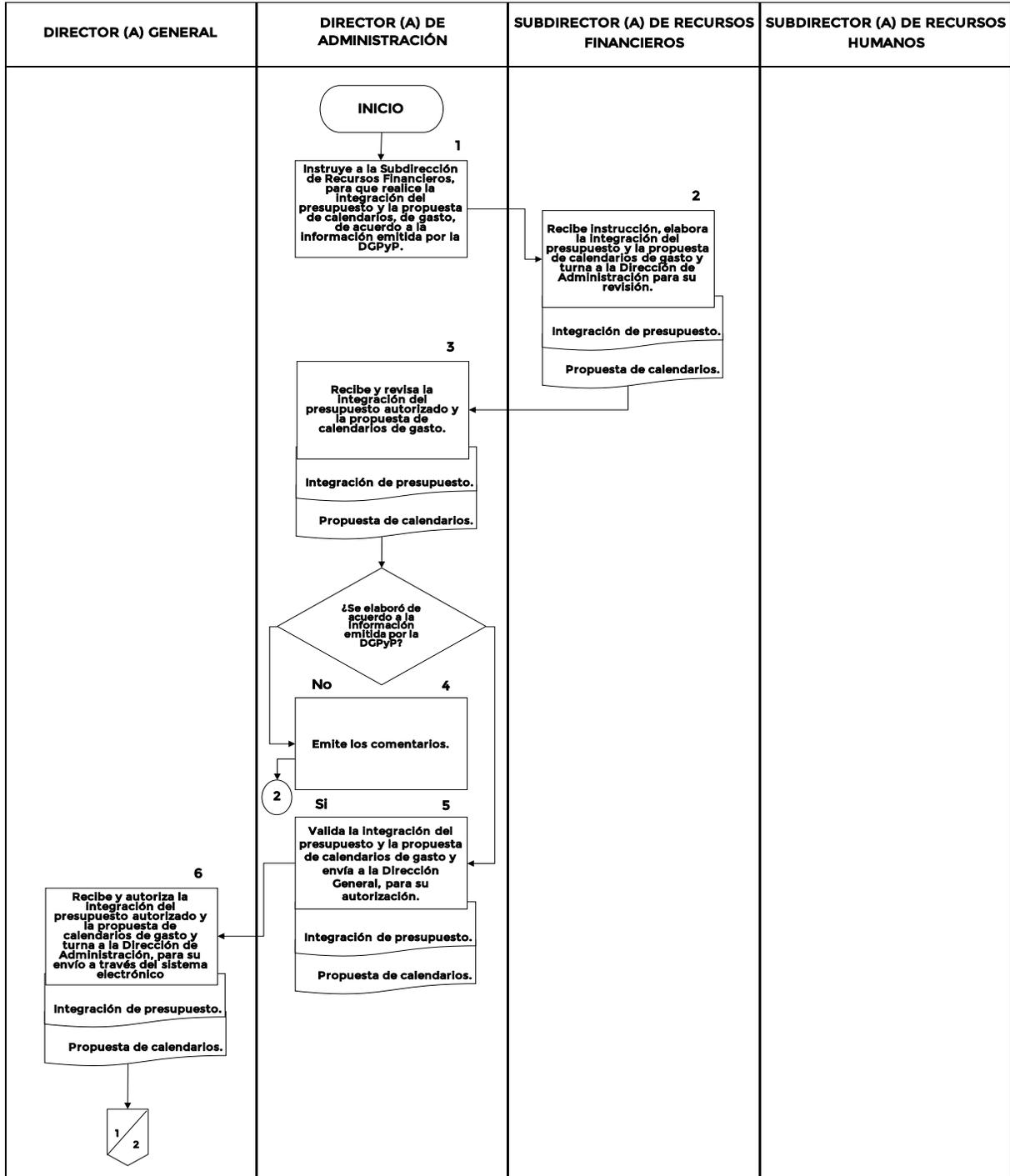
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. Hoja: 7 de 13 |

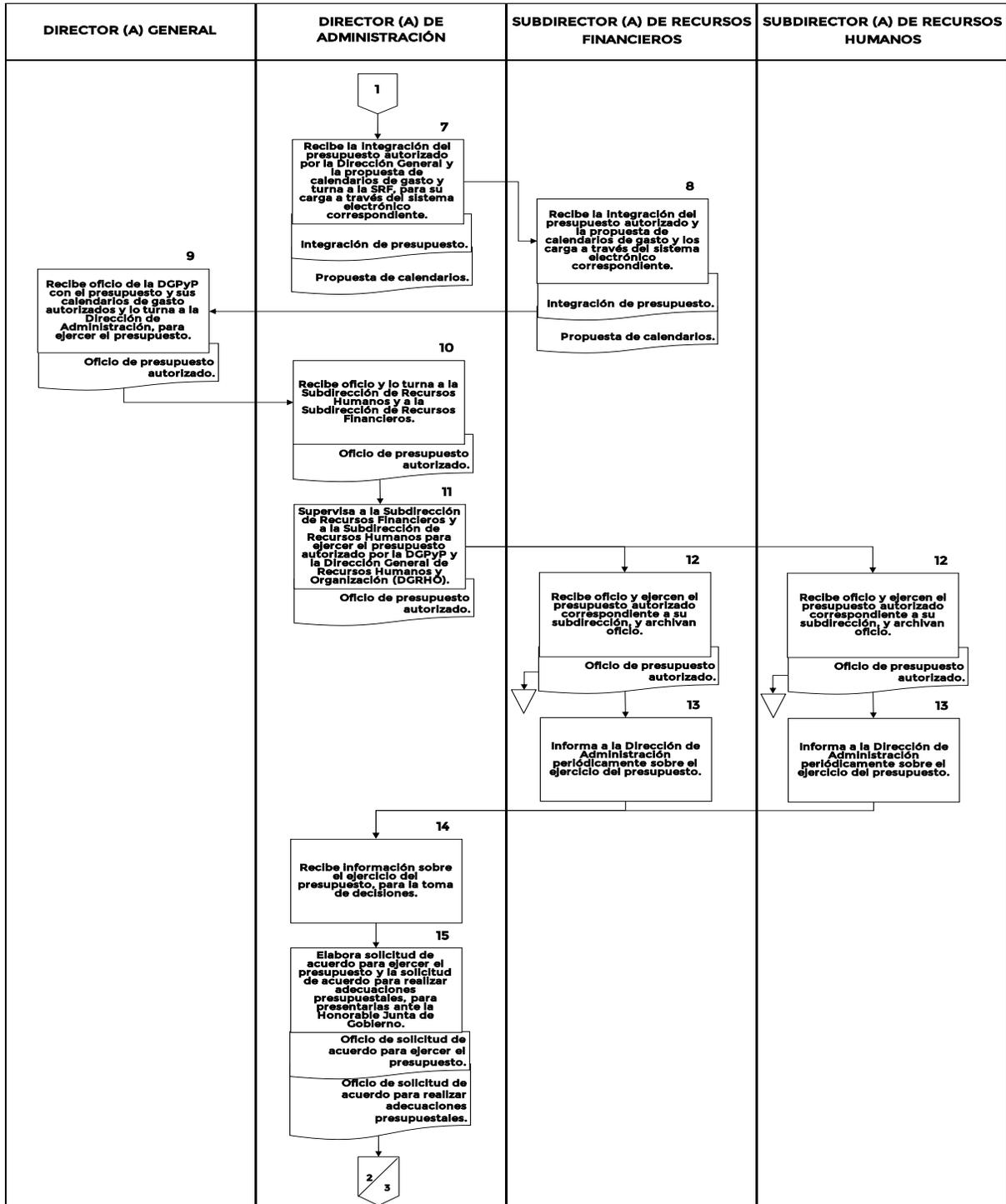
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------|----------|--|---|
| | 13 | <p>presupuestales a través de los sistemas electrónicos correspondientes.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Informa a la Dirección de Administración periódicamente sobre el ejercicio del presupuesto.</p> | |
| Dirección de Administración | 14 15 | <p>Recibe información sobre el ejercicio del presupuesto, para la toma de decisiones.</p> <p>Elabora solicitud de acuerdo para ejercer el presupuesto y la solicitud de acuerdo para realizar adecuaciones presupuestales, para presentarlas ante la Honorable Junta de Gobierno.</p> <p>-----</p> <p>La Honorable Junta de Gobierno, autoriza la solicitud de acuerdo para ejercer el presupuesto autorizado y la solicitud de acuerdo para realizar las adecuaciones presupuestales y lo envía a la Dirección de General, mediante oficio.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Oficio de solicitud de acuerdo para ejercer el presupuesto.</p> <p>-Oficio de solicitud de acuerdo para realizar adecuaciones presupuestales</p> <p>.</p> |
| Director(a) General | 16 | Recibe oficio de las solicitudes de acuerdo autorizadas por la Honorable Junta de Gobierno y turna a la Dirección de Administración, para su aplicación. | -Oficio solicitudes de acuerdo autorizadas. |
| Director(a) de Administración | 17 18 | <p>Recibe oficio de las solicitudes de acuerdo autorizadas y lo archiva junto con el oficio de presupuesto autorizado de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP).</p> <p>Instruye a la Subdirección de Recursos Financieros, elaborar los Estados Financieros.</p> | <p>-Oficio de Solicitudes de acuerdo autorizadas.</p> <p>-Oficio de autorización de presupuesto autorizado.</p> |
| Subdirector(a) | 19 | Recibe instrucción y elabora los Estados | -Estados |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. Hoja: 8 de13 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------|----------|--|-----------------------|
| de Recursos Financieros | | Financieros y turna a la Dirección de Administración, para su validación. | Financieros. |
| Director(a) de Administración | 20 | Recibe y revisa los Estados Financieros. | -Estados Financieros. |
| | 21 | ¿Se elaboraron de acuerdo a la normatividad contable gubernamental federal? | |
| | 22 | No: Emite los comentarios a los Estados Financieros, regresa a la actividad No.19 Si: Valida los Estados Financieros y turna a la Dirección General para su autorización. | |
| Director(a) General | 23 | Recibe y autoriza los Estados Financieros. | -Estados Financieros. |
| | 24 | Turna a la Dirección de Administración, para su presentación ante las instancias fiscalizadoras correspondientes. | |
| Director(a) de Administración | 25 | Recibe los Estados Financieros y los presenta ante las instancias fiscalizadoras correspondientes y ante la Honorable Junta de Gobierno TERMINA. | -Estados Financieros. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | Hoja: 12 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---------------------------------------|--|
| 7.1 Integración de presupuesto | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.2 propuesta de calendarios de gasto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.3 Oficio de presupuesto autorizado. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.4 Oficio solicitud de acuerdo para ejercer el presupuesto. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.5 Oficio de solicitud de acuerdo para realizar adecuaciones presupuestales. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.6 Solicitudes de acuerdo autorizadas. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |
| 7.7 Estados Financieros. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros. | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Adecuación presupuestal. Traspaso, ampliación o reducción de recursos presupuestales.

8.2 Calendario de gasto: Instrumento que estipula el periodo en que deben ministrarse los fondos presupuestarios autorizados, necesarios para el cumplimiento de los objetivos y metas del Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.3 Coordinadora de Sector: Dependencia de la Administración Pública Central, responsable de la coordinación de acciones entre las entidades

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 28. Procedimiento para supervisar el ejercicio del presupuesto autorizado. | | Hoja: 13 de 13 |

paraestatales que forman parte de su sector; asimismo, actúa como enlace entre sus coordinadas y entre éstas y las dependencias de orientación y apoyo global.

8.4 DGPpP: Dirección General de Programación y Presupuesto.

8.5 DGRHO: Dirección General de Recursos Humanos y Organización.

8.6 Estados Financieros. Informes y documentos con información financiera, también conocidos con el nombre de Estados Contables, los cuales exponen la situación económica en que se encuentra un organismo público o privado, así como las variaciones que sufren durante un periodo determinado.

8.7 Presupuesto autorizado: Es la suma del Presupuesto de egresos original y sus modificaciones (ampliaciones y/o reducciones) al final del ejercicio.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre Derechos Humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 1 de 10 |

29. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Coordinar a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento para que lleve a cabo la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura física y equipamiento del Hospital, para contar con una instalación física adecuada y equipo médico funcional.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección General, por ser responsable de gestionar recursos para llevar a cabo el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo; a la Dirección de Administración, por ser responsable de supervisar que se lleven a cabo las actividades del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ya que es responsable de realizar diagnósticos que permitan programar y ejecutar las actividades del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la a la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), por ser quien proporciona la información sobre el presupuesto anual autorizado; a la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF), responsable de autorizar recursos para ejecutar el Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo, a la infraestructura del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 3 de 10 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, el manejo de los sistemas de información, de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, es la responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP), envía a la Dirección General, la información sobre el presupuesto anual autorizado.
- 3.8 La Dirección General es responsable de gestionar, en coordinación con la Dirección de Administración, la obtención de recursos ante instancias externas, para realizar mantenimientos correctivos y preventivos a la infraestructura y equipamiento del Hospital.
- 3.9 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, informar a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, el Presupuesto Anual autorizado, para llevar a cabo los mantenimientos correctivos y preventivos.
- 3.10 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, elaborar el Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo, en base a diagnósticos realizados a la infraestructura y equipamiento del Hospital.
- 3.11 La Dirección de Administración, coordina a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, para la ejecución del Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 4 de 10 |

- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, informar periódicamente a la Dirección de Administración, sobre el avance del Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo.
- 3.13 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, es responsable de enviar a la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF), el Programa Anual de mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura del Hospital.
- 3.14 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, es la responsable de promover la elaboración de proyectos de inversión para realizar acciones de infraestructura y equipamiento del Hospital.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. |

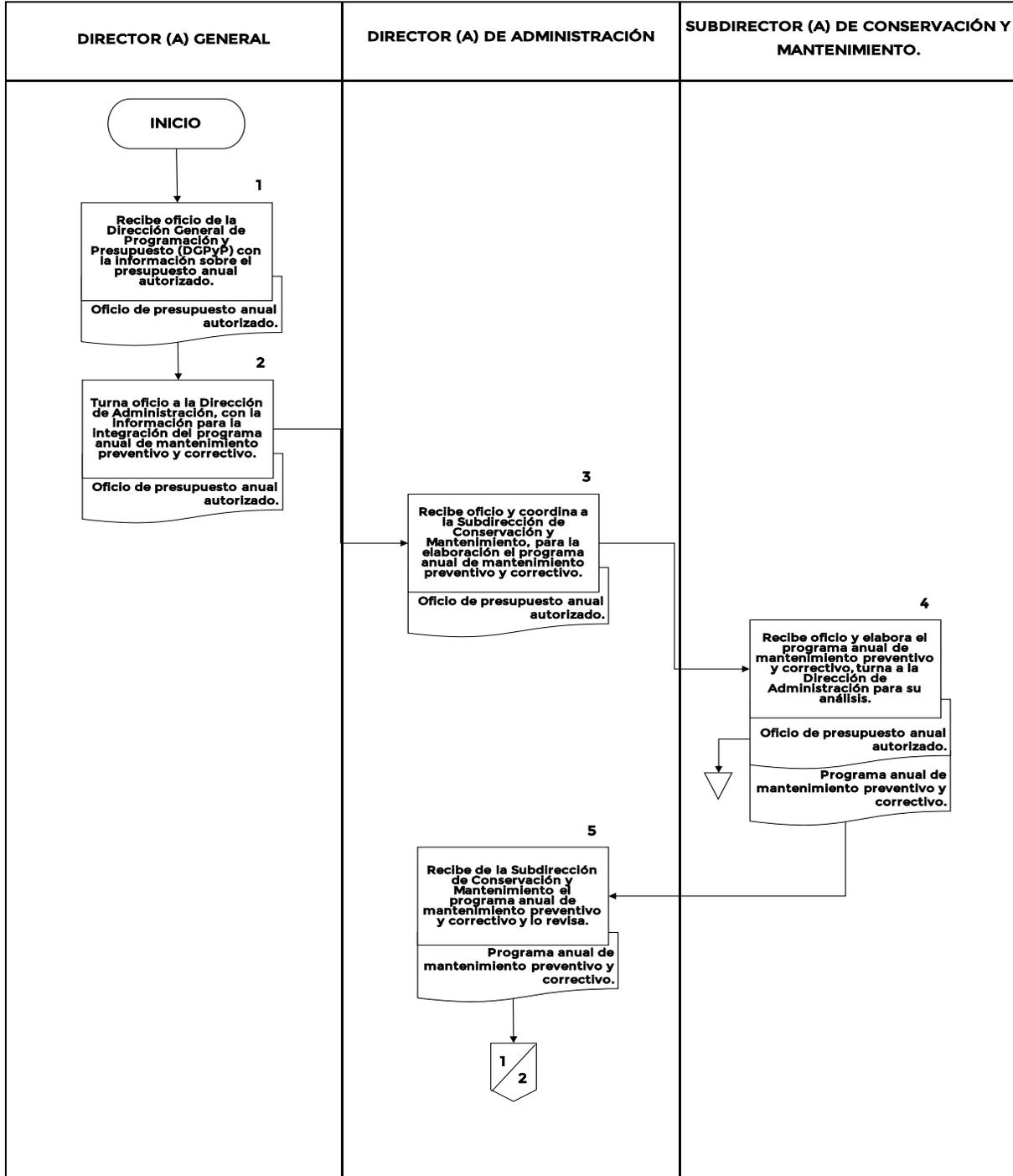
Hoja: 5 de 10

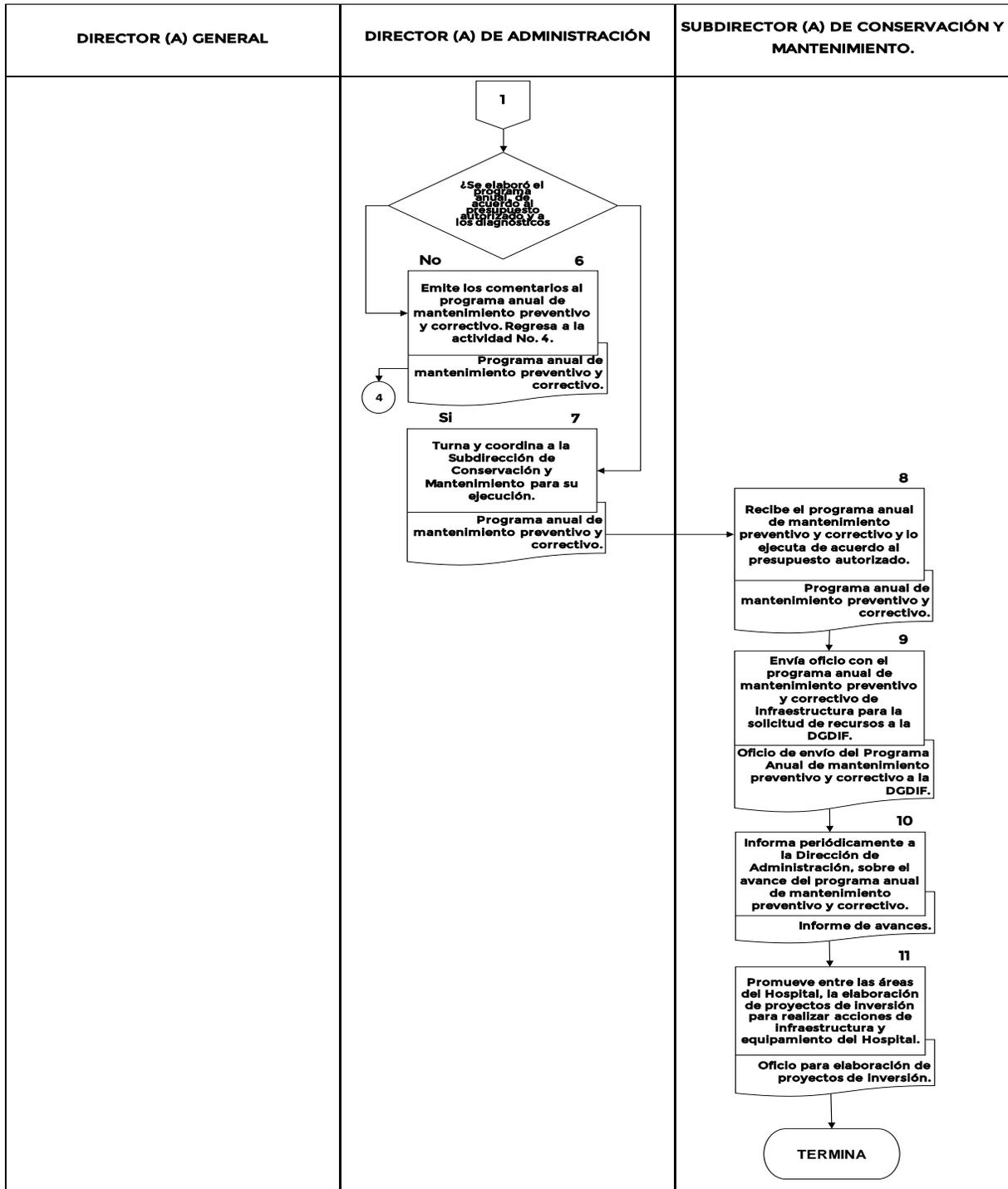
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Director (a) General | 1 | Recibe oficio de la Dirección General de Programación y Presupuesto (DGPYP) con la información sobre el presupuesto anual autorizado. | -Oficio de presupuesto anual autorizado. |
| | 2 | Turna oficio a la Dirección de Administración, con la información para la integración del programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. | |
| Director(a) de Administración | 3 | Recibe oficio y coordina a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, para la elaboración el programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. | -Oficio de presupuesto anual autorizado. |
| Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento | 4 | <p>Recibe oficio y elabora el programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo, turna a la Dirección de Administración para su análisis. Archiva oficio.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de realizar diagnósticos sobre las condiciones de infraestructura y equipamiento del Hospital, los cuales servirán de base para la elaboración del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | -Oficio de presupuesto anual autorizado. -Programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. |
| Director (a) de Administración | 5 | <p>Recibe de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo y lo revisa.</p> <p>¿Se elaboró el Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo, de acuerdo al presupuesto autorizado y de acuerdo a los diagnósticos realizados?</p> | -Programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | 6 | No: Emite los comentarios al Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. Regresa a la actividad No. 4. | |
| | 7 | Si: Turna y coordina a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento para su ejecución. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 8 | Recibe el programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo y lo ejecuta de acuerdo al presupuesto autorizado. | -Programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. |
| | 9 | Envía oficio con el programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura para la solicitud de recursos a la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF). ----- ----- La Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF), autoriza los recursos para ejecutar el Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo, a la infraestructura del Hospital. | -Oficio de envío del Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo a la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF). -Informe de avances. |
| | 10 | ----- ----- Informa periódicamente a la Dirección de Administración, sobre el avance del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 11 | Promueve entre las áreas del Hospital, la elaboración de proyectos de inversión para realizar acciones de infraestructura y equipamiento del Hospital. TERMINA | -Oficio para elaboración de proyectos de inversión. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 9 de 10 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio de presupuesto anual autorizado. | 6 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.2 Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.3 Oficio de envío del Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo a la Dirección General de Infraestructura Física (DGDIF). | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.4 Informe de avances | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.5 Oficio para elaboración de proyectos de inversión. | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 DGDIF: Dirección General de Infraestructura Física.

8.2 Mantenimiento correctivo: Es aquel que corrige los defectos observados en la infraestructura y equipamiento.

8.3 Mantenimiento preventivo: Es aquel que se realiza de manera anticipada con el fin de prevenir el surgimiento de averías en la infraestructura y equipamiento.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 29. Procedimiento para coordinar la ejecución del Programa Anual de Mantenimiento preventivo y correctivo. | | Hoja: 10 de 10 |

8.4 Proyectos de Inversión: Acciones que implican erogaciones de gasto de capital destinadas a obra pública en infraestructura, así como la construcción, adquisición y modificación de inmuebles, las adquisiciones de bienes muebles asociadas a estos proyectos, y las rehabilitaciones que impliquen un aumento en la capacidad o vida útil de los activos de infraestructura e inmuebles.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre Derechos Humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 1 de 10 |

30. PROCEDIMIENTO PARA DIRIGIR LOS MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEL HOSPITAL.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Realizar los movimientos de personal (altas por ingreso, reingreso, cambios de nivel salarial o promoción y de adscripción, bajas por renuncia, término de la relación laboral, pensión, jubilación, defunción, licencias con o sin goce de sueldo y comisiones), con base en la normatividad aplicable y de acuerdo a las necesidades del Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General, porque recibe la plantilla autorizada al Hospital; a la Dirección de Administración, por ser la responsable de dirigir e instruir los movimientos de personal; a la Subdirección de Recursos Humanos, por ser responsable de realizar los movimientos de personal.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO), por ser responsable de proporcionar al Hospital información relacionada a la plantilla autorizada.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, el manejo de los sistemas de información, de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 3 de 10 |

- 3.4 La Subdirección de Recursos Humanos, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos, es la responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección General, recibe de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO), la plantilla autorizada al Hospital.
- 3.8 La Dirección de Administración, es responsable de dirigir e instruir a la Subdirección de Recursos Humanos, para que realice las acciones necesarias para llevar a cabo los movimientos de personal del Hospital.
- 3.9 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, realizar las acciones necesarias para los movimientos del personal (altas por ingreso, reingreso, cambios de nivel salarial o promoción y de adscripción, bajas por renuncia, término de la relación laboral, pensión, jubilación, defunción, licencias con o sin goce de sueldo y comisiones), de acuerdo a las necesidades del Hospital.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable de apegarse a lo establecido por la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO) y a las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, en relación a los movimientos de personal que se realicen.
- 3.11 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, realizar los movimientos de personal conforme a la plantilla autorizada.
- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, informar a la Dirección de Administración, los movimientos de personal que se realicen.
- 3.13 La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable de resguardar la documentación soporte que acredite los movimientos de personal, siendo la siguiente:

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 4 de 10 |

- Para el caso de movimientos por nuevo ingreso y reingreso, debe existir la suplencia y/o vacante en la plantilla del Hospital; asimismo, se deben reunir los requisitos contemplados en el Catálogo de Puestos, contar con oficio de propuesta o dictamen de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, Curriculum Vitae, y documentos de carácter personal como Comprobante de experiencia laboral, Acta de Nacimiento, Identificación oficial, Comprobante de estudios, Comprobante de domicilio, Clave Única de Registro de Población, Registro Federal de Contribuyentes, Certificado médico, Carta de no inhabilitación.
 - Para el caso de movimientos por baja, se consideran por renuncia, término de relación laboral, pensión, jubilación y defunción, en los cuales se debe contar con Nombramiento con fecha de término, Dictamen de recisión laboral, Oficio de renuncia o Trámite de jubilación.
 - Respecto a las licencias o comisiones se debe contar con la Solicitud del/la trabajador(a).
 - En relación a los movimientos por cambios de nivel salarial o de adscripción y suplencias, debe existir la vacante dentro de la plantilla.
- 3.14 La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable de requisitar el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP), según el tipo de movimiento de personal del que se trate.
- 3.15 La Dirección de Administración, es responsable de autorizar el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP), para trámite y seguimiento.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. |

Hoja: 5 de 10

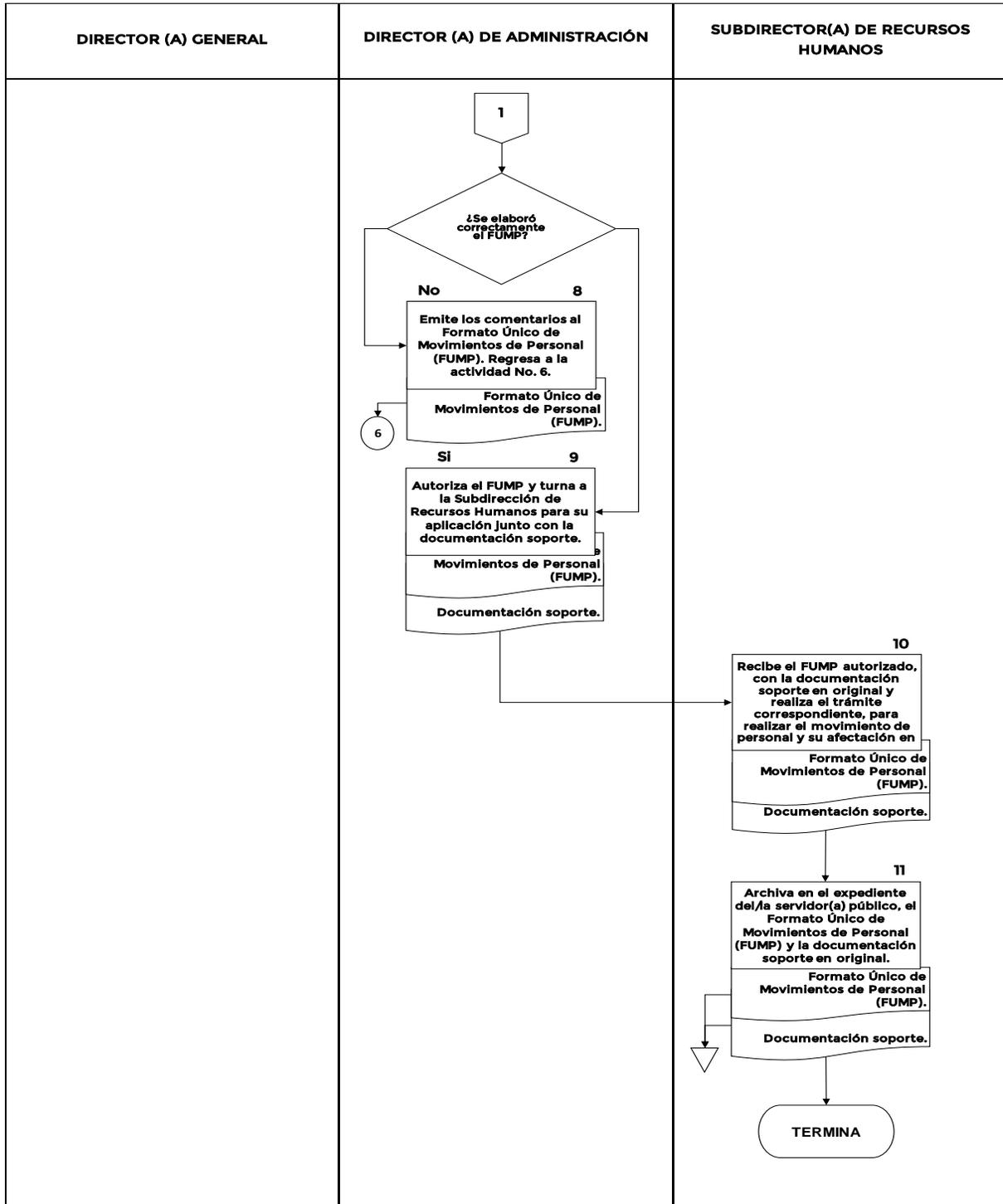
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------------|----------|---|---|
| Director (a) General | 1 | Recibe oficio de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización (DGRHO), con la plantilla autorizada al Hospital y turna a la Dirección de Administración. | -Oficio de plantilla autorizada. |
| Director (a) de Administración | 2 | Recibe oficio de plantilla autorizada e instruye a la Subdirección de Recursos Humanos, en su distribución y en los movimientos de personal que le apliquen. | -Oficio de plantilla autorizada. |
| Subdirector (a) de Recursos Humanos | 3 | Recibe instrucción, la plantilla autorizada al Hospital y la solicitud de movimiento de personal. | -Oficio de plantilla autorizada. |
| | 4 | Verifica que las solicitudes de movimientos de personal se puedan realizar conforme a la plantilla autorizada. | -Documentación soporte. |
| | 5 | Integra la documentación soporte para realizar los movimientos de personal, de acuerdo a la política 3.13 | -Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) |
| | 6 | Elabora el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) con la documentación soporte en original y envía a la Dirección de Administración, para su autorización. | |
| Director (a) de Administración | 7 | Recibe oficio, Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP), revisa que esté elaborado correctamente y que contenga la documentación soporte de acuerdo a la política 3.13 en original. ¿Se elaboró correctamente el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP)? | -Oficio de solicitud de movimiento.- Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) |
| | 8 | No: Emite los comentarios al Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP). Regresa a la actividad No. 6. | -Documentación soporte. |
| | 9 | Si: Autoriza el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) y turna a la Subdirección de Recursos Humanos para su aplicación junto con la documentación | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. |

Hoja: 6 de 10

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------------|----------|--|---|
| | | soporte. | |
| Subdirector (a) de Recursos Humanos | 10 | Recibe el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) autorizado, con la documentación soporte en original y realiza el trámite correspondiente, para realizar el movimiento de personal y su afectación en la nómina. | -Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) -Documentación Soporte. |
| | 11 | Archiva en el expediente del/la servidor(a) público, el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) y la documentación soporte en original. TERMINA. | |



| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 9 de 10 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|--|----------------------------------|--|
| 7.1 Oficio de plantilla autorizada. | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |
| 7.2 Documentación soporte de los movimientos de personal. | 5 años, después de que el trabajador cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |
| 7.3 Formato Único de Movimientos de personal (FUMP). | 5 años, después de que el trabajador cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Comisión:** Función de carácter temporal que deberá realizar un servidor público en cumplimiento a una encomienda oficial que se le haga.
- 8.2 **Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP):** Documento mediante el cual se autorizan los movimientos de personal.
- 8.3 **Licencia:** documento a través del cual un(a) servidor(a) público(a) solicita faltar temporalmente a sus funciones.
- 8.4 **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.
- 8.5 **Reingreso:** acción que identifica al personal que con anterioridad estaba prestando sus servicios en una plaza presupuestal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 30. Procedimiento para dirigir los movimientos de personal del Hospital. | | Hoja: 10 de 10 |

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | Hoja: 1 de 19 |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | |

31. PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DEL HOSPITAL.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | Hoja: 2 de 19 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Coordinar a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios para que realice las gestiones pertinentes, con base en la normatividad en materia de adquisiciones, a fin de contratar los bienes y servicios que atiendan las necesidades de las áreas en las mejores condiciones para el Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración, por ser quien coordina a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para realizar las contrataciones de bienes y de servicios del Hospital y valida las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), así como el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS); a la Subdirección de Recursos Financieros, por ser quien realiza los pagos por las contrataciones de bienes y servicios y en caso de incumplimiento, aplica la sanción; y a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios por ser quien elabora las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), así como el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) y realiza las gestiones pertinentes para la contratación de bienes y servicios del Hospital
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Honorable Junta de Gobierno, por ser quien autoriza las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), así como el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS); y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, ya que es quien administra el sistema en el que se publica el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | Hoja: 3 de 19 |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios el manejo de los sistemas de información, contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios verificar, la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, es la responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, elaborar las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES).
- 3.8 La Dirección de Administración, es la responsable de validar las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES).
- 3.9 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, presentar las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES), ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS) para su aprobación.
- 3.10 El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS) es quien aprueba las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | Hoja: 4 de 19 |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | |

- 3.11 La Dirección de Administración, es la responsable de presentar ante la Honorable Junta de Gobierno, la solicitud de acuerdo para la autorización de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES).
- 3.12 La Honorable Junta de Gobierno, es quien autoriza las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES).
- 3.13 Para efectos de este procedimiento se entiende como Directores (as) de Área a los/las titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.14 Para efectos de este procedimiento se entiende como Subdirectores (as) de Área a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.15 La Dirección de Administración, es la responsable de supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, difunda las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, y Arrendamientos de Bienes muebles y la prestación de Servicios (POBALINES) en la página del Hospital.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, es la responsable de actualizar las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), con base en las necesidades de las áreas del Hospital.
- 3.17 La Dirección de Administración, es la responsable de coordinar a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para que elabore con base a los requerimientos de los servicios del Hospital, el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).
- 3.18 La Dirección de Administración, es la responsable de validar el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).
- 3.19 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, es la responsable de presentar ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS), para aprobación el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | Hoja: 5 de 19 |

- 3.20 La Dirección de Administración, es la responsable de presentar ante la Honorable Junta de Gobierno, la solicitud de acuerdo para la autorización del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).
- 3.21 La Honorable Junta de Gobierno, es quien autoriza el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).
- 3.22 La Dirección de Administración, es la responsable de supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios publique en el sistema del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Obras Pública (PAAASOP) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS).
- 3.23 La Dirección de Administración, es la responsable de supervisar a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para que realice las gestiones de contratación de bienes y servicios (Licitaciones Públicas, Invitación a cuando menos tres personas o por Adjudicación directa), en cumplimiento a la normatividad aplicable.
- 3.24 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, formalizar los pedidos y/o contratos y elaborar el cálculo de las sanciones y las penas convencionales a que se hagan acreedores los proveedores.
- 3.25 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, aplicar las sanciones y las penas convencionales por la contratación de bienes y prestación de servicios.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

Hoja: 6 de 19

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Director (a) de Administración | 1 | Instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para elaborar las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) y una vez autorizadas, y el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), con base a los requerimientos de las áreas del Hospital. | |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios. | 2 | Elabora las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) y turna a la Dirección de Administración para su revisión. | -Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES). |
| Director (a) de Administración | 3 | Recibe y revisa las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES). | -Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES). |
| | 4 | ¿Las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) se elaboraron de acuerdo a la normatividad correspondiente? | |
| | 5 | No: Emite los comentarios a las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), regresa a la actividad No. 2. Si: Valida las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) y turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios para enviarlas al | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | | Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CASS), para su aprobación. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 6 | <p>Recibe las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) y las presenta, ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CASS), para su aprobación.</p> <p>-----</p> <p>El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, aprueba las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES).</p> <p>-----</p> | <p>-Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES)</p> <p>-Acta de sesión del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS), para aprobación de POBALINES.</p> |
| | 7 | <p>Turna a la Dirección de Administración, las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) aprobadas por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS), para elaborar la solicitud de acuerdo de autorización ante la Honorable Junta de Gobierno.</p> | |
| Director (a) de Administración | 8 | <p>Recibe las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) y elabora la solicitud de acuerdo para su autorización.</p> <p>-----</p> <p>La Honorable Junta de Gobierno, autoriza las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES).</p> <p>-----</p> | <p>-Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES).</p> <p>-Solicitud de acuerdo para autorización de las POBALINES.</p> |
| | 9 | <p>Turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones,</p> | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

Hoja: 8 de 19

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), aprobadas por la Honorable Junta de Gobierno para su publicación. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 10 | Recibe las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) aprobadas, por la Honorable Junta de Gobierno y las publica a través de página del Hospital y las archiva. | Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES). -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios. |
| | 11 | Las Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES), se actualizarán con base a las necesidades de las áreas del Hospital. | |
| | 12 | Recibe instrucción y elabora el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), con base a los requerimientos de la Direcciones de Área y Subdirecciones de Área. Turna a la Dirección de Administración el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), para su revisión. | |
| Director (a) de Administración | 13 | Recibe y revisa el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). ¿El Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) se elaboró de acuerdo a los requerimientos de las áreas del Hospital? | -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios. |
| | 14 | No: Emite los comentarios al Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), regresa a la actividad No. 11. | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | 15 | Si: Valida y turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) para su presentación ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS). | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 16 | Recibe el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) y lo presenta para su aprobación ante el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS). | -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios. -Acta de sesión de aprobación del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). |
| | 17 | El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, aprueba el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). Turna a la Dirección de Administración el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) aprobado por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (CAAS) para su presentación ante la Honorable Junta de Gobierno. | |
| Director (a) de Administración | 18 | Recibe y elabora la solicitud de acuerdo para la autorización del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS), ante la Honorable Junta de Gobierno. | -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios. -Oficio de solicitud de acuerdo Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) |
| | 19 | La Honorable Junta de Gobierno, autoriza el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). Turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios el Programa Anual de | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

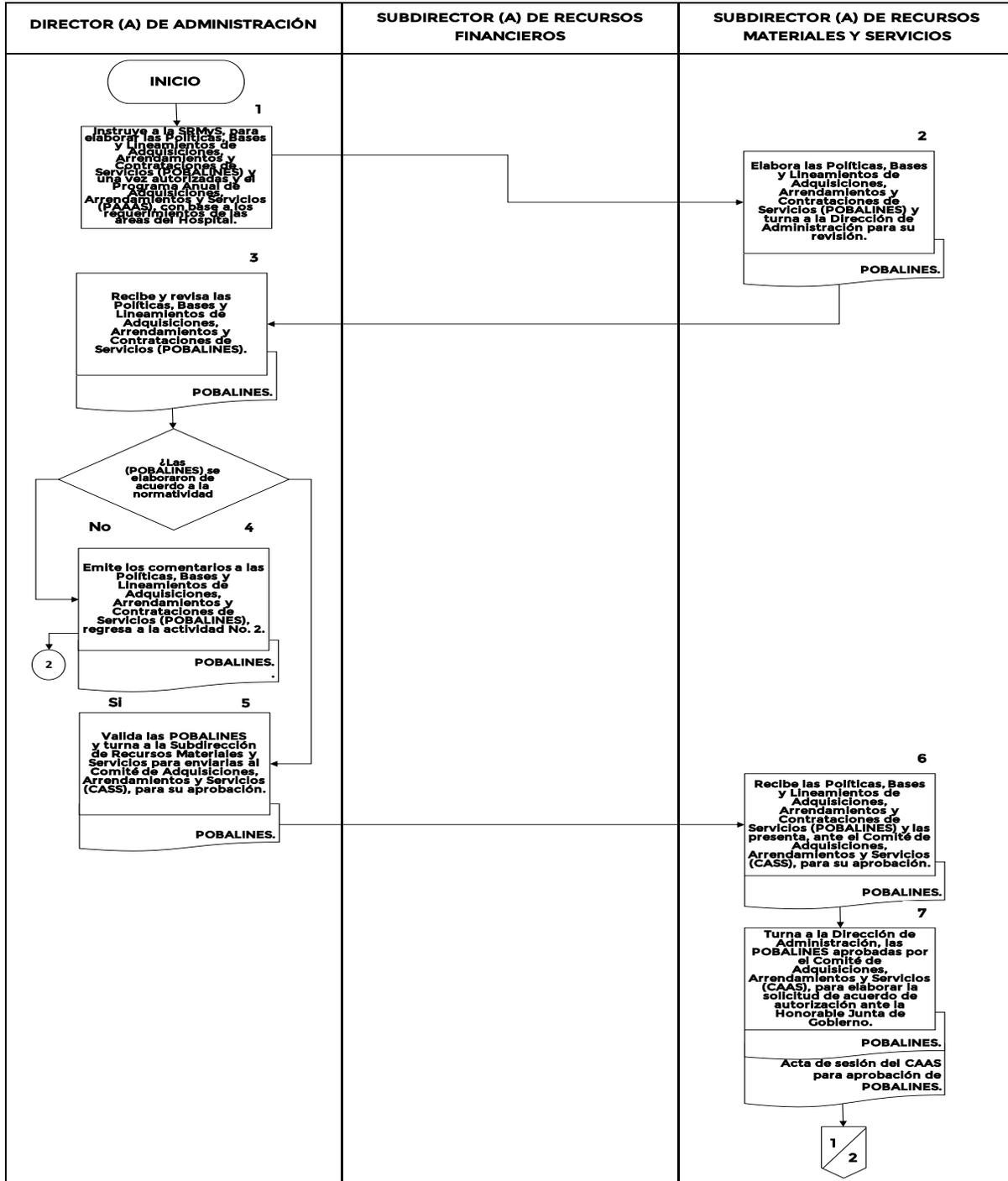
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| | | Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) autorizado por la Honorable Junta de Gobierno, para su publicación en el sistema electrónico. | -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios autorizado. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 20 | Recibe el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS) autorizado y pública a través de sistema del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Obras Pública (PAAASOP). Archiva programa anual, acta de sesión y solicitud de acuerdo. | -Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios autorizado. -Sistema del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Obras Pública (PAAASOP). |
| | 21 | Realiza los procedimientos de contratación (Licitaciones Públicas, invitación a cuando menos tres personas y adjudicación directa), de acuerdo a los requerimientos de las áreas del Hospital. ----- ----- La Dirección de Administración autoriza las solicitudes de contratación de bienes y prestación de servicios cuando se llevan a cabo mediante adjudicación directa. | -Pedidos y/o contratos. |
| | 22 | ----- ----- Realiza la formalización de los pedidos y/o contratos y turna a la Dirección de Administración para su validación. | |
| Director(a) de Administración | 23 | Recibe y valida los pedidos y/o contratos formalizados. | -Pedidos y/o contratos. |
| | 24 | Turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios los pedidos y/o contratos validados. | |
| | 25 | Supervisa se realicen los procedimientos de contratación de acuerdo a los establecido en los pedidos y/o contratos celebrados. | |

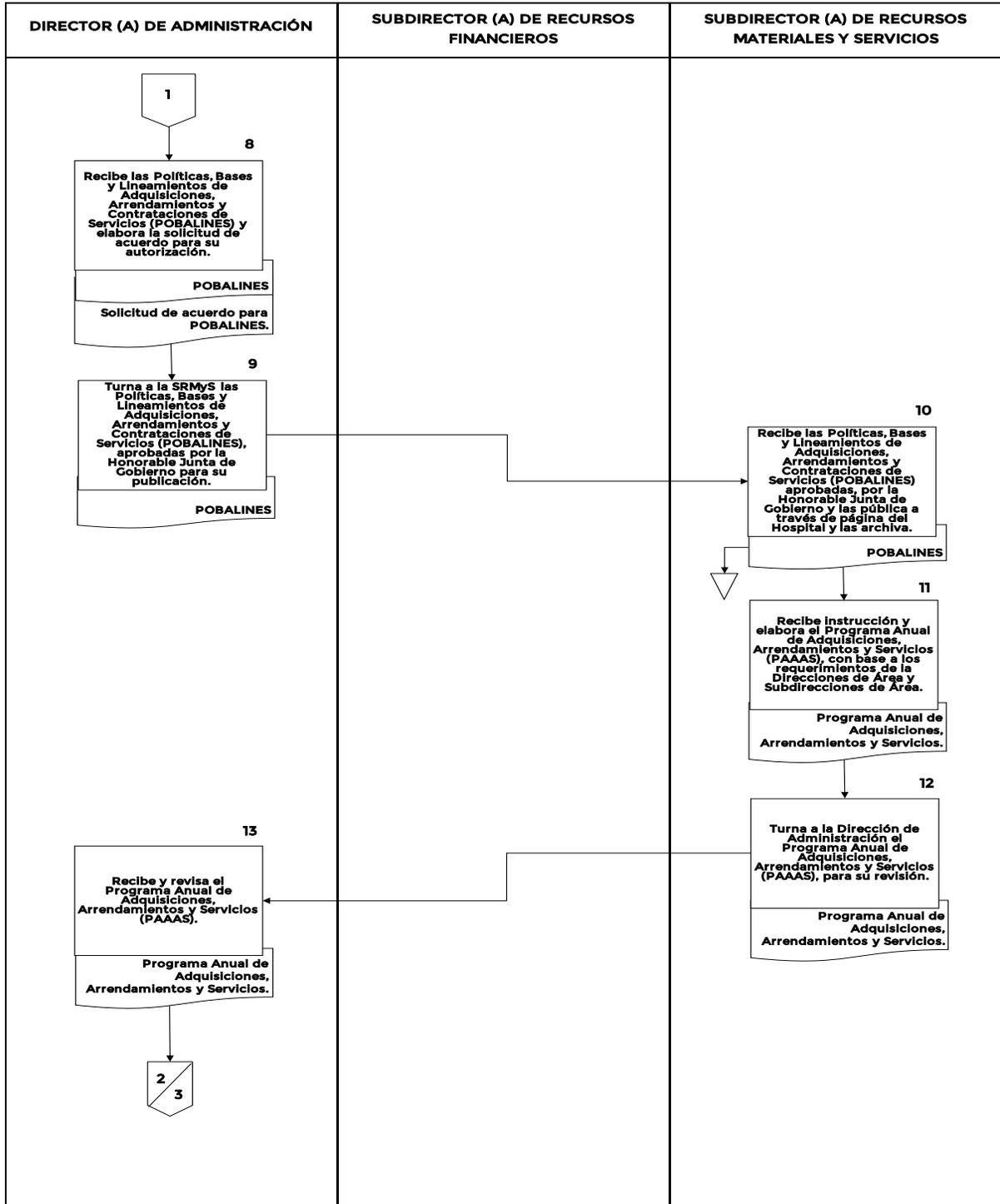
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. |

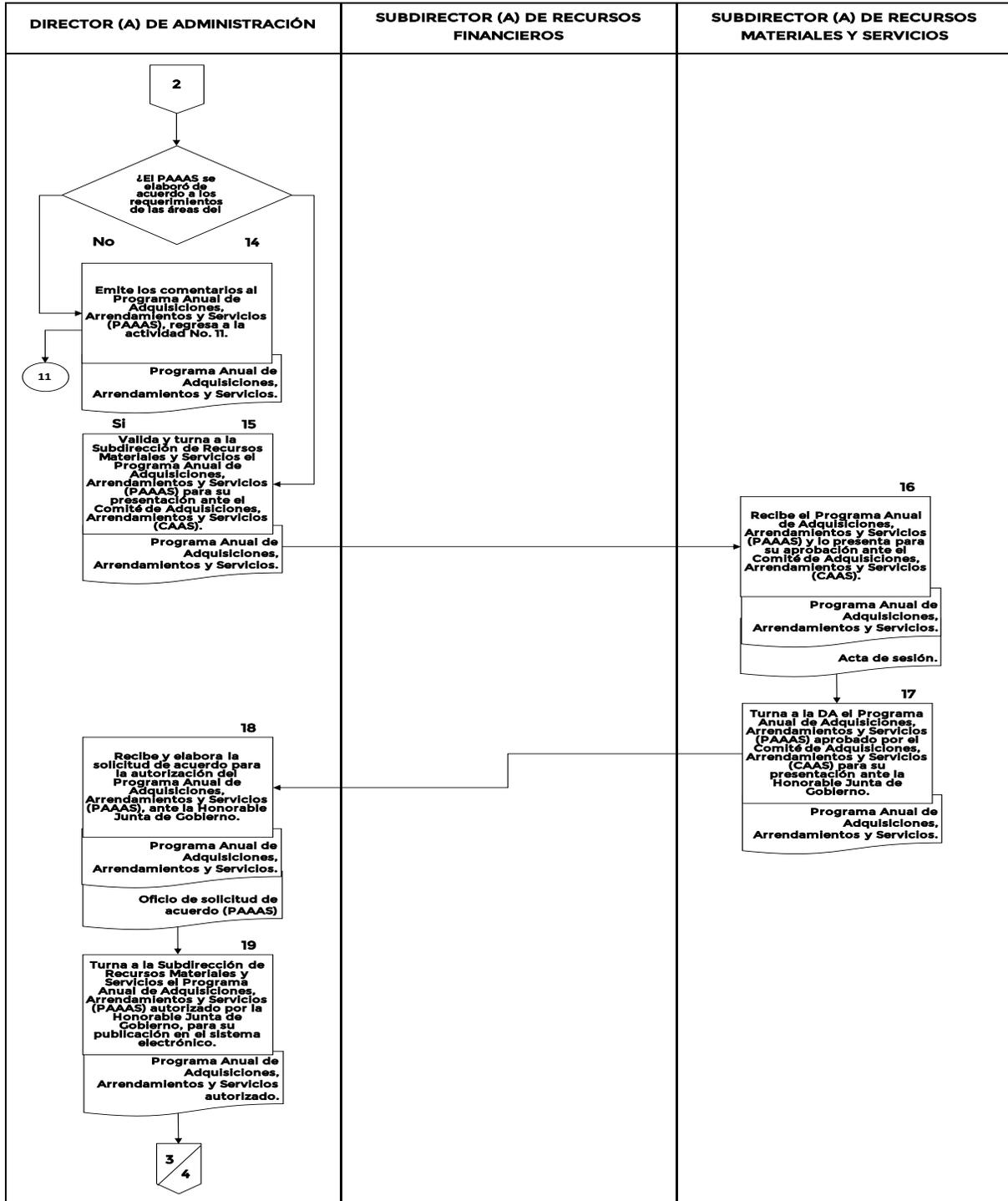
Hoja: 11 de 19

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 26 | Recibe los pedidos y/o contratos validados y turna las solicitudes a la Subdirección de Recursos Financieros, para realizar el pago por la contratación de bienes y/o prestación de servicios. | -Pedidos y/o contratos validados. |
| | 27 | Elabora el cálculo de las sanciones y las penas convencionales, a que se hagan acreedores los proveedores, por la contratación de bienes y prestación de servicios y turna a la Subdirección de Recursos Financieros para su aplicación. | -Cálculo de sanciones y/o penas convencionales. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 28 | Recibe las solicitudes de pago por la contratación y bienes y/o prestación de servicios y realiza los pagos correspondientes. | -Solicitudes de pago. |
| | 29 | Recibe el cálculo de las sanciones y las penas convencionales a que se hagan acreedores los proveedores por la contratación de bienes y prestación de servicios y las aplica. | -Cálculo de sanciones y/o penas convencionales. |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO









MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

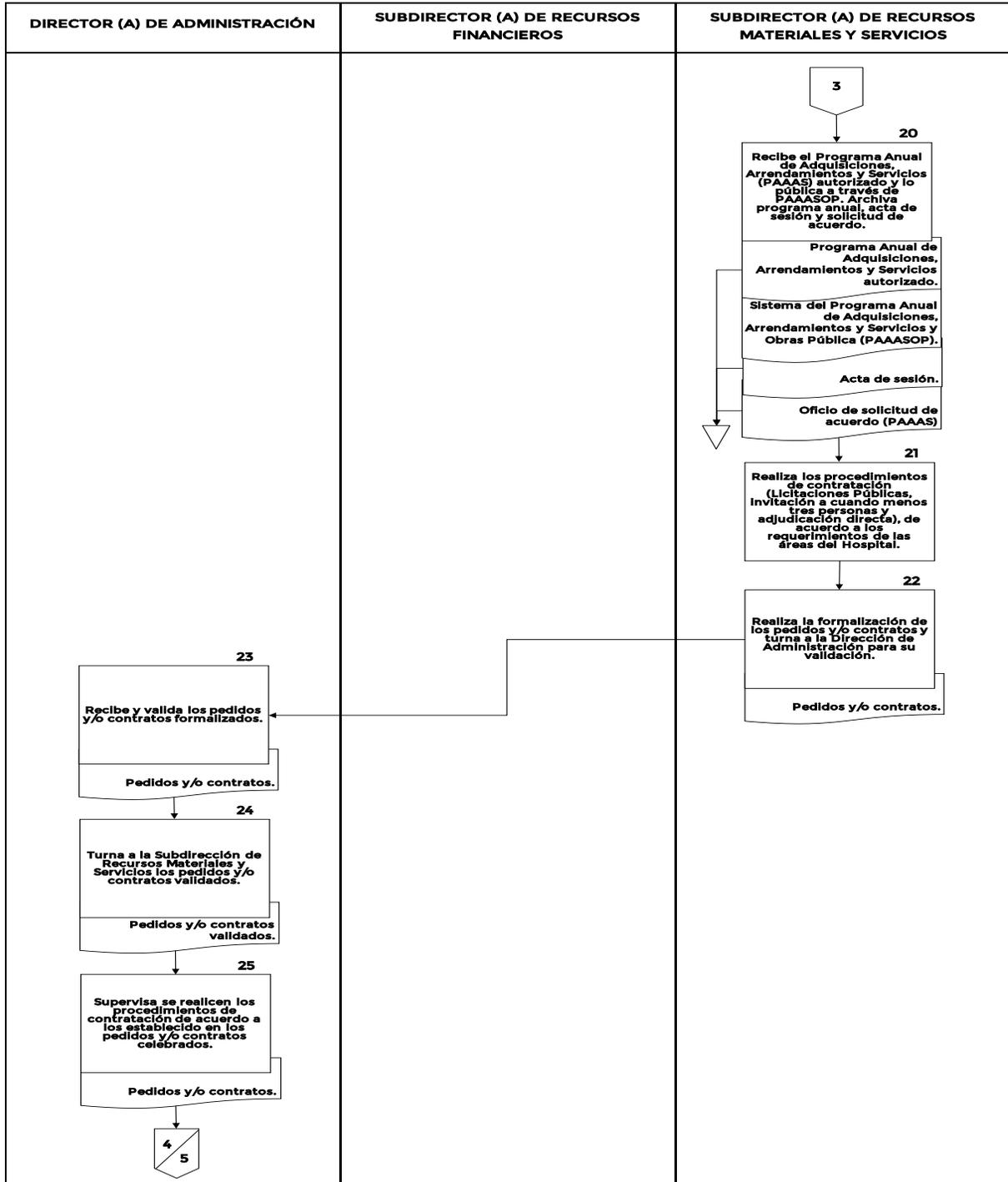
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital.



Rev. 03

Hoja: 15 de 19





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

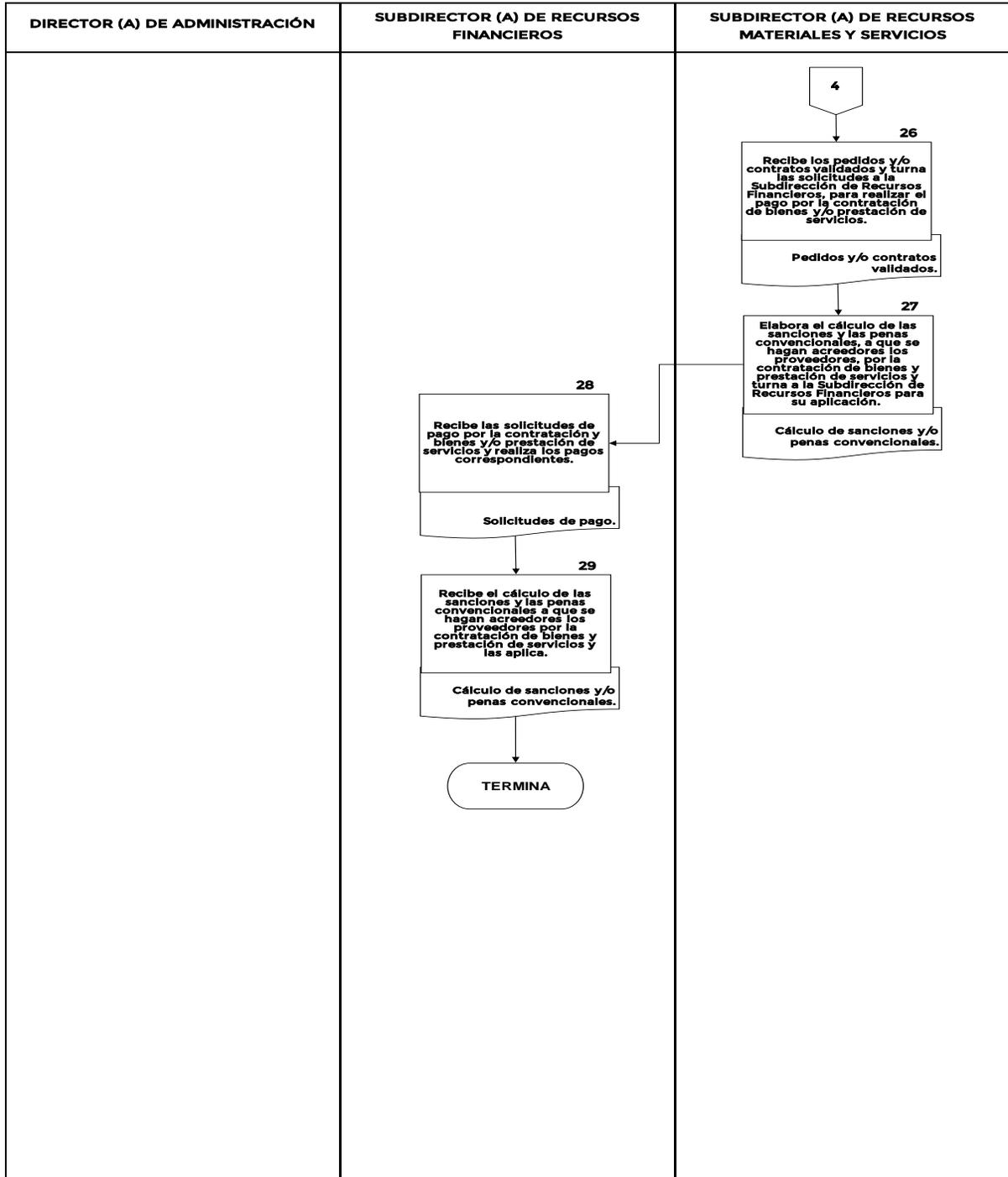
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital.



Rev. 03

Hoja: 16 de 19



| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | Hoja: 17 de 19 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios (POBALINES) | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.2 Acta de sesión del CAAS para aprobación de los POBALINES. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.3 Solicitud de acuerdo de los POBALINES. | 6 años | Dirección de Administración | No aplica |
| 7.4 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.5 Acta de sesión de aprobación del Programa Anual de - Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios (PAAAS). | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.6 Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios autorizado | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.7 Solicitud de | 6 años | Dirección de | No aplica |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | Hoja: 18 de 19 |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | |

| acuerdo PAAAS. | | Administración | |
|---|-----------|---|------------|
| 7.8 Sistema de Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Obras Públicas, PAAASOP. | No aplica | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica. |
| 7.9 Pedidos y/o contratos. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.10 Cálculo de sanciones y/o penas convencionales. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.11 Solicitudes de pago. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Adjudicación Directa:** Es un procedimiento que se realiza sin puesta en concurrencia y por ende sin que exista competencia, adjudicándose el contrato a un proveedor que ha sido preseleccionado para tales efectos por la dependencia o entidad.
- 8.2 CAAS:** Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- 8.3 Invitación a Cuando menos Tres Personas:** procedimiento en que al igual que la licitación pública existe competencia e igualdad entre los licitantes.
- 8.4 Licitación pública:** son la regla general para las adquisiciones, de arrendamientos y servicios, son realizadas mediante una convocatoria pública para que se presenten propuestas libremente.
- 8.5 PAAAS:** Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.
- 8.6 POBALINES:** Políticas, Bases y Lineamientos de Adquisiciones, Arrendamientos y Contrataciones de Servicios.
- 8.7 Sanción:** pena establecida para el que infringe la ley o una norma legal.
- 8.8 Sistema PAAASOP:** Sistema del Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios y Obras Pública de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 31. Procedimiento para coordinar las actividades relacionadas a la contratación de bienes y servicios del Hospital. | | Hoja: 19 de 19 |

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre Derechos Humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 1 de 26 |

32. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DEL CONTROL INTERNO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 2 de 26 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los mecanismos para aplicar el Modelo Estándar de Control Interno en los procesos sustantivos y administrativos a cargo de la institución, conforme a lo que establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, para contribuir con el logro de los objetivos y metas institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección General por ser responsable de implementar el sistema de control interno institucional; a la Dirección de Administración por ser la designada como Coordinación de Control Interno, la responsable de validar la implementación de las acciones de mejora y fungir como vía de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública y el Titular del Órgano Interno de Control; a la Subdirección de Área designada como Enlace de Control Interno, por ser responsable de realizar y dar seguimiento a la implementación de las acciones de mejora fungiendo como la vía de comunicación entre la Dirección de Administración y las áreas de la Institución; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Áreas de la Institución), por ser responsables de realizar las autoevaluaciones de control interno de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y al Titular del Órgano Interno de Control, por ser responsable de dar seguimiento al sistema de control interno y evaluar las acciones de mejora contempladas en el Programa de Trabajo en la materia.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, ya que es responsable de establecer las herramientas para implementar el Modelo Estándar de Control Interno y de emitir el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno; al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), por ser quien da seguimiento al Programa de Trabajo de Control Interno.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 3 de 26 |

Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 De conformidad con lo que establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, la Dirección General designa al/la servidor/a público/a que debe fungir como Coordinador/a de Control Interno para asistirlo en la materia, cuyo nombramiento recae en la Dirección de Administración
- 3.4 De conformidad con lo que establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, el/la Coordinador/a de Control Interno designa a un/a Enlace de Control Interno, quien debe tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; dicho nombramiento puede recaer en cualquiera de las Subdirecciones de área: Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.5 Por lo anterior y para efectos de este procedimiento, se considera como Coordinación de Control Interno a la Dirección de Administración y como Enlace de Control Interno, a la Subdirección de Área designada para tal efecto.
- 3.6 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) y la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), son responsables del manejo de los sistemas de información necesarios para dar cumplimiento al presente procedimiento, así como de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.7 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias correspondientes, incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 4 de 26 |

- 3.8 Es responsabilidad la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.9 La Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas en este procedimiento.
- 3.10 Para fines de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, como Áreas de la Institución responsables de los procesos sustantivos y administrativos sujetos a la aplicación del modelo de control interno.
- 3.11 Para fines de este procedimiento se denomina Subdirector(a) de Área a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, como Áreas de la Institución responsables de los procesos prioritarios sujetos a la aplicación del modelo de control interno.
- 3.12 La Dirección General, con el apoyo de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución responsables de los procesos prioritarios, deben implementar el modelo de control interno en la institución.
- 3.13 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es el canal de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública y el Titular del Órgano Interno de Control.
- 3.14 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de establecer estrategias para la implementación del control interno en los procesos prioritarios de la Institución, de acuerdo a la normatividad que emita la Secretaría de la Función Pública.
- 3.15 La Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), es el canal de comunicación entre la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) y las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución) responsables de los procesos prioritarios.
- 3.16 Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), deben realizar la autoevaluación de control interno de sus procesos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 5 de 26 |

prioritarios (sustantivos y administrativos), de acuerdo a la normatividad que emita la Secretaría de la Función Pública.

- 3.17 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), define con las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) para la autoevaluación de control interno y en el mes de noviembre de cada año, envía a la Secretaría de la Función Pública la matriz con la determinación de dichos procesos.
- 3.18 Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), son responsables de conservar la evidencia documental y/o electrónica de la autoevaluación de sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos).
- 3.19 Es responsabilidad de la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), incorporar en el Sistema de Control Interno (SICOIN), los resultados de las autoevaluaciones de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos).
- 3.20 La Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), es responsable de elaborar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con base en los resultados obtenidos en la autoevaluación de control interno que realizan las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución) e incorporarlos en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.21 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de revisar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).
- 3.22 Es responsabilidad de la Dirección General, autorizar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), para enviarlos a la Secretaría de la Función Pública y al Titular del Órgano Interno de Control.
- 3.23 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de emitir su Informe de verificación al Informe Anual y al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con las correspondientes recomendaciones.
- 3.24 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de presentar el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, en la primera sesión ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de cada ejercicio.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 6 de 26 |

- 3.25 Es responsabilidad de la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), actualizar el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con base en las recomendaciones que emite el Titular del Órgano Interno de Control en su Informe de verificación, y de registrarlo en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.26 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de presentar en la Segunda Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), el Programa de Trabajo de Control Interno actualizado.
- 3.27 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) debe informar trimestralmente los avances del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), al Titular del Órgano Interno de Control, incorporar los en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) y presentarlos en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).
- 3.28 Corresponde al Titular del Órgano Interno de Control, emitir su Informe de verificación respecto al reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno y presentarlo a la Dirección General y en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 7 de 26 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director(a) General | 1 | Designa por oficio a la Dirección de Administración que funge como Coordinación de Control Interno e instruye implemente del control interno. | -Oficio de designación del Coordinador de Control Interno. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 2 | Recibe oficio de nombramiento y determina las estrategias para la implementación del control interno. Archiva oficio de designación. | -Oficio de designación del Coordinador de Control Interno. |
| | 3 | Designa por oficio a la Subdirección de Área que debe fungir como Enlace de Control Interno y la instruye para que inicie con la autoevaluación de los procesos prioritarios junto con las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución. | -Oficio de designación de Enlace de Control Interno. |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 4 | Recibe oficio de nombramiento e inicia el proceso de autoevaluación de los procesos prioritarios de las Direcciones de Área y Subdirectores de Área en calidad de Áreas de la Institución. Archiva oficio de designación. | -Oficio de designación de Enlace de Control Interno. |
| | 5 | Convoca a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución y solicita sus propuestas de procedimientos a incorporar en la Matriz de autoevaluación de control interno. | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área | 6 | Elabora las propuestas de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) a autoevaluar y las envía a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno). | -Propuestas de los procesos prioritarios a evaluar |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 7 | Recibe propuestas y realiza reunión de trabajo con las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución para determinar los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), a los que se les aplicará la autoevaluación del control interno. | -Oficio de propuestas de los procesos prioritarios. -Minuta de reunión. |
| | 8 | Elabora la Matriz de procesos prioritarios y la envía mediante oficio a la Dirección de | -Matriz de procesos prioritarios. -Oficio de la |

| | |
|---|---|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 8 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | Administración (Coordinación de Control Interno). | Matriz de procesos prioritarios. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 9 | Recibe oficio y la Matriz de los procesos prioritarios a los que se les aplicará la autoevaluación del control interno y la autoriza. | -Oficio de la Matriz de procesos prioritarios. |
| | 10 | Envía oficio a la Secretaría de la Función Pública con la Matriz de los procesos prioritarios a los que se les aplicará la autoevaluación del control interno. | -Matriz de procesos prioritarios. |
| | 11 | ----- La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) envía en el mes de noviembre de cada ejercicio a la Secretaría de la Función Pública, la Matriz con la determinación de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos). ----- Instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), para que registre en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) los procesos prioritarios a los que se les aplicará la autoevaluación del control interno. | |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 12 | Carga en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN), los procesos prioritarios a los que se les aplicará la autoevaluación del control interno. | -Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). |
| | 13 | Instruye a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, para que realicen la autoevaluación de control interno y envía correo electrónico con el formato de autoevaluación. | -Correo electrónico para realizar autoevaluación de control interno. -Formato de autoevaluación. |
| Directores (as) de Área, Subdirectores | 14 | Recibe en calidad de Área de la Institución, correo electrónico y formato de autoevaluación, realiza la autoevaluación de | -Correo electrónico para realizar |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 9 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| (as) de Área. | | los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y envía mediante correo electrónico, los resultados de la autoevaluación de control interno, a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno). ----- Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), conservan la evidencia documental y/o electrónica de la autoevaluación de sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos). ----- | autoevaluación de control interno. -Formato de autoevaluación. -Correo electrónico resultados de autoevaluación. |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 15 | Recibe correo electrónico con los resultados de la autoevaluación de control interno de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y los carga en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). | -Correo electrónico con el resultado de la autoevaluación. |
| | 16 | Elabora el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, con base en los resultados obtenidos de la autoevaluación de control interno de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) y turna para revisión a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno). | -Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 17 | Recibe el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. ¿El Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, se elaboraron de acuerdo a lo establecido en el Manual Administrativo de | -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 10 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | 18 | Aplicación General en materia de Control Interno? No: Emite comentarios y envía el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), para realizar las modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 16. | |
| | 19 | Si: Valida el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original y envía a la Dirección General para su autorización. | |
| Director (a) General | 20 | Recibe y autoriza el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original y los turna a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para su envío a la Secretaría de la Función Pública y al Titular del Órgano Interno de Control. | -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 21 | Recibe el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, autorizados y los envía mediante oficio a la Secretaría de la Función Pública y al Titular Órgano Interno de Control. | -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |
| | 22 | Instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), para que incorpore en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN), el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original autorizados. ----- ----- El Informe Anual del Estado que guarda el | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 11 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | <p>Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original, se presentan en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).</p> <p>-----</p> | |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 23 | Recibe instrucción y carga en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN), el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original autorizados y envía al Titular del Órgano Interno de Control para su verificación. | <ul style="list-style-type: none"> -Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 24 | Recibe el Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original autorizados y realiza la verificación. | <ul style="list-style-type: none"> -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |
| | 25 | Emite oficio de verificación al Informe Anual y al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y lo turna a la Dirección General solicitando que se realicen las adecuaciones al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | <ul style="list-style-type: none"> -Oficio de verificación. |
| Director(a) General | 26 | Recibe oficio de verificación del Titular del Órgano Interno de Control, con el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original e Instruye a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para que se actualice el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | <ul style="list-style-type: none"> -Oficio de verificación. -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 12 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director(a) de Área (Coordinador(a) de Control Interno) | 27 | Recibe oficio de verificación del Titular del Órgano Interno de Control, con el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) e instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), para realizar las actualizaciones al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | -Oficio de verificación. -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) original. |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 28 | Recibe instrucción, el oficio de verificación del Titular del Órgano Interno de Control, con el Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), actualiza el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y turna a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para su revisión. | -Oficio de verificación. -Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 29 | Recibe y revisa el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. | -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. |
| | 30 | ¿El Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado, se elaboró con base en las recomendaciones emitidas por el Titular del Órgano Interno de Control en su informe de verificación? No: Emite comentarios al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado e indica a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) que realice las adecuaciones. Regresa a la actividad 28. | |
| | 31 | Si: Valida el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado y lo envía a la Dirección General para su autorización. | |
| Director(a) General | 32 | Recibe, autoriza el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado y lo turna | -Programa de Trabajo de |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 13 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno). | Control Interno (PTCI) actualizado. |
| Director(a) de Área (Coordinador(a) de Control Interno) | 33 | Recibe y turna a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. | -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. |
| | 34 | Instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno), cargar en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN), el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), actualizado y enviarlo al Titular del Órgano Interno de Control para su conocimiento. ----- El Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado, se presenta en la Segunda Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) de cada ejercicio. ----- | |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 35 | Recibe instrucción y carga en el Sistema de Control Interno (SICOIN), el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) actualizado. | -Sistema de Control Interno (SICOIN). -Programa de Trabajo de Control Interno actualizado. -Correo electrónico para solicitar avances. |
| | 36 | Solicita los avances trimestrales, mediante correo electrónico, a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos). | |
| Directores(as) de Área, Subdirectores(as) de Área. | 37 | Recibe correo electrónico y envía a la Subdirección de Área que funge como Enlace de Control Interno, los avances trimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | -Correo electrónico para solicitar avances. -Avances trimestrales. |
| Subdirector(a) de Área (Enlace | 38 | Recibe avances trimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), | -Avances trimestrales. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 14 de 26 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| de Control Interno) | | elabora el Reporte de avances y turna a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) para su revisión. | -Reporte de avances. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 39 | Recibe y autoriza el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) e instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) lo incorpore en el Sistema de Control Interno (SICOIN). | -Reporte de avances. |
| | 40 | La Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) registra en el Sistema de Control Interno (SICOIN) el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | |
| | | Envía al Titular del Órgano Interno de Control el Reporte de avances trimestral, para su verificación. La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), presenta en las sesiones trimestrales del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) el Reporte de Avances del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | |
| Titular del Órgano Interno de Control | 41 | Recibe trimestralmente el Reporte de Avances del Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y verifica en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). | -Reporte de avances. -Informe de verificación al Reporte de avances |
| | 42 | Emite su Informe de verificación al Reporte de Avances trimestral y turna a la Dirección General mediante oficio. | trimestral. -Oficio de verificación al Reporte de avances |

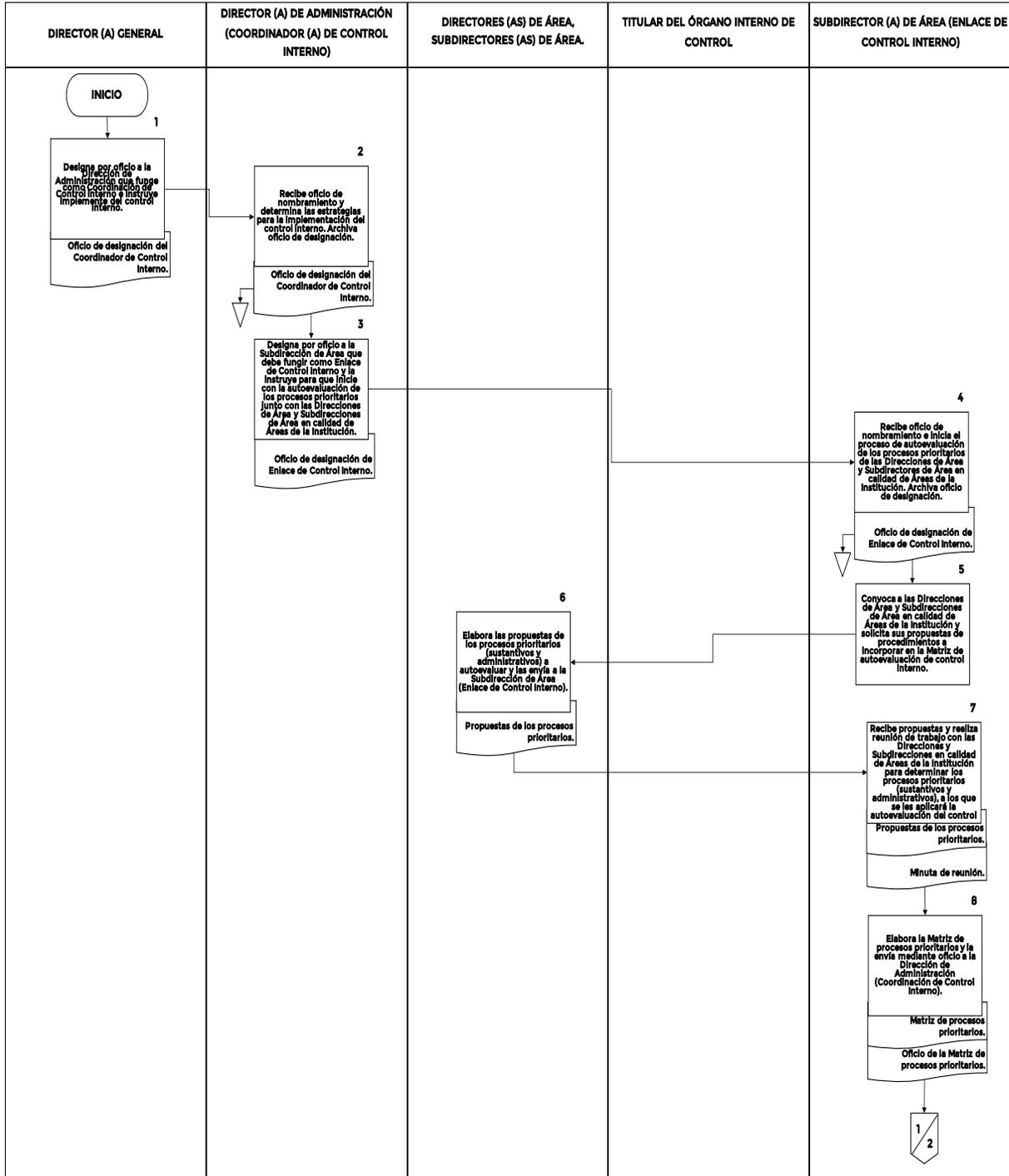
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 15 de 26 |

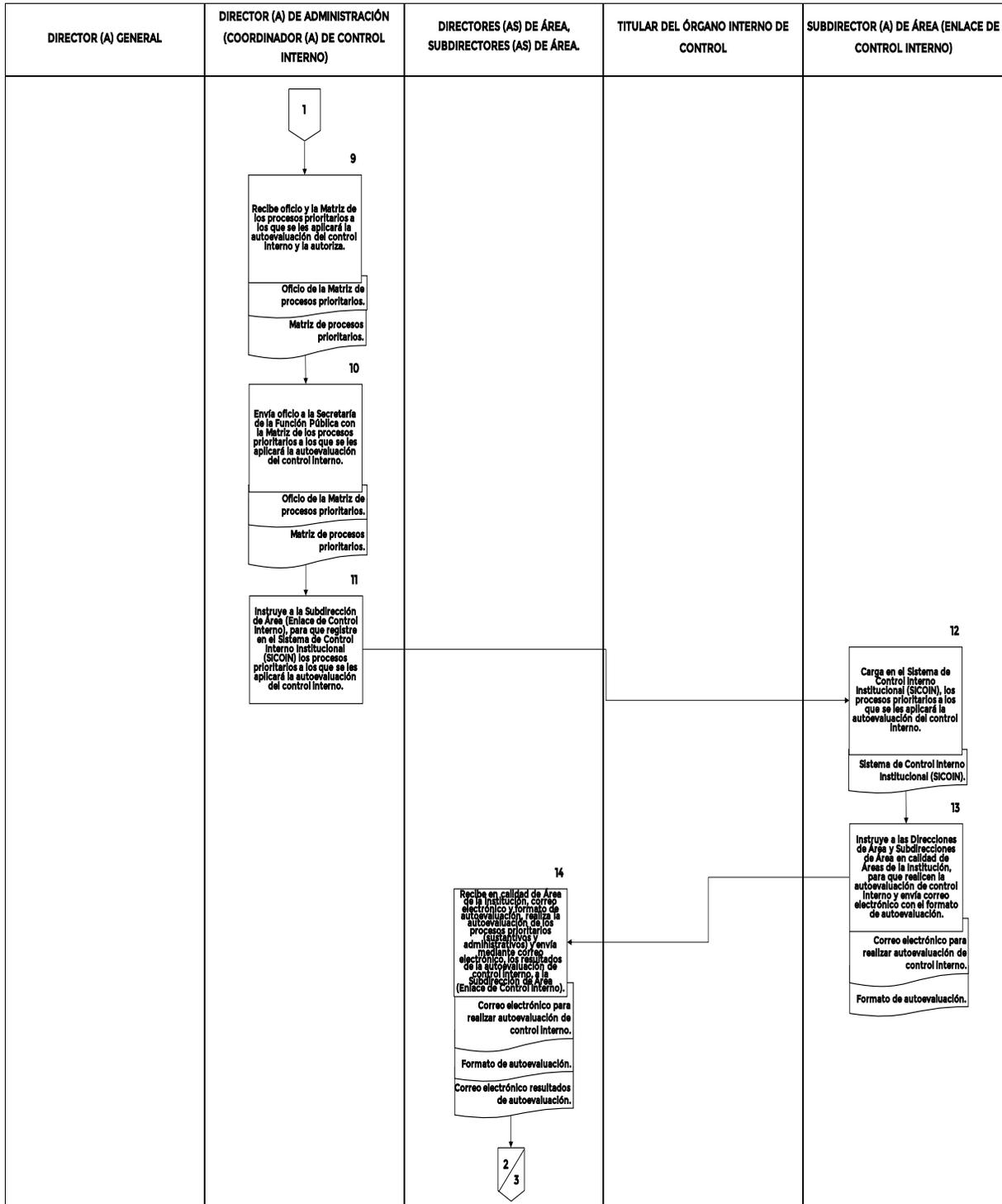
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | El Titular del Órgano Interno de Control presenta en las sesiones trimestrales del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), su informe de verificación al Reporte de Avances al Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). ----- ----- | trimestral. |
| Director(a) General | 43 | Recibe Informe de verificación al Reporte de Avances y turna oficio de verificación a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno). | -Informe de verificación al Reporte de avances trimestral. -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Director(a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 44 | Recibe y turna el Oficio de verificación al Reporte de Avances trimestral a la Subdirección de Área (Enlace de Control Interno). | -Informe de verificación al Reporte de avances trimestral. -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Subdirector(a) de Área (Enlace de Control Interno) | 45 | Recibe y turna oficio de verificación al Reporte de avances trimestral a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, responsables de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos). Archiva copia del oficio y copia del informe. | -Informe de verificación al Reporte de avances trimestral. -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Directores(as) de Área, Subdirectores (as) de Área. | 46 | Recibe oficio de verificación al Reporte de avances trimestral, dan seguimiento al oficio de verificación y lo resguardan. | -Informe de verificación al Reporte de avances |

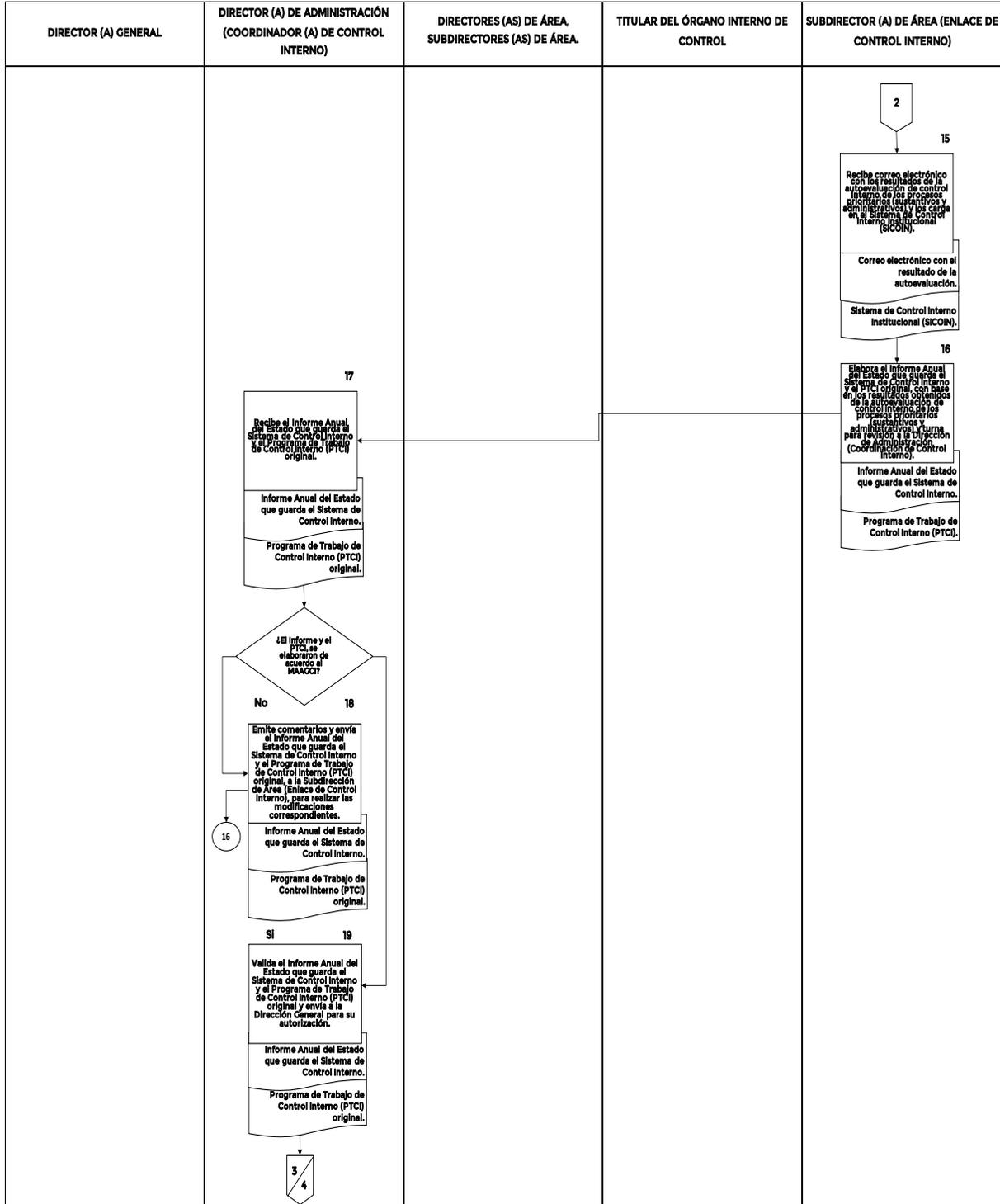
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. Hoja: 16 de 26 |

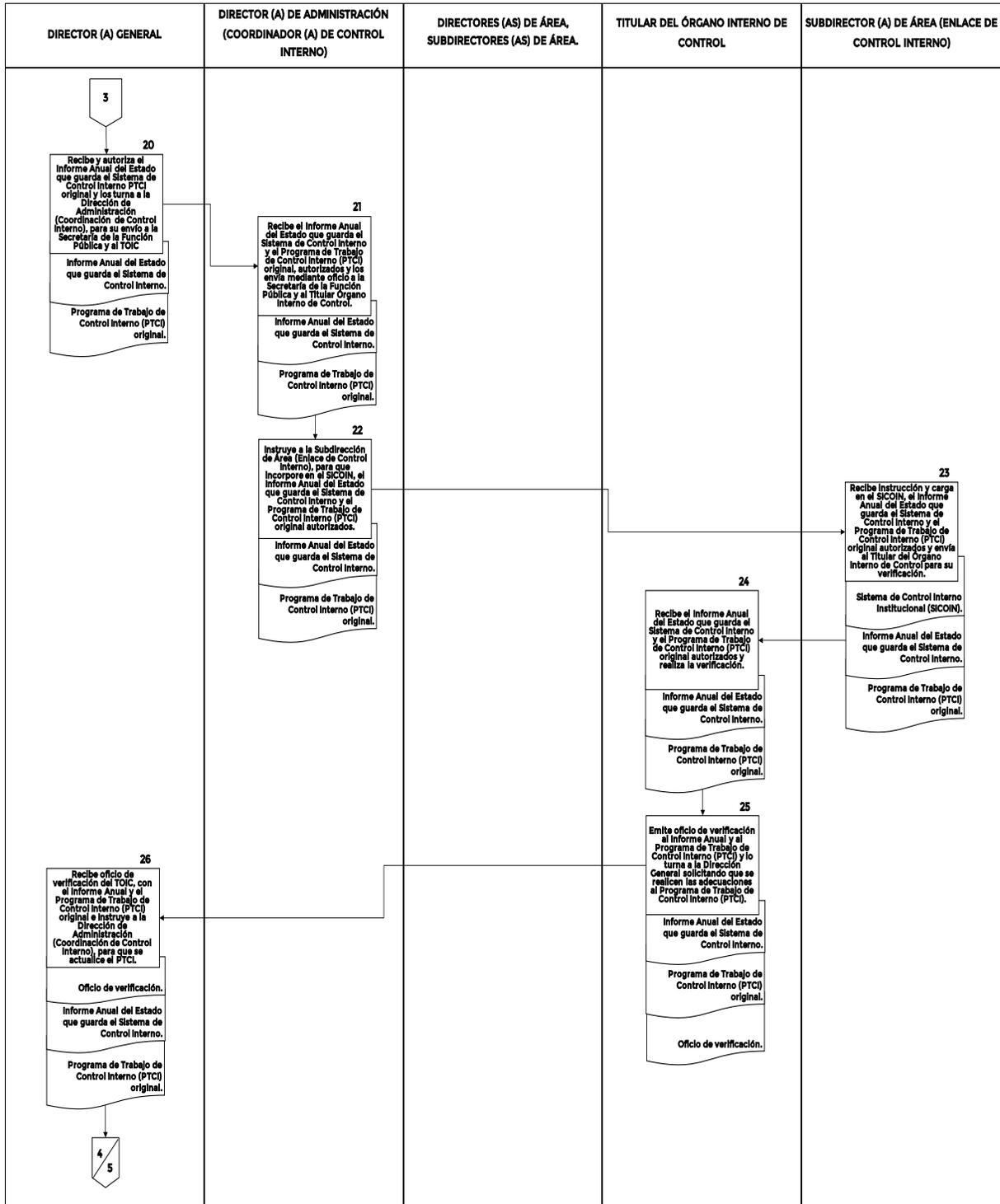
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|--|
| | | TERMINA | trimestral. -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |

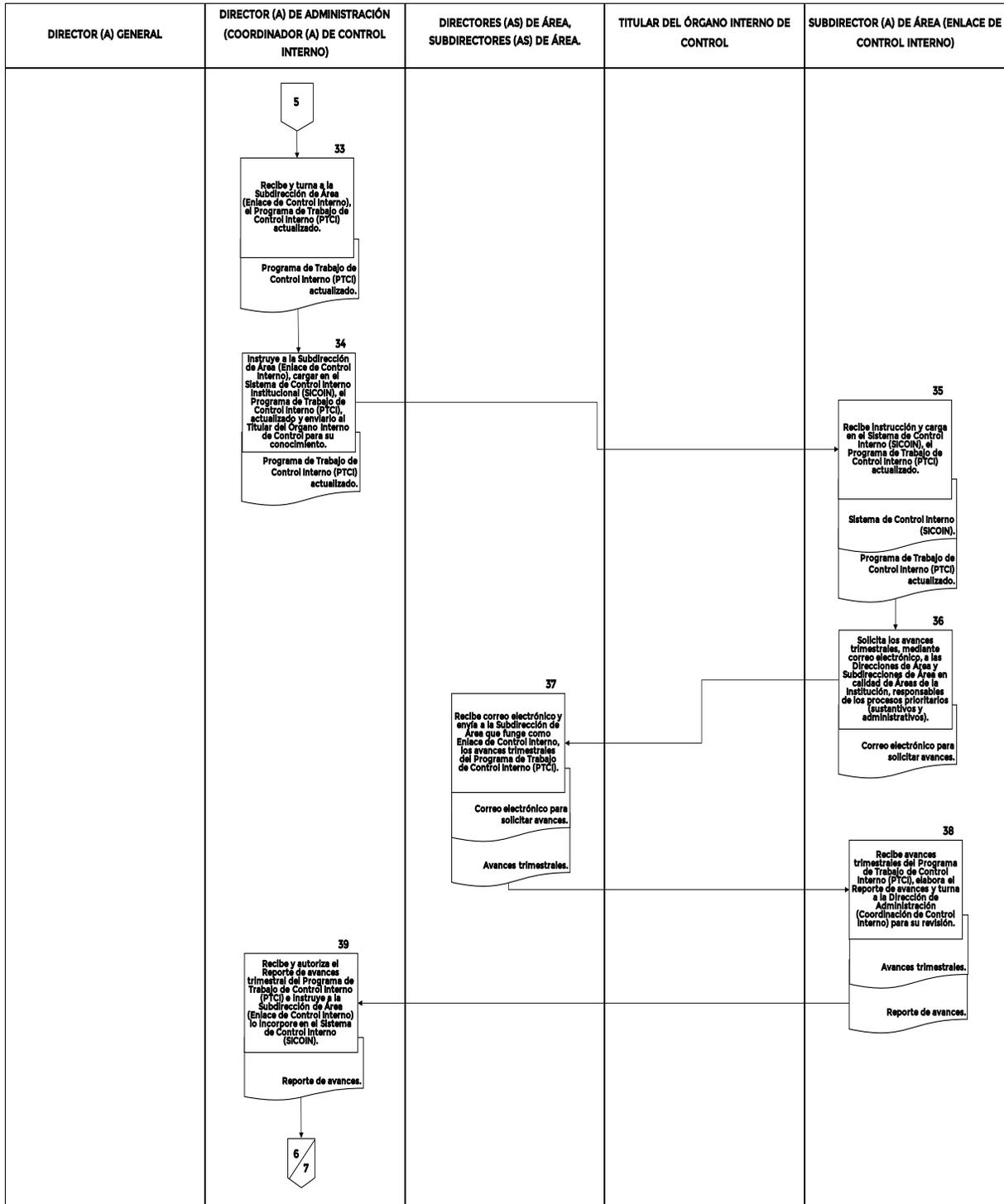
5. DIAGRAMA DE FLUJO

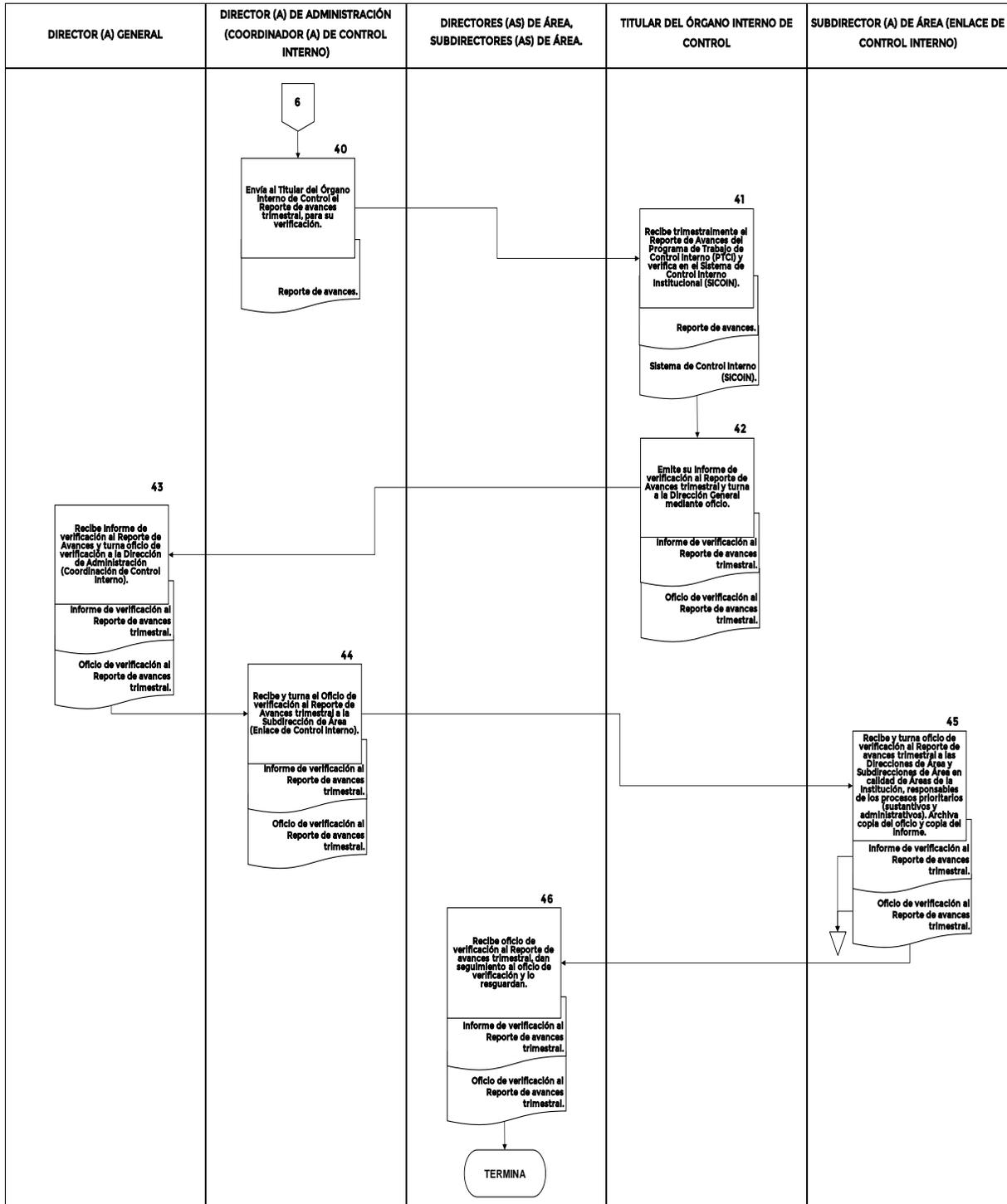












| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 23 de 26 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficio de designación de Coordinador de Control Interno. | 2 años | Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) | No aplica |
| 7.2 Oficio de designación de Enlace de Control Interno. | 2 años | Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) | No aplica |
| 7.3 Propuestas de los procesos prioritarios. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.4 Minuta de reunión. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.5 Matriz de procesos prioritarios. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.6 Oficio de la Matriz de procesos prioritarios. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.7 Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). | No aplica | No aplica | No aplica |
| 7.8 Formato de autoevaluación. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 24 de 26 |

| | | Área (Enlace de Control Interno) | |
|---|--------|---|-----------|
| 7.9 Correo electrónico para realizar autoevaluación de control interno. | 1 año | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.10 Correo electrónico de resultados de evaluación. | 1 año | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.11 Informe Anual del Estado que guarda el Sistema de Control Interno. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.12 Programa de Trabajo de Control Interno original. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.13 Oficio de verificación. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.14 Programa de Trabajo de Control Interno autorizado. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.15 Correo electrónico para solicitar avances. | 1 año | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.16 Avances trimestrales. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.17 Reporte de avances. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Control Interno) | No aplica |
| 7.18 Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno)/Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.19 Informe de verificación al reporte de avances trimestral. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno)/)/Órgano Interno de Control | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 25 de 26 |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| 7.20 Oficio de verificación al reporte de avances trimestral. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Control Interno)/)/Órgano Interno de Control | No aplica |
|---|--------|---|-----------|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):** El 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.
- 8.2 Evaluación del Sistema de Control Interno:** Es 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, Directivo y Operativo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos del Control Interno institucional.
- 8.3 Informe Anual:** Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional.
- 8.4 PTCI:** Programa de Trabajo de Control Interno.
- 8.5 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.
- 8.6 Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN):** La herramienta electrónica que administra la Secretaría de la Función Pública, para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información en materia de control interno de las instituciones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre derechos humanos, rendición de |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 32. Procedimiento para la aplicación del Modelo Estándar del Control Interno. | | Hoja: 26 de 26 |

| | | |
|--|--|---|
| | | cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción y el diagrama de flujo. |
|--|--|---|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 1 de 23 |

33. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 2 de 23 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los mecanismos para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos en los procesos sustantivos y administrativos a cargo de la institución, en la forma y términos establecidos en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, para contribuir al logro de los objetivos y metas institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser responsable de implementar la Metodología de Administración de Riesgos; a la Dirección de Administración, por ser la designada como Coordinación de Control Interno responsable de validar la implementación de las acciones de control y fungir como la vía de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública y el Titular del Órgano Interno de Control; a la Subdirección de Área designada como Enlace de Administración de Riesgos, porque da seguimiento a la implementación de las acciones de control y ser la vía de comunicación entre la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) y las Áreas de la Institución; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Áreas de la Institución), por ser responsables de determinar los riesgos de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) a su cargo y al Titular del Órgano Interno de Control por ser responsable de dar seguimiento y evaluar la implementación de las acciones de control contempladas en el Programa de Trabajo en la materia.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública por ser responsable de establecer las herramientas para implementar la Metodología de Administración de Riesgos y de emitir el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), por ser quien da seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 3 de 23 |

el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 De conformidad con lo que establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, la Dirección General designa al/la servidor/a público/a que debe fungir como Coordinador/a de Control Interno para asistirlo en la materia, cuyo nombramiento recae en la Dirección de Administración.
- 3.4 De conformidad con lo que establece el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, el/la Coordinador/a de Control Interno designa a un/a Enlace de Administración de Riesgos, quien debe tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; dicho nombramiento puede recaer en cualquiera de las Subdirecciones de área: Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.5 Por lo anterior y para efectos de este procedimiento, se considera como Coordinación de Control Interno a la Dirección de Administración y como Enlace de Administración de Riesgos, a la Subdirección de Área designada para tal efecto.
- 3.6 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) y la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), son responsables del manejo de los sistemas de información necesarios para dar cumplimiento al presente procedimiento, así como de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.7 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias correspondientes, incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 4 de 23 |

- 3.8 Es responsabilidad la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.9 La Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas en este procedimiento.
- 3.10 Para fines de este procedimiento, se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, como Áreas de la Institución responsables de evaluar los riesgos, incluidos los de corrupción, de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) que operan.
- 3.11 Para fines de este procedimiento se denomina Subdirector(a) de Área a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, como Áreas de la Institución responsables de evaluar los riesgos inherentes a los procesos prioritarios que operan.
- 3.12 La Dirección General, con el apoyo de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución responsables de los procesos prioritarios, deben implementar la Metodología de Administración de Riesgos.
- 3.13 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de establecer las estrategias para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos en los procesos prioritarios de la Institución, de acuerdo a la normatividad que emite la Secretaría de la Función Pública.
- 3.14 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es el canal de comunicación entre la Secretaría de la Función Pública y el Titular del Órgano Interno de Control.
- 3.15 La Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), es el canal de comunicación entre la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) y las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 5 de 23 |

- 3.16 Es responsabilidad de la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), iniciar el proceso de administración de riesgos a más tardar el último trimestre de cada año.
- 3.17 Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), deben identificar y evaluar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes a sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), de acuerdo a la normatividad que emita la Secretaría de la Función Pública.
- 3.18 Es responsabilidad de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución), conservar la evidencia documental y/o electrónica de la evaluación de riesgos de sus procesos prioritarios (sustantivos y administrativos).
- 3.19 La Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), es responsable de elaborar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), con base en los resultados obtenidos por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área (Áreas de la Institución) e incorporarlos en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.20 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), es responsable de revisar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- 3.21 Es responsabilidad de la Dirección General autorizar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) para enviarlos a la Secretaría de la Función Pública y al Titular del Órgano Interno de Control.
- 3.22 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de emitir su Informe de evaluación respecto a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- 3.23 La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) debe presentar en la Primera Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), el Reporte Anual del Comportamiento de Riesgos (que incluya el comparativo de los determinados en el ejercicio anterior contra los actuales), la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR).
- 3.24 La Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), es responsable de elaborar el Reporte de avances trimestral del Programa de

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 6 de 23 |

Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y de incorporarlo en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN).

- 3.25 Es responsabilidad de la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), informar trimestralmente los avances del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), al Titular del Órgano Interno de Control y presentarlos en las sesiones del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).
- 3.26 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de emitir el Informe de evaluación respecto al Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y presentarlo a la Dirección General y al pleno del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI).

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. |

Hoja: 7 de 23

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Director (a) General | 1 | Instruye de manera verbal a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | |
| Director (a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 2 | Determina las estrategias para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | -Oficio de designación de Enlace de Administración de Riesgos. |
| | 3 | Designa a la Subdirección de Área que debe fungir como Enlace de Administración de Riesgos y turna oficio de nombramiento. | |
| | 4 | Instruye de manera verbal a la Subdirección de Área que fungirá como Enlace de Administración de Riesgos, para iniciar el proceso de evaluación de riesgos de los procesos prioritarios de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución. ----- ----- El proceso de Administración de Riesgos inicia a más tardar el último trimestre de cada año. ----- ----- | |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | 5 | Recibe oficio de nombramiento para iniciar el proceso de evaluación de riesgos de los procesos prioritarios de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución. Archiva oficio de nombramiento. | -Oficio de nombramiento de Enlace de Administración de Riesgos. |
| | 6 | Solicita a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, sus propuestas de riesgos a incorporar en la Matriz de Administración de Riesgos. | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores | 7 | Determina y envía mediante oficio a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), los riesgos | -Oficio con los riesgos identificados |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| (as) de Área | | identificados en los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) a los que se les aplicará la evaluación de riesgos. | por las áreas de la institución. |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | 8 | Recibe oficio con los riesgos identificados por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, que se incorporarán en la Matriz de Administración de Riesgos. | -Oficio con los riesgos identificados por las áreas de la institución. |
| | 9 | Convoca a reunión de trabajo e instruye de manera verbal a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área como Áreas de la Institución, responsables de realizar la evaluación de sus riesgos para incorporar la información en el formato de la Matriz de Administración de Riesgos. | -Correo electrónico de para requisitar la Matriz de Administración de Riesgos. |
| | 10 | Se lleva a cabo la reunión de trabajo y se genera minuta de la misma. | -Formato de la Matriz de Administración de Riesgos. |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área. | 11 | Envía por correo electrónico el formato de la Matriz de Administración de Riesgos a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, para que incorporen la información de los riesgos identificados. | -Correo electrónico de para requisitar la Matriz de Administración de Riesgos. |
| | | Recibe correo electrónico con el formato de la Matriz de Administración de Riesgos y realiza la evaluación, valoración y determinación de las acciones de control a integrar en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, deben conservar la evidencia documental y/o electrónica de la evaluación de sus riesgos. | -Formato de la Matriz de Administración de Riesgos. |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | |

Hoja: 9 de 23

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | 12 | Envía a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) el formato de la Matriz de Administración de Riesgos con la evaluación. | |
| Subdirector (a) de Área / (Enlace de Administración de Riesgos) | 13 | Recibe y elabora la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR), y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, derivado de la evaluación realizada a los riesgos identificados por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución. | -Formato de la Matriz de Administración de Riesgos. -Matriz de Administración de Riesgos. -Mapa de Riesgos. -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). |
| | 14 | Turna la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para revisión. | -Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos. |
| Director (a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 15 | Recibe y revisa la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos. ¿La Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, se elaboraron de acuerdo con lo establecido en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno? | -Matriz de Administración de Riesgos. -Mapa de Riesgos. -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). -Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos. |
| | 16 | No: Emite comentarios y envía la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. |

Hoja: 10 de 23

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| | 17 | Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos para realizar las modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 13. Si: Valida y envía la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos a la Dirección General para su autorización. | |
| Director (a) General | 18 | Recibe y autoriza la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos y turna a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para su envío al Titular del Órgano Interno de Control. | -Matriz de Administración de Riesgos autorizada. -Mapa de Riesgos autorizado. -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizado. -Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizado. |
| Director (a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 19 | Recibe la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizados y los envía mediante oficio al Titular del Órgano Interno de Control. | -Matriz de Administración de Riesgos autorizada. -Mapa de Riesgos autorizado. |
| | 20 | Instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos), para que cargue en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN), la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de | -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizado. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. |

Hoja: 11 de 23

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual del Comportamiento de los Riesgos. | -Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizado. -Oficio con documentación |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | 21 | <p>Recibe instrucción y carga en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En la Primera Sesión Ordinaria de cada ejercicio del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), se presenta la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN).</p> <p>-Matriz de Administración de Riesgos autorizada.</p> <p>-Mapa de Riesgos autorizado.</p> <p>-Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) autorizado.</p> <p>-Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizado.</p> |
| Titular del Órgano Interno de Control | 22 | Recibe la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos, el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizados y lleva a cabo la verificación. | -Matriz de Administración de Riesgos autorizada. -Mapa de Riesgos autorizado. |
| | 23 | Elabora oficio con los resultados de la verificación y lo turna a la Dirección General. | -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | |

Hoja: 12 de 23

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | | autorizado. -Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos autorizado. -Oficio de verificación. |
| Director (a) General | 24 | Recibe oficio de verificación, lo turna e instruye de manera verbal a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para dar atención a los comentarios emitidos por el Titular del Órgano Interno de Control y dar seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). | -Oficio de verificación. |
| Director(a) de Administración (Coordinador (a) de Control Interno) | 25 | Recibe oficio de verificación, turna oficio y solicita de manera verbal a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) atender las observaciones emitidas por el Titular del Órgano Interno de Control, para iniciar las acciones de seguimiento al Programa de Administración de Riesgos (PTAR). | -Oficio de verificación. |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | 26 | Recibe oficio y solicita a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, sus avances trimestrales. | -Oficio de verificación. -Oficio de solicitud de avances trimestrales. |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área | 27 | Recibe oficio de solicitud de avances y envía a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) los avances trimestrales del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). | -Oficio de solicitud de avances trimestrales. -Oficio con avances trimestrales. |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración) | 28 | Recibe oficio con los avances trimestrales del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). | -Oficio con avances trimestrales. -Reporte de |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | |
| Hoja: 13 de 23 | | |

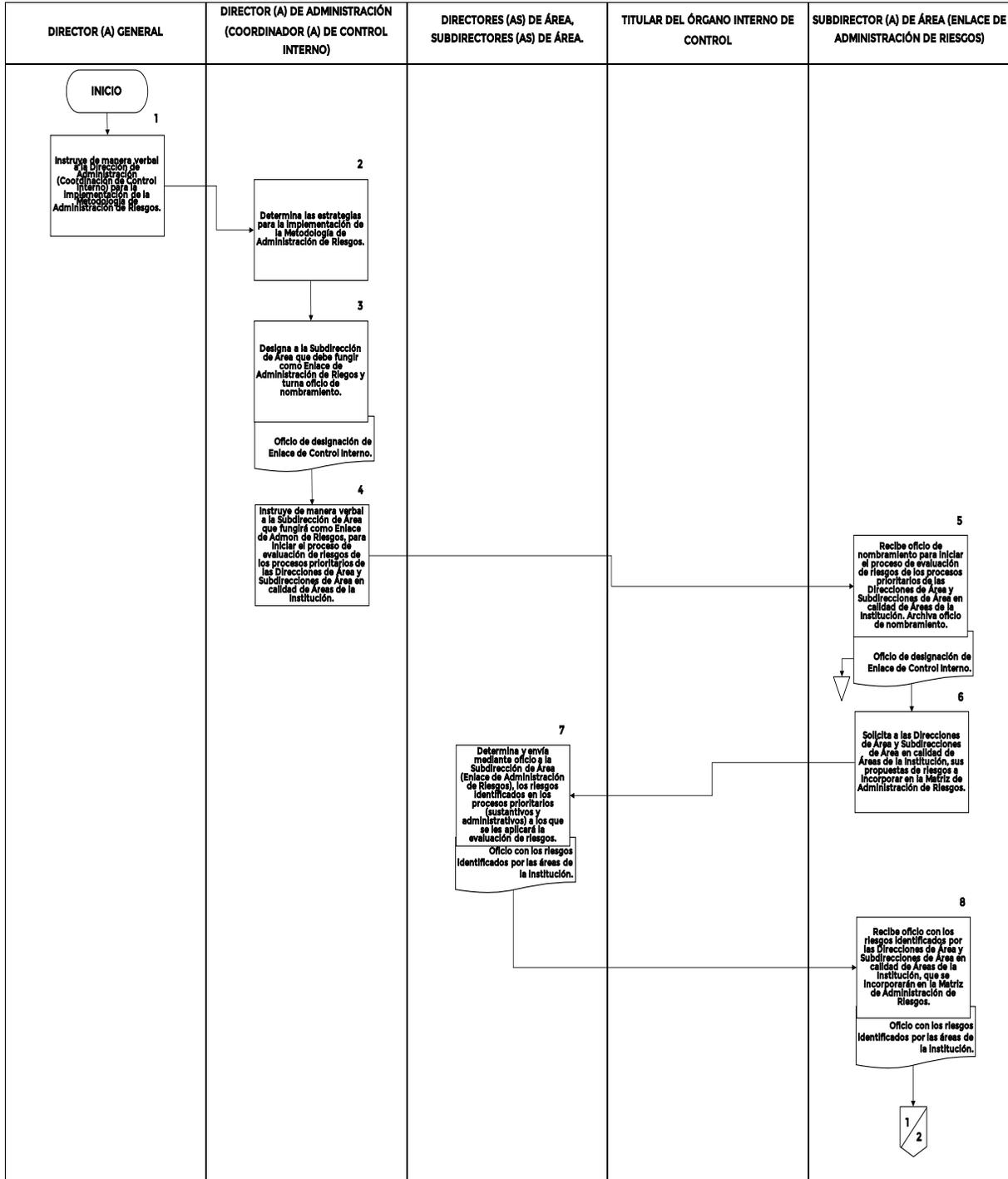
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| de Riesgos) | 29 | Elabora el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) y turna a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno), para su autorización. | avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |
| Director (a) de Administración (Coordinador (a) de Control Interno) | 30 | Recibe y autoriza el reporte de avances trimestral del Programa de Administración de Riesgos (PTAR), e instruye a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) para que lo incorpore en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). ----- ----- La Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) registra en el Sistema de Control Interno (SICOIN), el reporte de avances trimestral del Programa de Administración de Riesgos (PTAR). ----- ----- | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |
| | 31 | Envía al Titular del Órgano Interno de Control el reporte de avances trimestral, para su verificación. ----- ----- La Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno) presenta en las sesiones trimestrales del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) el Reporte de Avances del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). ----- ----- | |
| Titular del Órgano Interno de Control | 32 | Recibe el Reporte de Avances trimestral y revisa en el Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de |
| | 33 | Emite Oficio de verificación al Reporte de | |

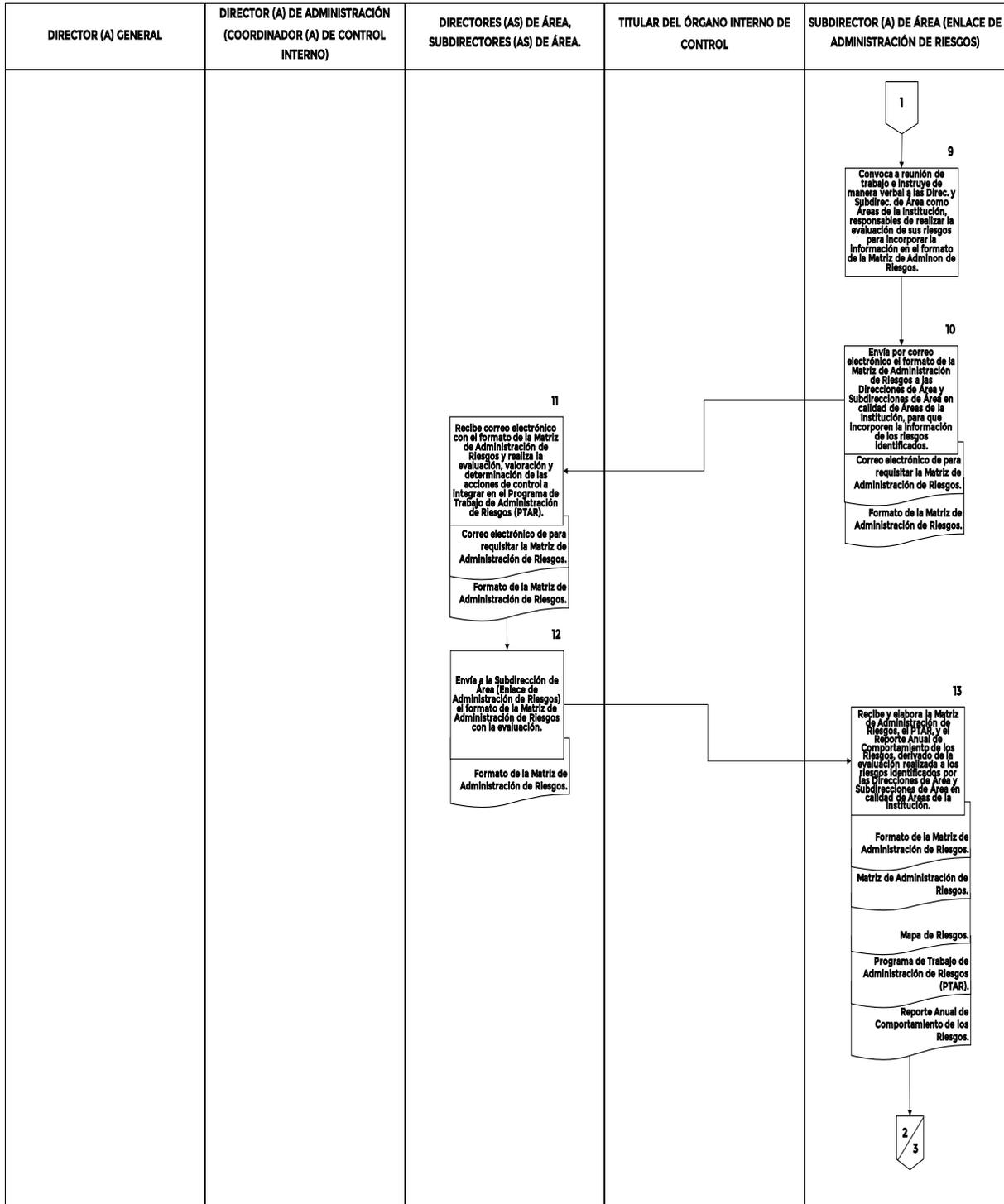
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. |

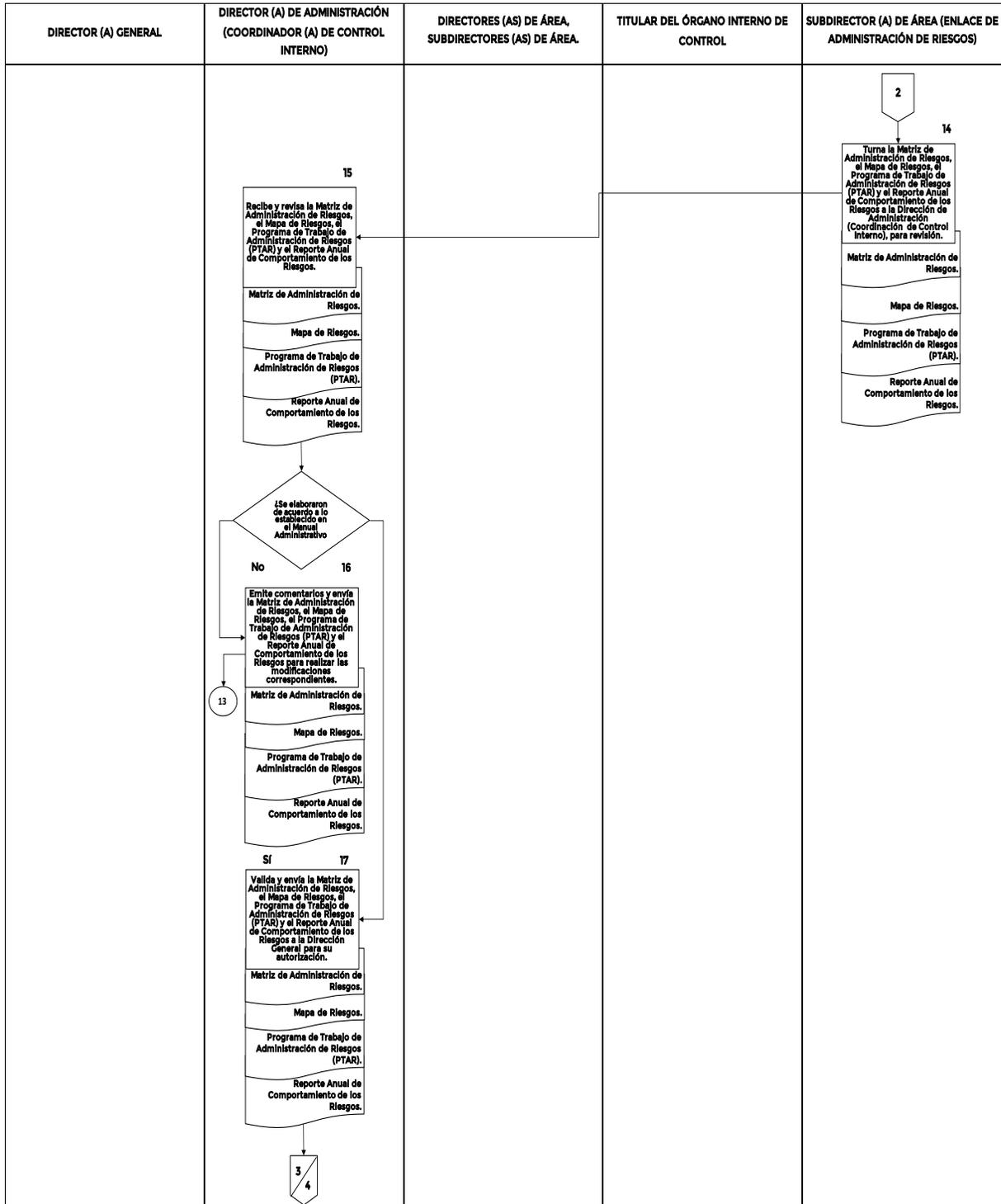
Hoja: 14 de 23

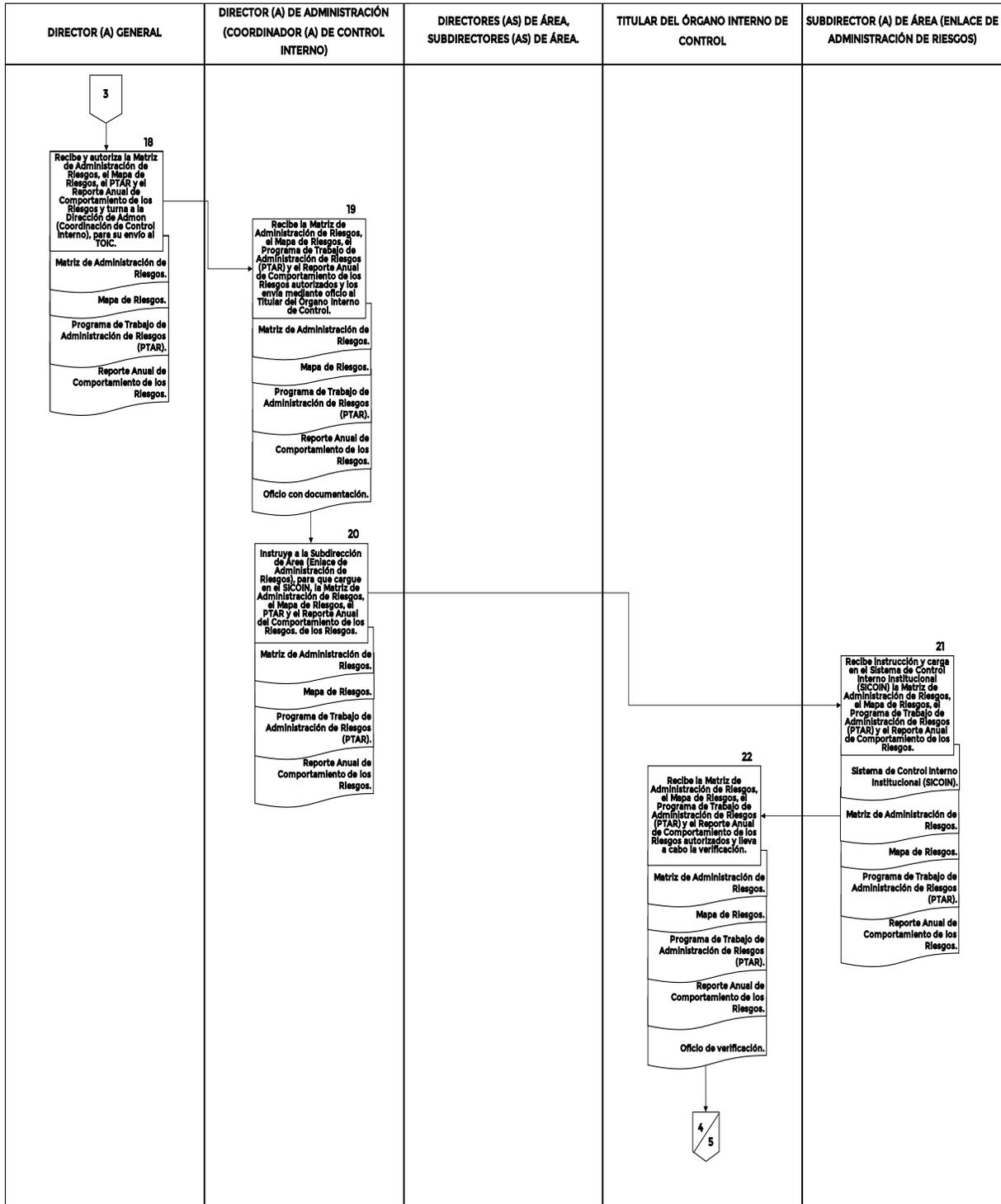
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | avances trimestral y turna a la Dirección General. ----- ----- El Titular del Órgano Interno de Control presenta en las sesiones trimestrales del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) su Informe de verificación al Reporte trimestral de avances. ----- ----- | Administración de Riesgos. -Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN). -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Director (a) General | 34 | Recibe y turna Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral a la Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno). | -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Director (a) de Administración (Coordinador(a) de Control Interno) | 35 | Recibe y turna el Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral a la Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos). | -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Subdirector (a) de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | 36 | Recibe y turna Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral, a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución. Archiva copia del oficio. | -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área | 37 | Recibe oficio de verificación al Reporte de avances trimestral para dar seguimiento y resguardan oficio. TERMINA | -Oficio de verificación al Reporte de avances trimestral. |

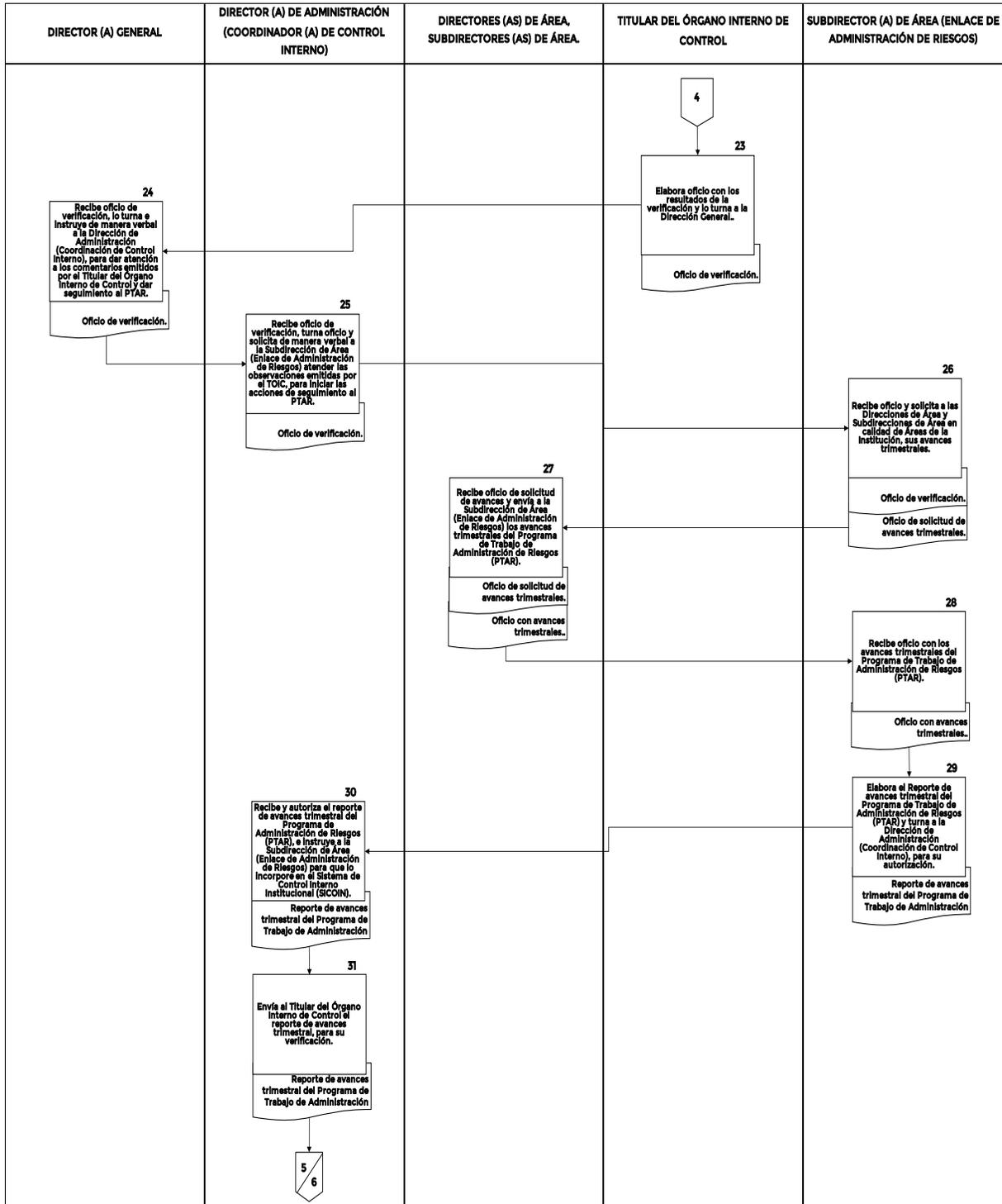
5. DIAGRAMA DE FLUJO

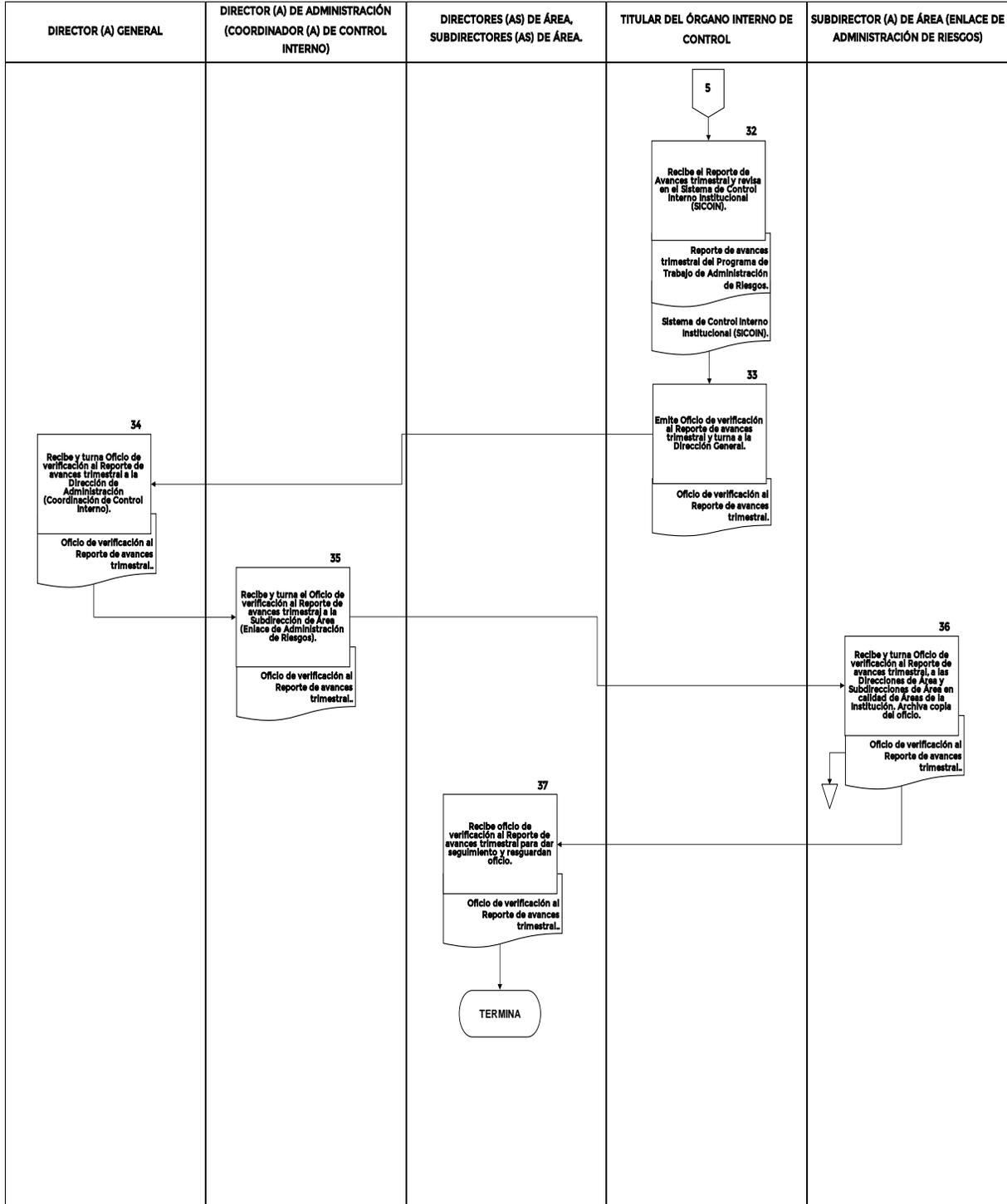












| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 21 de 23 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficio de designación de Enlace de Administración de Riesgos. | 2 años | Dirección de Administración (Coordinación de Control Interno)/ Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.2 Oficio con los riesgos identificados por las áreas de la Institución. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.3 Correo electrónico para requisitar la Matriz de Administración de Riesgos. | 1 año | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.4 Formato de la Matriz de Administración de Riesgos autorizada. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.5 Matriz de Administración de Riesgos autorizada. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.6 Mapa de Riesgos. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.7 Programa de Trabajo de Administración de | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 22 de 23 |

| | | | |
|---|-----------|---|-----------|
| Riesgos (PTAR). | | | |
| 7.8 Reporte anual de comportamiento de los riesgos | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.9 Oficio con documentación. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.10 Oficio de verificación. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.11 Oficio de solicitud de avances trimestrales. | 2 años | Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.12 Oficio con avances trimestrales. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.13 Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR). | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |
| 7.14 Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN) | No aplica | No aplica | No aplica |
| 7.15 Oficio de verificación al Reporte de Avances Trimestral. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área/Subdirección de Área (Enlace de Administración de Riesgos) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Administración de riesgos:** Es 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.
- 8.2 Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI):** El órgano colegiado que contribuye al cumplimiento de los objetivos y metas

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN | | |
| | 33. Procedimiento para la implementación de la Metodología de Administración de Riesgos. | | Hoja: 23 de 23 |

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 Mapa de riesgos: La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.

8.4 Matriz de Administración de Riesgos: 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.

8.5 PTAR: El Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

8.6 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.

8.7 Sistema de Control Interno Institucional (SICOIN): La herramienta electrónica que administra la Secretaría de la Función Pública, para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información en materia de control interno de las instituciones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre derechos humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | Hoja: 1 de 12 |

34. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL ADECUADO EJERCICIO, REGISTRO Y CONTROL DEL PRESUPUESTO DE SERVICIOS PERSONALES.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 2 de 12 |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer las diferentes actividades y controles a seguir por parte de la Subdirección de Recursos Humanos, para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales, con la finalidad de evitar pagos indebidos y ejercerlo de una manera eficaz y eficiente apegándose a los parámetros de transparencia y rendición de cuentas.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Recursos Humanos por ser quien instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), iniciar el proceso de ejercicio, registro y control del presupuesto, valida todas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y en caso de no existir suficiencia presupuestal, solicita el adelanto del calendario a la Secretaría de Salud, así como en el caso de existir recurso sobrante, solicita a la Secretaría de Salud, la recalendarización del recurso; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) por ser quien elabora los reportes generales y detallados de las percepciones y deducciones mensuales a efectos de iniciar el ejercicio, registro y control del presupuesto; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), por ser quien realiza el análisis mensual del presupuesto, corrobora la suficiencia presupuestal y elabora las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's); a la Subdirección de Recursos Financieros, por ser quien autoriza las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y resguarda el reporte de las mismas.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de Salud por ser quien autoriza un adelanto de calendario en caso de no existir suficiencia presupuestal para los pagos correspondientes del mes; a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por ser quien administra el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y el Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF), y notifica el estatus de las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 12 |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | |

Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina y del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, son los responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Subdirección de Recursos Humanos, instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), iniciar el proceso de ejercicio, registro y control del presupuesto.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, es responsable de elaborar, para efectos de iniciar el ejercicio, registro y control del presupuesto, los siguientes resúmenes:
 - a) El resumen general por concepto de percepciones y deducciones.
 - b) El resumen detallado y desglosado por partida y por programa para generar todas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 4 de 12 |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | |

c) El resumen de las partes proporcionales de cada partida y programa programático.

- 3.9 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, es responsable de enviar a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), los resúmenes citados en la política 3.8 para efectos de continuar el ejercicio, registro y control del presupuesto.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), es responsable de realizar, una vez recibidos los resúmenes citados en la política 3.8, un análisis mensual del presupuesto, comparando las partes proporcionales a pagar por partida y por programa presupuestal.
- 3.11 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), es responsable de corroborar la suficiencia presupuestal, para los pagos correspondientes del mes y elaborar las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) en el Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF).
- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos autorizar en caso de no existir suficiencia presupuestal para los pagos correspondientes del mes; solicite el adelanto del calendario a la Secretaría de Salud.
- 3.13 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), elaborar un listado de todas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y someterla a validación de la Subdirección de Recursos Humanos.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, analizar la correcta elaboración de todas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y validarlas.
- 3.15 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, enviar las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) que han sido capturadas en el Sistema de Administración Financiera Federal SIAFF, a la Subdirección de Recursos Financieros para su autorización.
- 3.16 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros, autorizar a través del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 5 de 12 |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | |

- 3.17 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), verificar el estatus de las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's), en el Sistema de Administración Financiera Federa (SIAFF), primero con estatus de Autorizador de Ramo y después con estatus de Pagada.
- 3.18 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), enviar por escrito de manera mensual a la Subdirección de Recursos Humanos, el listado de todas las Cuentas por Liquidar (CLC's), con la firma del personal operativo adscrito que realizó la captura y con su firma como revisor, para recabar la firma de validación.
- 3.19 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos firmar de validación el listado mensual de todas las Cuentas por Liquidar (CLC's).
- 3.20 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), enviar de manera impresa a la Subdirección de Recursos Financieros para su resguardo, las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) que fueron consultadas en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y el listado de las mismas debidamente firmado por quien elaboró, revisó y validó.
- 3.21 La Subdirección de Recursos Humanos, solicita a la Secretaría de Salud la recalendarización del recurso, en caso de existir recurso sobrante.

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | |

Hoja: 6 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 1 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), iniciar el proceso de ejercicio, registro y control del presupuesto. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 2 | Elabora para efectos de iniciar el ejercicio, registro y control del presupuesto, los resúmenes citados en la política 3.8 y que son los siguientes: a) El resumen general por concepto de percepciones y deducciones. b) El resumen detallado y desglosado por partida y por programa para generar todas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's). c) El resumen de las partes proporcionales de cada partida y programa programático. | -Resumen general. -Resumen desglosado. -Resumen de partes proporcionales. -Oficio de envío de resúmenes. |
| | 3 | Envía mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), los resúmenes citados para continuar trámite. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | 4 | Recibe oficio y los resúmenes correspondientes a la política 3.8, realiza un análisis del presupuesto, comparando las partes proporcionales a pagar por partida y por programa presupuestal y corrobora la suficiencia presupuestal para los pagos correspondientes del mes. | -Oficio de envío de resúmenes. -Resumen general. -Resumen desglosado. -Resumen de partes proporcionales. |
| | 5 | Elabora las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y lo envía mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos, para su validación. Archiva oficio de envío y resúmenes. ----- ----- En caso de no ser suficiente el presupuesto lo notifica a la Subdirección de Recursos | -Cuentas por Liquidar Certificadas. -Oficio de Cuentas por Liquidar Certificadas. |

| | | |
|---|---|--|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | |

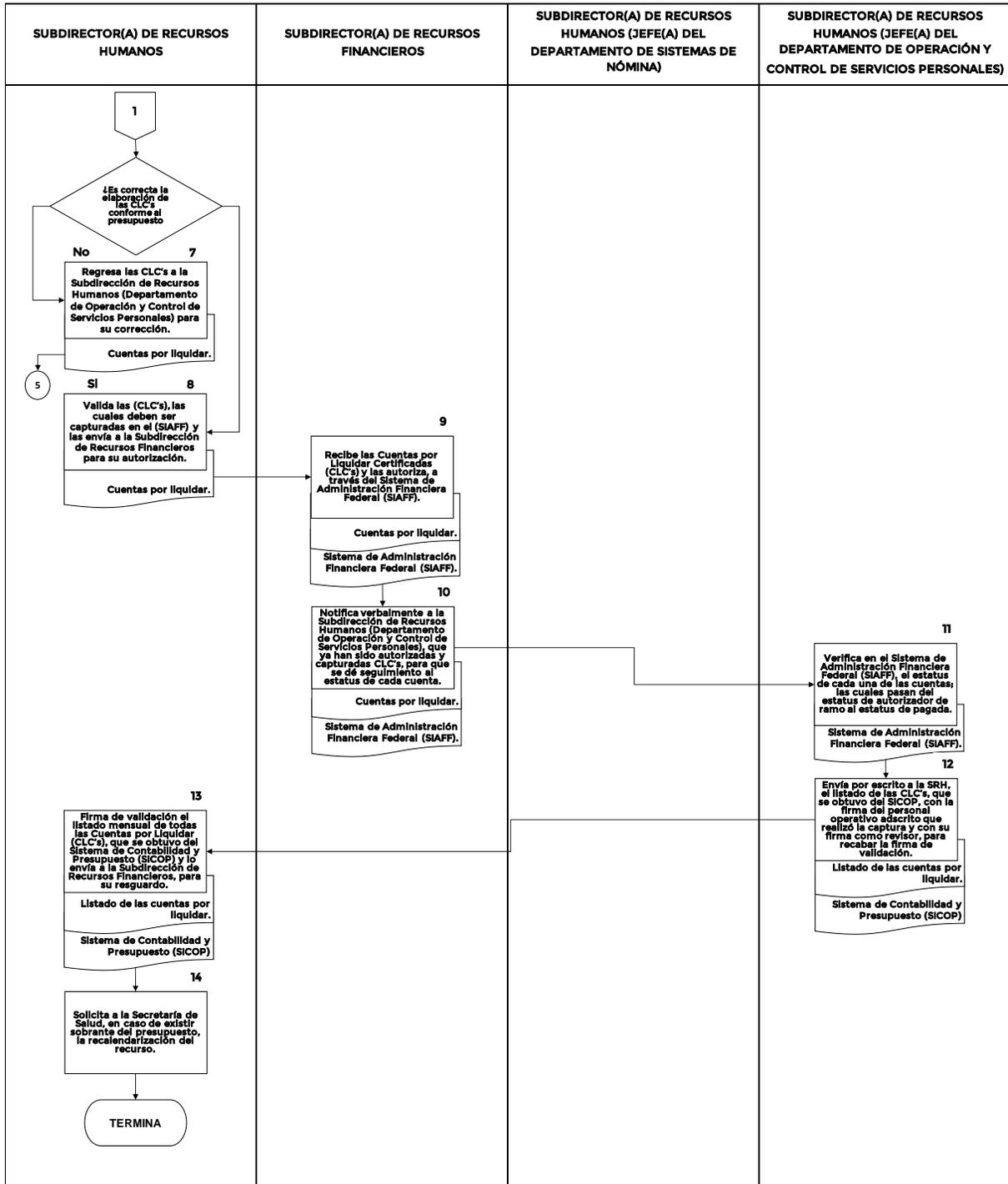
Hoja: 7 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | | Humanos, para que solicite a la Secretaría de Salud, un adelanto del calendario. ----- ----- | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 6 | Recibe oficio, las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y las analiza conforme al presupuesto existente. ¿Es correcta la elaboración de las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) conforme al presupuesto existente? | -Oficio de Cuentas por Liquidar Certificadas. -Cuentas por Liquidar Certificadas. |
| | 7 | No: Regresa las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) para su corrección. Regresa a la actividad 5 | |
| | 8 | Si: Valida las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's), las cuales deben ser capturadas en el Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) y las envía a la Subdirección de Recursos Financieros para su autorización. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 9 | Recibe las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) y las autoriza, a través del Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF). | -Cuentas por Liquidar Certificadas. -Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF). |
| | 10 | Notifica verbalmente a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), que ya han sido autorizadas y capturadas las Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's), para que se dé seguimiento al estatus de cada cuenta. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del | 11 | Verifica en el Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF), el estatus de cada una de las cuentas; las cuales pasan del estatus de autorizador de ramo al | -Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF). |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. |

Hoja: 8 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | 12 | estatus de pagada. Envía por escrito a la Subdirección de Recursos Humanos, el listado de las Cuentas por Liquidar (CLC's), que se obtuvo del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), con la firma del personal operativo adscrito que realizó la captura y con su firma como revisor, para recabar la firma de validación. | -Listado de las cuentas por liquidar. - Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 13 | Firma de validación el listado mensual de todas las Cuentas por Liquidar (CLC's), que se obtuvo del Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y lo envía a la Subdirección de Recursos Financieros, para su resguardo. ----- ----- La Subdirección de Recursos Financieros resguarda el listado de todas las Cuentas por Liquidar (CLC's) debidamente firmado por quien elaboró, revisó y validó. | -Listado de las Cuentas por Liquidar Certificadas. -Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) |
| | 14 | ----- ----- Solicita a la Secretaría de Salud, en caso de existir sobrante del presupuesto, la recalendarización del recurso. TERMINA | |



| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | Hoja: 11 de 12 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.4 Reglamento de la Ley federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Resumen general por concepto de pagos y deducciones. | 5 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.2 Resumen definitivo y desglosado por partida y por programa. | 5 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.3 Resumen de las partes proporcionales. | 5 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.4 Oficio de envío de resúmenes | 5 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.5 Cuentas por liquidar | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.6 Oficio de cuentas por liquidar | 2 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.7 Sistema de Administración Financiera Federal (SIAFF) | No aplica | No aplica | No aplica |
| 7.8 Sistema de | No aplica | No aplica | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 12 de 12 |
| | 34. Procedimiento para supervisar el adecuado ejercicio, registro y control del presupuesto de servicios personales. | | |

| | | | |
|--|--------|--------------------------------------|-----------|
| Contabilidad y Presupuesto | | | |
| 7.9 Listado de Cuentas por Liquidar Certificadas (CLC's) | 5 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cuentas por liquidar Certificadas (CLC's):** Documento único presupuestario autorizado y de carácter comprobatorio para registrar invariablemente cualquier tipo de erogación con cargo al presupuesto.
- 8.2 Estatus:** Estado o condición que guarda una Cuenta por Liquidar Certificada cuando es ingresada en algún sistema de captura para su autorización.
- 8.3 Estatus Autorizador del Ramo:** Condición de la Cuenta por Liquidar Certificada cuando ha sido autorizada.
- 8.4 Estatus Pagada:** Condición de la Cuenta por Liquidar Certificada cuando ha llegado la fecha establecida para el pago.
- 8.5 Presupuesto:** Conjunto de los gastos e ingresos previstos para un determinado período de tiempo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 1 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

35. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL PAGO DE REMUNERACIONES, RETENCIONES Y APORTACIONES DE LOS/LAS TRABAJADORES(AS) DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 2 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los controles a seguir por parte de la Subdirección de Recursos Humanos para la supervisión del pago de remuneraciones y prestaciones, así como las retenciones, cuotas y aportaciones, impuestos y contribuciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Recursos Humanos por ser quien determina el calendario del proceso de la Nómina y supervisa que las remuneraciones y retenciones de los/las trabajadores(as) se lleven a cabo, de acuerdo con los cálculos realizados; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) y Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), como Áreas de Competencia, por ingresar las movimientos de su incumbencia al Sistema Integral de Recursos Humanos; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) por realizar el cálculo de Impuestos Sobre la Renta (retenciones), el cálculo de Seguridad Social (cuotas y aportaciones) y el cálculo del impuesto sobre la Nómina (contribución) y por elaborar el resumen general de Nómina, el resumen por partida y programa presupuestal; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), por ser quien refleja los datos de los resúmenes en el Sistema Integral de Recursos Humanos, para continuar con el pago de Nómina y de retención de cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones y por ser quien resguarda la documentación.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apearse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Relaciones laborales, Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Relaciones laborales, Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Relaciones laborales, Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, son los responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento se entiende como Áreas de Competencia a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamentos de Relaciones Laborales), a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) y a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina).
- 3.8 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones laborales), fungir como Área de Competencia y realizar la captura de las siguientes remuneraciones y prestaciones en el Sistema Integral de Recursos Humanos:
 - Tiempo extra.
 - Día de Reyes.
 - Día 10 de mayo.
 - Antejos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 4 de 15 |

- Tesis.
- Premio de Antigüedad.
- Puntualidad (Trimestral).
- Productividad (Mensual).
- Asistencia y permanencia (Anual).
- Asistencia Perfecta (Anual)

3.9 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), fungir como Área de Competencia y realizar la captura de las siguientes remuneraciones en el Sistema Integral de Recursos Humanos:

- Personal de nuevo ingreso (Altas).
- Término o suspensión de relación laboral (Bajas.)
- Cambios de categoría (Códigos de puesto).
- Riesgo laboral.
- Cambios de estatus de las plazas.

3.10 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), fungir como Área de Competencia y realizar la captura en el Sistema Integral de Recursos Humanos de las siguientes remuneraciones:

- Estímulos para los Investigadores (al Desempeño y el de Permanencia).
- Estímulo a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería, Odontólogos, Trabajadores Sociales, Terapistas y otras disciplinas.
- Día del Trabajador.
- Incremento salarial.
- Aguinaldo.
- Prima vacacional.

3.11 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos determinar de manera quincenal el calendario del proceso de la Nómina.

3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamentos de Relaciones Laborales), Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) y Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), como Áreas de Competencia, ingresar al Sistema Integral de Recursos Humanos los movimientos que son de su incumbencia, conforme a las fechas establecidas en la Nómina y de acuerdo con la temporalidad de

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 5 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

sus actividades (remuneraciones, prestaciones, retenciones, cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones).

- 3.13 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, realizar la integración y cálculo de la Nómina, así como el reporte de movimientos de personal en el Sistema Integral de Recursos Humanos.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, supervisar la correcta elaboración del reporte de movimientos de personal y firmarlo de supervisión; asimismo, autorizar el proceso de la Nómina.
- 3.15 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, realizar el cálculo de Impuestos Sobre la Renta (retenciones), el cálculo de Seguridad Social (cuotas y aportaciones) y el cálculo del impuesto sobre la Nómina (contribución).
- 3.16 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, elaborar el resumen general de Nómina y el resumen por partida y programa presupuestal.
- 3.17 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, supervisar la correcta elaboración del resumen general de Nómina y el resumen por partida y programa presupuestal, y firmarlo de autorización.
- 3.18 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) resguardar los documentos del procedimiento.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. Hoja: 6 de 15 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 1 | Determina de manera quincenal el calendario del proceso de la Nómina. | -Calendario de la Nómina. |
| | 2 | <p>Instruye a las Áreas de Competencia a capturar los movimientos que son de su incumbencia, conforme a las fechas establecidas en el Sistema Integral de Recursos Humanos y de acuerdo con la temporalidad de sus actividades (remuneraciones, prestaciones, retenciones, cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Se entiende como Áreas de Competencia a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamentos de Relaciones Laborales), a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) y a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina).</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | -Sistema Integral de Recursos Humanos. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Relaciones Laborales)/ Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales)/Subdirector(a) de | 3 | Recibe instrucción, capturan los movimientos que son de su competencia, conforme a las fechas establecidas en el Sistema Integral de Recursos Humanos y de acuerdo con la temporalidad de sus actividades (remuneraciones, prestaciones, retenciones, cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones). | -Sistema Integral de Recursos Humanos. |
| | 4 | Notifica a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) que han concluido la integración de sus movimientos. | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | |

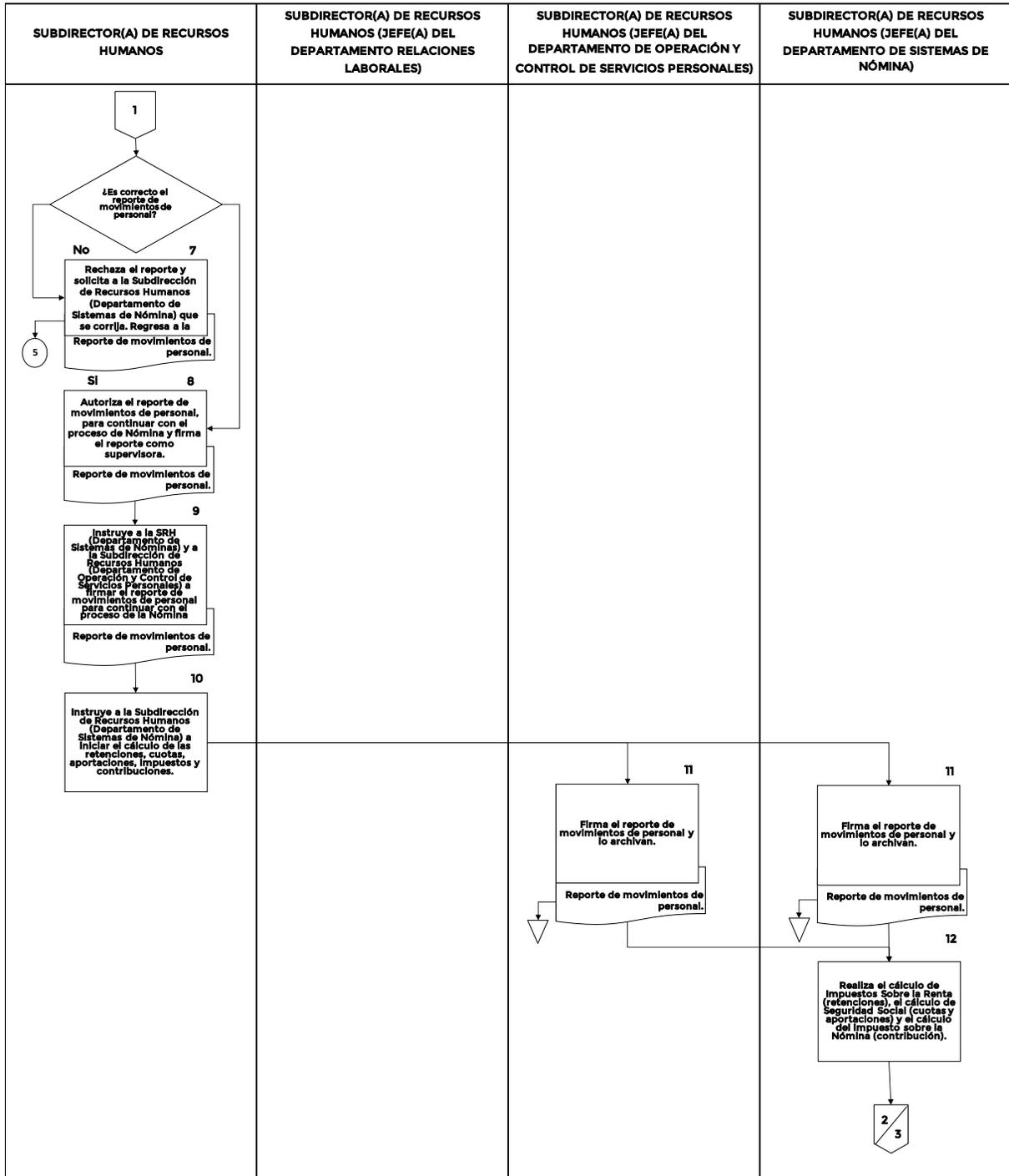
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina). | | | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 5 | Realiza la integración y cálculo de la Nómina, así como el reporte de movimientos de personal en el Sistema Integral de Recursos Humanos y lo envía a la Subdirección de Recursos Humanos, para su autorización. | -Sistema Integral de Recursos Humanos. -Reporte de movimientos de personal. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 6 | Recibe y supervisa la correcta elaboración del reporte de movimientos de personal ¿Es correcto el reporte de movimientos de personal? | -Reporte de movimientos de personal. |
| | 7 | No: Rechaza el reporte y solicita a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) que se corrija. Regresa a la actividad 5. | |
| | 8 | Si: Autoriza el reporte de movimientos de personal, para continuar con el proceso de Nómina y firma el reporte como supervisora. | |
| | 9 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nóminas) y a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) a firmar el reporte de movimientos de personal para continuar con el proceso de la Nómina y lo resguarden. | |
| | 10 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) a iniciar el cálculo de las retenciones, cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones. | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. Hoja: 8 de 15 | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales)/Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina). | 11 | Firma el reporte de movimientos de personal y lo archivan. | -Reporte de movimientos de personal. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 12 | Realiza el cálculo de Impuestos Sobre la Renta (retenciones), el cálculo de Seguridad Social (cuotas y aportaciones) y el cálculo del impuesto sobre la Nómina (contribución). | -Resumen general de Nómina. -Resumen por partida y programa presupuestal. |
| | 13 | Elabora el resumen general de Nómina, el resumen por partida y programa presupuestal y los turna a la Subdirección de Recursos Humanos para revisión y autorización. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 14 | Recibe el resumen general de Nómina y el resumen por partida y programa presupuestal, los analiza y revisa su correcta elaboración. ¿Son correctos los cálculos incluidos en el resumen general y en el resumen por partida y programa presupuestal? | -Resumen general de Nómina. -Resumen por partida y programa presupuestal. |
| | 15 | No: Regresa los resúmenes realizados y solicita su corrección. Regresa a la actividad 13. | |
| | 16 | Si: Autoriza el resumen general de Nómina y el resumen por partida y programa presupuestal y envía los originales a la | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. <p style="text-align: right;">Hoja: 9 de 15</p> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para el pago de la Nómina, de retenciones, cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | 17 | Recibe el resumen general de Nómina y el resumen por partida y programa presupuestal, y refleja datos en el Sistema Integral de Recursos Humanos, para continuar con el pago de Nómina y de retención de cuotas, aportaciones, impuestos y contribuciones y los archiva. TERMINA | -Resumen general de Nómina. -Resumen por partida y programa presupuestal. |





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

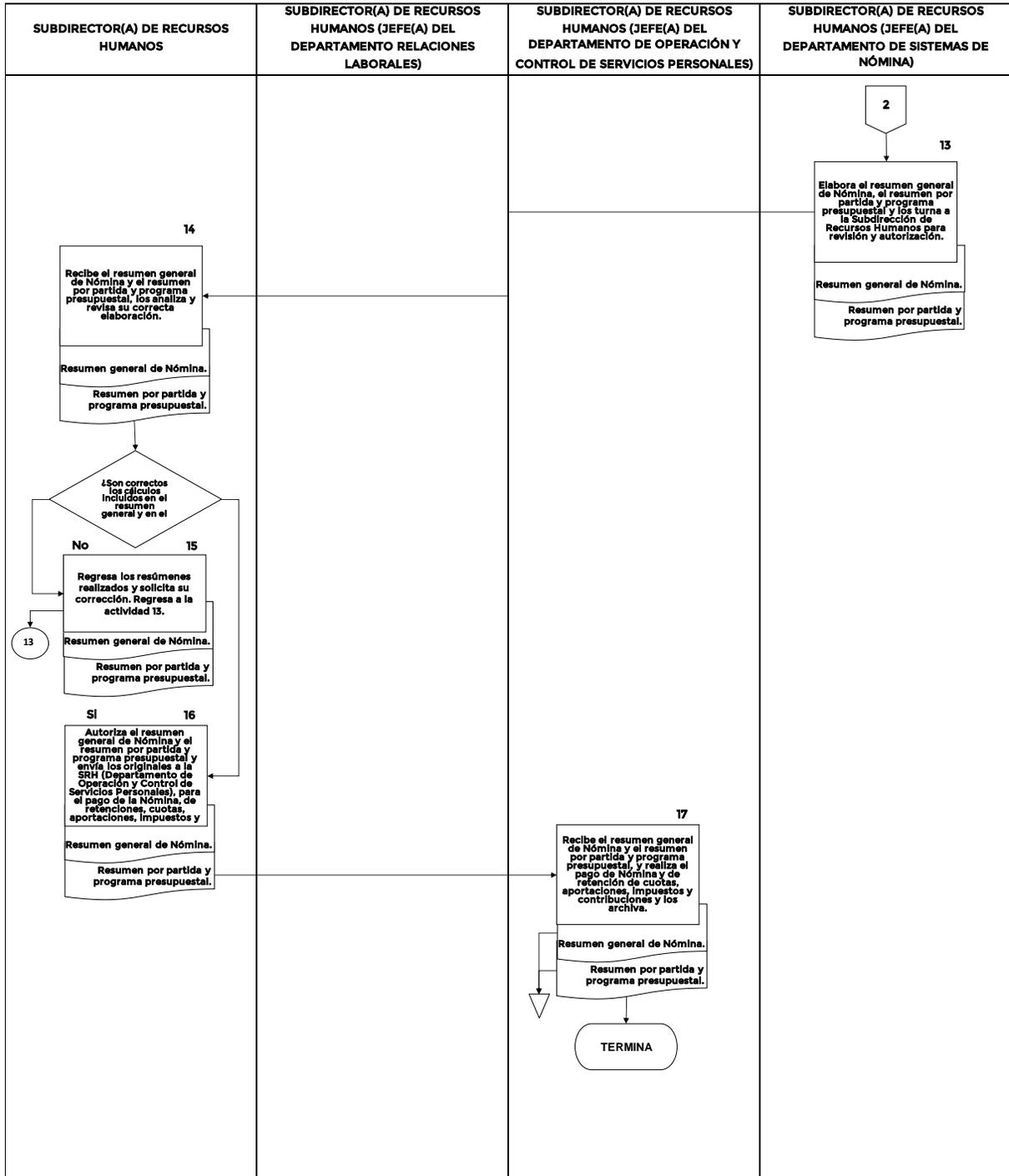
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México.



Rev. 0

Hoja: 12 de 15



| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 13 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Ley del Impuesto Sobre la Renta. | No aplica |
| 6.3 Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. | No aplica |
| 6.4 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.5 Código Fiscal de la Ciudad de México. | No aplica |
| 6.6 Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. | No aplica |
| 6.7 Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. | No aplica |
| 6.8 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.9 Reglamento de Escalafón de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.10 Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.11 Reglamento de Vestuario y Equipo de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.12 Reglamento de Seguridad e Higiene de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.13 Reglamento de asistencia, puntualidad y permanencia de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.14 Manual de Percepciones de los Servidores Públicos 2020. | No aplica |
| 6.15 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.16 Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales. | No aplica |
| 6.17 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|-----------------------------|------------------------|--|--|
| 7.1 Calendario de la Nómina | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina)/ Subdirección de | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 14 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

| | | | |
|---|-----------|--|-----------|
| | | Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | |
| 7.2 Sistema Integral de Recursos Humanos | No aplica | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.3 Reporte de movimientos de personal | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina)/ Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.4 Resumen general de Nómina. | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.5 Resumen por partida y programa presupuestal | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Aportaciones:** Entrega o suministro que realizan los trabajadores (mediante dinero que se les descuenta de sus sueldos) y los empleadores (mediante el pago de diferentes montos por empleado).
- 8.2 Áreas de Competencia:** Área adscrita a la Subdirección de Recursos Humanos a quien le corresponde, especialmente por su cargo o condición, la obligación o función de atender determinados asuntos.
- 8.3 Cuotas:** Aportaciones a las que está obligado a pagar el empleador al seguro social, o a otras organizaciones similares o equivalentes.
- 8.4 Prestaciones:** Bienes y servicios, diferentes al acceso a las instituciones de salud, en dinero o en especie, adicionales a su sueldo, que reciben los

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 15 de 15 |
| | 35. Procedimiento para la supervisión del pago de remuneraciones, retenciones y aportaciones de los/las trabajadores(as) del Hospital Juárez de México. | | |

trabajadores de parte de la institución para la que trabajan, como complemento a sus ingresos laborales.

8.5 Remuneraciones: Sueldos, salarios y prestaciones en dinero, pagados a los trabajadores que dependen de un empleador.

8.6 Retenciones: Cantidad, monto o porcentaje retenidos de un sueldo o pago, guardado con el propósito.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva Creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 1 de 36 |

36. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 2 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar el proceso de reclutamiento, selección y contratación del personal para el Hospital Juárez de México, con la finalidad de que el recurso humano que se contrate reúna las características definidas en el Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud, en los perfiles de puesto del Hospital y que cumpla con las necesidades de las áreas solicitantes; lo anterior en apego a lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo, en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Humanos y Organización y demás normatividad vigente en la materia.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, Titular del Órgano Interno de Control, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ya que son quienes solicitan personal a la Subdirección de Recursos Humanos; a la Subdirección de Recursos Humanos, por ser quien recibe la solicitudes de contratación, supervisa la existencia de la vacancia e instruye para el reclutamiento del personal, además de ser quien autoriza los expedientes de los/las candidatos(as); a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), por ser responsable del reclutamiento de los/las candidatos(as) y de revisar que el perfil cumpla con el Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud y con las necesidades de las áreas; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales), por ser el responsable del resguardo de la documentación que presenta el/la candidata(a) seleccionado.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de Salud, por ser quien emite el Catálogo Sectorial de la Secretaría de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Relaciones Laborales, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Relaciones laborales, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Relaciones Laborales, son responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para fines de este procedimiento, se considera Directores (as) de Área, a los/las Titulares de la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Para fines de este procedimiento, se considera Subdirectores (as) de Área, a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, de la Subdirección de Recursos Financieros, de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.9 Las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área, Titular del Órgano Interno de Control, solicitan por escrito a la Subdirección de Recursos

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 4 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

Humanos la contratación de personal para cubrir una vacante en su área, señalando las necesidades del área, las características y deben dar una propuesta de fecha de inicio y de horario laboral.

En el caso de que las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área, Titular del Órgano Interno de Control, cuenten con un/a candidato(a), debe informar a la Subdirección de Recursos Humanos.

- 3.10 La Subdirección de Recursos Humanos es responsable de analizar la solicitud de las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área o del Titular del Órgano Interno de Control, para la contratación de personal, con el objeto de corroborar si existe una vacante y si ésta corresponde al tipo de vacante solicitada.
- 3.11 La Subdirección de Recursos Humanos, si existe el tipo de vacante disponible, turna a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), las solicitudes que emiten las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área o del Titular del Órgano Interno de Control, para llevar a cabo el proceso de reclutamiento, selección y contratación de personal. En caso contrario, notifica por escrito a las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área o Titular del Órgano Interno de Control, la imposibilidad de llevar a cabo la contratación.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales es responsable de llevar a cabo el procedimiento de reclutamiento, selección y contratación de personal de acuerdo con lo establecido en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y de acuerdo con los perfiles del Catálogo Sectorial de la Secretaría de Salud, así como las competencias y habilidades sugeridas por cada servicio.
- 3.13 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de utilizar como mecanismos de reclutamiento de personal los siguientes: Servicio social, carteras curriculares tanto internas como externas, medios de difusión como páginas oficiales del Hospital Juárez de México, entre otros.
- 3.14 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, selecciona y evalúa a los/las candidatos(as) a ocupar un puesto, a través de los siguientes mecanismos:
- Examen de conocimientos.
 - Pruebas psicométricas (excepto a médicos(as) y enfermeras(os)).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 5 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

- Entrevista con las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área o Titular del Órgano Interno de Control, que requieren el personal.

- 3.15 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es el/la encargado/a de solicitar la documentación necesaria a los/las candidatos(as) evaluados(as) para el ingreso a ocupar una plaza vacante.

- 3.16 El/La candidato(a) debe entregar la siguiente documentación como parte de su proceso de reclutamiento:
 - Curriculum vitae (Nombre y firma en cada hoja)
 - Comprobante de experiencia laboral
 - Acta de nacimiento
 - Identificación oficial (INE) o Pasaporte (Vigente)
 - Comprobante de estudios (título y cédula) o Certificado
 - Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
 - Clave Única de Registro de Población (CURP)
 - Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
 - Cartilla de Servicio Militar (Hombres)
 - Certificado médico (Cruz Roja o Centro de Salud)
 - 1 fotografía tamaño infantil reciente (blanco y negro o color)
 - Clabe interbancaria (Documento donde se refleje clabe interbancaria, nombre del banco y nombre del/la beneficiario(a) de la cuenta)
 - Compatibilidad de Empleo (Cuando el/la candidata(a) cuenta con otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal).

- 3.17 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), es el encargado de verificar la veracidad de la documentación presentada por el/la candidato/a para corroborar que se cumple con: el nivel académico del puesto solicitado, experiencia laboral, vigencia de la Identificación oficial y el estatus de inhabilitación.

- 3.18 El personal de nuevo ingreso llena los siguientes formatos, mismos que debe entregar firmados al momento de su contratación:
 - Solicitud de empleo
 - La inexistencia de alguna situación o supuesto que pudiera generar conflicto de intereses.
 - Que no es parte en algún juicio, de cualquier naturaleza, en contra de ésta u otra Institución.
 - Que no desempeña otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal y, en caso contrario, que cuenta con el dictamen de Compatibilidad de Empleos respectivo.
 - Declaración de autenticidad de documentos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 6 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

- **Constancia de protesta artículo 128 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

- 3.19 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de solicitar a los/las candidatos(as) que tienen otro empleo dentro de la Administración Pública Federal, el formato de Compatibilidad de Empleo.

- 3.20 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, no puede llevar a cabo la contratación del/la candidata(a) si éste/a no ha entregado el Formato de Compatibilidad de Empleo debidamente requisitado.

- 3.21 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control), una vez concluido el proceso de reclutamiento y selección, solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos, la revisión y autorización de los expedientes de los/las candidatos(as): Anexo 1 (Documentos para ingreso) y Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del personal.

- 3.22 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos autorizar los expedientes de los/las candidatos(as), a contratar e instruir a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para ingresar los movimientos de alta en el Sistema Integral de Recursos Humanos.

- 3.23 Dentro del expediente se conserva la documentación mencionada en las políticas 3.16 y 3.18.

- 3.24 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de:
 - a. Ingresar al/a la candidata(a) en Sistema Sistema Integral de Recursos Humanos, para el alta correspondiente.
 - b. Elaborar memorándum de presentación dirigido al personal de nuevo ingreso (con copia a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) y al/la Jefe(a) inmediato), en el cual se asigna el servicio, Jefe(a) inmediato, jornada laboral y horario, así como el puesto a ocupar.
 - c. Elaborar Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) de nuevo ingreso.

- 3.25 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, (Departamento de Relaciones Laborales), resguardar la documentación

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 7 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

que el personal de nuevo ingreso entregó como parte de su reclutamiento y selección, en los expedientes del personal contratado.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. |

Hoja: 7 de 36

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|------------------------------------|
| Directores(as) de Área / Subdirectores(as) de Área / Titular del Órgano Interno de Control. | 1 | <p>Solicita por oficio a la Subdirección de Recursos Humanos, la contratación de personal para cubrir una vacante en su área, señalando las necesidades y las características del puesto.</p> <p>-----</p> <p>En algunos casos las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área y Titular del Órgano Interno de Control, que solicitan el recurso humano, ya cuentan con un/una candidato(a).</p> <p>-----</p> | -Oficio contratación de personal. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 2 | Recibe oficio de solicitud de contratación de las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área y del Titular del Órgano Interno de Control, que integran este Hospital. | -Oficio contratación de personal. |
| | 3 | <p>Analiza la solicitud de las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área y del Titular del Órgano Interno de Control, para la contratación de personal, con el objeto de corroborar si existe una vacante y si ésta corresponde al tipo de vacante solicitada.</p> <p>¿Se cuenta con el tipo de vacante solicitada?</p> | -Oficio de contratación rechazada. |
| | 4 | No: Rechaza la solicitud de contratación y se notifica al área correspondiente. TERMINA | |
| | 5 | Si: Turna solicitud a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para iniciar proceso de reclutamiento, selección y contratación de personal. | |
| Subdirector(a) de Recursos | 6 | Recibe oficio de solicitud de contratación e inicia el proceso de reclutamiento. | -Oficio contratación de |



PROCEDIMIENTO

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal.

Hoja: 8 de 36

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | 7 | Revisa el perfil de acuerdo con el Catálogo Sectorial de Puestos de la Rama Médica, Paramédica, Afín y del Grupo Afín Administrativo, de los/las posibles candidatos(as) a ocupar un puesto. | personal. -Examen de conocimiento. -Pruebas psicométricas. -Currículum vitae. |
| | 8 | Selecciona y evalúa a los/las candidatos(as) a ocupar un puesto, a través de los mecanismos mencionados en la política 3.13. ----- Cuando las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área y el Órgano Interno de Control, cuentan con algún/a candidato(a) a cubrir el puesto, solicita vía telefónica se presenten con currículum vitae y documentación conforme a la política 3.16, para iniciar el proceso de reclutamiento, selección y contratación de personal. | -Comprobante de experiencia laboral. -Acta de nacimiento. -Identificación oficial. -Comprobante de estudios. -Comprobante de domicilio. -Clave Única de Registro de Población. -Registro Federal de Contribuyentes. |
| | 9 | ----- Recibe la documentación necesaria para la contratación, con base en los requerimientos señalados en la política 3.16 y entrega los formatos enlistados en la política 3.18 para su llenado y firma. | -Cartilla de Servicio Militar. -Certificado médico. -Clabe interbancaria. - |
| | 10 | Verifica la veracidad de la documentación presentada por el/la candidata/a, para cubrir el puesto solicitado. ----- Solicita a los/las candidatos/as que tienen otro empleo dentro de la Administración Pública Federal, el formato de Compatibilidad de Empleo. No puede llevar a cabo la contratación | Compatibilidad de empleo. -Solicitud de empleo. -Formato de inexistencia de alguna situación o supuesto que pudiera generar conflicto de |



PROCEDIMIENTO

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|---|
| | 11 | <p>del/de la candidata/a si éste/a no ha entregado el Formato de Compatibilidad de Empleo debidamente requisitado.</p> <p>-----</p> <p>Solicita a la Subdirección de Recursos Humanos, la revisión y autorización de los expedientes de los/las candidatos(as), mediante la firma de los formatos: Anexo 1 (Documentos para ingreso) y Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del personal.</p> | <p>intereses.</p> <p>-Formato que no es parte en algún juicio, de cualquier naturaleza, en contra de ésta u otra Institución.</p> <p>-Formato que no desempeña otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal y, en caso contrario, que cuenta con el dictamen de Compatibilidad de Empleos respectivo.</p> <p>-Declaración de autenticidad de documentos.</p> <p>-Constancia de protesta artículo 128 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>-Formato Anexo 1.</p> <p>-Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del Personal.</p> <p>-Constancia de no</p> |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. |

Hoja: 10 de 36

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | | | inhabilitación. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 12 | <p>Recibe y analiza los expedientes de los/las candidatos(as) a contratar.</p> <p>¿Los expedientes de los/las candidatos(as) a contratar cumplen con lo solicitado en la política 3.13?</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Curriculum vitae. -Comprobante de experiencia laboral. -Acata de nacimiento. |
| | 13 | No: Solicita se revisen los documentos y regresa a la actividad 10. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificación oficial. |
| | 14 | Sí: Autoriza los expedientes y firma los formatos: Anexo 1 (Documentos para ingreso) y Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del personal. | <ul style="list-style-type: none"> -Comprobante de estudios. -Comprobante de domicilio. -Clave Única de Registro de Población. |
| | 15 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), ingresar los movimientos de alta del personal en el Sistema Integral de Recursos Humanos, realizar el Formato Único de Movimientos de Personal (FUMP) y entregar al/a la trabajador(a) el memorándum de presentación. | <ul style="list-style-type: none"> -Registro Federal de Contribuyentes. -Cartilla de Servicio Militar. -Certificado médico. -Clabe interbancaria. |
| | 16 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales), archive y resguarde los expedientes con la documentación completa del/la trabajador(a). | <ul style="list-style-type: none"> - Compatibilidad de empleo. -Solicitud de empleo. -Formato de inexistencia de alguna situación o supuesto que pudiera generar conflicto de intereses. -Formato que no es parte en algún juicio, de |



PROCEDIMIENTO

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal.

Hoja: 11 de 36

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|--|
| | | | <p>cualquier naturaleza, en contra de ésta u otra Institución.</p> <ul style="list-style-type: none">-Formato que no desempeña otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal y, en caso contrario, que cuenta con el dictamen de Compatibilidad de Empleos respectivo.-Declaración de autenticidad de documentos.-Constancia de protesta artículo 128 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.-Formato Anexo 1.-Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del Personal.-Constancia de no inhabilitación.-Sistema Integral de Recursos |

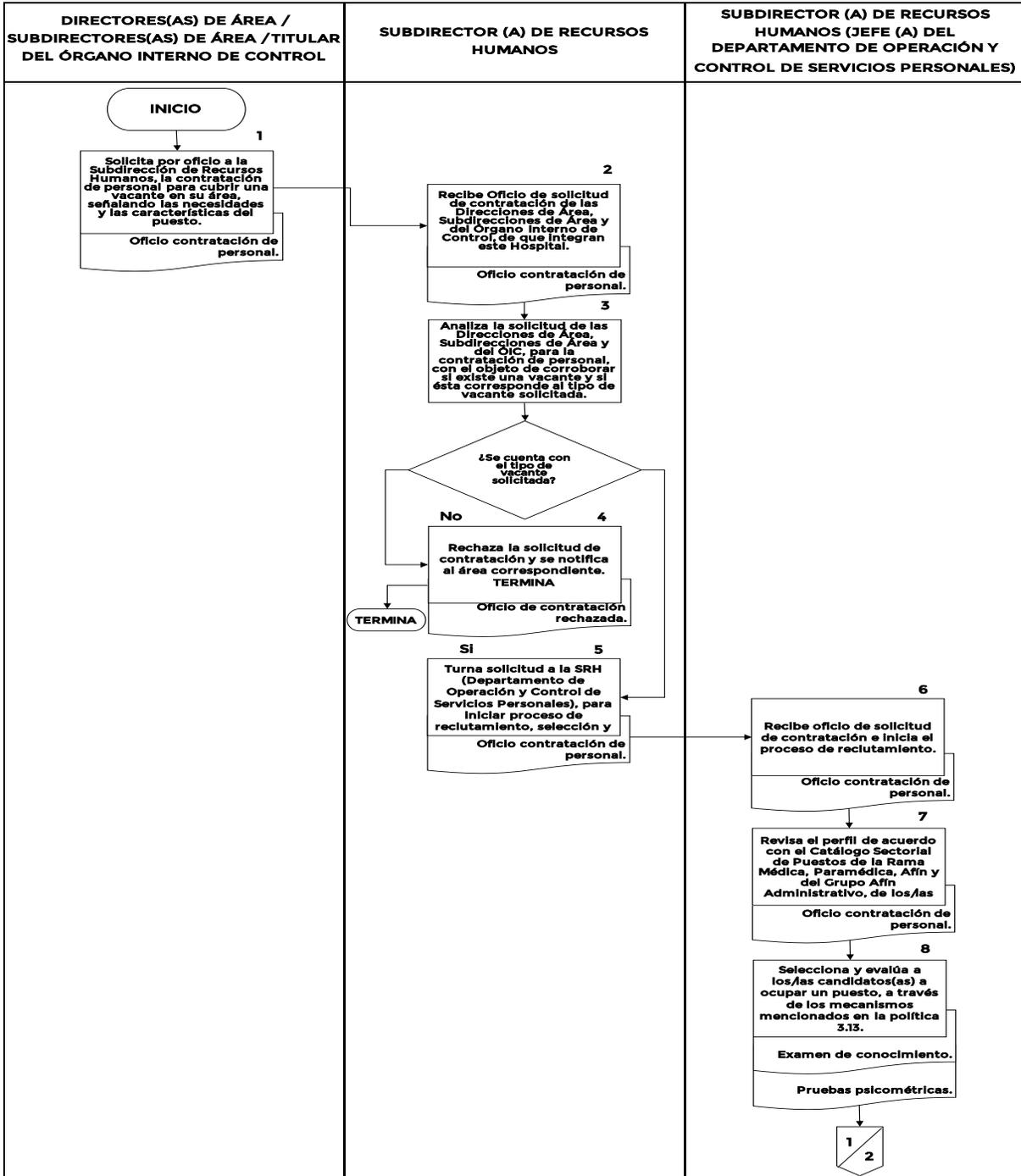
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | |

Hoja: 12 de 36

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | | Humanos. -Formato Único de Movimientos de Personal. -Memorándum de presentación. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Relaciones Laborales) | 17 | Recibe expedientes completos del personal de nuevo ingreso para su resguardo en el área de archivo. TERMINA | -Expediente. |

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

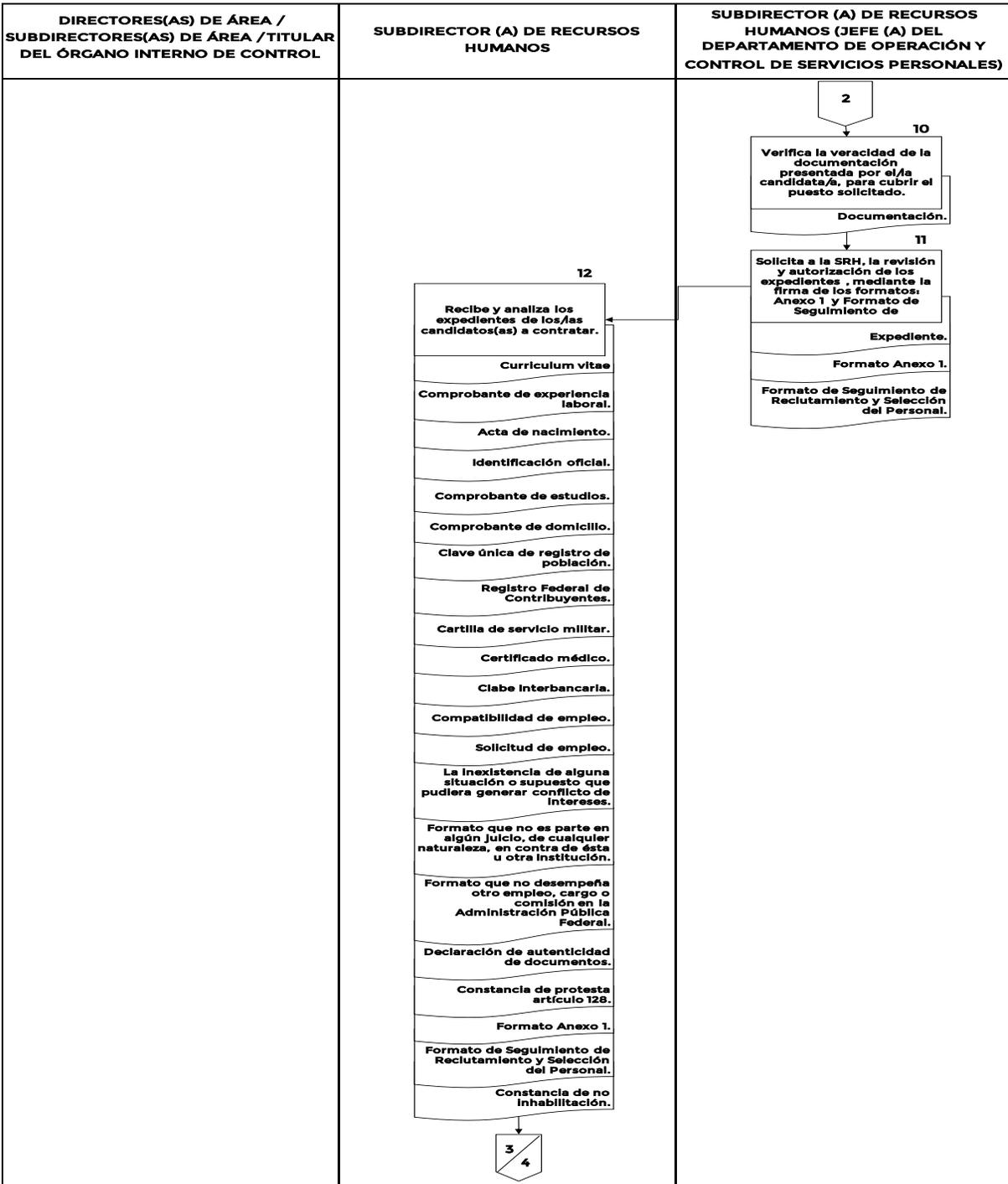
5. DIAGRAMA DE FLUJO

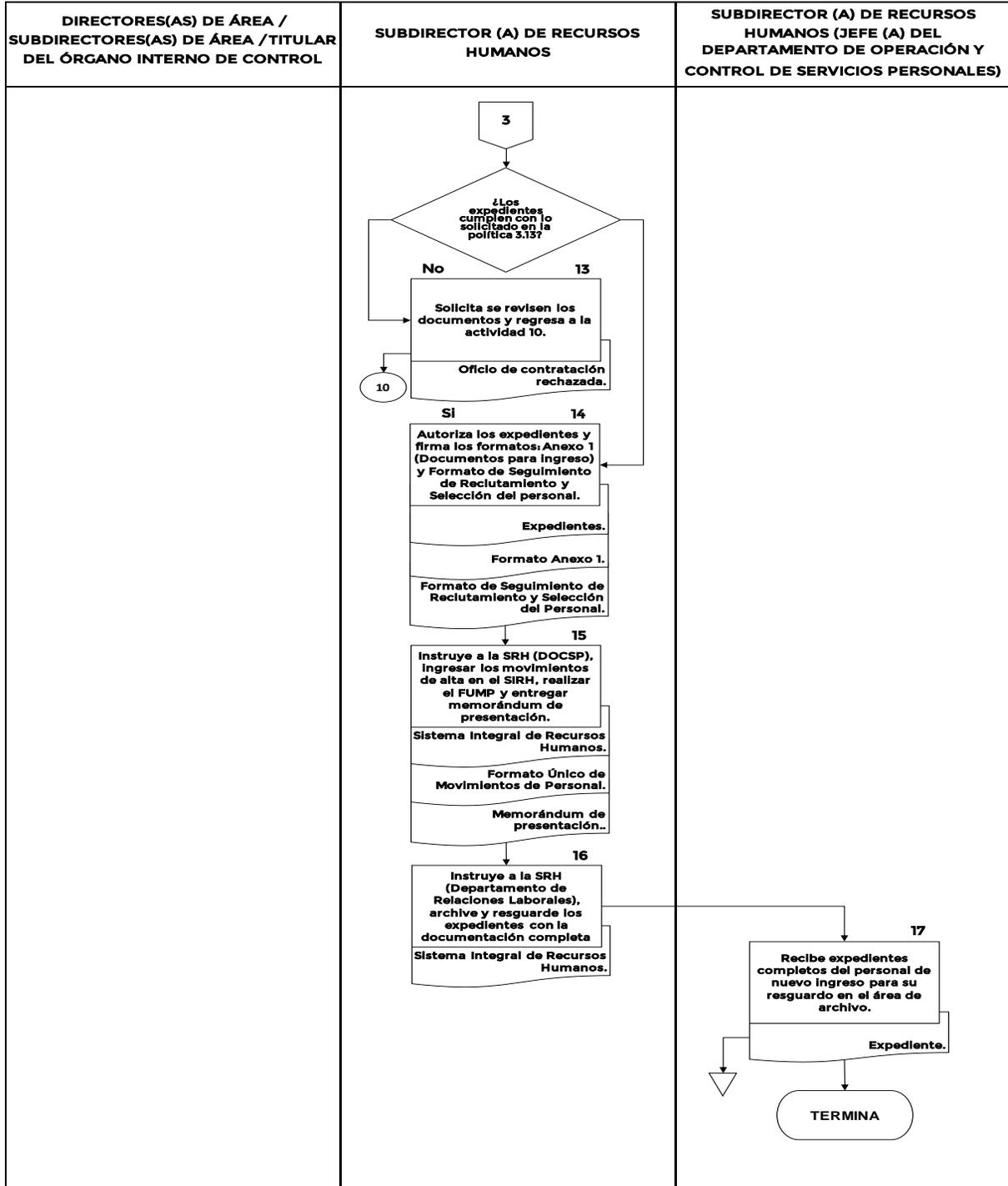


| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 14 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

| DIRECTORES(AS) DE ÁREA / SUBDIRECTORES(AS) DE ÁREA /TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | SUBDIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS | SUBDIRECTOR (A) DE RECURSOS HUMANOS (JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS PERSONALES) |
|---|--|--|
| | | <div style="text-align: center;"> <p>1</p> <p>9</p> <p>Recibe la documentación necesaria para la contratación, con base en los requerimientos señalados en la política 3.16, y entrega los formatos enlistados en la política 3.18 para su llenado y firma.</p> <p>Curriculum vitae</p> <p>Comprobante de experiencia laboral.</p> <p>Acta de nacimiento.</p> <p>Identificación oficial.</p> <p>Comprobante de estudios.</p> <p>Comprobante de domicilio.</p> <p>Clave única de registro de población.</p> <p>Registro Federal de Contribuyentes.</p> <p>Cartilla de servicio militar.</p> <p>Certificado médico.</p> <p>Clabe Interbancaria.</p> <p>Compatibilidad de empleo.</p> <p>Solicitud de empleo.</p> <p>La inexistencia de alguna situación o supuesto que pudiera generar conflicto de intereses.</p> <p>Formato que no es parte en algún juicio, de cualquier naturaleza, en contra de esta u otra institución.</p> <p>Formato que no desempeña otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal.</p> <p>Declaración de autenticidad de documentos.</p> <p>Constancia de protesta artículo 128.</p> <p>Formato Anexo 1.</p> <p>Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del Personal.</p> <p>Constancia de no inhabilitación.</p> <p>2 3</p> </div> |

| | | | |
|---|--|--|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 15 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 17 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización. | No aplica |
| 6.4 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.5 Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.7 Profesiograma Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---------------------------------------|---|---|--|
| 7.1 Oficio de contratación personal. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.2 Oficio de contratación rechazada. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.3 Examen de conocimientos. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.4 Pruebas psicométricas | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.5 Curriculum vitae | 5 años, después de que el/la trabajador/a | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 18 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------|
| | cause baja. | | |
| 7.6 Comprobante de experiencia laboral | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.7 Acta de nacimiento | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.8 Identificación oficial | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.9 Comprobante de estudios. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.10 Comprobante de domicilio | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.11 Registro Federal de Contribuyentes | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.12 Clave Única de Registro de Población | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.13 Registro Federal de Contribuyentes | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.14 Cartilla de servicio militar | 5 años, después de que el/la | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 19 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

| | | | |
|---|---|---|-----------|
| | trabajador/a cause baja. | | |
| 7.15 Certificado médico | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.16 Clabe Interbancaria | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.17 Compatibilidad empleo | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.18 Solicitud de empleo | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.19 Formato de La inexistencia de alguna situación o supuesto que pudiera generar conflicto de intereses | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.20 Formato de que no es parte en algún juicio, de cualquier naturaleza, en contra de esta u otra Institución | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.21 Formato de que no desempeña otro empleo, cargo o comisión en la Administración Pública Federal y, en caso contrario, que cuenta con el dictamen de Compatibilidad de empleos respectivo. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.22 Declaración de | 5 años, | Subdirección de Recursos | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 20 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

| | | | | |
|----------------------------|---|---|---|-----------|
| autenticidad de documentos | de | después de que el/la trabajador/a cause baja. | Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | |
| 7.23 | Constancia de protesta artículo 128 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.24 | Formato Anexo 1 (Documentos para ingreso) | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.25 | Formato de Seguimiento de Reclutamiento y Selección del Personal. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.26 | Constancia de no inhabilitación. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.27 | Sistema Integral de Recursos Humanos. | No aplica | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.28 | Formato Único de Movimientos de Personal. | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.29 | Memorándum | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |
| 7.30 | Expediente | 5 años, después de que el/la trabajador/a cause baja. | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 21 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

- 8.1 Inhabilitación:** Determinar que un individuo es inhábil o inapropiado para obtener o ejercer un derecho o un cargo.
- 8.2 Reclutamiento:** Es el proceso de identificar e interesar a candidatos/as capacitados para ocupar una vacante dentro de una Institución o dependencia.
- 8.3 Selección de personal:** Proceso donde se busca, entre varios profesionales reclutados, aquellos con mejores conocimientos y habilidades para desempeñar una determinada tarea dentro de la institución, apuntando mantener o aumentar el desempeño y la eficiencia del personal.
- 8.4 Supervisión:** Vigilar o dirigir la realización de una actividad determinada [una persona que tiene la autoridad o capacidad para ello].
- 8.5 Verificación:** Proceso que se realiza para revisar si una determinada documentación está cumpliendo con los requisitos y normas previstos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de empleo.
- 10.2 Seguimiento de reclutamiento de personal.
- 10.3 Anexo 1 de Solicitud de documentos.
- 10.4 Formato Único de Movimiento de Personal.
- 10.5 Expediente de personal.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 22 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

10.1 SOLICITUD DE EMPLEO



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE EMPLEO

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

| | | | | | |
|---|--------------------------|---|-------------------------|------------------------------------|--------------------|
| MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERAZ Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SEA VERIFICADA | | | | | |
| PUESTO SOLICITADO (1) | | | FECHA (2) | | |
| DATOS PERSONALES | | | | | |
| APELLIDO PATERNO (3) | | MATERNO (4) | NOMBRE(S) (5) | | EDAD (6) |
| DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO) (8) | | | COLONIA (9) | | |
| DELEGACIÓN O MUNICIPIO (10) | | CÓDIGO POSTAL (11) | | TELÉFONO LOCAL (12) MÓVIL | |
| LUGAR DE NACIMIENTO (13) | | FECHA DE NACIMIENTO (14) | | NACIONALIDAD (15) | |
| RFC (17) | | CURP (18) | | ESTADO CIVIL (16) | |
| CORREO ELECTRÓNICO (20) | | CARTILLA S.M.N. Nº LIBERACIÓN Nº (19) | | | |
| PERCIBE OTROS INGRESOS | | | POR QUÉ CONCEPTO (22) | | |
| SÍ NO \$ MENSUAL (21) | | DEPENDIENTES ECONÓMICOS (23) | | | |
| | | CÓNYUGE () | | HIJOS/AS () | |
| | | PADRES () | | OTROS () | |
| HISTORIA ESCOLAR (24) | | | | | |
| NIVEL ACADÉMICO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | FECHA INICIO TÉRMINO | | AÑOS CURSADOS | DOCUMENTO OBTENIDO |
| PRIMARIA | | | | | |
| SECUNDARIA | | | | | |
| BACHILLERATO | | | | | |
| PROFESIONAL | | | | | |
| COMERCIAL O TÉCNICA | | | | | |
| ESTUDIA ACTUALMENTE SÍ () NO () | | DÓNDE ESTUDIA | | GRADO QUE CURSA ACTUALMENTE (26) | |
| ¿QUÉ ESTUDIA (25) | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 23 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

| OTROS ESTUDIOS (27) | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| POSGRADO/DIPLOMADO/CURSOS/SEMINARIOS | DURACIÓN | INSTITUCIÓN | DOCUMENTO OBTENIDO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| HA ESTADO BECADO/A: SÍ () NO () (28) | BECA OTORGADA POR: (29) | MONTO DE LA BECA: (30) | |

| IDIOMAS (31) | HABLA % (32) | ESCRIBE % (33) | TRADUCE % (34) |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |

| HISTORIA LABORAL | | | |
|----------------------------------|---|---|-----------|
| ACTUAL O ÚLTIMO (35) | ANTERIORES (LOS DOS MÁS RECIENTES) (36) | | |
| TIEMPO QUE PRESTÓ SUS SERVICIOS | DE | A | DE A DE A |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | | |
| DOMICILIO | | | |
| PUESTO DESEMPEÑADO | | | |
| SUELDO | | | |
| MOTIVO DE SEPARACIÓN | | | |
| NOMBRE DEL/A JEFE/A | | | |
| TELÉFONO DE LA EMPRESA | | | |

| REFERENCIAS PERSONALES (37) | | | |
|-------------------------------|-----------|-----------|--------------------|
| NOMBRE | OCUPACIÓN | DOMICILIO | TELÉFONO |
| | | | Local: Celular: |
| | | | Local: Celular: |
| | | | Local: Celular: |

| DATOS FAMILIARES Y SOCIOECONÓMICOS (38) | | | | |
|--|---------------------------|---|---|-------------------------------|
| PERSONAS CON LAS QUE VIVE ACTUALMENTE | | | | |
| PARENTESCO | EDAD | OCUPACIÓN | ESCOLARIDAD | PERCIBE INGRESO MONTO MENSUAL |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TIPO DE VIVIENDA: CASA () DEPARTAMENTO () | | | INGRESO FAMILIAR | |
| PROPIO () RENTADO () FAMILIAR () HIPÓTECA () | | | (39) | |
| IMPORTE DE RENTA O HIPÓTECA: \$ | | | TOTAL MENSUAL | |
| DESCRIBA CÓMO SON SUS RELACIONES FAMILIARES: | | | | |
| (40) | | | | |
| CÓMO SE DESCRIBE A SÍ MISMO/A: | | | | |
| (41) | | | | |
| POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ DE LA VACANTE: | | TRABAJA ALGÚN FAMILIAR EN ESTA DEPENDENCIA: | | |
| (42) | | SÍ () NO () | | |
| | | NOMBRE: (43) | | |
| ESTÁ DISPUESTO/A A VIAJAR: | HA RESIDIDO EN OTRO PAÍS: | | MOTIVO DE RESIDENCIA: | |
| (44) | SÍ () NO () | | (46) | |
| | DÓNDE | | (45) | |
| HA TRABAJADO O ESTÁ TRABAJANDO PARA EL GOBIERNO FEDERAL: SÍ () NO () | | | | |
| DEPENDENCIA PERÍODO DEL: AL: MOTIVO DE SEPARACIÓN | | | | |
| (47) | | | | |
| POR QUÉ LE INTERESA TRABAJAR EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO | | | | |
| (48) | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL/A SOLICITANTE (49) | | | NOMBRE Y FIRMA DEL/A ENTREVISTADOR/A (50) | |

NOTA: TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES CONSIDERADA CONFIDENCIAL POR PARTE DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 25 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

OBSERVACIONES
(PARA SER LLENADO POR LA DEPENDENCIA)

DATOS GENERALES Y LABORALES

(51)

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 26 de 36 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Puesto solicitado.
2. Fecha en que se llena la solicitud.
3. Apellido paterno del/a candidato/a.
4. Apellido materno del/a candidato/a.
5. Nombre o nombres del/a candidato/a.
6. Edad del/a candidato/a.
7. Sexo del/a candidato/a.
8. Domicilio del/a candidato/a, calle y número.
9. Colonia del domicilio del/a candidato/a.
10. Delegación del domicilio del/a candidato/a.
11. Código Postal del domicilio del/a candidato/a.
12. Teléfono local y/o celular del/a candidato/a.
13. Lugar de nacimiento del/a candidato/a.
14. Fecha de nacimiento del/a candidato/a.
15. Nacionalidad del/a candidato/a.
16. Estado civil del/a candidato/a.
17. R.F.C. del/a candidato/a.
18. C.U.R.P. del/a candidato/a.
19. Cartilla del Servicio Militar Nacional, en caso de tener el/la candidato/a.
20. Correo electrónico del/a candidato/a.
21. Llenar en caso de percibir otros ingresos el/la candidato/a.
22. El concepto por el cual percibe otros ingresos el/la candidata/a.
23. Dependientes económicos del/a candidato/a.
24. Historia escolar, describir su historia escolar iniciando por la primaria hasta el último grado de estudios del/a candidato/a.
25. Mencionar si estudia y qué estudia actualmente el/la candidato/a.
26. Mencionar dónde estudia y que grado cursa actualmente el/la candidato/a.
27. Mencionar con qué otros estudios cuenta el/la candidato/a.
28. Mencionar si ha estado becado/a el/la candidato/a.
29. Mencionar el motivo de la beca otorgada a el/la candidato/a.
30. Mencionar el monto de la beca otorgada a el/la candidato/a.
31. Mencionar qué idiomas maneja el/la candidato/a.
32. Mencionar qué porcentaje habla del idioma señalado el/la candidato/a.
33. Mencionar qué porcentaje de escritura tiene con el idioma señalado el/la candidato/a.
34. Mencionar qué porcentaje traduce el idioma señalado el/la candidata/a.
35. Datos del último o actual trabajo del/a candidato/a.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 27 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

36. Datos de por lo menos dos trabajos más recientes anteriores al actual o último del/a candidato/a.
37. Referencias personales del/a candidato/a.
38. Datos familiares y socioeconómicos del/a candidato/a.
39. Datos de la vivienda donde vive el/la candidata/a.
40. Descripción de las relaciones familiares del/a candidato/a.
41. Descripción propia del/a candidato/a
42. Mencionar como se enteró de la vacante el/la candidato/a.
43. Mencionar si trabaja algún familiar en esta Dependencia el/la candidato/a.
44. Señalar si está dispuesto/a viajar el/la candidato/a.
45. Señalar si ha residido en otro país el/la candidato/a.
46. Señalar el motivo de la residencia en otro país del/a candidato/a.
47. Mencionar si ha trabajado o trabaja para el Gobierno Federal el/la candidato/a.
48. Describir por qué le interesa trabajar en esta Dependencia el/la candidato/a.
49. Nombre y firma del/a solicitante.
50. Nombre y firma del/a entrevistador/a.
51. Describir observaciones por parte del entrevistador/a.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 28 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

10.2 SEGUIMIENTO DE RECLUTAMIENTO DE PERSONAL



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS



SEGUIMIENTO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL

| I. DATOS DEL CANDIDATO(A) | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Nombre del Candidato: (1) | | Fecha: (2) | |
| Puesto: (3) | | Área de Adscripción: (4) | |
| Edad: (5) | Sexo: (6) | Estado Civil: (7) | |
| Candidato No. (8) | Clave presupuestal vacante: (9) | | |
| Tipo de plaza vacante: (10) | Confianza: <input type="checkbox"/> | Provisional Ilimitado: <input type="checkbox"/> | |
| | Interino: <input type="checkbox"/> | Suplencia: <input type="checkbox"/> | |

| II. EVALUACIÓN | |
|---|---------------------------------------|
| EXAMEN GENERAL DE CONOCIMIENTOS: Calificación obtenida: (11) | Responsable de la aplicación: (12) |
| PRUEBA PSICOMÉTRICA: Valoración obtenida: (13) | Responsable de la evaluación: (14) |
| REPORTE DE ENTREVISTA: Valoración obtenida: (15) | Responsable de la evaluación: (16) |

| III. DICTAMEN FINAL | |
|---|--|
| Candidato: _____ (17) | RFC: _____ (18) |
| Código _____ (19) | Puesto: _____ (20) |
| ADECUADO(A) <input type="checkbox"/> | ADECUADO(A) CON RESERVA <input type="checkbox"/> |
| NO ADECUADO(A) <input type="checkbox"/> | DESERTOR(A) <input type="checkbox"/> |
| (21) | |
| _____ (22) | |
| SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS NOMBRE Y FIRMA | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 29 de 36 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre del/a candidato/a.
2. Fecha en que se inicia el seguimiento (día, mes, año).
3. Puesto a ocupar.
4. Área de adscripción
5. Edad.
6. Sexo.
7. Estado civil.
8. Número de candidato
9. Clave presupuestal vacante
10. Tipo de plaza vacante (provisional, interino, confianza, suplencia).

EVALUACIÓN

11. Calificación obtenida en Examen General de Conocimientos
12. Nombre del responsable de la aplicación
13. Valoración obtenida en prueba psicométrica
14. Nombre del responsable de la valoración
15. Valoración obtenida en el reporte de Entrevista realizada por el Jefe de Servicio
16. Nombre del responsable de la entrevista

DICTÁMEN FINAL

17. Nombre del/a candidato/a.
18. RFC del/a candidato/a
19. Código a ocupar.
20. Puesto a ocupar.
21. Resultado de la evaluación.
22. Firma del/a Subdirector/a de Recursos Humanos.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 30 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |

10.3 ANEXO 1. DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS

Hospital Juárez de México

SALUD



Subdirección de Recursos Humanos.

Departamento de Operación y Servicios Personales.

ANEXO 1

| DOCUMENTOS PARA INGRESO | ORIGINAL | COPIA | HOJAS |
|---|----------|-------|-------|
| Solicitud de empleo con fotografía* | | | |
| Declaración de no estar desempeñando otro empleo o comisión en otra dependencia o entidad de la Administración Pública Federal* | | | |
| Formato de compatibilidad de empleo | | | |
| Declaración de no contar con conflicto de interés con dependencia o entidad de la Administración Pública Federal.* | | | |
| Declaración de que no es parte en algún juicio en contra de alguna dependencia o entidad de la Administración Pública Federal* | | | |
| Declaración de autenticidad y/o legalidad de los documentos* | | | |
| Constancia de protesta* | | | |
| Constancia de no inhabilitación | | | |
| Curriculum vitae | | | |
| Acta de nacimiento | | | |
| Identificación oficial | | | |
| Clave Única de Registro de Población CURP actualizada | | | |
| Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave RFC | | | |
| Copia de clave interbancaria | | | |
| Certificado Médico | | | |
| Cartilla del servicio militar nacional liberada | | | |
| Vigencia de la Identificación | | | |
| Constancia de termino de servicio social | | | |
| Título y cedula de Licenciatura | | | |
| Constancia, constancia de aprobación de examen de titulación, certificado | | | |



| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 31 de 36 |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | |



Hospital Juárez de México
 Subdirección de Recursos Humanos.
 Departamento de Operación y Servicios Personales.

ANEXO 1

| | | | |
|---|--|--|--|
| de estudio | | | |
| Título y cedula de Especialidad o Maestría | | | |
| Certificado vigente de la especialidad | | | |
| Comprobante de la consulta de cédula profesional | | | |
| Comprobantes de experiencia laboral | | | |
| Comprobante de domicilio | | | |
| Formato de asignación de horario y jornada | | | |
| Seguimiento de Reclutamiento y Selección de Personal | | | |
| Exámen General de Conocimientos | | | |
| Pruebas Psicométricas | | | |
| Nombramiento recibido por las áreas y trabajador | | | |
| Notificación de la obligación de presentar la Declaración Patrimonial | | | |
| Formato único de Movimientos de Personal | | | |
| Formato de alta ante el ISSSTE | | | |
| Formato de seguro de vida | | | |
| Formato de contratación | | | |
| Oficio de solicitud de contratación | | | |
| Diplomas, constancias y curso entre otros documentos. | | | |

* Documentos proporcionados por el Hospital Juárez de México.

Revisó

Autorizó

L.C. MARISOL MUÑOZ ALONSO
 Jefa del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales

C.P. MARICARMEN CRUZ MALDONADO
 Subdirectora de Recurso Humanos

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 32 de 36 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Marcar con un "X" en cada recuadro el documento recibido, original y copia.
2. Firma de cotejado del Jefe/a del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales.
3. Firma de autorizado del Subdirector/a de Recursos Humanos.

10.4 FORMATO ÚNICO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL.

| <div style="text-align: center;">  <p>FORMA ÚNICA DE MOVIMIENTO DE PERSONAL</p> </div> <p>UNIDAD EXPEDIDORA: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u> (1)</p> <p>LUGAR TIPO DE EXPEDICIÓN: _____ (2)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">DATOS PERSONALES</p> <p>FILIACIÓN: _____ (3) CURP: _____ (4)</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____</p> <p>DOMICILIO PARTICULAR</p> <p>CALLE: _____ CALLE: _____ CALLE: _____ (5)</p> <p>COLONIA: _____ CODIGO POSTAL: _____ ALCALDÍA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ TELÉFONO: _____</p> <p>CUENTA BANCARIA MONEDA: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>GENERO</th> <th>ESTADO CIVIL</th> <th>LUGAR DE NACIMIENTO</th> <th>FECHA DE NACIMIENTO</th> <th>GOBIERNO FEDERAL</th> <th>SECRETARÍA DE SALUD</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O</td> <td><input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO</td> <td>MEXICO</td> <td>____/____/____</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">DATOS PRECEDENTES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>CLAVE ANTIGUA</th> <th>UNIDAD</th> <th>PARTIDA</th> <th>CODIGO</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>OTRO</th> <th>PLAZA</th> <th>SUB PLAZA</th> <th>PLAZA</th> </tr> <tr> <td>_____</td> </tr> </table> <p>AMBIÓN: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u> (8)</p> <p>CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD: _____</p> <p>DATOS DEL SUJETO</p> <p>APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____</p> <p>FILIACIÓN: _____ MOTIVO: _____</p> <p>FECHAS DEL: <u>04/04/00</u> AL: _____</p> <p>NO DOCUMENTO: _____</p> | GENERO | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NACIMIENTO | GOBIERNO FEDERAL | SECRETARÍA DE SALUD | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO | MEXICO | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | CLAVE ANTIGUA | UNIDAD | PARTIDA | CODIGO | NO | SI | OTRO | PLAZA | SUB PLAZA | PLAZA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <p>VECES (9)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DIAS</th> <th>MESES</th> <th>AÑOS</th> <th>NO. DE DOCUMENTOS</th> <th>EN</th> <th>DE</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ (10)</td> <td>_____</td> <td>_____ (11)</td> </tr> </table> <p>TIPO DE MOVIMIENTO: _____ CODIGO: _____ TIPO DE TITULARIDAD: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>TIPO DE MOVIMIENTO</th> <th>BASE</th> <th>BASE</th> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle;">(12)</td> <td>REEMPLAZO DE LABORES</td> <td>CONTINGENCIA</td> </tr> <tr> <td>UNIVERSAL</td> <td>EMERGENCIA</td> </tr> <tr> <td>CAMBIO DE ASIGNACIÓN</td> <td>PROFESIONAL</td> </tr> <tr> <td>PRIMA QUINCENAL</td> <td>(15) NUMERO DE EMPLEADO</td> </tr> <tr> <td>PREVENCION ALIMENTICIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTROS PERSONALES TITULADOS</td> <td>PREVENCION ALIMENTICIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DESTITUCION</td> <td></td> </tr> </table> <p>ASIGNACION: <u>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</u> (16) OFICINA DE RESPONSABILIDAD: <u>09130000</u> (17)</p> <p style="text-align: center;">CLAVE PUESTO PUESTAL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>IF</th> <th>UBICACION</th> <th>PARTIDA</th> <th>CODIGO</th> <th>NO</th> <th>DE</th> <th>TITULAR</th> <th>PLAZA</th> <th>REASIGNACION</th> <th>PLAZA</th> </tr> <tr> <td>_____</td> </tr> </table> <p>NOMBRE DEL PUESTO: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>ESCALA</th> <th>GRUPO</th> <th>GRUPO</th> <th>GRUPO</th> <th>GRUPO</th> <th>RANGO</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>TIPO DE LICENCIA: _____ (18)</p> <p style="text-align: center;">PERCEPCIONES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>PARTIDA PRESUPUESTAL</th> <th>ACTUAL</th> <th>INCREMENTO O DECREMENTO</th> <th>ACORDADO</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">JUSTIFICACION Y/O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO</p> <p>_____</p> | DIAS | MESES | AÑOS | NO. DE DOCUMENTOS | EN | DE | _____ | _____ | _____ | _____ (10) | _____ | _____ (11) | TIPO DE MOVIMIENTO | BASE | BASE | (12) | REEMPLAZO DE LABORES | CONTINGENCIA | UNIVERSAL | EMERGENCIA | CAMBIO DE ASIGNACIÓN | PROFESIONAL | PRIMA QUINCENAL | (15) NUMERO DE EMPLEADO | PREVENCION ALIMENTICIA | | OTROS PERSONALES TITULADOS | PREVENCION ALIMENTICIA | | | DESTITUCION | | IF | UBICACION | PARTIDA | CODIGO | NO | DE | TITULAR | PLAZA | REASIGNACION | PLAZA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | ESCALA | GRUPO | GRUPO | GRUPO | GRUPO | RANGO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | PARTIDA PRESUPUESTAL | ACTUAL | INCREMENTO O DECREMENTO | ACORDADO | _____ | _____ | _____ | _____ | TOTAL | _____ | _____ | _____ |
|--|--|--|---------------------|---|---|---------------------|--|--|--------|----------------|---|---|---------------|--------|---------|--------|----|----|------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|------|-------|------|-------------------|----|----|-------|-------|-------|------------|-------|------------|--------------------|------|------|------|----------------------|--------------|-----------|------------|----------------------|-------------|-----------------|-------------------------|------------------------|--|----------------------------|------------------------|--|--|-------------|--|----|-----------|---------|--------|----|----|---------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|--------|-------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| GENERO | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NACIMIENTO | GOBIERNO FEDERAL | SECRETARÍA DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO | MEXICO | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLAVE ANTIGUA | UNIDAD | PARTIDA | CODIGO | NO | SI | OTRO | PLAZA | SUB PLAZA | PLAZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAS | MESES | AÑOS | NO. DE DOCUMENTOS | EN | DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ (10) | _____ | _____ (11) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE MOVIMIENTO | BASE | BASE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) | REEMPLAZO DE LABORES | CONTINGENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | UNIVERSAL | EMERGENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CAMBIO DE ASIGNACIÓN | PROFESIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PRIMA QUINCENAL | (15) NUMERO DE EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PREVENCION ALIMENTICIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTROS PERSONALES TITULADOS | PREVENCION ALIMENTICIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DESTITUCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IF | UBICACION | PARTIDA | CODIGO | NO | DE | TITULAR | PLAZA | REASIGNACION | PLAZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCALA | GRUPO | GRUPO | GRUPO | GRUPO | RANGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PARTIDA PRESUPUESTAL | ACTUAL | INCREMENTO O DECREMENTO | ACORDADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ELABORADO</p> <p>(19)</p> <p>JEFE DEL DEPTO. DE OPERACIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS PERSONALES</p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA</p> | <p>_____ NOMBRE Y FIRMA</p> <p>RESPONSABLE DE LA UNIDAD EXPEDIDORA</p> <p>(20)</p> <p>SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS</p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA</p> | <p>AUTORIZADO</p> <p>(21)</p> <p>DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 34 de 36 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Nombre de la Dependencia.
2. Lugar y fecha de emisión del Formato Único de Movimiento de Personal.
3. No. Filiación ISSSTE del/a trabajador/a.
4. CURP del trabajador/a.
5. Datos personales del/a trabajador/a.
6. Fecha de ingreso al gobierno federal del trabajador/a.
7. Fecha de ingreso al Hospital Juárez de México.
8. Datos de la plaza reservada que ocupará el/a trabajador/a, en caso de que exista.
9. Vigencia del movimiento de alta
10. Número de documento.
11. Quincena en que iniciará el movimiento.
12. Tipo de movimiento.
13. Tipo de movimiento.
14. Tipo de trabajador/a.
15. Número de empleado/a.
16. Lugar de adscripción del/ trabajador/a.
17. Clave del centro de responsabilidad de la dependencia.
18. Datos de la plaza a ocupar por el/la trabajador/a.
19. Firma de quien elabora el Formato Único de Movimientos de Personal (Jefe/a del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales)
20. Firma del Vo. Bo. Responsable de la Unidad Expedidora. (Subdirector/a de Recursos Humanos).
21. Firma de quien autoriza. (Director/a de Administración).

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 36. Procedimiento para la supervisión del reclutamiento, selección y contratación del personal. | | Hoja: 36 de 36 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. Número de expediente/número de empleado/a.
2. Nombre y clave de la sección.
3. Nombre y clave de la serie.
4. Nombre completo del trabajador/a
5. RFC del trabajador/a.
6. Fechas extremas de inicio y vigencia.
7. Valor documental.
8. Carácter de la información.
9. Fecha de clasificación.
10. Descripción

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 1 de 10 |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | |

37. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LA ACTUALIZACIÓN DE LA PLANTILLA DE PERSONAL.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar la correcta actualización de la plantilla de personal del Hospital Juárez de México, para la creación o cancelación de códigos, de acuerdo con las modificaciones determinadas por la Secretaría de Salud, con la finalidad de contar con información vigente al respecto de los movimientos del personal.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General, por ser quien recibe la plantilla por parte de la Secretaría de Salud; a la Dirección de Administración por ser la que instruye a la Subdirección de Recursos Humanos, para la supervisión de la actualización de la plantilla de personal; a la Subdirección de Recursos Humanos, por ser quien supervisa el proceso de actualización de la plantilla de personal y valida los movimientos para la creación o cancelación de los códigos; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), por ser quien realiza el estudio de la plantilla autorizada y los movimientos para la creación o cancelación de los códigos; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), por ser quien opera los movimientos en el Sistema Integral de Recursos Humanos y lleva a cabo el resguardo de los documentos.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de Salud, por ser quien envía la plantilla de personal; a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o a la Secretaría de la Función Pública, por ser las instancias que en casos específicos pueden realizar modificaciones que se ven reflejadas en la actualización de la plantilla.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos del Hospital Juárez de México, deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 10 |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina y del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, son responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Secretaría de Salud, envía a la Dirección General, preferentemente en el primer trimestre del año, la plantilla de personal.
- 3.8 Derivado de programas de recodificación establecidos por la Secretaría de Salud, la plantilla de personal puede ser actualizada.
- 3.9 Cuando hay cambios de adscripción autorizados por la Secretaría de Salud, se pueden recibir o transferir plazas, lo cual actualiza la plantilla de personal.
- 3.10 Cuando hay plazas de nueva creación autorizadas por la Secretaría de Salud, se actualiza la plantilla de personal.
- 3.11 Cuando existen cambios de nivel salarial autorizados por la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o la Secretaría de Salud, se actualiza la plantilla.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 4 de 10 |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | |

- 3.12 La Dirección General, recibe la plantilla e instruye a la Dirección de Administración, para que se inicie el trámite de actualización de la plantilla de personal.
- 3.13 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, instruir a la Subdirección de Recursos Humanos, para que realice el procedimiento para la actualización de la plantilla de personal.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, iniciar el procedimiento para la actualización de la plantilla de personal y turnar a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para realizar el estudio de conciliación entre la plantilla autorizada, con la plantilla actual, enviada por la Secretaría de Salud.
- 3.15 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, realizar un estudio de la plantilla enviada por la Secretaría de Salud, con la finalidad de detectar el número total de plazas autorizadas, así como identificar si hay códigos nuevos o eliminación de ellos.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de entregar a la Subdirección de Recursos Humanos, el resultado del estudio de la plantilla, informando si es necesaria la creación o eliminación de algún código, conforme a la plantilla enviada.
- 3.17 La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable de autorizar la creación o cancelación de algún código, conforme al estudio realizado de la plantilla y de instruir a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), para la captura de los movimientos en el Sistema Integral de Recursos Humanos.
- 3.18 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, operar los cambios a la plantilla (creación o cancelación de códigos), en el Sistema Integral de Recursos Humanos.
- 3.19 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, resguardar los documentos relativos a este procedimiento.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. Hoja: 5 de 10 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Director(a) General | 1 | <p>----- -----</p> <p>La Secretaría de Salud, envía a la Dirección General, preferentemente en el primer trimestre del año, la plantilla de personal.</p> <p>La Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o a la Secretaría de la Función Pública, pueden realizar en casos específicos, modificaciones que se ven reflejadas en la actualización de la plantilla.</p> <p>----- -----</p> <p>Recibe plantilla de personal e instruye a la Dirección de Administración, para que se inicie el trámite de actualización de la plantilla de personal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Oficio de envío de plantilla. - Plantilla de personal. |
| Director(a) de Administración | 2 | Recibe plantilla de personal e instruye a la Subdirección de Recursos Humanos, para que realice el procedimiento de actualización de la plantilla de personal. | <ul style="list-style-type: none"> - Oficio de envío de plantilla. - Plantilla de personal. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 3 | Recibe la indicación de iniciar el procedimiento para la actualización de la plantilla de personal y turna a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), la documentación para iniciar el estudio de conciliación, entre la plantilla autorizada con la plantilla actual, enviada por la Secretaría de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> - Oficio de envío de plantilla. - Plantilla de personal. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | 4 | Recibe oficio y plantilla de personal y realiza el estudio de la plantilla enviada por la Secretaría de Salud, con la finalidad de detectar el número total de plazas contempladas, así como identificar si hay códigos nuevos o eliminación de ellos. Archiva oficio y plantilla de personal. | <ul style="list-style-type: none"> - Oficio de envío de plantilla. - Plantilla de personal. - Estudio de plantilla. |
| | 5 | Entrega a la Subdirección de Recursos | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. Hoja: 6 de 10 | |

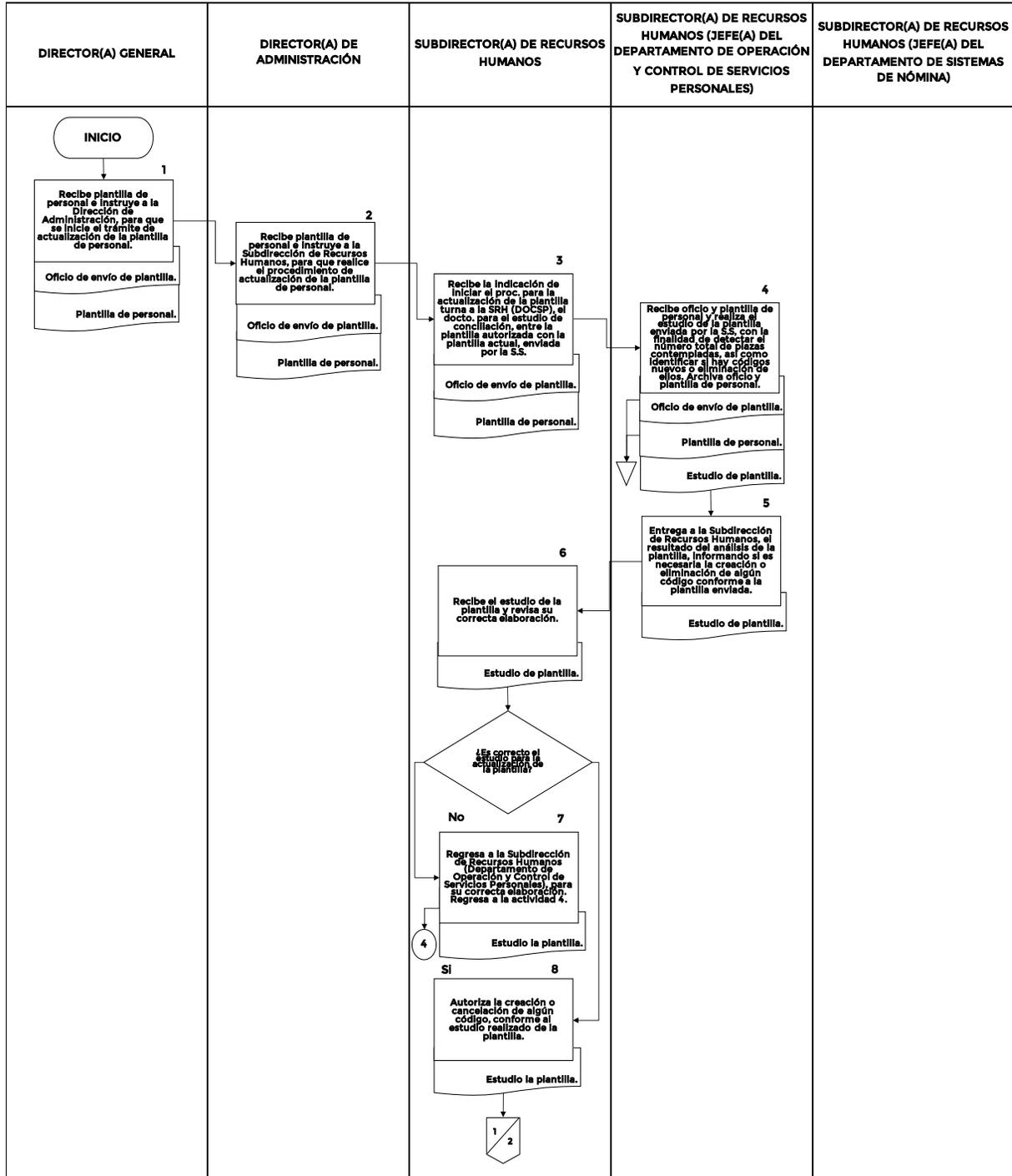
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | Humanos, el resultado del análisis de la plantilla, informando si es necesaria la creación o eliminación de algún código conforme a la plantilla enviada. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 6 | Recibe el estudio de la plantilla y revisa su correcta elaboración. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudio la plantilla. - Sistema Integral de Recursos Humanos. - Documento de autorización de los movimientos para la creación o cancelación de códigos. |
| | 7 | No: Regresa a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para su correcta elaboración. Regresa a la actividad 4. | |
| | 8 | Sí: Autoriza la creación o cancelación de algún código, conforme al estudio realizado de la plantilla. | |
| | 9 | Instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), para la captura de los movimientos en el Sistema Integral de Recursos Humanos y entrega documento de autorización de los movimientos, para la creación o cancelación de códigos debidamente firmado. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 10 | Recibe el documento de autorización, debidamente firmado e instrucción de realizar los movimientos para la actualización de la plantilla, en el Sistema Integral de Recursos humanos. Archiva documento. | <ul style="list-style-type: none"> - Documento de autorización de los movimientos para la creación o cancelación de códigos. - Sistema Integral de Recursos Humanos. |
| | 11 | Firma el documento de autorización de los movimientos en su carácter de operador y lo resguarda. | |
| | 12 | Opera los cambios para la actualización de la plantilla (creación o cancelación de códigos), en el Sistema Integral de | |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. Hoja: 7 de 10 | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|-------------------|
| | | Recursos Humanos. TERMINA | |

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | Hoja:7 de 10 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

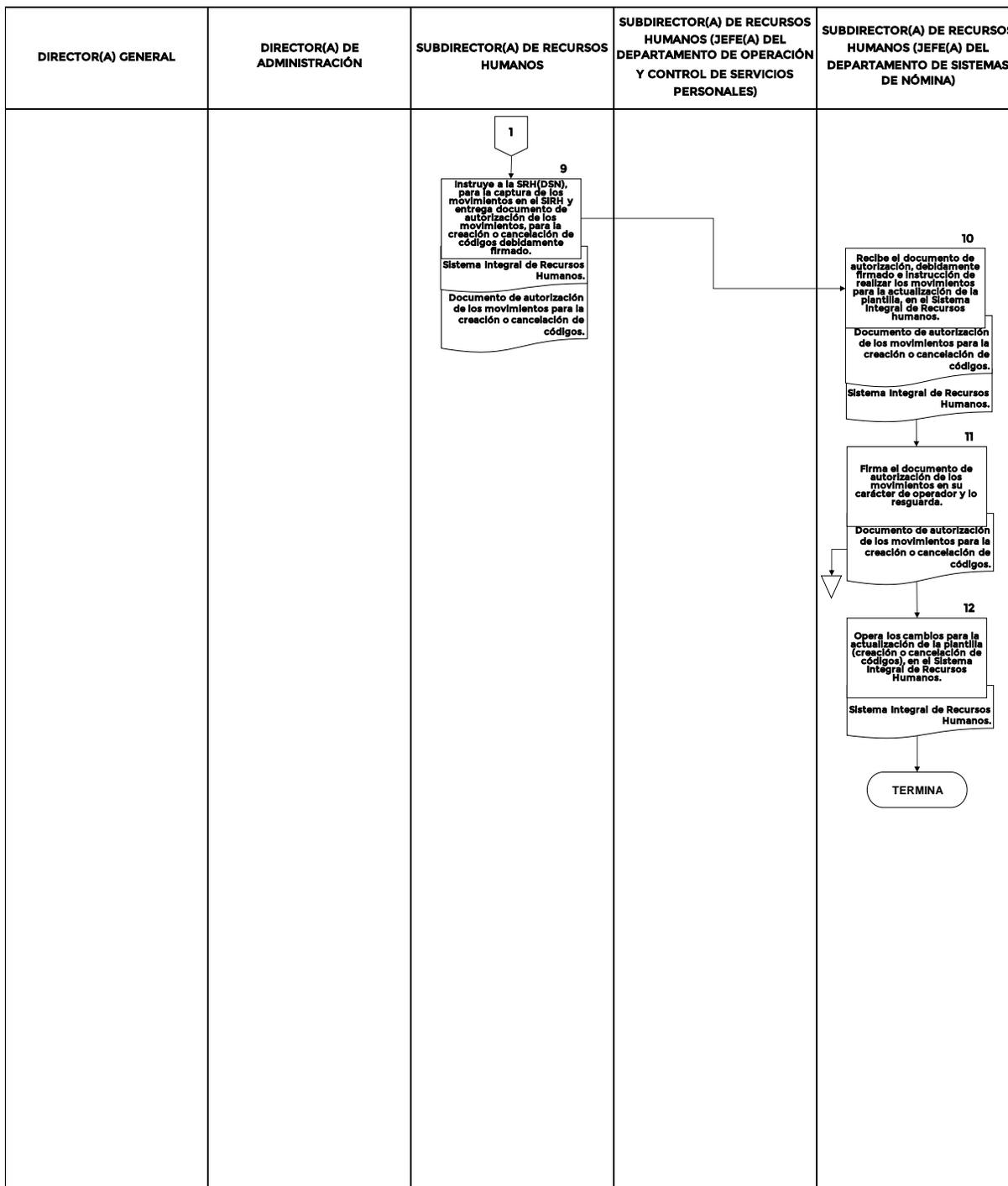
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal.



Rev. 0

Hoja:8 de 10



| | | | |
|--|--|---|---------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja:9 de 10 |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal | No aplica |
| 6.7 Catálogo de Puestos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio de envío de plantilla | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.2 Plantilla de personal | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.3 Estudio de plantilla | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.4 Sistema Integral de Recursos Humanos | No aplica | Subdirección de Recursos Humanos (departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.5 Documento de autorización de los movimientos para la creación o cancelación de códigos. | 3 años | Subdirección de Recursos Humanos (departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja:10 de 10 |
| | 37. Procedimiento para supervisar la actualización de la plantilla de personal. | | |

- 8.1 Actualización:** Introducir o aportar los datos más actuales o recientes a la plantilla de personal.
- 8.2 Cancelación:** Cambio de estatus de una plaza, la cual dejará de estar vacante.
- 8.3 Código:** Conjunto de números y letras específicas que son asignados a cada uno de los puestos que se encuentran registrados en el Catálogo de Puestos de la Secretaría de Salud.
- 8.4 Creación:** Asignación de una nomenclatura, código, nivel y vigencia a una plaza.
- 8.5 Plantilla de personal:** La plantilla de personal se define como el número de códigos y el número de personal que ocupa esos códigos, para alcanzar los objetivos de la institución. Es decir, la plantilla de personal implica la relación ordenada de los códigos y empleados.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 1 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

38. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR LAS RESOLUCIONES EMITIDAS POR LAS COMISIONES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 2 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Establecer los lineamientos a seguir para supervisar que las resoluciones emitidas por las Comisiones, relativas a remuneraciones o prestaciones de los/las trabajadores/as del Hospital Juárez de México, se apliquen de manera correcta, con la finalidad de operar con la validación de estos grupos de trabajo y evitar pagos indebidos.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Recursos Humanos, por ser quien supervisa que las resoluciones se apliquen correctamente, a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) y a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), por ser quienes ingresan los movimientos correspondientes en el Sistema Integral de Recursos Humanos; a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), por ser quien procesa las resoluciones en la nómina y resguarda los documentos correspondientes a este procedimiento.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, Comisión Central Mixta de Capacitación, Comisión Mixta de Evaluación Permanente y Comisión Central de Vestuario y Equipo, por ser quienes envían a la Subdirección de Recursos Humanos, las resoluciones que deben surtir efectos en el personal del Hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|---|--|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Relaciones Laborales, el Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Sistemas de Nómina, contar con los sistemas de información, los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Relaciones Laborales, el Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Sistemas de Nómina, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Relaciones Laborales, el Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Sistemas de Nómina, son los responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento se entiende por comisiones a las siguientes:
1. Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
 2. Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón.
 3. Comisión Central Mixta de Capacitación.
 4. Comisión Mixta de Evaluación Permanente.
 5. Comisión Central de Vestuario.
- 3.8 Es responsabilidad de las Comisiones, hacer llegar a la Subdirección de Recursos Humanos, las resoluciones que hayan tomado y que deban surtir efectos en el personal del Hospital.
- 3.9 La conformación y las funciones de las Comisiones, están normadas por sus respectivos reglamentos, los cuales han sido emitidos por la Secretaría de Salud.
- 3.10 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, supervisar la correcta aplicación de las resoluciones que hayan tomado las Comisiones y que deban surtir efectos en el personal del Hospital.

| | | | |
|---|--|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 4 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

- 3.11 Para efectos de este procedimiento se entiende como Áreas de Competencia a la Subdirección de Recursos Humanos, a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamentos de Relaciones Laborales) y a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales).
- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) fungir como Área de Competencia, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, de la Comisión Mixta de Evaluación Permanente y de la Comisión Central Mixta de Capacitación.
- 3.13 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales) fungir como Área de Competencia, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene y se refiere a la propuesta para el otorgamiento o rechazo de riesgo laboral de los/las trabajadores/as.
- 3.14 La Dirección de Administración, como miembro titular de la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, es responsable de enviar a la Subdirección de Recursos Humanos las Constancias Globales de Movimientos de Personal adscrito al Hospital, a quienes se les dictaminó el otorgamiento de derechos adicionales.
- 3.15 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales), fungir como Área de Competencia, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Central Mixta de Capacitación y se refiere al otorgamiento de tiempo para capacitarse (jornadas especiales o beca para capacitación).
- 3.16 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales), debe aplicar los movimientos correspondientes en el Sistema Integral de Recursos Humanos, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Central Mixta de Capacitación.
- 3.17 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales), fungir como Área de Competencia, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Mixta de Evaluación Permanente.
- 3.18 Cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Mixta de Evaluación Permanente, la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), debe

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 5 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

realizar el pago del estímulo económico (vales de despensa) a los/las trabajadores(as) acreedores(as).

- 3.19 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), recibe el listado de los/las trabajadores(as) acreedores(as) al estímulo económico (vales de despensa) y elabora la nómina correspondiente y el timbrado.
- 3.20 La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), funge como Área de Competencia, cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón y aplica los movimientos en la Nómina.
- 3.21 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), procesar la nómina de acuerdo al calendario.
- 3.22 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, fungir como Área de Competencia cuando la resolución recibida proviene de la Comisión Central de Vestuario y Equipo.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 6 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|------------|--|--|
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 1 | <p>-----</p> <p>Las Comisiones Central Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón, Comisión Central Mixta de Capacitación, Comisión Mixta de Evaluación Permanente y Comisión Central de Vestuario y Equipo, envían a la Subdirección de Recursos Humanos, las resoluciones determinadas que deben surtir efecto en el personal del Hospital y que deben ser atendidas por esta instancia.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Recibe las resoluciones de las Comisiones y las turna a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales y Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), en su calidad de Áreas de Competencia, dependiendo de la Comisión de que se trate.</p> | -Resoluciones emitidas por las Comisiones. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos / Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Relaciones Laborales) / Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Operación y Control de | 2 3 | <p>Recibe en su calidad de Áreas de Competencia las resoluciones, dependiendo de la Comisión de que se trate, analizan la información y capturan los movimientos y/o pagos en el Sistema Integral de Recursos Humanos.</p> <p>Notifica a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) que los movimientos han sido realizados. Archivan las resoluciones emitidas por las Comisiones.</p> | -Resoluciones emitidas por las Comisiones. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. |

Hoja: 7 de 11

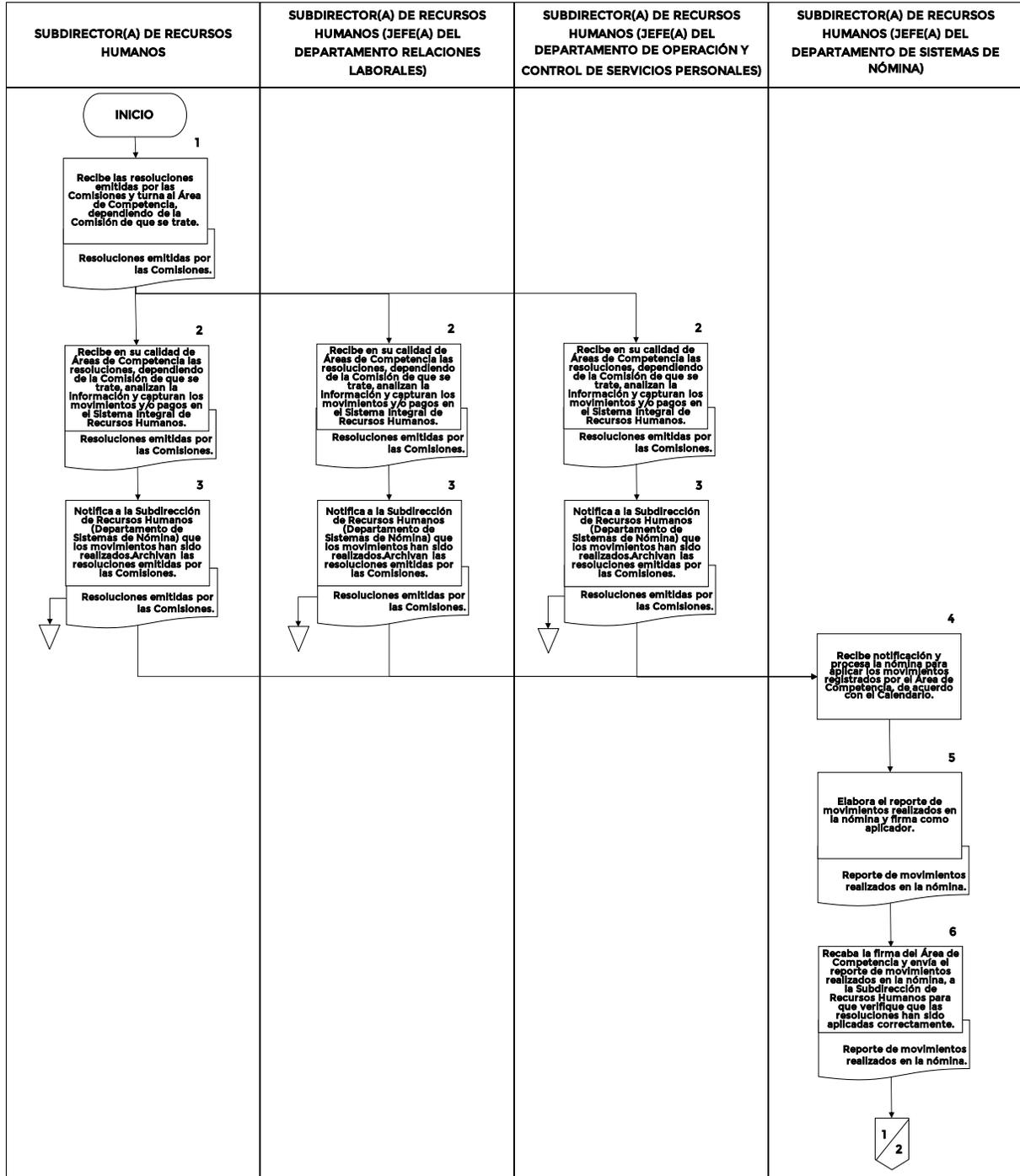
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Servicios Personales) | | | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | 4 | Recibe notificación y procesa la nómina para aplicar los movimientos registrados por el Área de Competencia, de acuerdo con el Calendario. | -Reporte de movimientos realizados en la nómina. |
| | 5 | Elabora el reporte de movimientos realizados en la nómina y firma como aplicador. | |
| | 6 | Recaba la firma de la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Relaciones Laborales o Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) como Área de Competencia y envía a la Subdirección de Recursos Humanos el reporte de movimientos realizados en la nómina, para que verifique que las resoluciones han sido aplicadas correctamente. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 7 | Recibe, revisa y verifica que las resoluciones estén correctamente aplicadas. ¿Han sido aplicadas correctamente todas las resoluciones? | -Reporte de movimientos realizados en la nómina. |
| | 8 | No: Regresa el reporte de movimientos realizados en la nómina y solicita su corrección. Regresa a la actividad 5. | |
| | 9 | Si: Firma en su carácter de supervisor el reporte de movimientos y autoriza los movimientos en la Nómina. | |
| | 10 | Envía el reporte a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) para su resguardo. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del | 11 | Recibe el reporte, aplica los movimientos en la Nómina, conforme al Calendario y lo archiva. | -Reporte de movimientos realizados en la nómina |

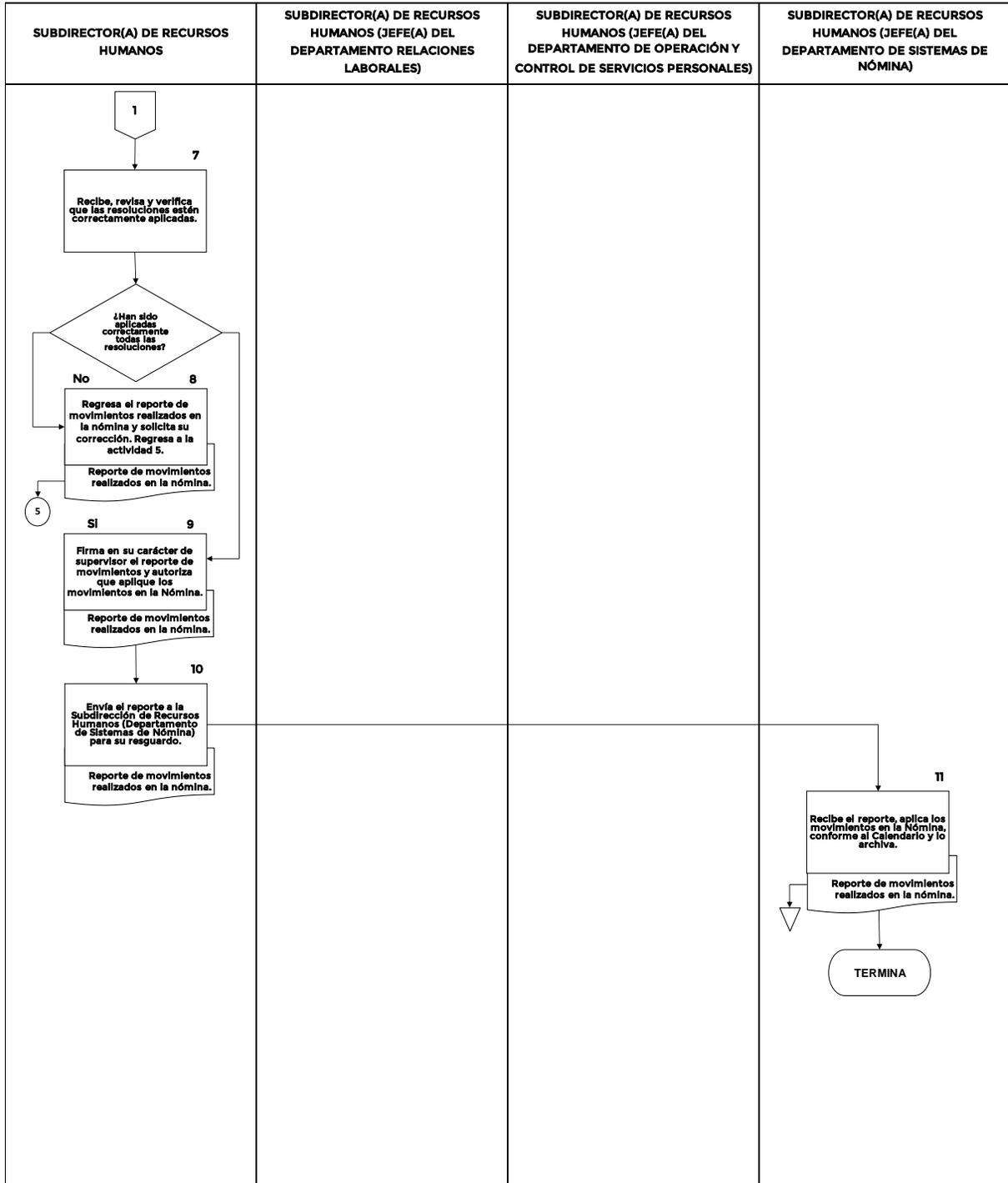
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | |
| Hoja: 8 de 11 | | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------------|----------|----------------------------|-------------------|
| Departamento de Sistemas de Nómina) | | TERMINA | |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 8 de 11 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 10 de 11 |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales. | No aplica |
| 6.4 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.5 Reglamento de Escalafón de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.7 Reglamento de Vestuario y Equipo de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.8 Reglamento de Seguridad e Higiene de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.9 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Resoluciones emitidas por las Comisiones | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Humanos (Departamentos de Relaciones Laborales), Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales). | No aplica |
| 7.2 Reporte de movimientos realizados en la nómina. | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Área de Competencia:** Área adscrita a la Subdirección de Recursos Humanos a quien le corresponde, especialmente por su cargo o condición, la obligación o función de atender determinados asuntos.
- 8.2 Comisión:** Conjunto de personas elegidas para realizar una determinada labor en representación de un colectivo.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 38. Procedimiento para supervisar las resoluciones emitidas por las comisiones del Hospital Juárez de México. | | Hoja: 11 de 11 |

8.3 Prestación: Son beneficios adicionales a los que el trabajador se hace acreedor al pertenecer a un vínculo laboral, las prestaciones nacen en la relación contractual y serán independientes al salario, podrán consistir en beneficios de diferente carácter, ya sea económico, cultural, o médico, entre otros.

8.4 Reglamento: Conjunto ordenado de reglas o preceptos dictados por la autoridad competente para la ejecución de una ley, para el funcionamiento de una dependencia, de un servicio o de cualquier actividad.

8.5 Remuneración: Se conoce como remuneración al pago o retribución de un servicio o trabajo establecido en el contrato de trabajo. La remuneración es la cantidad de dinero o beneficio que se da a una persona como pago de su servicio o trabajo.

8.6 Resolución: Se entiende como resolución al acto y consecuencia de resolver o resolverse (es decir, de encontrar una solución para una dificultad o tomar una determinación decisiva).

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020 | Nueva Creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | Hoja: 1 de 16 |

39. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL TRÁMITE DE LA LIQUIDACIÓN DE PERSONAL.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar que el trámite de la liquidación del personal del Hospital Juárez de México, se realice con apego al cálculo del monto de la liquidación y del Impuesto Sobre la Renta (ISR) correspondiente, con la finalidad de dar por terminada la relación laboral con el/la trabajador(a).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General porque es quien autoriza la indemnización (liquidación) por terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo; A la Dirección de Administración, porque es quien da visto bueno al cálculo por indemnización (liquidación) por terminación de la relación laboral por mutuo acuerdo; A la Subdirección de Recursos Humanos, porque es quien supervisa la elaboración del cálculo de la indemnización (liquidación); A la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), por ser responsable de elaborar el cálculo de liquidación y del impuesto correspondiente. A la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios personales), porque es quien elabora la cuenta por liquidar; A la Subdirección de Recursos Financieros, porque autoriza la cuenta por liquidar y elabora el cheque y la póliza de cheque; A la Dirección General (Unidad Jurídica), por ser quien realiza las gestiones jurídicas ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje para que a través de esta última se entregue el cheque al/a la trabajador (a).
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje porque es quien realiza la/las audiencia(s) por terminación de la relación laboral y es quien entrega el cheque al/la trabajador(a); a la Secretaría de Salud por ser quien otorga el recurso presupuestal para la liquidación por terminación de la relación laboral.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 3 de 16 |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, contar con los sistemas de información, con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan en este procedimiento.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y el Departamento de Sistemas de Nómina, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales y Departamento de Sistemas de Nómina, son los responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generen como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Dirección General, conforme a sus atribuciones, determina qué personal puede ser susceptible de liquidación e instruye a la Dirección de Administración, para que se inicie el trámite de liquidación correspondiente.
- 3.8 Es responsabilidad de la Dirección de Administración, instruir a la Subdirección de Recursos Humanos, para que inicie el cálculo de liquidación del/de la trabajador/a.
- 3.9 La Subdirección de Recursos Humanos, solicita a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), que efectúe el cálculo del monto de la liquidación y del impuesto correspondiente.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, es responsable de realizar el cálculo de la liquidación tomando en cuenta antigüedad del/de la trabajador(a), el código de la plaza y fecha de ingreso y egreso. Asimismo, determina el impuesto conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta y el Reglamento de la Ley

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | Hoja: 4 de 16 |

del Impuesto Sobre la Renta, con base a la Ley Federal del Trabajo en su artículo 95 fracción II).

- 3.11 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Sistemas de Nómina, elabora la memoria del cálculo de la liquidación.
- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, revisar que la memoria del cálculo sea correcta y firmarla de elaboración.
- 3.13 La Hoja de cálculo debe contener el visto bueno del/ de la Director(a) de Administración y estar autorizada por el/la Director(a) General.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, elaborar una cuenta por liquidar del monto neto de la memoria del cálculo de la liquidación.
- 3.15 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos, solicitar a la Subdirección de Recursos Financieros, la autorización de la cuenta por liquidar.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Financieros, es responsable de autorizar la cuenta por liquidar y elaborar el cheque y póliza de cheque a nombre del/de la ex trabajador(a).
- 3.17 La Subdirección de Recursos Humanos recibe el cheque y la póliza de cheque original a nombre del/de la ex trabajador(a) y la envía a la Dirección General (Unidad Jurídica).
- 3.18 La Dirección General (Unidad Jurídica, debe entregar a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje el cheque de liquidación por terminación de la relación laboral, para que lo haga llegar al/a la trabajador(a) y recabe la firma y huella de recibido.
- 3.19 Es responsabilidad de la Dirección General (Unidad Jurídica), entregar a la Subdirección de Recursos Humanos, original del acta de audiencia, copia del convenio, copia del cheque y el original de la póliza del cheque en la que consta la firma y huella de recibido del/de la ex trabajador(a).
- 3.20 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de solicitar a la Secretaría de Salud el recurso presupuestal correspondiente.
- 3.21 La Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Operación y Control de Servicios Personales, es responsable de enviar a la

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | Hoja: 5 de 16 |

Subdirección de Recursos Financieros, copia del acta de audiencia, copia del convenio, copia del cheque y el original de la póliza del cheque en la que consta la firma y huella de recibido del/la trabajador(a) para su resguardo.

- 3.22 La Subdirección de Recursos Humanos solicita a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) que genere el Comprobante Fiscal Digital CFDI del pago de la liquidación para lo cual anexa copia de la póliza del cheque.
- 3.23 La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable de enviar el importe determinado a través del cálculo del Impuesto Sobre la Renta (ISR) de la liquidación, a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para la generación de una cuenta por liquidar para el entero de dicha retención.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. Hoja: 6 de 16 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| Director(a) General | 1 | Instruye a la Dirección de Administración, para que se inicie el trámite de liquidación correspondiente. | |
| Director(a) de Administración | 2 | Recibe y gira instrucciones mediante oficio, a la Subdirección de Recursos Humanos, para que se inicie el proceso de liquidación del/de la trabajador(a) en cuestión. | -Oficio proceso de liquidación. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 3 | Recibe oficio con la indicación de iniciar el proceso de liquidación y lo envía a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), para realizar el cálculo del monto de la liquidación y del Impuesto Sobre la Renta (ISR). | -Oficio proceso de liquidación. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 4 | Recibe oficio y realiza el cálculo de la liquidación del/la trabajador(a), tomando en cuenta su antigüedad, su código y fecha de ingreso y egreso. Archiva oficio. | -Oficio proceso de liquidación. -Memoria del cálculo de la liquidación. |
| | 5 | Determina el impuesto conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta (ISR) y su Reglamento. | |
| | 6 | Elabora la memoria del cálculo de la liquidación. | |
| | 7 | Envía a la Subdirección de Recursos Humanos, para que revise y autorice la memoria del cálculo de la liquidación. | |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 8 | Recibe y revisa que la memoria del cálculo de la liquidación sea correcta. | -Memoria del cálculo de la liquidación. -Memoria del cálculo de la liquidación. |
| | 9 | ¿Es correcta la memoria del cálculo de la liquidación? No: Regresa la memoria del cálculo de la liquidación, a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina), para su corrección. Regresa a la | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. Hoja: 7 de 16 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | 10 | <p>actividad 6.</p> <p>Si: Firma de elaboración la memoria del cálculo de la liquidación.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Subdirección de Recursos Humanos solicita a la Dirección de Administración su visto bueno en la Hoja de cálculo y recaba la firma de autorización de la Dirección General.</p> | -Cuenta por liquidar. |
| | 11 | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Envía la memoria del cálculo de la liquidación debidamente autorizada e instruye a la Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), para que elabore una cuenta por liquidar.</p> | |
| | 12 | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), elabora la cuenta por liquidar.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Solicita mediante oficio a la Subdirección de Recursos Financieros, la autorización de la cuenta por liquidar.</p> | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 13 | Recibe el oficio, la cuenta por liquidar y la autoriza. Archiva oficio. | -Oficio para autorización de cuenta por liquidar. |
| | 14 | Notifica a la Subdirección de Recursos Humanos, que la cuenta por liquidar está autorizada. | -Cuenta por liquidar. -Cuenta por liquidar autorizada. |
| Subdirector(a) | 15 | Recibe notificación de la autorización de la | -Cuenta por |

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. <div style="text-align: right;">Hoja: 8 de 16</div> | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| de Recursos Humanos | | cuenta por liquidar y solicita por escrito a la Subdirección de Recursos Financieros, la elaboración del cheque a nombre del/de la ex trabajador(a) de la liquidación. | liquidar autorizada. -Oficio de solicitud de cheque a nombre del trabajador(a). |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 16 | Elabora el cheque y póliza de cheque a nombre del/de la ex trabajador(a) de la liquidación y los envía mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos. | -Cheque. -Póliza de cheque. -Oficio de envío de cheque y póliza de cheque. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 17 | Recibe oficio, cheque y la póliza de cheque original y coteja la documentación recibida. | -Oficio de envío de cheque y póliza de cheque. |
| | | ¿Son correctos los documentos proporcionados por la Subdirección de Recursos Financieros? | -Cheque. -Póliza de cheque. |
| | 18 | No. Solicita se realice corrección y regresa a la actividad 16. | -Memoria del cálculo de la liquidación. |
| | 19 | Sí: Valida la documentación y entrega a la Dirección General (Unidad Jurídica), oficio, cheque, póliza de cheque y la memoria del cálculo de la liquidación en original. | |
| Director(a) General (Jefe(a) de la Unidad Jurídica) | 20 | Recibe original de oficio, cheque, póliza de cheque y copia de la memoria del cálculo de la liquidación, para ser entregado en la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, al/a la ex trabajador(a) firma y pone huella. ----- ----- La Junta Federal de Conciliación y Arbitraje hace entrega del cheque de liquidación por terminación de la relación laboral al/a la ex trabajador(a). | -Oficio de envío de cheque y póliza de cheque. -Cheque -Póliza del cheque -Memoria del cálculo de la liquidación |
| | 21 | ----- ----- Entrega a la Subdirección de Recursos | -Oficio de entrega de documentos. -Acta de la audiencia |

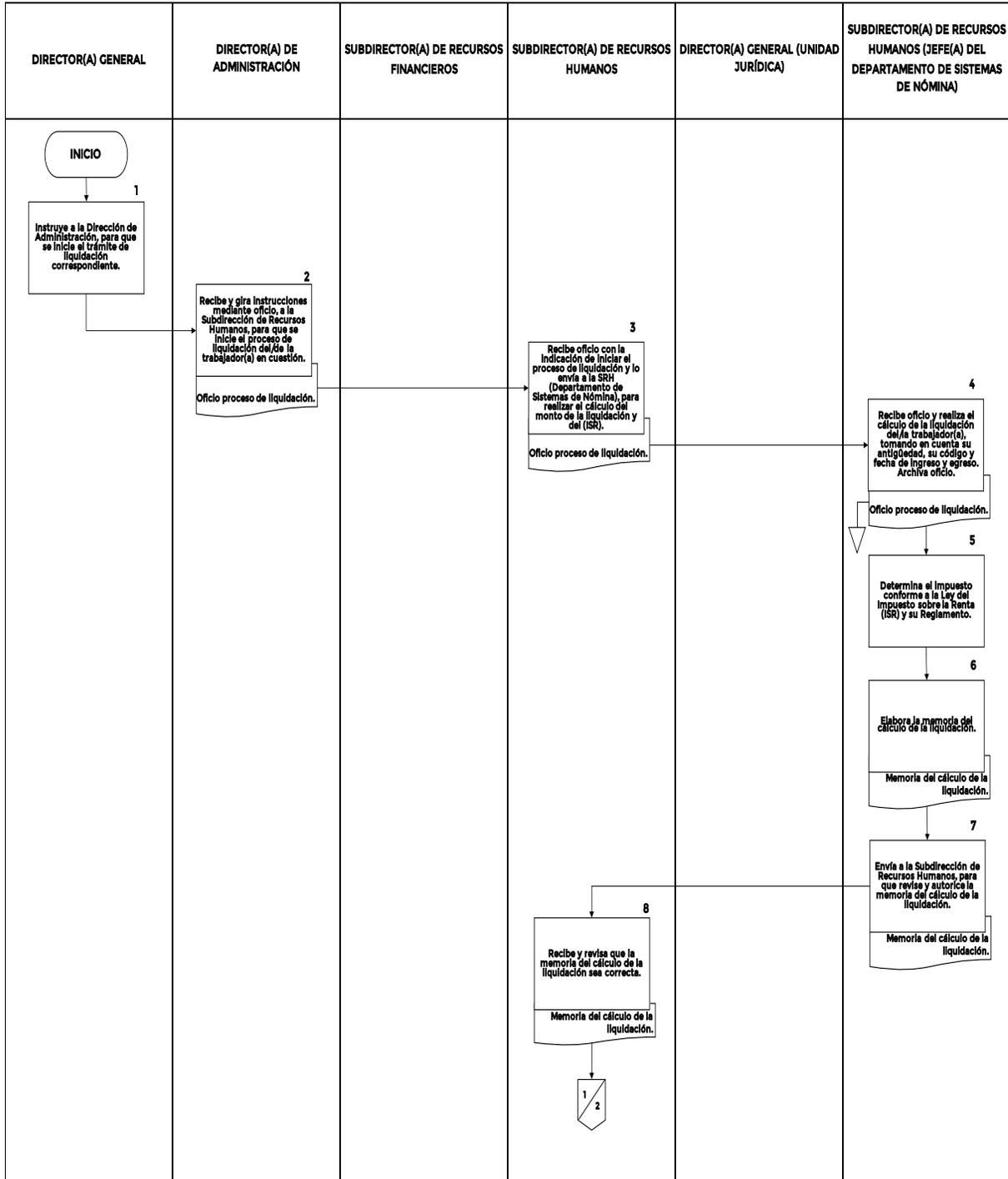
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. Hoja: 9 de 16 |

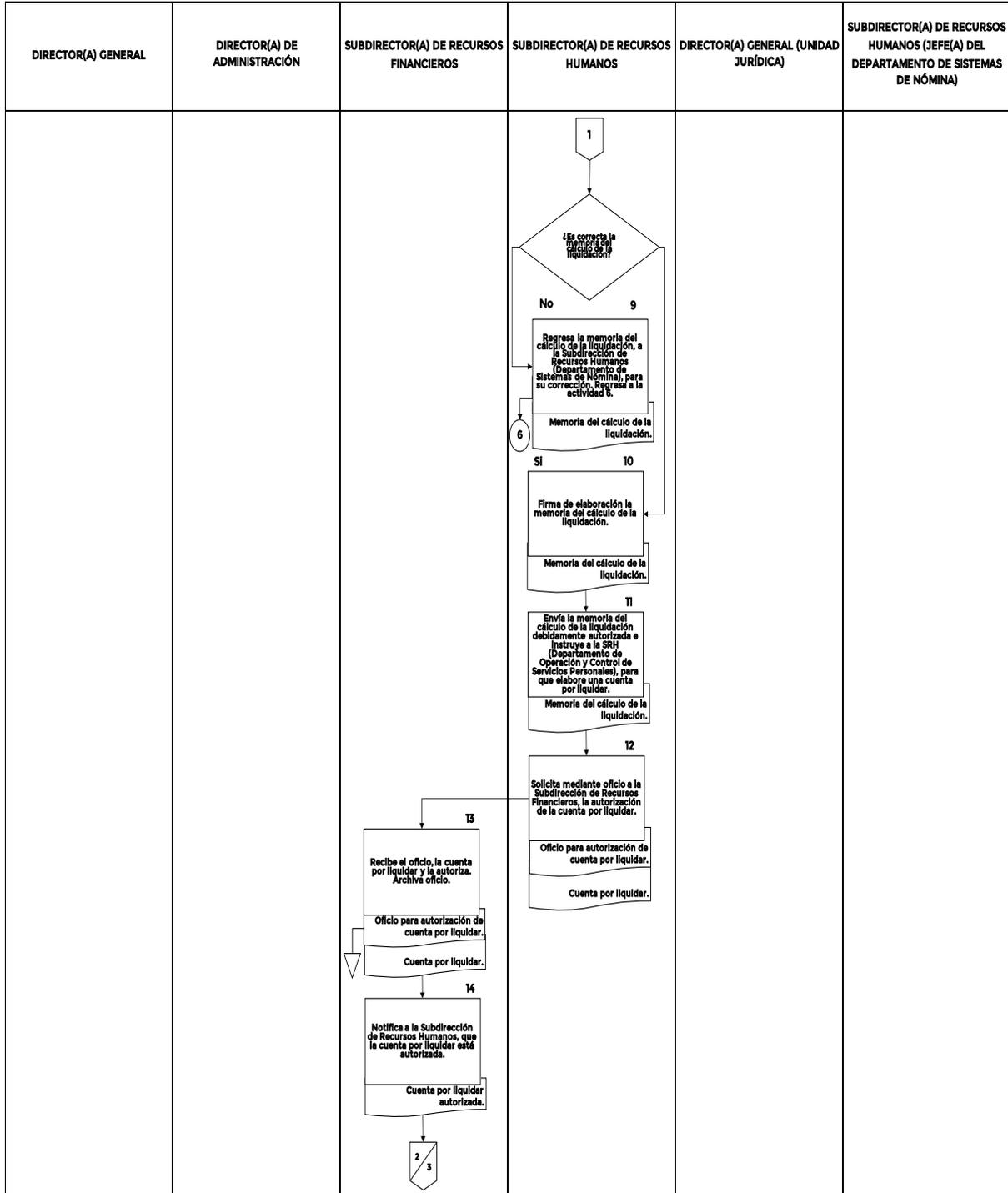
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | Humanos, mediante oficio, original del acta de la audiencia, copia del convenio, copia del cheque y original de la póliza del cheque en donde consta la firma y huella de recibido del/de la trabajador(a). | (original). -Convenio firmado en la junta de conciliación (copia) -Copia del cheque. -Póliza del cheque. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos | 22 | Recibe oficio, original del acta de la audiencia, copia del convenio, copia de cheque, original de la póliza del cheque y entrega a la Subdirección de Recursos Financieros, para su resguardo y archivo. | -Oficio de entrega de documentos. -Acta de la audiencia (original). -Convenio firmado en la junta de conciliación (copia). -Copia del cheque. -Póliza del cheque. |
| | 23 | ----- ----- La Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales), es la encargada de solicitar el recurso presupuestal correspondiente, a la Secretaría de Salud. ----- ----- | -Oficio generación de Comprobante Fiscal Digital (CFDI). -Copia de la póliza del cheque. |
| Subdirector(a) de Recursos Humanos (Jefe(a) del Departamento de Sistemas de Nómina) | 24 | Recibe oficio y copia de la póliza de cheque, y timbra el Comprobante Fiscal Digital (CFDI), correspondiente a la liquidación. | -Oficio generación de Comprobante Fiscal Digital (CFDI). |
| | 25 | Envía por oficio a la Dirección General (Unidad Jurídica), el timbrado del Comprobante Fiscal Digital (CFDI). ----- ----- | -Copia de la póliza del cheque. -Timbrado del Comprobante |

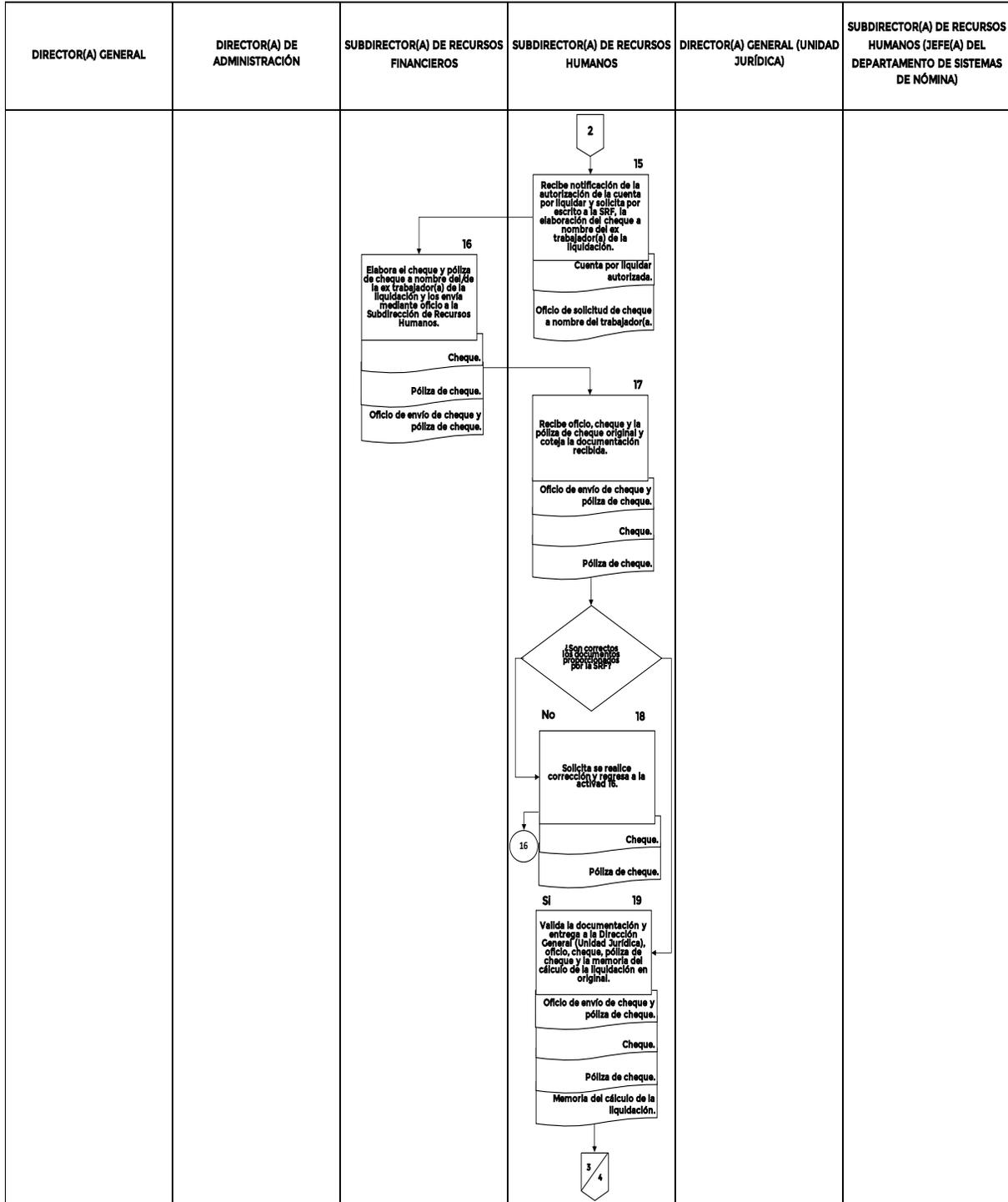
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. Hoja: 10 de 16 |

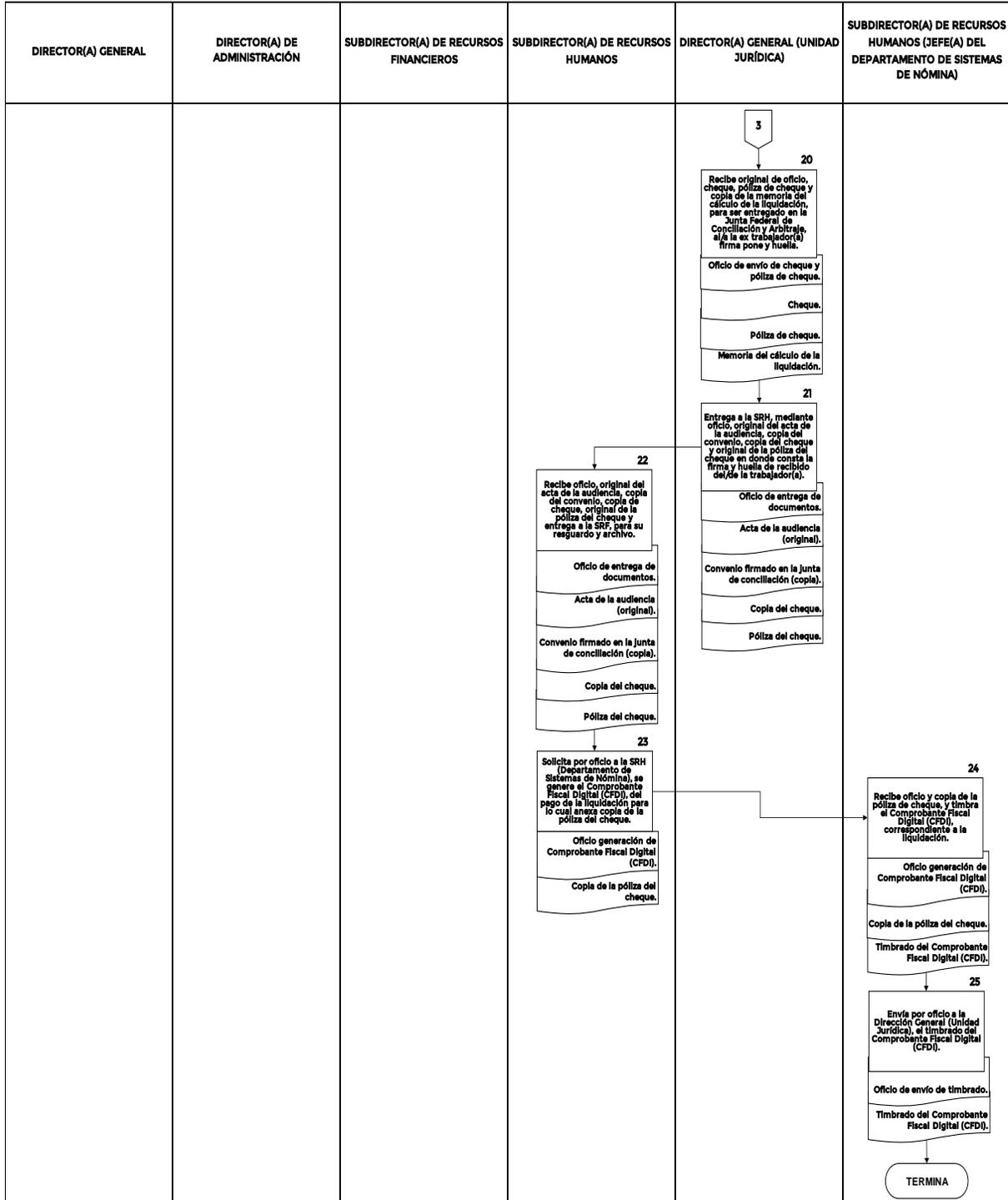
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|---|
| | | La Dirección General (Unidad Jurídica), recibe timbrado del Comprobante Fiscal Digital (CFDI). ----- ----- TERMINA. | Fiscal Digital (CFDI). -Oficio de envío de timbrado. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO









| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | Hoja: 14 de 16 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado | No aplica |
| 6.2 Ley del Impuesto sobre la Renta | No aplica |
| 6.3 Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta | No aplica |
| 6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio proceso de liquidación. | 2 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.2 Memoria del cálculo de la liquidación. | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.3 Oficio para autorización de cuenta por liquidar. | 2 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.4 Cuenta por liquidar. | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.5 Cuenta por liquidar autorizada. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.6 Oficio solicitud de cheque a nombre del/de la trabajador(a). | 2 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.7 Cheque | No aplica | Trabajador(a) | No aplica |
| 7.8 Póliza de cheque. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.9 Oficio de envío de cheque y póliza de cheque. | 2 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.10 Oficio de entrega de documentos. | 2 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.11 Acta de la | 6 años | Subdirección de Recursos | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 15 de 16 |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | |

| audiencia. | | Financieros | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.12 Convenio firmado por la junta de conciliación. | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Operación y Control de Servicios Personales) | No aplica |
| 7.13 Copia del cheque. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.14 Oficio de generación de comprobante Fiscal Digital. | 2 años | Dirección General (Unidad Jurídica) | No aplica |
| 7.15 Copia de la póliza de cheque. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.16 Timbrado del Comprobante Fiscal Digital (CFDI). | 6 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina) | No aplica |
| 7.17 Oficio de envío de timbrado. | 2 años | Subdirección de Recursos Humanos (Departamento de Sistemas de Nómina)/ Dirección General (Unidad Jurídica) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cálculo:** Acción de hacer las operaciones matemáticas necesarias para averiguar el resultado, el valor o la medida de algo, en expresión numérica.
- 8.2 Cheque:** Libramiento u orden de pago que extiende al portador o a nombre de un tercero que tiene una cuenta corriente en una institución de crédito. Instrumento o documento mediante el cual se transfieren depósitos bancarios entre individuos.
- 8.3 Liquidación:** La liquidación es propiamente una indemnización que se debe pagar al trabajador cuando la responsabilidad de la rescisión de la relación laboral recae en el patrón.
- 8.4 Memoria del cálculo de la liquidación:** Son todos aquellos ejercicios y operaciones necesarias para determinar el monto al que asciende la liquidación.
- 8.5 Póliza del cheque:** Llamada también póliza de egreso de dinero, es un documento creado con la finalidad de garantizar la comprobación del pago con un cheque.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | Hoja: 16 de 16 |
| | 39. Procedimiento para supervisar el trámite de la liquidación de personal. | | |

8.6 Timbrado.- Factura Electrónica emitida por la Subdirección de Recursos Humanos, que debe contener los requisitos legales por el Servicio de Administración Tributaria, para que la haga válida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020 | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 1 de 13 |

40. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE INGRESOS PROPIOS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Registrar presupuestal y contablemente los recursos propios que capta el Hospital Juárez de México, conforme a los controles internos y la normatividad en la materia, para ejercerlos en el gasto de operación.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica por ser quien reporta los casos atendidos de pacientes afiliados/as al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección de Administración, porque como administradores de contratos aplican las penas convencionales por el incumplimiento de obligaciones y las informan a la Subdirección de Recursos Financieros; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, porque informa los ingresos por el pago de arrendamiento de espacios físicos y por las penas convencionales cobradas a los proveedores de bienes por incumplimiento en las obligaciones contractuales; a la Subdirección de Recursos Financieros por ser quien coordina los trabajos para el registro de los recursos; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) por ser quien capta los ingresos por concepto de cuotas de recuperación y realiza las conciliaciones bancarias de los ingresos propios captados; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) por ser quien registra los ingresos para efectos del flujo de efectivo; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) porque realiza los registros contables de los ingresos propios e integra las conciliaciones mensuales.
- 2.2 A nivel externo: A las instituciones bancarias que emiten los estados de cuenta.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 3 de 13 |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, del Departamento de Integración Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, del Departamento de Integración Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, debe informar los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, del Departamento de Integración Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento, se considera como Directores de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Los ingresos propios se dividen en los siguientes conceptos:
 - Cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos, los cuales se cobran en las cajas del Hospital.
 - Atención de pacientes afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).
 - Espacios de arrendamiento.
 - Aplicación de penas convencionales a proveedores de bienes y servicios.
- 3.9 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, capta en las cajas los ingresos por concepto de pago de servicios médicos, de acuerdo con el Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 4 de 13 |

- 3.10 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, genera diariamente el "Reporte de Ingresos" captados en las cajas del hospital, al cual adjunta la documentación soporte correspondiente.
- 3.11 La Subdirección de Recursos Financieros recibe vía oficio de la Dirección Médica (Coordinación del INSABI), la solicitud para elaborar la factura por el monto correspondiente a los/las pacientes atendidos/as del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), al cual anexa el soporte documental correspondiente.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, genera la factura por el monto de los casos atendidos que son reportados por la Dirección Médica y la envía mediante correo electrónico al Instituto de Salud para el Bienestar, para que realice el depósito correspondiente y remite copia del correo a la Dirección Médica (Coordinación del INSABI) para su conocimiento.
- 3.13 Los recursos que ingresan por pacientes del Instituto de Salud para el Bienestar se reciben por transferencia en la cuenta bancaria establecida para tal efecto por la Subdirección de Recursos Financieros.
- 3.14 La Subdirección de Recursos Financieros recibe de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios las fichas de depósito por pago de arrendamiento de espacios físicos con base en los contratos celebrados con los arrendatarios.
- 3.15 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, debe cotejar que el monto de los depósitos por pago de arrendamiento se encuentre reflejado en los estados de cuenta bancarios y elaborar la factura correspondiente para su envío por correo electrónico al arrendatario.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios remite por oficio a la Subdirección de Recursos Financieros, las fichas de depósito por el monto de las penas convencionales aplicadas a los proveedores de bienes derivadas del incumplimiento a las obligaciones contractuales.
- 3.17 Las direcciones de área que administran contratos, envían a la Subdirección de Recursos Financieros el soporte documental de los depósitos por penas convencionales aplicadas a los proveedores de servicios por el incumplimiento en las obligaciones contractuales.
- 3.18 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, debe informar a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal y Departamento de

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 5 de 13 |

Contabilidad), el monto y concepto de los ingresos propios recibidos para que los recursos sean considerados en el flujo de efectivo y se realicen los registros contables, respectivamente.

- 3.19 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal, registra los ingresos propios captados en el Estado de ingresos propios programados y captados, para efectos del flujo de efectivo.
- 3.20 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Contabilidad, realiza los registros contables de los ingresos propios captados, con base en lo establecido en la lista de cuentas determinada en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, así como en el Clasificador por Objeto del Gasto.
- 3.21 Mensualmente la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Contabilidad, realiza conciliaciones para comprobar que todos los depósitos por ingresos propios se encuentren reflejados en las cuentas bancarias correspondientes y que estén registrados contablemente.
- 3.22 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros supervisar que se realicen las conciliaciones mensuales y firmarlas de conformidad.

| | | |
|--|--|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | Hoja: 6 de 13 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| Directores(as) de área/Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios | 1 | Envía a la Subdirección de Recursos Financieros oficio con la documentación soporte de los ingresos propios captados por los siguientes conceptos y archivan acuse de recibo. <ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); - Arrendamiento; - Penas convencionales aplicadas a proveedores de bienes. - Penas convencionales aplicadas a prestadores de servicios. | -Oficios con información de ingresos propios captados. -Documentación soporte. -Acuse de Oficios con información de ingresos propios captados. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 2 | Recibe oficios con información de ingresos propios captados con la documentación soporte y turna a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería). | -Oficios con información de ingresos propios captados. -Documentación soporte. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) del Departamento de Tesorería) | 3 | Recibe de la Subdirección de Recursos Financieros oficios con la documentación soporte de los ingresos captados asimismo genera el Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación cobrados en las cajas del Hospital. | -Oficios con información de ingresos propios captados. -Documentación soporte. -Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. |
| | 4 | Verifica que los montos de todos los ingresos captados se encuentren reflejados en los estados de cuenta bancarios correspondientes. ¿Los ingresos están reflejados en los estados de cuenta? | |
| | 5 | No: Realiza las gestiones necesarias ante la institución bancaria para su aclaración y/o corrección. Regresa a la actividad 4. | |
| | 6 | Si: Genera dos copias de los oficios, la documentación soporte, los estados de cuenta bancarios y el reporte diario de | |

| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | |

Hoja: 7 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | | ingresos por cuotas de recuperación; entrega una copia a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) y el original a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) recabando el acuse de recibo en la copia que conserva. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe(a) del Departamento de Integración Presupuestal) | 7 | Recibe una copia de los oficios, la documentación soporte, los estados de cuenta bancarios y el Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. | -Oficios con información de ingresos propios captados. |
| | 8 | Registra los ingresos en el Estado de ingresos propios programados y captados, para que sean considerados en el flujo de efectivo. Archiva la copia los oficios, la documentación soporte, los estados de cuenta bancarios y el Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. | -Documentación soporte. -Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. -Estado de ingresos propios programados y captados. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe(a) de Departamento de Contabilidad) | 9 | Recibe el original de los oficios, la documentación soporte, los estados de cuenta bancarios y el Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación y realiza los registros contables. | -Oficios con información de ingresos propios captados. |
| | 10 | Elabora las conciliaciones bancarias mensuales, a fin de comprobar que todos los depósitos por ingresos propios se encuentren reflejados en las cuentas bancarias y que estén registrados contablemente. | -Documentación soporte. -Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. |
| | 11 | Firma las conciliaciones bancarias mensuales y las presenta a la Subdirección de Recursos Financieros. | -Registros contables -Conciliaciones bancarias mensuales. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 12 | Recibe las conciliaciones bancarias mensuales y revisa que la información sea consistente. | -Conciliaciones bancarias mensuales. |

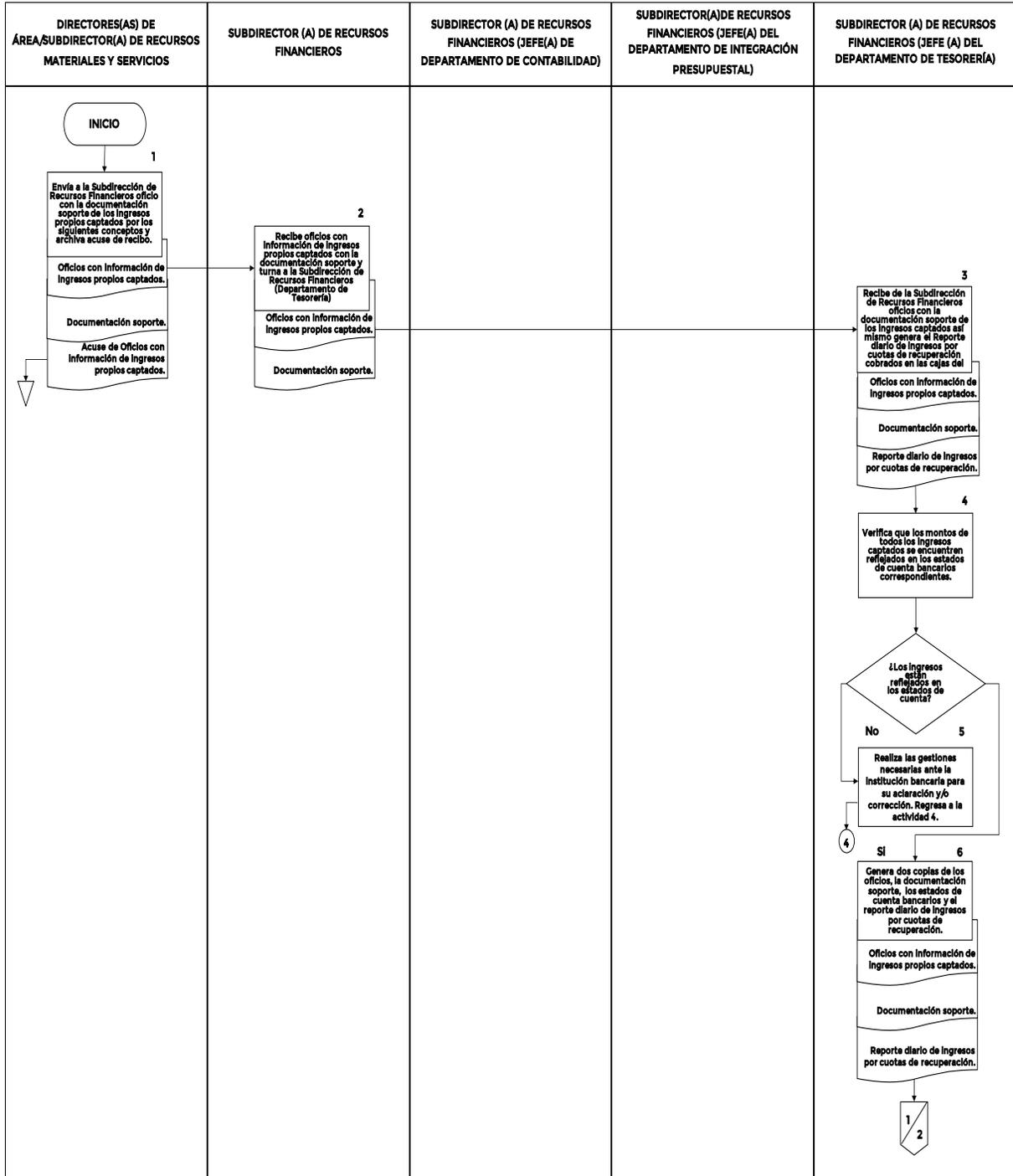
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | |

Hoja: 8 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | | ¿La información de las conciliaciones es consistente? | |
| | 13 | No: Solicita a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) que realice las aclaraciones correspondientes. Regresa a la actividad 10. | |
| | 14 | Si: Firma de conformidad las conciliaciones bancarias mensuales y las regresa a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad). | |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe(a) de Departamento de Contabilidad) | 15 | <p>Recibe las conciliaciones bancarias mensuales firmadas y las archiva junto con el original de los oficios, la documentación soporte, los estados de cuenta bancarios, el Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación y los registros contables.</p> <p>TERMINA</p> | <p>-Oficios con información de ingresos propios captados.</p> <p>-Documentación soporte.</p> <p>-Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación.</p> <p>-Registros contables</p> <p>-Conciliaciones bancarias mensuales.</p> |

| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 9 de 13 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

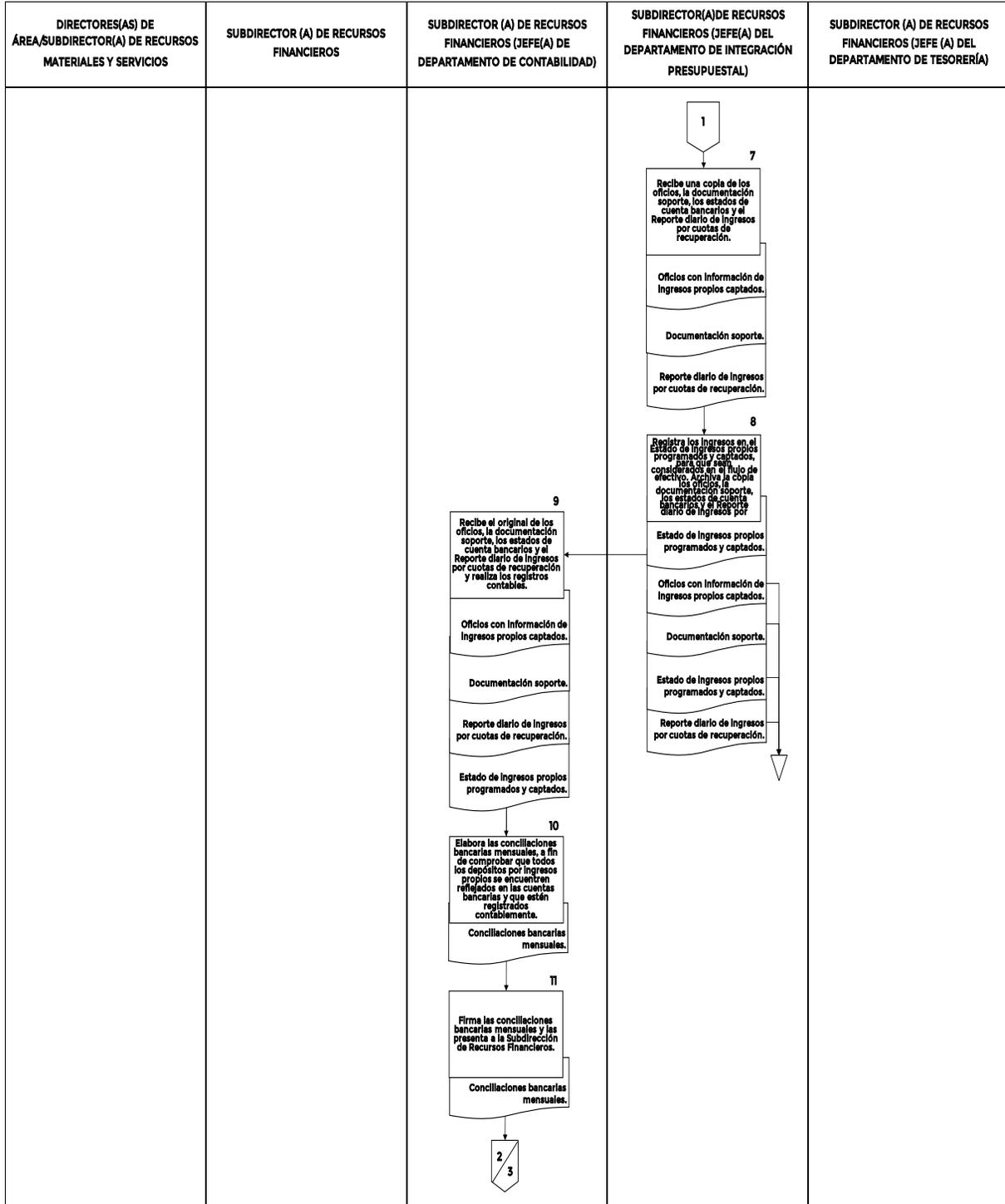
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

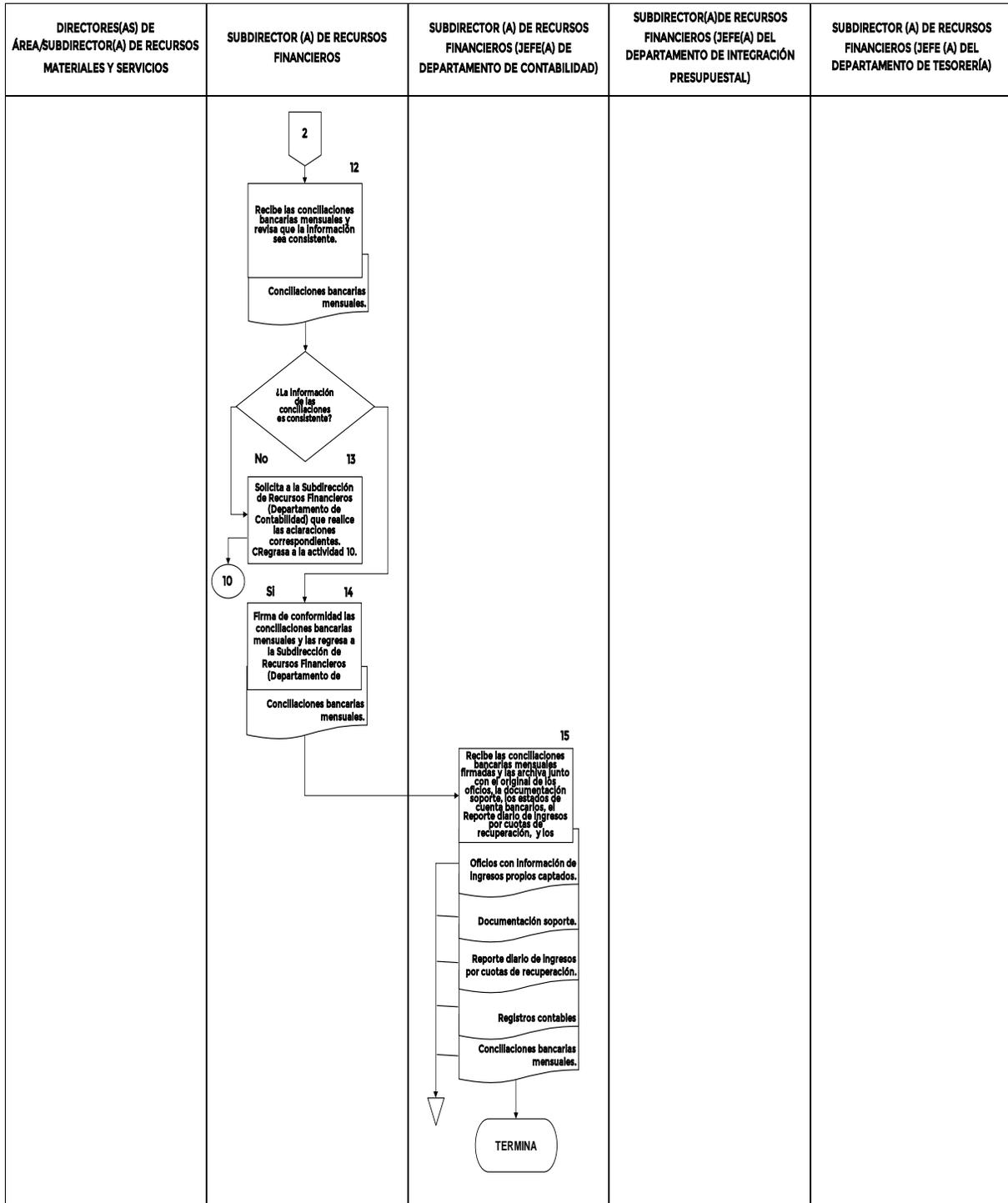
40. Procedimiento para el registro de ingresos propios.



Rev. 0

Hoja: 10 de 13





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 12 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Contabilidad Gubernamental. | No aplica |
| 6.2 Clasificador por objeto del gasto para la administración pública federal. | No aplica |
| 6.3 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Oficios con información de ingresos propios captados. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.2 Documentación soporte. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.3 Acuse de Oficios con información de ingresos propios captados. | 1 año | Direcciones de Área/Subdirección de Recursos Materiales y Servicios | No aplica |
| 7.4 Reporte diario de ingresos por cuotas de recuperación. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.5 Estado de ingresos propios programados y captados. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) | No aplica |
| 7.6 Registros contables. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.7 Conciliaciones bancarias mensuales. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 40. Procedimiento para el registro de ingresos propios. | | Hoja: 13 de 13 |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Conciliación bancaria: es un proceso que permite confrontar y conciliar los valores económicos que una entidad tiene registrados sobre una cuenta, con sus movimientos bancarios, así como clasificar el libro auxiliar de contabilidad para confrontarlo con el extracto.

8.2 Flujo de efectivo: Es el control en el que se registran el origen y aplicación de los recursos de una entidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 1 de 13 |

41. PROCEDIMIENTO PARA EL EJERCICIO DEL GASTO.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Mantener el control presupuestal y contable del ejercicio del gasto del Hospital Juárez de México con la implementación de controles internos y los externos que determinen las instancias correspondientes, para mantener finanzas sanas y transparentes evitando el subejercicio de los recursos.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica y a la Dirección de Administración como administradoras de contratos de servicios ya que solicitan el pago a los proveedores; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios), por ser quien solicita el pago a los proveedores por los bienes adquiridos e ingresados a los almacenes; a la Subdirección de Recursos Financieros porque recibe y autoriza las solicitudes de pago; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) porque determina con qué tipo de recursos se paga a los proveedores; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) por ser quien realiza los pagos; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) por ser quien registra contablemente los pagos efectuados.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por ser quien administra el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y el Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 3 de 13 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, el Departamento de Integración Presupuestal y el Departamento de Contabilidad, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan como parte de este procedimiento.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, el Departamento de Integración Presupuestal y el Departamento de Contabilidad, debe informar los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros a través Departamento de Tesorería, el Departamento de Integración Presupuestal y el Departamento de Contabilidad, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento, se considera como Directores (as) de Área, a los/as Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, solicita a la Subdirección de Recursos Financieros el pago a proveedores por concepto de los bienes que ingresaron a los almacenes, para lo cual envía lo siguiente:
- Oficio firmado por la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) solicitando el pago;
 - Facturas de los bienes (pedidos) debidamente selladas por el almacén que los recibió;
 - Reporte del sistema electrónico del almacén, que evidencie el ingreso de los bienes.

El importe de la factura debe coincidir con el registrado en el sistema electrónico del almacén.

- 3.9 Las direcciones de área que administran contratos solicitan a la Subdirección de Recursos Financieros el pago a proveedores por concepto de los servicios recibidos, para lo cual envían lo siguiente:

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 4 de 13 |

- Oficio firmado por el administrador del contrato;
- Facturas debidamente selladas y/o con el visto bueno de la dirección de área administradora del contrato;
- Soporte documental que ampara la prestación de los servicios.

El importe de la factura debe coincidir con del soporte documental.

- 3.10 La Subdirección de Recursos Financieros verifica que las solicitudes de pago estén debidamente soportadas conforme a las políticas 3.9 y 3.10.

En caso de que la documentación esté incompleta o presente inconsistencias, la Subdirección de Recursos Financieros la devuelve mediante oficio a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) y/o a las direcciones de área administradoras de contratos, con la finalidad de que la complementen o aclaren las inconsistencias identificadas.

- 3.11 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal, determina el origen de los recursos para el pago, ya sea federales y/o con recursos propios, de acuerdo a la disponibilidad y el calendario presupuestal.

- 3.12 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal, debe registrar todas las facturas recibidas en el control interno establecido, así como el origen de los recursos para efectuar su pago.

- 3.13 En el caso de recursos propios, la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal, genera la relación de compromisos con recursos propios, con los datos de la factura y la firma de elaboración.

- 3.14 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería, realiza el pago con recursos propios por medio de la banca electrónica, de acuerdo con la relación de compromisos con recursos propios.

- 3.15 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal, remite a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería) la documentación para el pago a proveedores con recursos federales y propios.

- 3.16 Una vez capturadas en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP), las Cuentas por Liquidar Certificadas se reflejan en el Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF) y corresponde a la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería,

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 5 de 13 |

revisarlas y autorizarlas para que se pague al proveedor. Ambos sistemas son administrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- 3.17 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Tesorería remite a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad), la documentación soporte de los pagos efectuados con recursos propios y con federales.
- 3.18 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Contabilidad, registra contablemente los pagos realizados, de acuerdo con el Clasificador por objeto del gasto y las Guías autorizadas por el Consejo Nacional de Armonización Contable.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. |

Hoja: 6 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Directores(as) de Área, Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) de Almacenes e Inventarios) | 1 | Envía a la Subdirección de Recursos Financieros el oficio y facturas por los bienes y servicios recibidos, acompañadas con el soporte documental de acuerdo con las políticas 3.9 y 3.10. | -Oficio. -Facturas. -Documentación soporte. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 2 | Recibe oficio y facturas acompañadas con el soporte documental y revisa que la información cumpla con los requisitos establecidos en las políticas 3.9 y 3.10. ¿La información está completa y cumple con los requisitos? | -Oficio. -Facturas. -Documentación soporte. |
| | 3 | No. Devuelve la información mediante oficio a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) y/o a la Dirección de Área administradora del contrato correspondiente, indicando que la complementen y/o aclaren las inconsistencias identificadas. Regresa a la actividad 1. | |
| | 4 | Sí. Entrega a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) el oficio y facturas acompañadas con el soporte documental. | |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) Integración Presupuestal) | 5 | Recibe el oficio y las facturas, acompañadas con el soporte documental. | -Oficio. -Facturas. -Documentación soporte. -Control interno de facturas a pagar. -Relación de compromisos con recursos |
| | 6 | Registra en el Control interno el monto de las facturas a pagar (formato electrónico) y verifica la disponibilidad de los recursos para determinar la fuente y fecha de pago. ¿Existe disponibilidad de recursos federales? | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. |

Hoja: 7 de 13

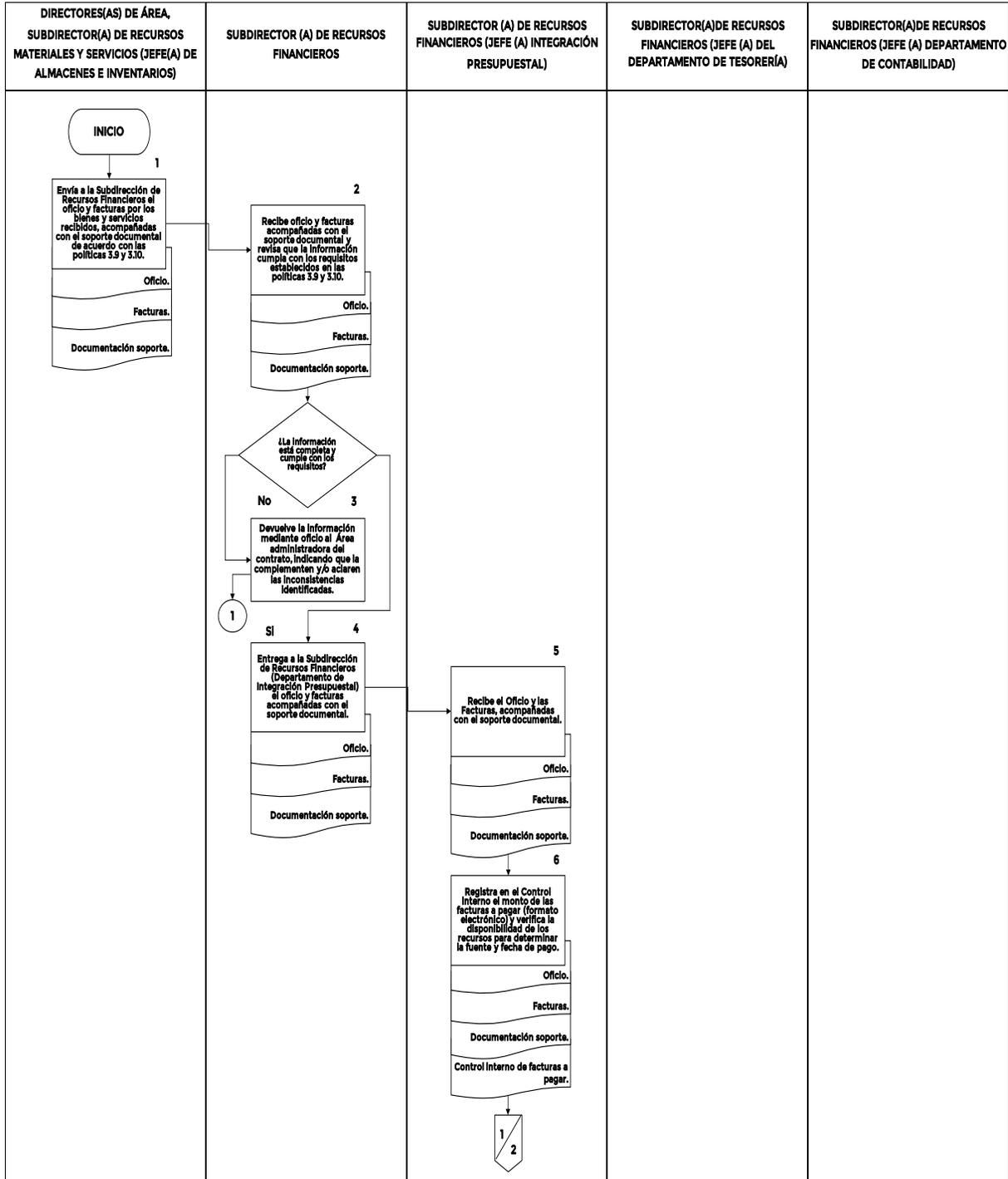
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| | 7 | No: Genera la relación de compromisos con recursos propios con los datos de la factura y la firma de elaboración y turna a la Subdirección de Recursos Financieros para su autorización y debido pago. Pasa a la actividad 14. | propios. -Cuentas por Liquidar Certificadas. -Carátula de Compromisos. |
| | 8 | Si: Genera las Cuentas por Liquidar Certificadas y la Carátula de Compromisos en el Sistema de Contabilidad y Presupuesto (SICOP) y elabora la Relación de compromisos por recursos federales. | -Relación de compromisos por recursos federales. |
| | 9 | Entrega la Relación de compromisos con recursos federales con el resto de los documentos a la Subdirección de Recursos Financieros para su autorización. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 10 | Recibe la Relación de compromisos con recursos federales con el soporte documental, firma de autorización y la turna a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Tesorería). | -Oficio. -Facturas. -Documentación soporte. -Cuentas por Liquidar Certificadas. -Carátula de Compromisos. -Relación de compromisos por recursos federales. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe (a) del Departamento de Tesorería) | 11 | Recibe la Relación de compromisos con recursos federales con el resto de los documentos y firma de recibido. | -Oficio -Facturas -Documentación soporte. |
| | 12 | Revisa que las Cuentas por Liquidar Certificadas estén registradas en el Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF) cotejando que los datos coincidan con los de la factura. | -Cuentas por Liquidar Certificadas -Carátula de Compromisos. |
| | 13 | Autoriza el pago en el Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF) y realiza la transferencia del pago al | -Relación de compromisos por recursos federales. |

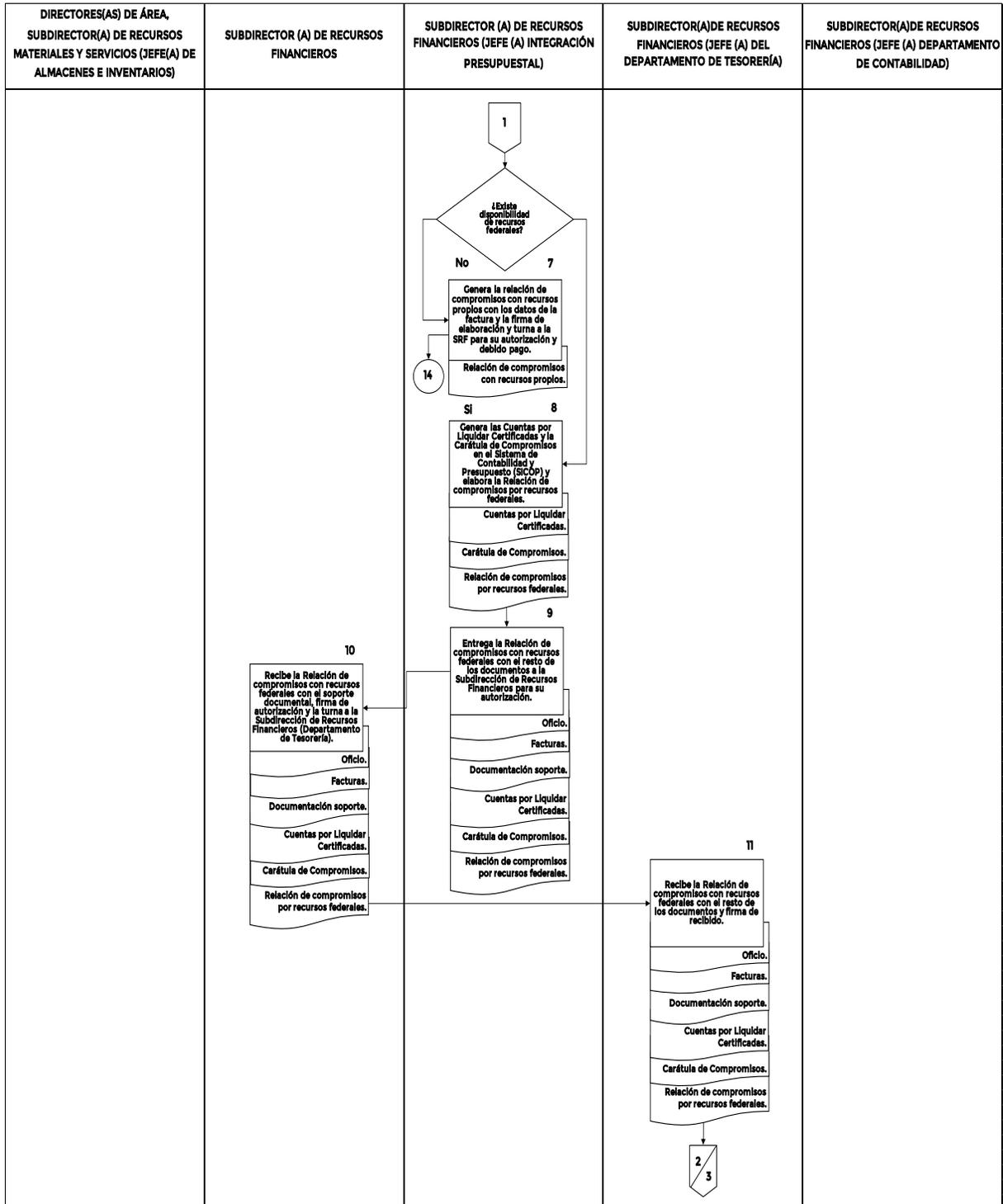
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. |

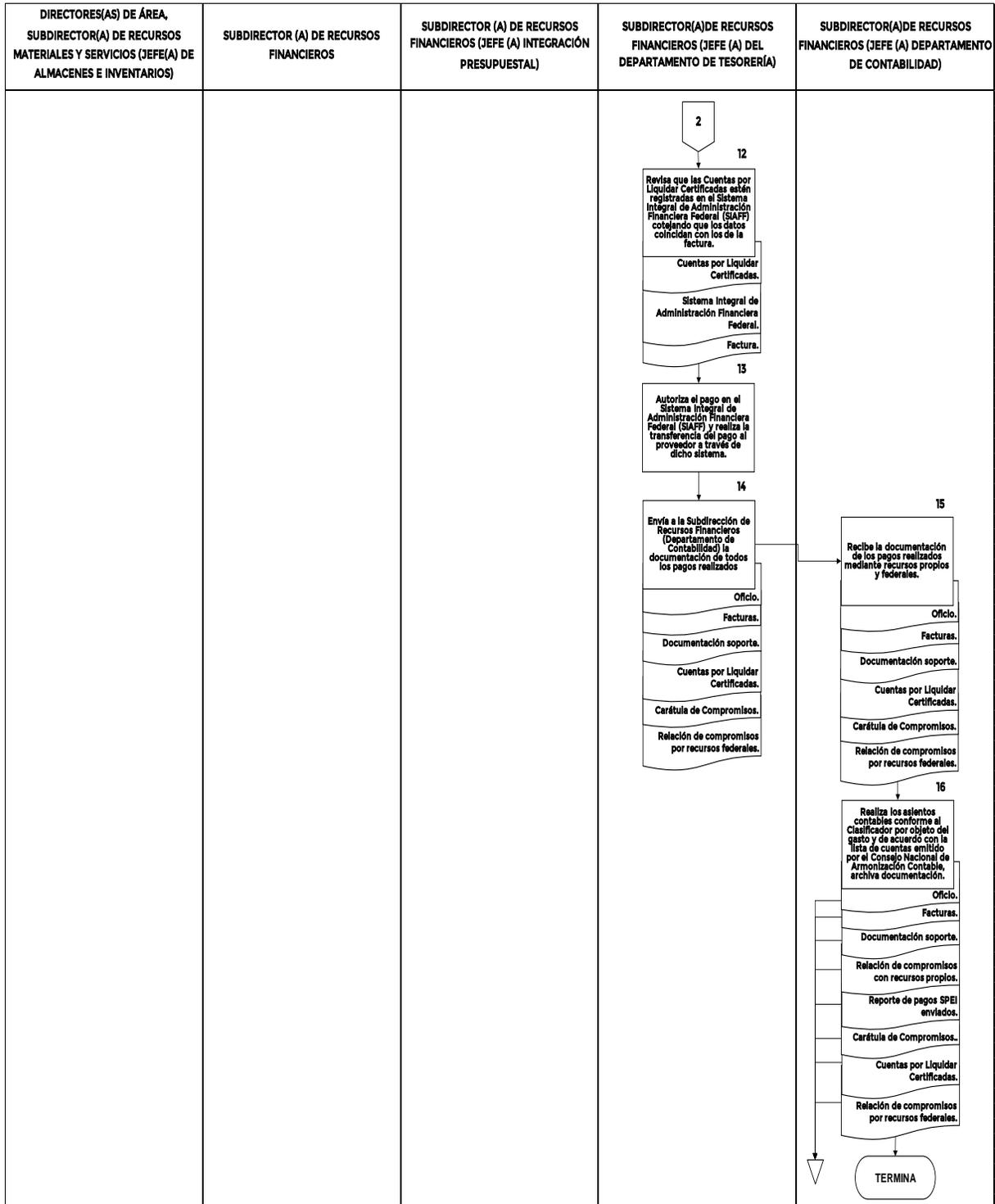
Hoja: 8 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | 14 | proveedor a través de dicho sistema. Envía a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) la documentación de todos los pagos realizados. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe (a) del Departamento de Contabilidad) | 15 | Recibe la documentación de los pagos realizados mediante recursos propios y federales. | -Oficio. -Facturas. -Documentación soporte. |
| | 16 | Realiza los asientos contables conforme al Clasificador por objeto del gasto y de acuerdo con la lista de cuentas emitido por el Consejo Nacional de Armonización Contable, archiva documentación. TERMINA | -Relación de compromisos con recursos propios. -Reporte de pagos SPEI enviados. -Cuentas por Liquidar Certificadas. -Carátula de Compromisos. -Relación de compromisos por recursos federales. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 12 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Contabilidad Gubernamental. | No aplica |
| 6.2 Clasificador por objeto del gasto para la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.2 Facturas | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.3 Documentación soporte. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.4 Control interno de facturas a pagar. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) | No aplica |
| 7.5 Relación de compromisos con recursos propios. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.6 Reporte de pagos SPEI enviados | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.7 Cuentas por Liquidar Certificadas. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.8 Carátula de | 6 años | Subdirección de Recursos | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 41. Procedimiento para el ejercicio del gasto. | | Hoja: 13 de 13 |

| | | | |
|---|--------|--|-----------|
| Compromisos. | | Financieros (Departamento de Contabilidad) | |
| 7.9 Relación de compromisos de recursos federales por recursos federales. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO.

8.1 Asientos contables: Se denomina al conjunto de anotaciones o apuntes contables que se hacen en el libro diario de contabilidad, que se realizan con la finalidad de registrar un hecho económico que provoca una modificación cuantitativa o cualitativa en la composición del patrimonio de una organización y por tanto un movimiento en las cuentas de una organización.

8.2 Ingresos federales: Son los que asigna la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Hospital, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación.

8.3 Ingresos propios: Son los que genera el Hospital y se dividen principalmente en los siguientes conceptos:

- Cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos, los cuales se cobran en las cajas del Hospital.
- Atención de pacientes afiliados al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).
- Espacios de arrendamiento.
- Aplicación de penas convencionales a proveedores de bienes y servicios.

8.4 Subejercicio: Son todos los recursos que resultan de restar el gasto observado al gasto programado por el gobierno. Se habla de un subejercicio cuando no ha gastado lo que se tenía autorizado para gastar en un ejercicio fiscal.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 1 de 12 |

42. PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA CUENTA PÚBLICA.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Integrar y presentar la Cuenta Pública de conformidad con los Lineamientos establecidos por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con el propósito de cumplir con la rendición de cuentas.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser quien autoriza la integración de la Cuenta Pública; a la Dirección de Administración por ser quien coordina los trabajos para integrar la Cuenta Pública; a la Subdirección de Recursos Financieros por ser responsable de la supervisión de la información; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal y Departamento de Contabilidad) ya que los son responsables de generar la información y de incorporarla en el Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP).
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ya que es quien emite los Lineamientos y administra el Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP); a la H. Junta de Gobierno por ser quien toma conocimiento de las situación financiera-presupuestal del hospital y en su caso, emite comentarios; al Despacho de Auditores externos designado por la Secretaría de la Función Pública por ser quien emite el Dictamen correspondiente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 3 de 12 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Control Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Control Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Control Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Unidad de Contabilidad Gubernamental emite los “Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública” del ejercicio correspondiente y los envía a la Dirección de Administración.
- 3.8 La Dirección de Administración turna los lineamientos a la Subdirección de Recursos Financieros, para que inicien los trabajos de integración de la Cuenta Pública.
- 3.9 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Integración Presupuestal y del Departamento de Contabilidad, integrar la información de la Cuenta Pública y presentarla a través del Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP) que administra la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.10 La Dirección de Administración solicita al Titular de la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la asignación de usuarios y contraseñas para incorporar en el Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP) la información de la cuenta pública. Los usuarios tienen las siguientes modalidades de acuerdo a su ámbito de competencia:
- a. Departamento de Control Presupuestal: Información programática-presupuestal
 - b. Departamento de Contabilidad: Información contable

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 4 de 12 |

c. Subdirección de Recursos Financieros: Ambas modalidades.

3.11 La Cuenta Pública se integra de los siguientes apartados:

- I) Información Contable
 - a. Introducción
 - b. Estado de Actividades
 - c. Estado de Situación Financiera
 - d. Estado de Cambios en la Situación Financiera.
 - e. Estado de Variación en la Hacienda Pública.
 - f. Estado Analítico del Activo.
 - g. Estado Analítico de la Deuda y Otros Pasivos.
 - h. Estado de Flujos de Efectivo.
 - i. Conciliación Contable-Presupuestaria.
 - j. Relación del Patrimonio Neto que corresponde al Poder Ejecutivo Federal en las Entidades del Ente Público.
 - k. Notas a los Estados Financieros.
 - l. Informe Sobre Pasivo Contingentes.

- II) Información Presupuestaria
 - a. Analítico de Claves (AC01).
 - b. Analítico de Claves de entidades paraestatales (ACEP). Efectivo.
 - c. Estado Analítico de Ingresos.
 - d. Análisis del Ejercicio del Presupuesto de Egresos.

- III) Bienes Inmuebles.
 - a. Actualización de la relación de Bienes Inmuebles.

- IV) Anexos
 - a. Relación de Bienes Muebles.
 - b. Esquemas Bursátiles y de coberturas financieras.

Asimismo, se integra de los Dictámenes Contable y Presupuestario elaborados por el Auditor externo.

3.12 La información descrita en todos los apartados enlistados debe contar con las firmas autógrafas de la Dirección General y de la Dirección de Administración.

3.13 Para contar con los Dictámenes Contable y Presupuestario del Auditor Externo, la Subdirección de Recursos Financieros debe entregar al Despacho cuatro ejemplares de los apartados de la Cuenta Pública. Los dictámenes se incorporan en el Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP) en formato PDF.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 5 de 12 |

- 3.14 La Subdirección de Recursos Financieros es la responsable de verificar la correcta integración de la Cuenta Pública en cada uno de sus apartados. Asimismo, debe verificar que el envío de la información a través del Sistema se realice dentro de los plazos establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.15 En la Segunda sesión ordinaria anual de la H. Junta de Gobierno, la Dirección de Administración presenta al pleno la Cuenta Pública, para que los miembros de dicho órgano colegiado conozcan la situación financiera-presupuestal del hospital y en su caso emitan los comentarios correspondientes.

| | | |
|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | Hoja: 6 de 12 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director(a) de Administración | 1 | Recibe por correo electrónico los "Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública" y los turna a la Subdirección de Recursos Financieros. | -Correo electrónico con Lineamientos. -Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 2 | Recibe los Lineamientos, los envía a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal y Departamento de Contabilidad) y los instruye para que inicien la integración de la Cuenta Pública. | -Correo Electrónico con lineamientos. -Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) del Departamento de Integración Presupuestal/Jefe (a) del Departamento de Contabilidad) | 3 | Recibe Los Lineamientos, analiza su contenido e identifican las fechas de vencimiento de cada uno de los apartados. | -Correo Electrónico con lineamientos. |
| | 4 | Recopila y consolida la información de su competencia. | - Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública. |
| | 5 | Ingresa al Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP) con la clave de usuario que proporcionó la Secretaría de Hacienda y Crédito Público e incorporan la información programática-presupuestal y la información contable de acuerdo a su competencia. | -Información programática-presupuestal. -Información contable. |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 6 | Informa a la Subdirección de Recursos Financieros para su revisión y visto bueno. | |
| | 7 | Ingresa al Sistema para la Integración de la Cuenta Pública (SICP) con la clave de usuario asignada y verifica el contenido de la información. ¿La información es correcta de acuerdo con los reportes programático-presupuestales y contables generados durante el ejercicio fiscal? | -Información programática-presupuestal. -Información contable. |

| | | |
|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | |
| | | Hoja: 7 de 12 |

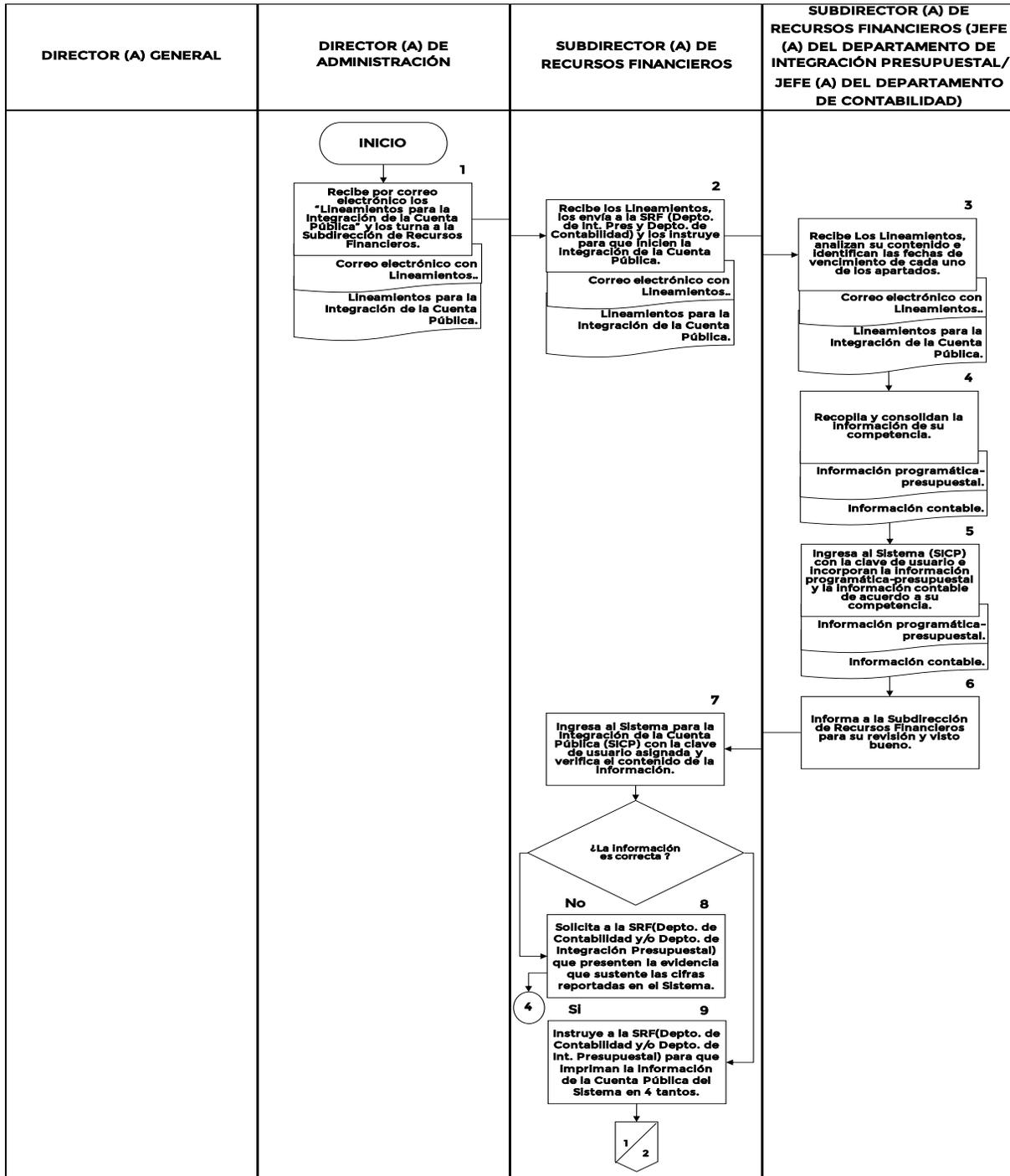
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | 8 | No: Solicita a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad y/o Departamento de Integración Presupuestal) que presenten la evidencia que sustente las cifras reportadas en el Sistema. Regresa a la actividad 4. | |
| | 9 | Si: Instruye a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad y/o Departamento de Integración Presupuestal) para que impriman la información de la Cuenta Pública del Sistema en 4 tantos. | |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros (Jefe (a) del Departamento de Integración Presupuestal/ Jefe (a) del Departamento de Contabilidad) | 10 | Accede al Sistema e imprimen 4 ejemplares de los apartados de la Cuenta Pública de su competencia y archivan la información programática-presupuestal y la información contable. | -Cuenta Pública -Información programática-presupuestal. -Información contable. |
| | 11 | Entrega los ejemplares a la Subdirección de Recursos Financieros. | |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 12 | Recibe los 4 ejemplares de la Cuenta Pública y los rubrica. | -Cuenta Pública |
| | 13 | Turna a la Dirección de Administración los 4 ejemplares para su firma. | |
| Director(a) de Administración | 14 | Recibe los 4 ejemplares de la Cuenta Pública y los firma. | -Cuenta Pública con rúbrica |
| | 15 | Solicita a la Dirección General la firma de autorización en los 4 ejemplares. | |
| Director(a) General | 16 | Recibe 4 ejemplares de la Cuenta Pública, los firma y los regresa a la Dirección de Administración. | -Cuenta Pública con rúbrica |
| Director(a) de Administración | 17 | Recibe los 4 ejemplares firmados y los turna a la Subdirección de Recursos Financieros. | -Cuenta Pública con rúbrica y firma |

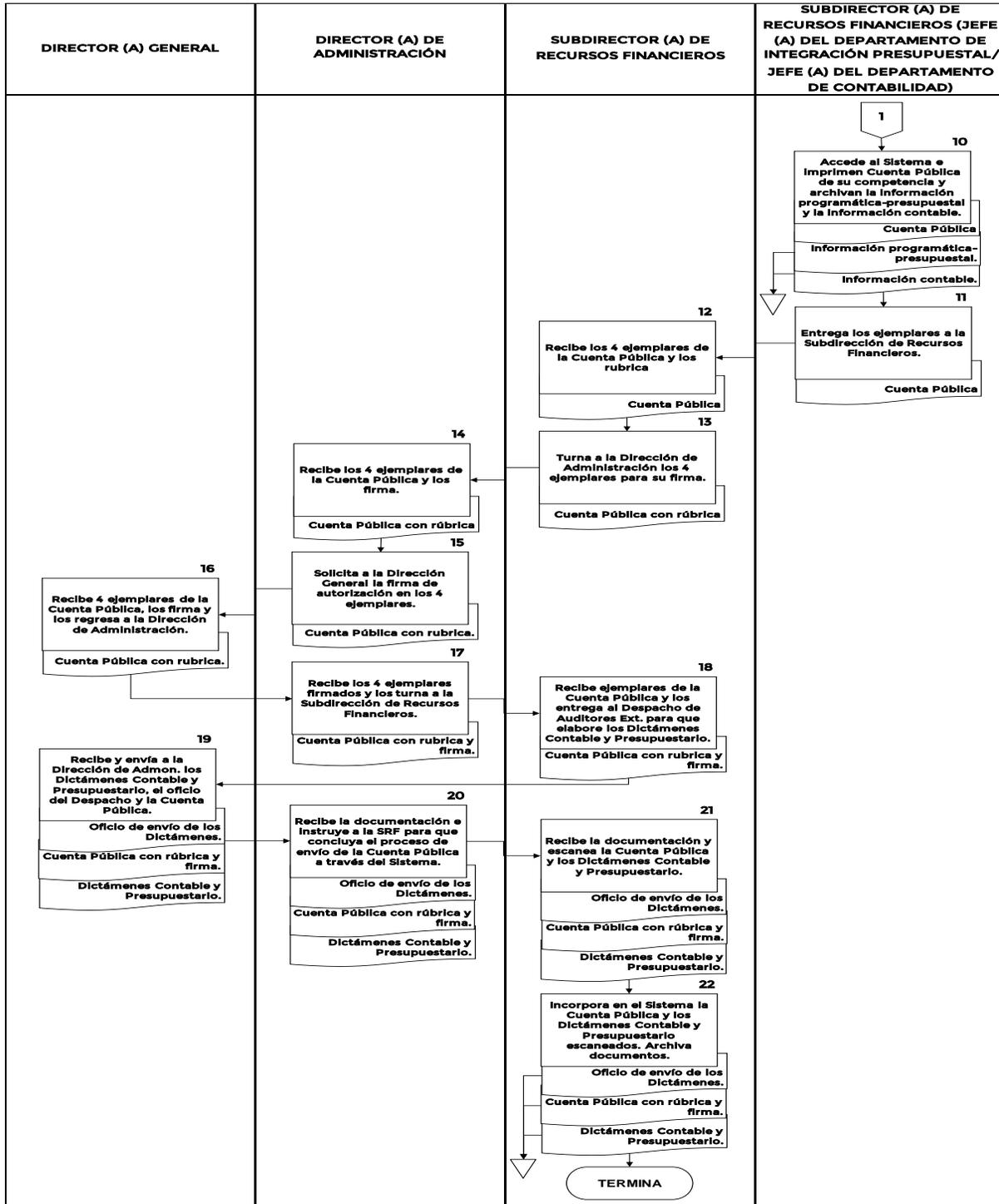
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. |

Hoja: 8 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|---|
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 18 | Recibe los 4 ejemplares de la Cuenta Pública y los entrega al Despacho de Auditores Externos para que elabore los Dictámenes Contable y Presupuestario. | -Cuenta Pública con rúbrica y firma |
| | | El Despacho elabora los Dictámenes Contable y Presupuestario y los envía a la Dirección General por medio de oficio, junto con uno de los ejemplares de la Cuenta Pública. El Despacho conserva los otros 3 ejemplares de la Cuenta Pública. ----- ----- | |
| Director (a) General | 19 | Recibe y envía a la Dirección de Administración los Dictámenes Contable y Presupuestario, el oficio del Despacho y la Cuenta Pública. | -Oficio de envío de los Dictámenes. -Cuenta Pública con rúbrica y firma. -Dictámenes Contable y Presupuestario. |
| Director(a) de Administración | 20 | Recibe la documentación e instruye a la Subdirección de Recursos Financieros para que concluya el proceso de envío de la Cuenta Pública a través del Sistema. | -Oficio de envío de los Dictámenes. -Cuenta Pública con rúbrica y firma. -Dictámenes Contable y Presupuestario |
| Subdirector (a) de Recursos Financieros | 21 | Recibe la documentación y escanea la Cuenta Pública y los Dictámenes Contable y Presupuestario. | -Oficio de envío de los Dictámenes. -Cuenta Pública con rúbrica y firma. -Dictámenes Contable y Presupuestario |
| | 22 | Incorpora en el Sistema la Cuenta Pública y los Dictámenes Contable y Presupuestario escaneados. Archiva ambos documentos junto con el oficio de envío de los Dictámenes. TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | Hoja: 11 de 12 |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Contabilidad Gubernamental. | No aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Correo electrónico con Lineamientos. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.2 Lineamientos para la Integración de la Cuenta Pública | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.3 Información programática-presupuestal. | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Integración Presupuestal) | No aplica |
| 7.4 Información contable | 6 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Contabilidad) | No aplica |
| 7.5 Cuenta Pública con rúbrica | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.6 Cuenta Pública con rúbrica y firma. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.7 Oficio de envío de los Dictámenes. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |
| 7.8 Dictámenes Contable y Presupuestario | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cuenta Pública.-** La Cuenta Pública es el informe que integra la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y presenta a la Cámara de Diputados para su revisión y fiscalización, contiene la información contable, presupuestaria, programática y complementaria de los Poderes Ejecutivo,

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 42. Procedimiento para integrar la Cuenta Pública. | | Hoja: 12 de 12 |

Legislativo y Judicial, de los Órganos Autónomos y de cada ente público del Sector Paraestatal, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 74, fracción VI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los artículos 46 y 53 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

8.2 Dictamen.- Es la opinión del auditor externo sobre la razonabilidad de las cifras de los estados financieros, como resultado del examen y revisión de los mismos.

8.3 Estados Financieros.- también denominados estados contables, informes financieros o cuentas anuales, son informes que utilizan las instituciones para dar a conocer la situación económica, financiera y los cambios que experimenta la misma a una fecha o periodo determinado. La mayoría de estos informes constituyen el producto final de la contabilidad y son elaborados de acuerdo a principios de contabilidad generalmente aceptados, normas contables o normas de información financiera.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | Hoja: 1 de 15 |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | |

43. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 2 de 15 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Obtener el registro de los proyectos de inversión en la cartera de inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y dar seguimiento a los avances físico-financieros, para fortalecer la infraestructura hospitalaria y proporcionar un mejor servicio a la población usuaria.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección General por ser quien firma el oficio que se envía a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud para que valide el proyecto; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración por ser las áreas usuarias que proponen proyectos de inversión; a la Dirección de Administración por ser quien firma el proyecto de inversión; a la Subdirección de Recursos Financieros por ser responsable de coordinar la integración de los proyectos de inversión; a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) por ser quien asesora a las áreas usuarias, desarrolla los proyectos de inversión y les da seguimiento.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, por ser quien valida los proyectos y es el enlace con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por ser quien autoriza el registro de los proyectos en el Sistema de Cartera de Inversión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | Hoja: 3 de 15 |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, contar con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan respecto a este procedimiento.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, debe informar los resultados de su desempeño a las instancias competentes.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control correspondientes.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de área a los/as Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 El objetivo principal de los proyectos de inversión es solucionar una problemática o atender una necesidad específica con impacto social o en la calidad del servicio, relacionada con los bienes muebles e inmuebles de la institución.
- 3.9 Es responsabilidad de las direcciones de área identificar las necesidades de sus áreas, tanto las correspondientes a las instalaciones como aquellas enfocadas al equipamiento y solicitar el apoyo y asesoría a la Subdirección de Recursos Financieros para la generación de un proyecto de inversión.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Financieros supervisa que Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) proporcione la asesoría y apoyo a las direcciones de área que lo soliciten.
- 3.11 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, integra el proyecto de inversión en conjunto con la dirección de área interesada, con base en los criterios establecidos en los lineamientos que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.12 Los proyectos de inversión deben contener la siguiente información:
- Tipo de registro por realizar.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 4 de 15 |

- Nombre del programa o proyecto de inversión.
- Subclasificación del programa o proyecto de inversión.
- Tipo de programa o proyecto de inversión.
- Monto total de inversión.
- Fuentes de financiamiento.
- Horizonte de evaluación.
- Calendario de inversión.
- Localización geográfica.
- Programas relacionados.
- Objetivos/estrategias.
- Líneas de acción
- Programas o proyectos relacionados o complementarios.
- Relación.
- Descripción de la problemática.
- Fotografías.
- Análisis de la oferta.
- Análisis de la demanda.
- Variables relevantes.
- Medidas de optimización.
- Descripción.
- Análisis de la oferta sin proyecto.
- Análisis de la demanda sin proyecto.
- Descripción de las alternativas de solución.
- Justificación de la alternativa de solución seleccionada.
- Descripción general.
- Descripción de los componentes del proyecto.
- Aspectos técnicos.
- Aspectos ambientales.
- Aspectos legales.
- Plano de la localización del proyecto.
- Análisis de la oferta con proyecto.
- Análisis de la demanda con proyecto.
- Diagnóstico de la situación con proyecto.
- Identificación de costos.
- Identificación de beneficios.
- Estudios de pre-inversión requeridos.
- Consideraciones generales.
- Responsables de la información.
- Cuantificación de costos.
- Cuantificación de beneficios.
- Valor Presente Neto (VPN).
- Tasa Interna de Retorno (TIR).
- Tasa de Rendimiento Inmediata (TRI).
- Costo Anual Equivalente (CAE).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 5 de 15 |

- 3.13 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, incorpora el proyecto en el Sistema de Cartera de Inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para su revisión y autorización.
- 3.14 La Dirección General envía el proyecto de inversión a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud, para su revisión y trámite de registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.15 La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud revisa el proyecto de inversión; En caso de tener observaciones y/o comentarios, los informa mediante oficio a la Dirección General para su atención.
- Si no tiene comentarios ni observaciones, turna el proyecto como procedente en el Sistema de Cartera de Inversión, con lo cual gestiona su registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.16 La Secretaría de Hacienda y Crédito Público revisa el proyecto de inversión en el Sistema de Cartera de Inversión. Como resultado otorga el número de registro al proyecto o, en su caso, emite observaciones y/o comentarios que reporta en el propio sistema.
- 3.17 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, atiende las observaciones y comentarios que emiten tanto la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con la dirección de área correspondiente.
- 3.18 La Subdirección de Recursos Financieros a través del Departamento de Proyectos de Inversión, informa periódicamente a las direcciones de área el estatus de los proyectos registrados. Así mismo, los reporta en el "Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión", del portal de aplicaciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- 3.19 Una vez que se cuenta con los recursos para ejecutar los proyectos de inversión registrados, la Dirección de Administración realiza los trámites necesarios para la adquisición y/o contratación de los bienes y/o servicios inherentes al proyecto.
- 3.20 Las direcciones de área son responsables de dar seguimiento a la ejecución de los proyectos y deben informar a la Subdirección de Recursos Financieros los avances físico-financieros correspondientes.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 6 de 15 |

- 3.21 La Subdirección de Recursos Financieros supervisa que la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión), reporte en el “Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión”, los avances físico-financieros de los proyectos en ejecución hasta que se concluyan.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión Hoja: 7 de 15 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Directores(as) de área | 1 | Identifica las necesidades de sus áreas, tanto de las instalaciones como de equipamiento y solicitan el apoyo y asesoría a la Subdirección de Recursos Financieros. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 2 | Instruye a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) para que otorgue la asesoría y apoyo requeridos. | |
| Directores(as) de área /Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe(a) del Departamento de Proyectos de Inversión) | 3 | Elabora el proyecto de inversión con base en los criterios establecidos en los lineamientos que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. ----- ----- La solicitud de información que genera la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) a las direcciones de área se puede realizar mediante correos electrónicos o de manera directa a través de reuniones de trabajo. ----- ----- | -Proyecto de inversión. -Correo electrónico. -Minutas de trabajo. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe(a) del Departamento de Proyectos de Inversión) | 4 | Registra la información del proyecto de inversión en el Sistema de cartera de inversión, conforme a los apartados descritos en la política 3.12. | -Proyecto de inversión. -Oficio de envío de proyecto de inversión. |
| | 5 | Elabora oficio de envío del proyecto dirigido a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, al cual adjunta el proyecto en medio impreso y electrónico y lo entrega a la Subdirección de Recursos Financieros. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 6 | Recibe el oficio y el proyecto de inversión. | -Proyecto de inversión. -Oficio de envío de proyecto de inversión. |
| | 7 | Rubrica el oficio y envía ambos documentos a la Dirección de Administración. | |
| Director(a) de Administración | 8 | Recibe los documentos, rubrica el oficio y firma el proyecto de inversión. | -Proyecto de inversión. -Oficio de envío |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión Hoja: 8 de 15 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| | 9 | Envía ambos documentos a la Dirección General. | de proyecto de inversión. |
| Director(a) General | 10 | Recibe los documentos, firma el oficio y los devuelve a la Subdirección de Recursos Financieros para su envío. | -Proyecto de inversión. -Oficio de envío de proyecto de inversión. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 11 | Recibe los documentos y los envía a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. | -Proyecto de inversión. -Oficio de envío de proyecto de inversión. |
| | 12 | Entrega el acuse de recibo a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión). | -Acuse del oficio y del proyecto. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe(a) del Departamento de Proyectos de Inversión) | 13 | Recibe el acuse del oficio, el proyecto y archiva. ----- ----- | -Acuse del oficio y del proyecto. -Oficio de notificación de registro. |
| | 14 | ----- ----- En el caso de que la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud envíe observaciones y/o comentarios, estos se atienden por parte de la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) y se remiten nuevamente por oficio hasta obtener el trámite de registro ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. | |
| | 15 | ¿El proyecto cuenta con registro? | |
| | 16 | No: Revisa las observaciones y/o comentarios, realiza las modificaciones al proyecto conforme a la política 3.16. Regresa a la actividad 14. | |

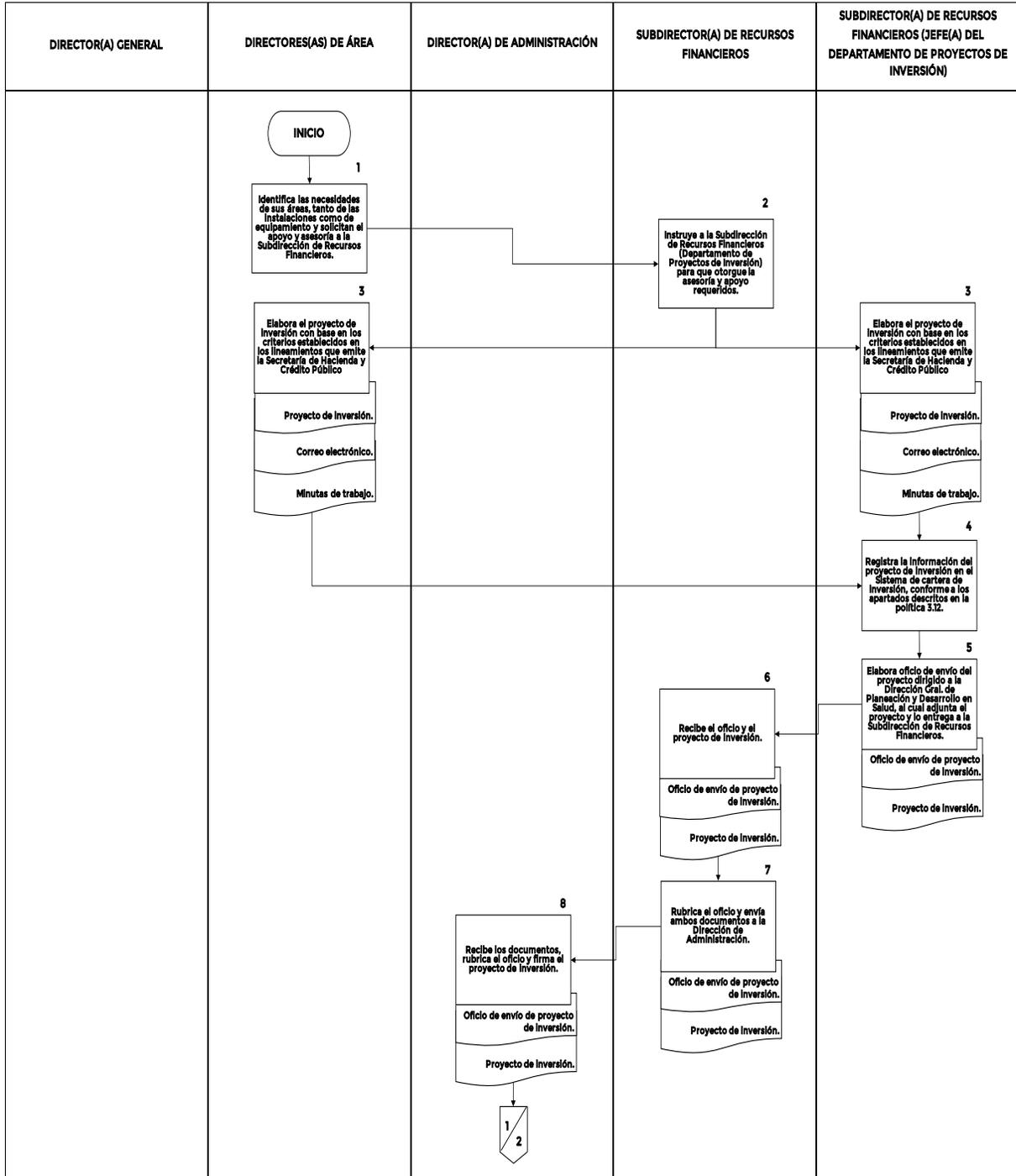
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión Hoja: 9 de 15 |

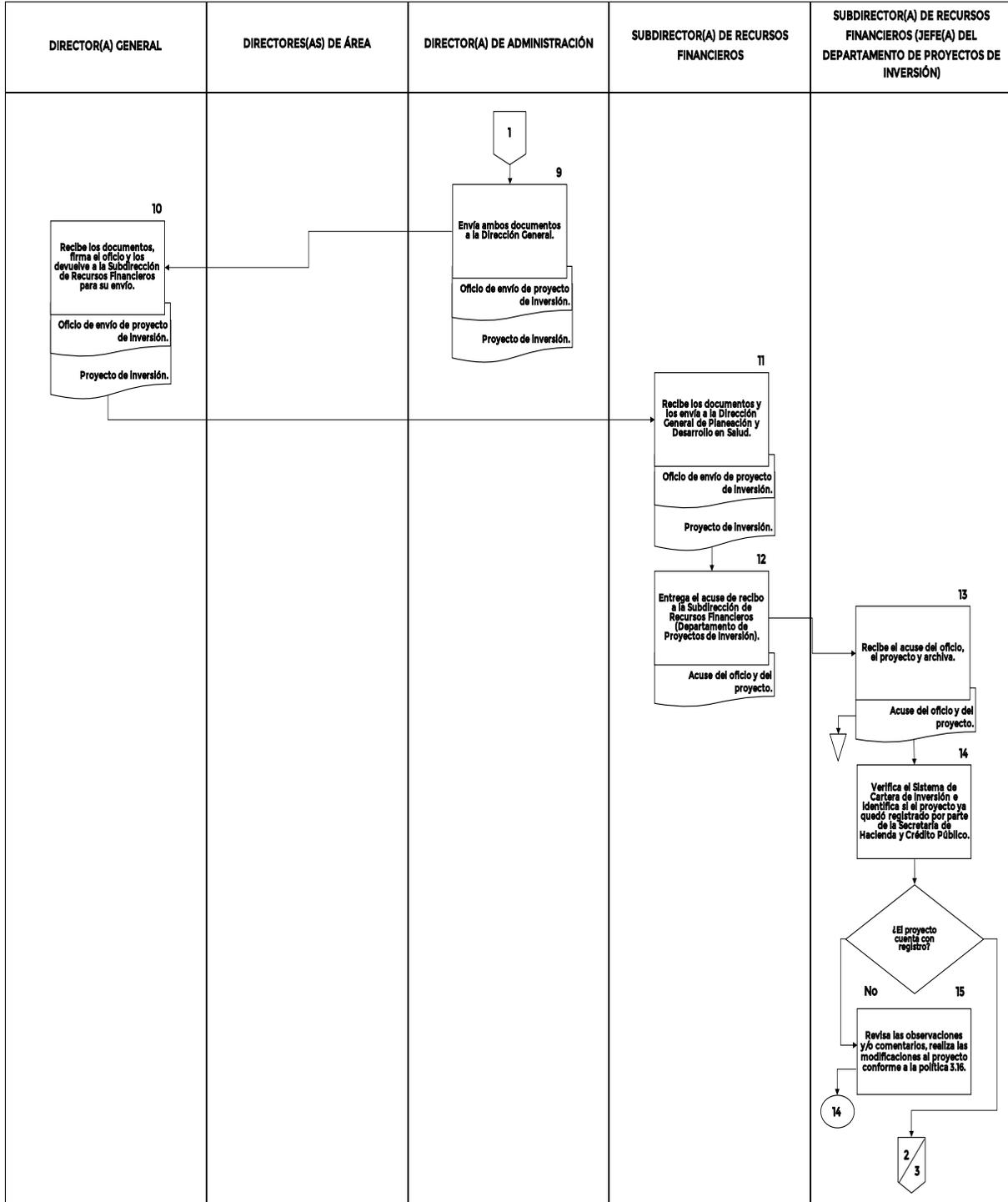
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | Si: Elabora el oficio para notificar a la dirección de área correspondiente que el proyecto quedó registrado y lo turna a la Subdirección de Recursos Financieros. | |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros | 17 | Recibe el oficio de notificación de registro, lo firma y remite a la dirección de área correspondiente. | -Oficio de notificación de registro. |
| | 18 | Turna el acuse de recibo del oficio a la Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión). | -Acuse de Oficio de notificación de registro. |
| Subdirector(a) de Recursos Financieros (Jefe(a) del Departamento de Proyectos de Inversión) | 19 | Recibe el acuse del oficio de notificación de registro y lo archiva en el expediente del proyecto. | -Acuse de Oficio de notificación de registro. |
| | 20 | Registra mensualmente los avances físico-financieros de los proyectos en el Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión. | -Reportes de los avances físico-financieros del proyecto en ejecución. |
| | 21 | Reporta mensualmente el estatus del proyecto de inversión en el "Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión", con la finalidad de que esté vigente en cartera. ----- ----- | |
| | 22 | Una vez que se cuenta con los recursos financieros para ejecutar el proyecto, la Dirección de Administración realiza los trámites necesarios para la adquisición y/o contratación de los bienes y/o servicios y la dirección de área correspondiente da seguimiento al proyecto e informa los avances hasta su conclusión. ----- ----- Recibe mensualmente los reportes de los avances físico-financieros del proyecto en ejecución de la dirección de área responsable y los informa en el "Módulo de Seguimiento de Programas y Proyectos de Inversión". | |

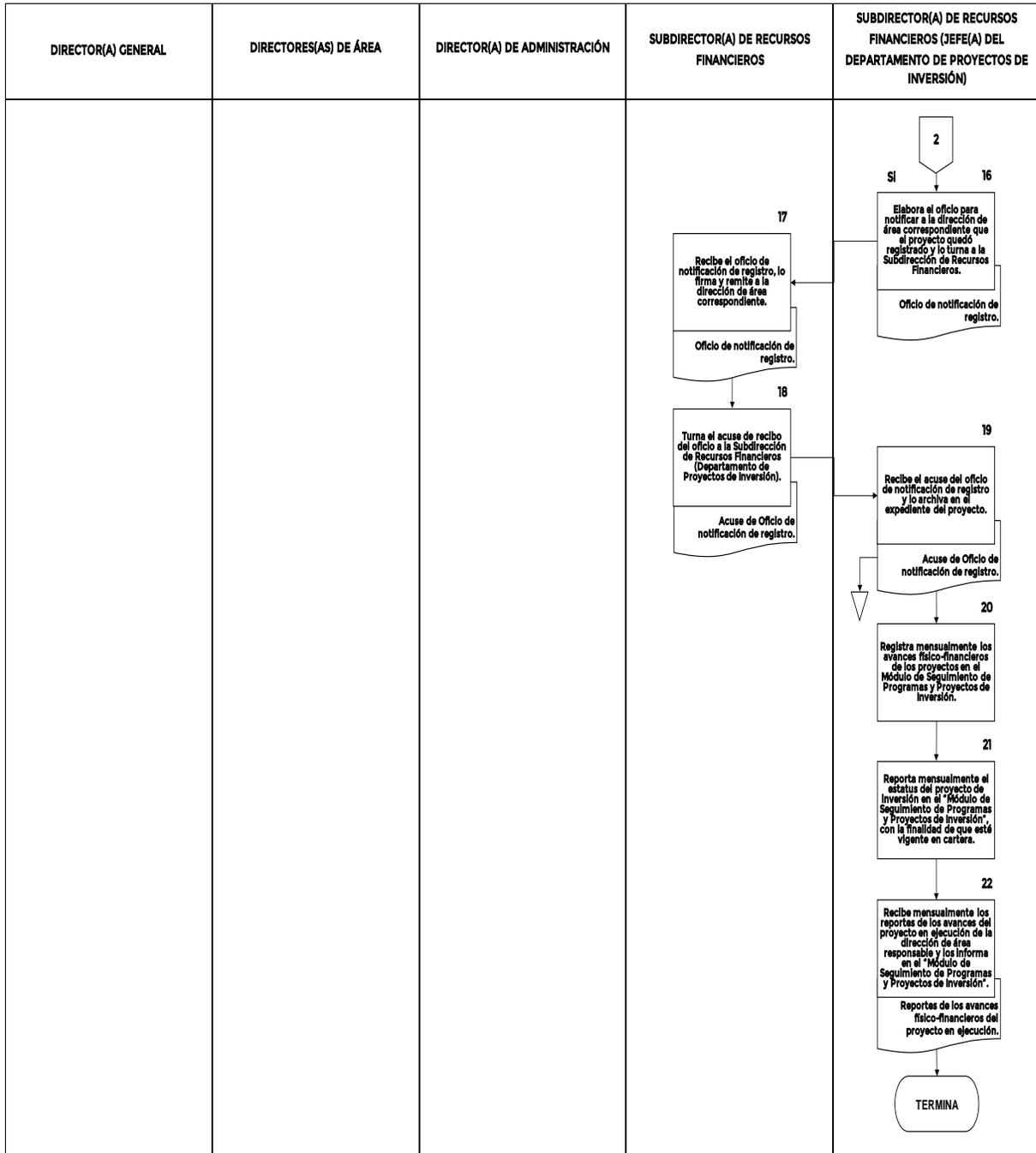
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión Hoja: 10 de 15 | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|-------------------|
| | | TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 13 de 15 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión. | No aplica |
| 6.4 Lineamientos para el registro en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión. | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Proyecto de inversión. | 3 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |
| 7.2 Correo electrónico. | 1 año | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |
| 7.3 Minutas de trabajo | 3 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |
| 7.4 Oficio de envío de proyecto de inversión. | 3 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |
| 7.5 Acuse del Oficio y del Proyecto de inversión. | 3 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |
| 7.6 Oficio de notificación de registro. | 3 años | Dirección de Área | No aplica |
| 7.7 Acuse de oficio de | 3 años | Subdirección de Recursos | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 14 de 15 |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| notificación de registro. | | Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | |
| 7.8 Reportes de los avances físico-financieros del proyecto en ejecución. | 3 años | Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Proyectos de Inversión) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Análisis costo y beneficio:** Evaluación de los programas y proyectos de inversión a que se refiere el artículo 34, fracción II, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y que considera los costos y beneficios directos e indirectos que los programas y proyectos generan para la sociedad.
- 8.2 Cartera:** Programas y proyectos de inversión de conformidad con lo establecido en los artículos 34, fracción III, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y 46 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- 8.3 Componentes:** Activos que se requieren para llevar a cabo el programa o proyecto de inversión, como son las obras, edificios, bienes, equipo, maquinaria, patentes, entre otros.
- 8.4 Demanda:** Cantidad de un determinado bien o servicio que la sociedad, un grupo o población determinada requiere o está dispuesta a consumir o utilizar por unidad de tiempo a un valor determinado.
- 8.5 Estudio de Pre-inversión:** Estudios que son necesarios para que una dependencia o entidad tome la decisión de llevar a cabo un programa o proyecto de inversión.
- 8.6 Monto total de inversión:** Total de gasto de capital que se requiere para la realización de un programa o proyecto de inversión, que incluye tanto los recursos fiscales presupuestarios y propios, como los de otras fuentes de financiamiento, tales como las aportaciones de las entidades federativas, los municipios, inversionistas privados, fideicomisos públicos o crédito externo, entre otros.
- 8.7 Oferta:** Cantidad de producción, suministro y/o cantidad disponible de bienes o servicios por unidad de tiempo.
- 8.8 Programas de inversión:** Acciones que implican erogaciones de gasto de capital no asociadas a proyectos de inversión.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| | 43. Procedimiento para el registro y seguimiento de proyectos de inversión. | | Hoja: 15 de 15 |

8.9 Proyectos de inversión: Acciones que implican erogaciones de gasto de capital destinadas a obra pública en infraestructura, así como la construcción, adquisición y modificación de inmuebles, las adquisiciones de bienes muebles asociadas a estos proyectos, y las rehabilitaciones que impliquen un aumento en la capacidad o vida útil de los activos de infraestructura e inmuebles.

8.10 Variables relevantes: Aquéllas cuyos cambios, durante la ejecución y operación del proyecto, pueden modificar los indicadores de rentabilidad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020. | Nueva creación. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 1 de 16 |

44. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL REGISTRO DE BAJA Y DESTINO FINAL DE ACTIVO FIJO NO ÚTIL.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Contar con un instrumento administrativo que permita supervisar 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: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica; Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento por ser las áreas usuarias que solicitan la baja de los activos fijos; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, por ser quien autoriza el Dictamen de No Utilidad; a la dirección General, por ser quien firma de autorización el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) por ser quien recibe, controla y resguarda los activos fijos de la institución.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Comité de Bienes Muebles; o Subcomité de Bienes Muebles, por ser quienes revisan y autorizan la carpeta con la documentación para la baja y destino final del activo fijo no útil.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 3 de 16 |

de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas, es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica; Dirección de Administración.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento se denomina Subdirectores(as) de Área a los/las Titulares de la a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.9 Es responsabilidad de las Direcciones de Área y a las Subdirecciones de Área, resguardar el activo fijo que tienen asignado y solicitar a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, la baja y destino final del activo fijo no útil.
- 3.10 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, es responsable de revisar la información proporcionada por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área, para el proceso de baja y destino final del activo fijo no útil.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 4 de 16 |

- 3.11 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, a través del Departamento de Almacenes e Inventarios, debe asignar áreas de acceso controlado, donde sea concentrado el activo fijo No Útil, susceptible para baja y destino final.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es responsable de autorizar el Dictamen de No Utilidad.
- 3.13 Los requisitos necesarios para llevar a cabo el proceso de baja y destino final del activo fijo no útil son los siguientes:
- Relación de Bienes Muebles.
 - Dictamen de No Utilidad.
 - El Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, suscrito por el Director General.
 - Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles.
 - Oficio de solicitud del Dictamen de no Utilidad formulado por las Direcciones de Área y Subdirecciones de área, ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.
 - Oficio de respuesta de dictamen de utilidad emitido por la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.
 - Oficio de solicitud de baja de destino final de activo fijo no útil dirigido por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área, a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios.
 - En su caso carta de solicitud de donación de Activo Fijo no útil por parte del interesado.
 - En su caso evalúo expedido por perito valuador certificado
 - Acta de la sesión del caso o los casos de baja del Comité de Bienes Muebles.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios revisar la documentación entregada por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área, para el proceso de baja y destino final de activo fijo no útil, tal y como lo indica la política 3.13.
- 3.15 La Dirección General firma de autorización el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 5 de 16 |

- 3.16 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios integrar la carpeta con el soporte documental para la baja y destino final del activo fijo no útil, para que se presente ante el Comité de Bienes Muebles.
- 3.17 El Comité de Bienes Muebles o Subcomité de Bienes Muebles, revisan y autorizan la carpeta con la documentación para la baja y destino final del activo fijo no útil.
- 3.18 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Almacenes e Inventarios realizar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. |

Hoja: 6 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área. | 1 | Requisita y envía a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, relación de bienes muebles, dictamen de no utilidad, Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, y el listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles, para su revisión. | -Relación de Bienes Muebles. -Dictamen de no utilidad. -Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. -Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 2 | Recibe relación de Bienes Muebles, Dictamen de no utilidad, Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, y el listado de casos para Dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles, para su revisión. | -Relación de Bienes Muebles. -Dictamen de no utilidad. -Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. |
| | 3 | Revisa y verifica la integridad de la documentación entregada por las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área. ¿La documentación está completa y | ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. |

Hoja: 7 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | 4 | <p>contiene los requisitos necesarios?</p> <p>No: Solicita a las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área se apeguen a lo estipulado en la política 3.13. Regresa a la actividad 1.</p> | <p>- Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles.</p> |
| | 5 | <p>Si: Autoriza el Dictamen de No Utilidad y devuelve documentación a las Direcciones de Área, Subdirecciones de Área para que continúen el proceso de baja.</p> | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área. | 6 | <p>Recibe por parte de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios la documentación referente al activo fijo no útil y presenta a la Dirección General, el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal para firma de autorización.</p> | <p>-Relación de Bienes Muebles</p> <p>-Dictamen de no utilidad.</p> <p>-Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.</p> <p>-Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles.</p> |
| Director (a) General | 7 | <p>Recibe y firma de autorización el Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser</p> | <p>-Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de</p> |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. |

Hoja: 8 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| | | útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal y lo devuelve conjuntamente con la documentación soporte a las Direcciones de Área/Subdirecciones de Área. | la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. -Documentación soporte. |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área. | 8 | Recibe el Acuerdo Administrativo de Desincorporación firmado y lo remiten a la Dirección de Administración junto con el Dictamen de No Utilidad, Relación de Bienes Muebles, debidamente requisitados, solicitando se someta la propuesta de baja y destino final al Comité de Bienes Muebles. | -Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. autorizado -Relación de Bienes muebles. - Dictamen de no utilidad. - Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles. |
| Director (a) de Administración | 9 | Recibe la documentación y la turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios para que se integre la carpeta. | -Relación de Bienes Muebles. -Dictamen de no utilidad. -Acuerdo |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. |

Hoja: 9 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| | | | Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación. de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. -Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 10 | Recibe la documentación e instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios), para que integre la carpeta con el soporte documental. | -Carpeta -- -Documentación Soporte de documentación soporte de bienes susceptibles de baja. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | 11 | Integra carpeta y entrega a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, el soporte documental del activo fijo no útil. | -Carpeta -Documentación soporte de bienes susceptibles de baja. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 12 | Recibe carpeta con la respectiva documentación soporte para la baja y destino final del activo fijo no útil, para ser presentada ante el Comité de Bienes Muebles. ----- ----- | -Carpeta -Documentación soporte -Autorización de la baja y destino final del activo fijo no útil |

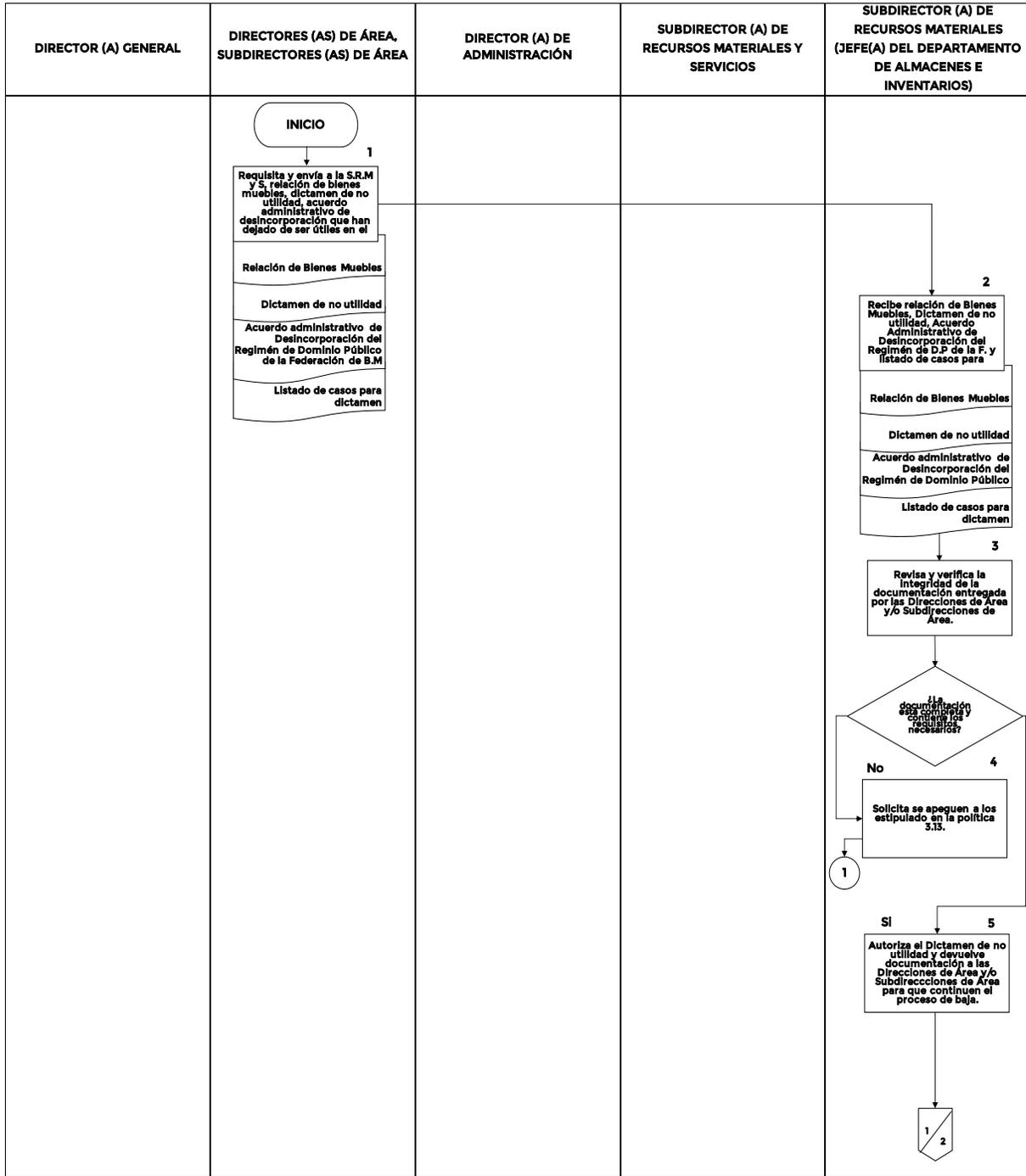
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | |

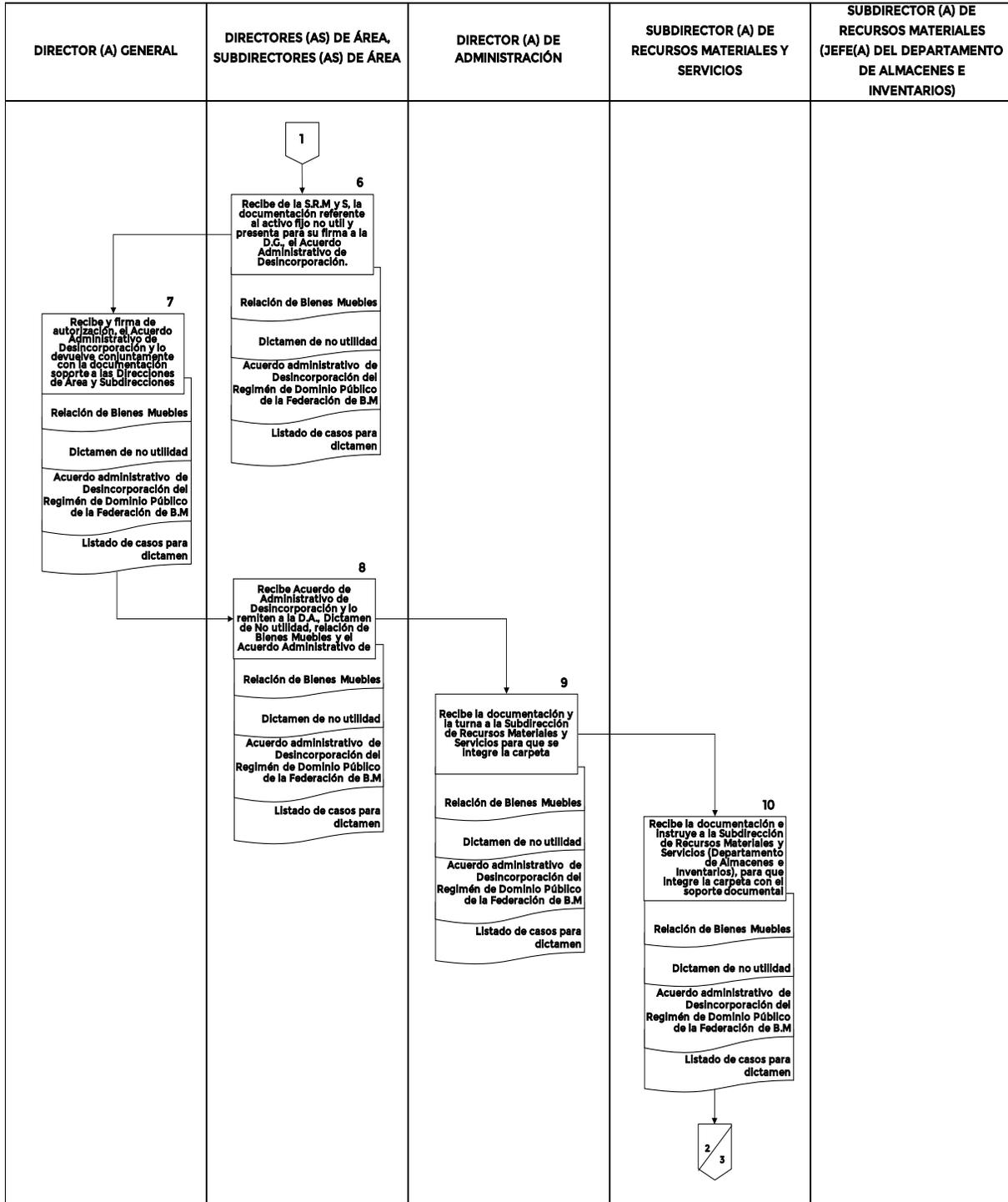
Hoja: 10 de 16

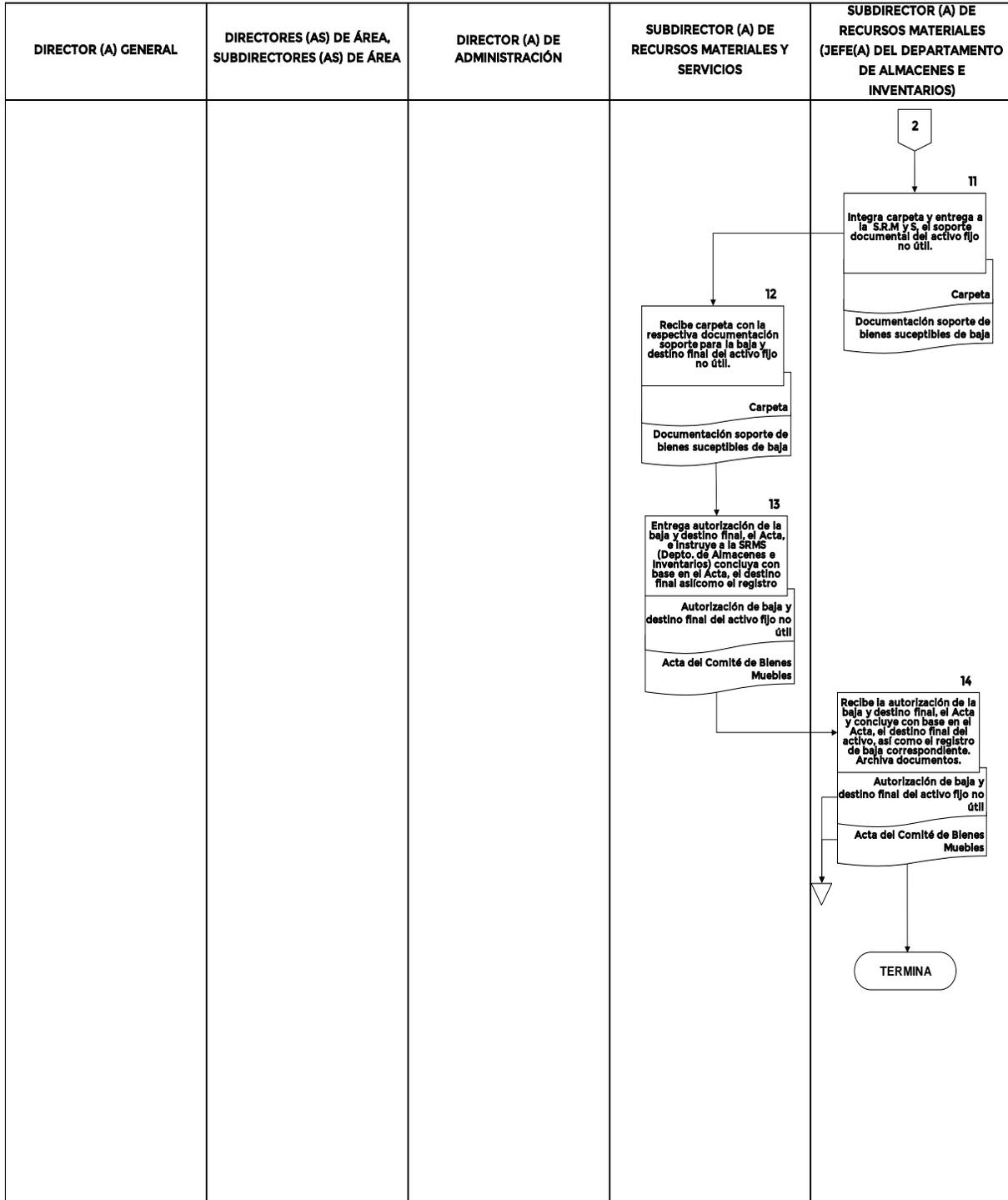
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|-------------------------------------|
| | 13 | <p>Convoca a sesión al Comité de Bienes Muebles para que revise y evalúe la carpeta con la respectiva documentación soporte y autorice la baja y destino final del activo fijo no útil y levante el acta correspondiente del Comité de Bienes.</p> <p>----- -----</p> <p>Entrega la autorización de la baja y destino final del activo fijo no útil, el Acta del Comité de Bienes Muebles, e instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) concluya con base en el Acta, el destino final del activo fijo (enajenación, transferencia, destrucción o donación), así como el registro de baja correspondiente.</p> | -Acta del Comité de Bienes Muebles. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | 14 | <p>Recibe la autorización de la baja y destino final del activo fijo no útil, el Acta del Comité de Bienes Muebles y concluye con base en el Acta, el destino final del activo fijo (enajenación, transferencia, destrucción o donación), así como el registro de baja correspondiente. Archiva documentos.</p> <p>TERMINA</p> | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 11 de 16 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 14 de 16 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.2 Ley General de Contabilidad Gubernamental. | No aplica |
| 6.3 Ley General de Responsabilidades Administrativas. | No aplica |
| 6.4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. | No aplica |
| 6.5 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. | No aplica |
| 6.6 Reglamento de Insumos para la Salud. | No aplica |
| 6.7 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.8 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Relación de bienes muebles. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.2 Dictamen de no utilidad. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.3 Acuerdo Administrativo de Desincorporación del Régimen de Dominio Público de la Federación de Bienes Muebles que han dejado de ser útiles al Hospital Juárez de México, Organismo Descentralizado de la Administración Pública | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 15 de 16 |

| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| Federal. | | | |
| 7.4 Listado de casos para dictamen del Comité o Subcomité de Bienes Muebles. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.5 Documentación soporte de bienes susceptibles de baja. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.6 Carpeta de documentación soporte de bienes susceptibles de baja. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.7 Autorización de la baja y destino final del activo fijo no útil. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |
| 7.8 Acta del Comité de Bienes Muebles. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Almacenes e Inventarios) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Activo fijo No útil: Mobiliario, equipo y bienes instrumentales con las siguientes características:

- 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.

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 44. Procedimiento para supervisar el registro de baja y destino final de activo fijo no útil. | | Hoja: 16 de 16 |

- 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.).

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se actualiza el procedimiento; se integran políticas sobre Derechos Humanos, rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. Se actualiza la descripción del procedimiento y el diagrama de flujo. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 45. 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 11 |

45. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA, LIMPIEZA, JARDINERÍA, TRATAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS-INFECCIOSOS (RPBI) Y RECOLECCIÓN DE LA BASURA MUNICIPAL.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 2 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar el correcto cumplimiento en la prestación de servicios de las empresas contratadas 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 de cada una de las empresas que prestan su servicio.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, por ser quien supervisa que se dé cumplimiento a los contratos de los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal) y que se realicen de forma óptima las funciones correspondientes; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), por ser el responsable de la correcta administración de los contratos en los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal), quien controla y supervisa que los servicios se realicen en tiempo y forma cubriendo en todo momento las necesidades del hospital.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a las empresas de los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal), por ser quienes brindan el servicio al hospital.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 3 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas, es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales.
- 3.7 Para efecto de este procedimiento se denominan empresas de los servicios contratados/prestadores de servicios, a las empresas que brindan el servicio de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es la responsable de emitir los lineamientos, disposiciones y requerimientos (Contratos) de las actividades de los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal).
- 3.9 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales es responsable del cumplimiento y la correcta administración de los contratos de los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 4 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

- 3.10 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, será responsable de verificar que cada uno de los servicios contratados cumplan con los requerimientos establecidos en los anexos técnicos de los contratos.
- 3.11 Los anexos técnicos son los documentos que deben contener todas y cada una de las características, la descripción, las especificaciones y las cantidades de los bienes por adquirir o condiciones del servicio a realizar. El anexo técnico forma parte del contrato.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, es responsable de instruir a los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal, a elaborar listas de asistencia y concentrado de incidencias durante el turno laboral de todos y cada uno de los operarios de los diferentes prestadores de servicio.
- 3.13 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales será responsable de generar las sanciones y las penas convencionales a que se hacen acreedores los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal), por incumplimiento de contrato.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, generar los informes de cada uno de los servicios brindados por las empresas y enviarlos a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para su revisión y visto bueno.
- 3.15 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es la responsable de verificar que los servicios proporcionados cumplan con los requerimientos establecidos en los contratos.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es la responsable de instruir a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), para que calcule y genere las sanciones y las penas convencionales a las que se haya hecho acreedor por incumplimiento de contrato por parte de los prestadores de servicios.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 5 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

- 3.17 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es la responsable de dar el visto bueno a la información recibida por parte de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), para la generación de las facturas para el pago correspondiente de los servicios contratados.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios | 1 | Emite lineamientos, disposiciones y requerimientos (Contratos) de las actividades de los servicios contratados (vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal). | -Contratos |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Servicios Generales) | 2 | Recibe los contratos, supervisa que las prestaciones de los servicios se realicen con apego a los contratos. | -Contratos |
| | 3 | Revisa que cada uno de los servicios contratados cumplan con los requerimientos establecidos en los anexos técnicos de los contratos. | -Anexos técnicos |
| | 4 | Supervisa el correcto registro en las listas de asistencia y las incidencias de cada uno de los servicios contratados. | -Listas de Asistencia |
| | 5 | Calcula y aplica en caso de incumplimiento de contratos, las sanciones y penas convencionales correspondientes. | -Incidencias |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios | 6 | Genera informes de cada uno de los servicios brindados por las empresas y los envía a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para su revisión y visto bueno. Archiva copia del informe. | -Aplicación de sanciones y penas convencionales |
| | 7 | Recibe informes y verifica que los servicios proporcionados cumplan con los requerimientos establecidos en los contratos. | -Informes de los servicios brindados por las empresas |
| | 8 | ¿Las empresas contratadas cumplen con los requerimientos establecidos en el contrato? No: Instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales), para que se calculen y generen las sanciones y las penas | -Contratos -Cálculo y generación de sanciones y penas convencionales -Generación de facturas |

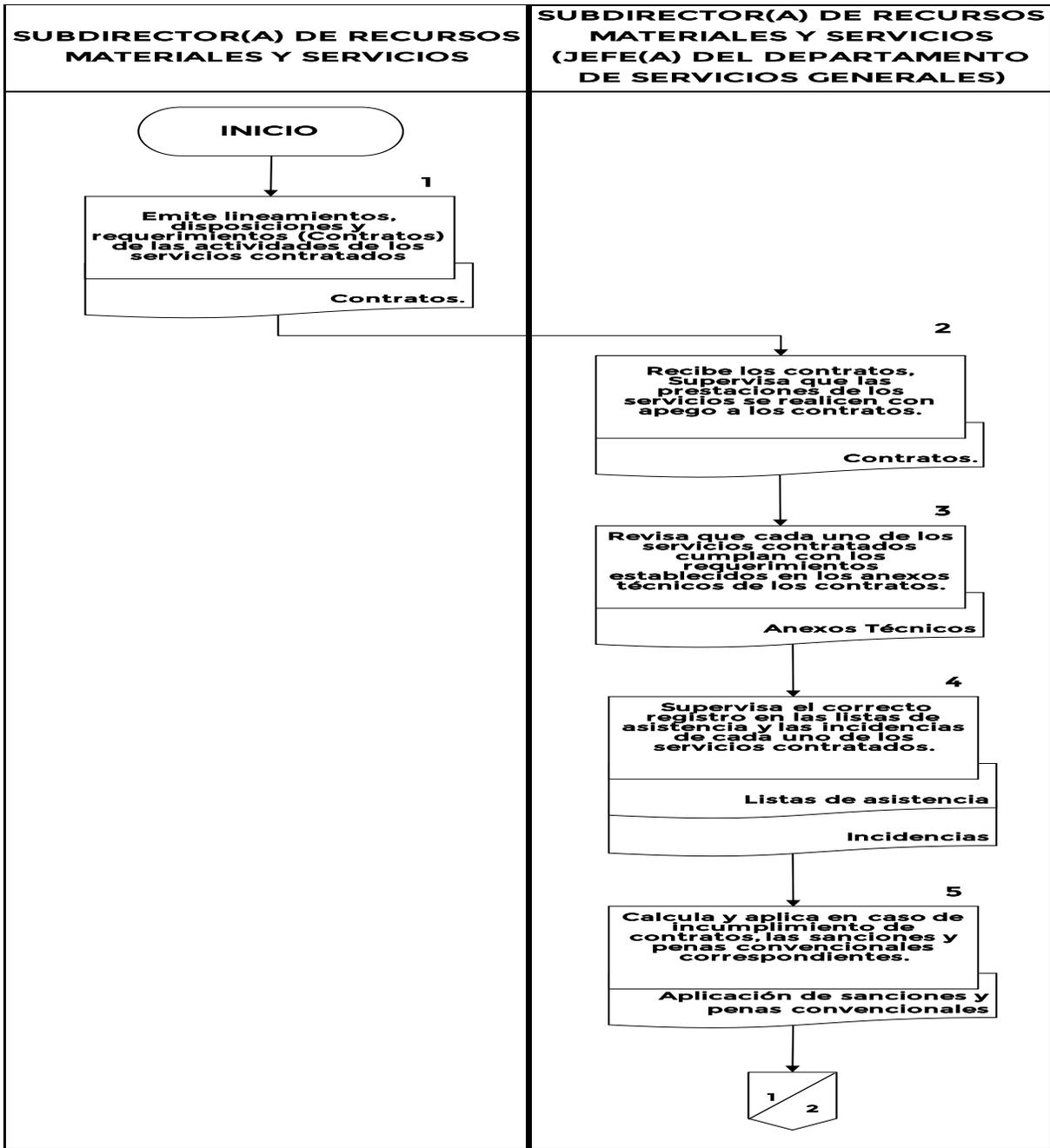
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. |

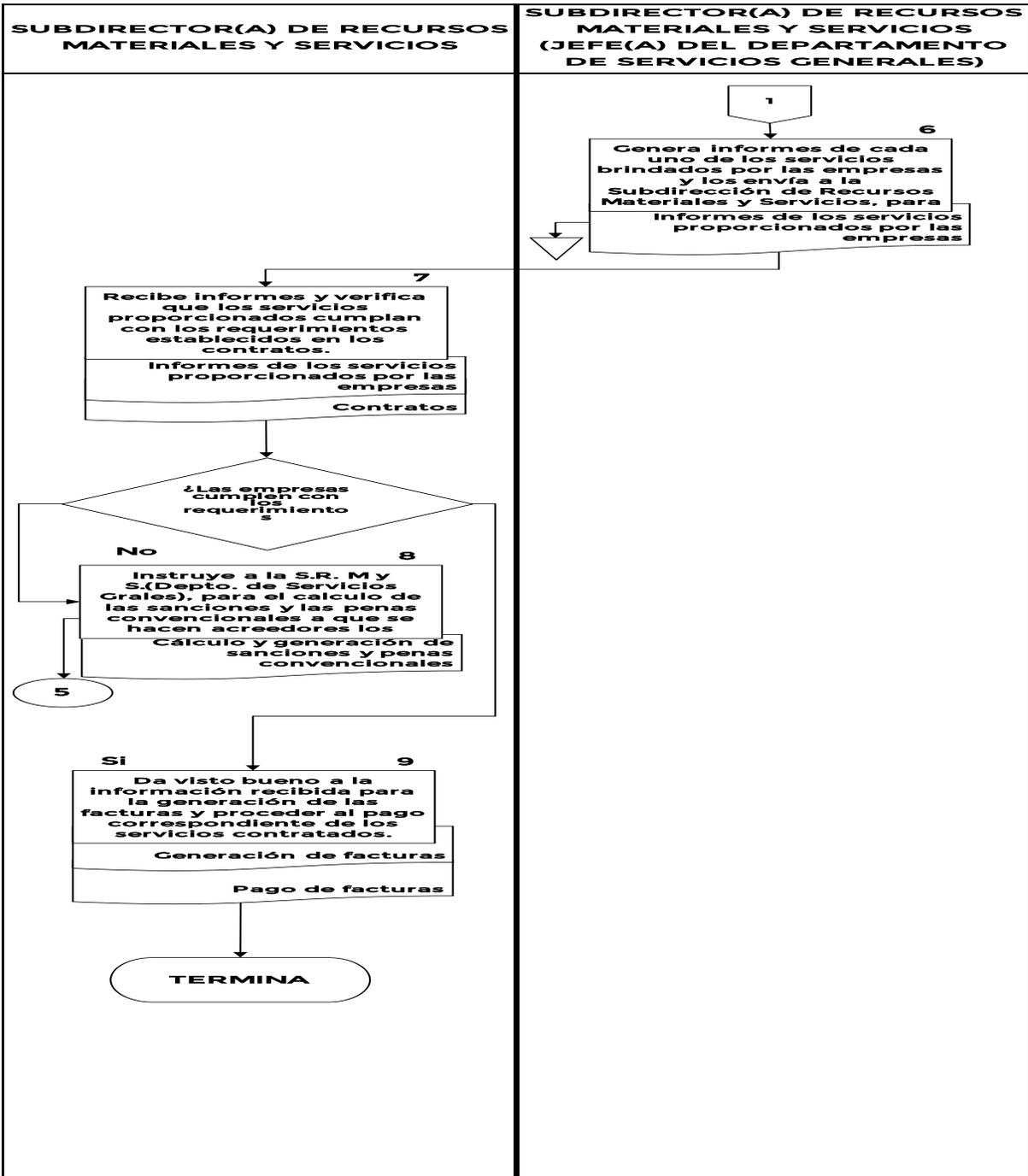
Hoja: 7 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|-------------------|
| | 9 | <p>convencionales a que se hacen acreedores los prestadores de servicios por incumplimiento de contrato. Regresa a actividad 5.</p> <p>Si: Da visto bueno a la información recibida para la generación de las facturas y proceder al pago correspondiente de los servicios contratados.</p> <p>TERMINA</p> | -Pago de facturas |

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 8 de 11 |
| <p>45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal.</p> | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 10 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. | No Aplica |
| 6.2 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. | No Aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No Aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No Aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No Aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Contratos | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios/ Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.2 Anexos técnicos | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios/ Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.3 Listas de Asistencia | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.4 Aplicación de sanciones y penas convencionales | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.5 Informes de los servicios brindados por las empresas. | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.6 Cálculo y | 2 años | Subdirección de Recursos | No Aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 11 de 11 |
| | 45. Procedimiento para la supervisión de los servicios de vigilancia, limpieza, jardinería, tratamiento de residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI) y recolección de la basura municipal. | | |

| | | | |
|--|--------|---|-----------|
| generación de sanciones y penas convencionales facturas. | | Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | |
| 7.7 Facturas | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Anexo técnico:** son los documentos que deben contener todas y cada una de las características, la descripción, las especificaciones y las cantidades de los bienes por adquirir o condiciones del servicio a realizar. El anexo técnico forma parte del contrato.
- 8.2 Contrato** Documento por medio del cual se establece la obligación contractual para la prestación del servicio, indicando el monto obligaciones y vigencia.
- 8.3 Factura:** Es un documento comercial que registra la información de una prestación de servicio.
- 8.4 Operario:** Elemento y/o personal que asigna la empresa subrogada.
- 8.5 Pena Convencional:** Es una prestación pactada para el caso de que cierta obligación no se cumpla, o no se cumpla de la manera convenida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 04 | Octubre, 2020. | Se agregaron políticas transversales relativas a la rendición de cuentas, delimitación de responsabilidades y control interno. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. | | Hoja: 1 de 12 |

46. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL USO ADECUADO DEL COMBUSTIBLE EN VEHÍCULOS DEL HOSPITAL.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar cumplimiento a la Ley Federal de Austeridad Republicana en el uso racional del combustible en los vehículos propiedad del Hospital Juárez de México; a través de la supervisión, vigilancia y control del uso adecuado del combustible, para contribuir en las medidas de austeridad y con el fin de brindar un servicio de seguridad para el personal y/o pacientes y que los mismo se realicen de manera oportuna.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación y Enseñanza, a la Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento por ser las áreas usuarias que solicitan el servicio de transporte; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Servicios Generales) por ser quien controla que los traslados programados se llevan a cabo en tiempo y forma; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, por ser quien autoriza y supervisa la correcta utilización del combustible para cubrir las necesidades de traslado.
- 2.2 A nivel externo: Aplica 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, derivado que son las instancias que controlan la política del Gobierno Federal en materia financiera incluyendo la realización del Plan Nacional de Desarrollo, el presupuesto de Egresos de la Federación (Gasto Público).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. | | Hoja: 3 de 12 |

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica; Dirección de Administración, a la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, Subdirección de Recursos Financieros, y Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.8 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios es responsable de establecer las normas generales para la supervisión, el registro, uso y control, del uso adecuado del combustible en los vehículos del hospital.
- 3.9 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, es responsable de supervisar la oportuna prestación del servicio de transporte de pacientes y del personal.
- 3.10 Las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área son responsables de solicitar con un mínimo 24 horas de anticipación los servicios de transporte que requieran; de lo contrario, existe el riesgo de que el servicio no pueda ser cubierto sin responsabilidad alguna para la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. | | Hoja: 4 de 12 |

- 3.11 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios verifica el uso óptimo del servicio de transporte con base en la bitácora mensual y las órdenes de traslado atendidas, para cumplir con las medidas de austeridad correspondientes.
- 3.12 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales es responsable de enviar mensualmente a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios las bitácoras y órdenes de traslado para verificar que el consumo de combustible esté acorde a los parámetros establecidos a las medidas de racionalidad y austeridad.
- 3.13 El suministro de combustible en vehículos del hospital será controlado por la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios instruir a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) para que implemente estrategias que permitan optimizar el consumo de combustible.
- 3.15 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales, es responsable de supervisar que todos los servicios de transporte que se proporcionan se registren en la bitácora, y que el suministro del combustible se otorgue exclusivamente a los vehículos propiedad del Hospital Juárez de México.
- 3.16 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales es el responsable de controlar que el uso de vehículos del hospital sea para fines estrictamente oficiales y para traslado de pacientes y no de carácter particular.
- 3.17 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Servicios Generales es el responsable de administrar los vehículos del hospital para mantenerlos en óptimas condiciones de operación y funcionamiento; para el mejor rendimiento de combustible.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. |

Hoja: 5 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Directores(as) de Área, Subdirectores(as) de Área | 1 | Solicita el servicio de traslado vía telefónica o por oficio, indicando, el día, hora, destino y número de personas. | -Oficio de solicitud de traslado. |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Servicios Generales) | 2 | Recibe el oficio de solicitud de traslado, genera la orden y programa el vehículo a utilizar. | -Oficio de solicitud de traslado. |
| | 3 | Registra los servicios brindados en la bitácora, a la que adjunta las órdenes de traslado. | -Bitácora. -Orden de traslado. |
| | 4 | Envía mensualmente a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios la bitácora y las órdenes de traslado. | |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios | 5 | Recibe de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) las bitácoras mensuales de transportes y órdenes de traslado solicitados por las Direcciones y Subdirecciones de Área. | -Oficio con entrega de documentación. -Bitácoras mensuales. -Órdenes de traslado. |
| | 6 | Coteja que la información contenida en las bitácoras y órdenes de traslado sea la correcta, sobre el consumo y rendimiento de combustible en los servicios brindados. | -Oficio para generación de estrategias |
| | 7 | Verifica que el consumo del combustible esté acorde a los parámetros establecidos a las medidas de racionalidad y austeridad. | |
| | 8 | ¿El consumo del combustible es acorde al estimado durante el periodo? No: Instruye por escrito a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) para que genere estrategias a fin de optimizar el consumo del combustible. | |

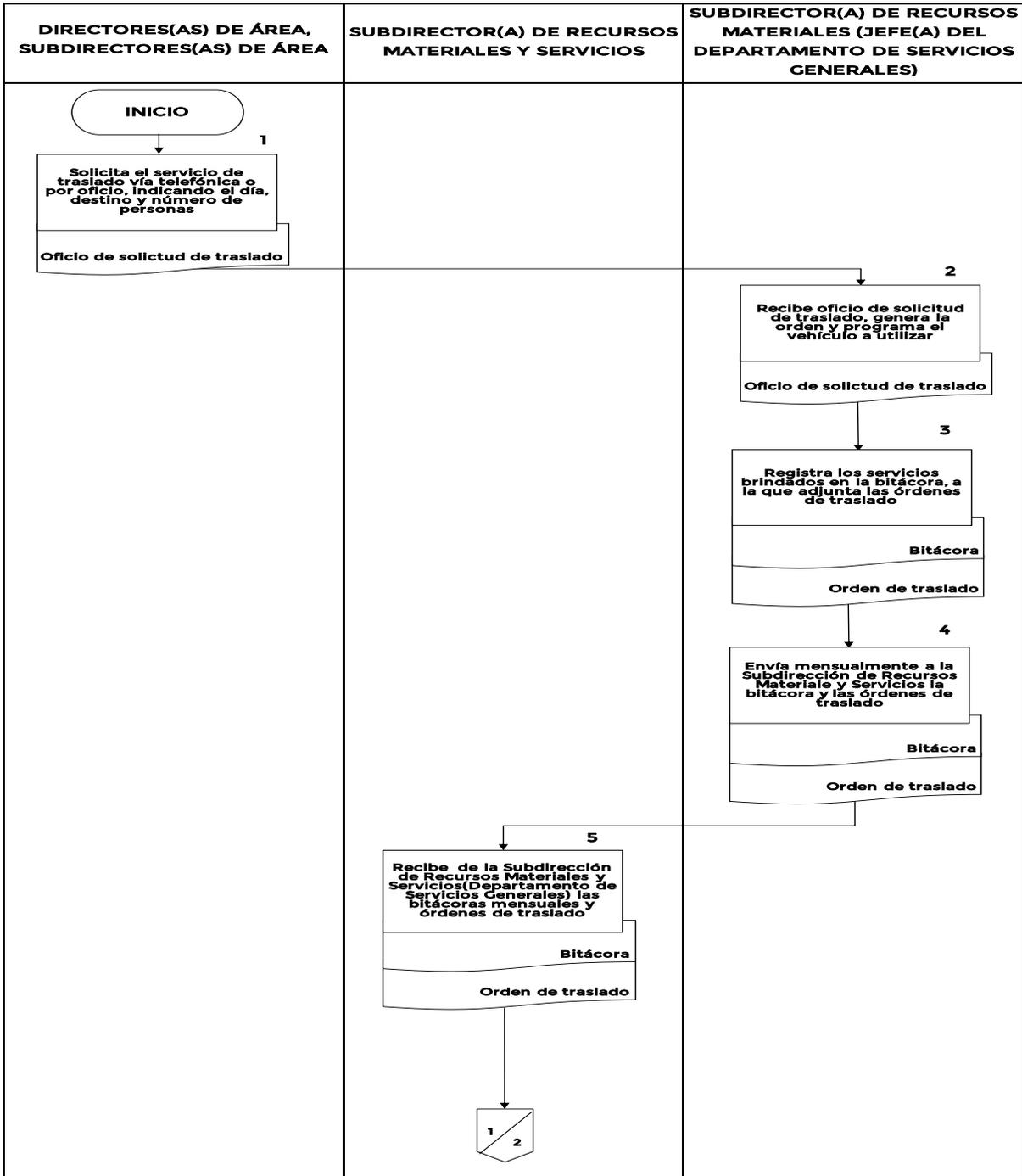
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del Hospital. | |

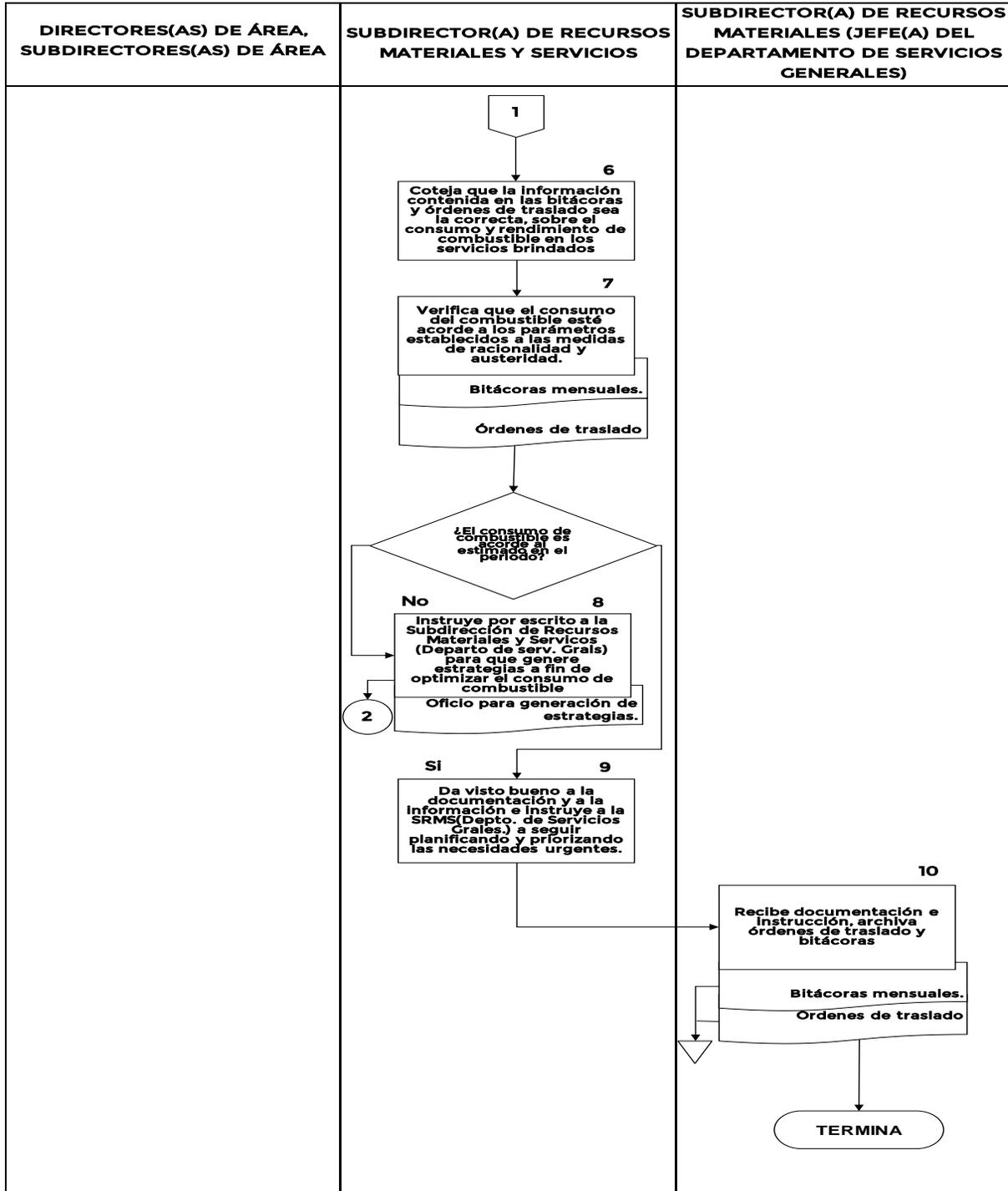
Hoja: 6 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | 9 | Regresa a la actividad 2. Sí: Da visto bueno a la documentación y a la información contenida en ella e instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Servicios Generales) a seguir planificando y priorizando las necesidades urgentes. | |
| Subdirector(a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Servicios Generales) | 10 | Recibe documentación e instrucción. Archiva órdenes de traslado y bitácora. TERMINA | -Órdenes de traslado. -Bitácoras mensuales. |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 7 de 12 |
| 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del hospital. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del hospital. | | Hoja: 9 de 12 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de Austeridad Republicana. | No Aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No Aplica |
| 6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México | No Aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No Aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---------------------------|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio traslado | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios(Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.2 Bitácora | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios(Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.3 Bitácoras mensuales | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios(Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.4 Orden de traslado | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios(Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |
| 7.5 Oficio de estrategias | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios(Departamento de Servicios Generales) | No Aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Austeridad Republicana:** Conducta republicana y política de Estado que los entes públicos, así como los Poderes Legislativo y Judicial, las empresas productivas del Estado y sus empresas subsidiarias, y los órganos constitucionales autónomos están obligados a acatar y que tiene por objeto regular y normar las medidas de austeridad que deberá observar el ejercicio del gasto público federal y coadyuvar a que los recursos económicos de que se dispongan se administren con eficacia, eficiencia, economía,

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del hospital. | | Hoja: 10 de 12 |

transparencia y honradez, conforme lo establece el artículo 134 de la Constitución.

8.2 Orden de Traslado: Formato utilizado para vaciar en él los datos de transportación.

8.3 Traslado: Movilización de personal adscrito al Hospital y de pacientes.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 04 | Octubre, 2020. | Se actualiza el propósito, se agregaron políticas transversales de Rendición de Cuentas y Delimitación de Responsabilidades y Control Interno. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Orden de Traslado (Formato (DA-F-)91).

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 11 de 12 |
| 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del hospital. | | | |

10.1 SOLICITUD DE ORDEN DE TRASLADO (FORMATO (DA-F-91))


HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO


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 _____

DISTR. 08

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 46. Procedimiento para supervisar el uso adecuado del combustible en vehículos del hospital. | | Hoja: 12 de 12 |

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. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 1 de 16 |

47. PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE ARCHIVOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar la implementación del proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo, que se generan en la Institución, conforme lo que establece la Ley General de Archivos, para el funcionamiento del sistema institucional de archivos.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, por ser responsable de supervisar la implementación del proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo; a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), por ser responsable de dar seguimiento al proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo y a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios y Subdirección de Conservación y Mantenimiento, en calidad de Áreas de la Institución, responsables de la aplicación del proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo.
- 2.2 A nivel externo: Aplica al Archivo General de la Nación por ser la entidad especializada en materia de archivos y responsable de regular la organización y administración de archivos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores/as públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 3 de 16 |

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos del manejo de los sistemas de información, de contar con los soportes y archivos correspondientes, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.4 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, informa oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes en los que participa o que genera.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual se deberán establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, es la responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para fines de este procedimiento se denomina Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Para fines de este procedimiento se denomina Subdirectores(as) de Área a los/las Titulares de la Subdirección de Recursos Humanos, Subdirección de Recursos Financieros, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios o Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.9 Para fines de este procedimiento las Áreas de la Institución, están representadas por las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área, responsables de la aplicación del proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo.
- 3.10 Para efectos de este procedimiento la Dirección General, es responsable de designar al Titular del Área Coordinadora de Archivos y al/a la encargado/a del Archivo de Concentración, con base en lo establecido en la Ley General de Archivos, los cuales se encontrarán adscritos a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 4 de 16 |

- 3.11 Con base en lo establecido en la Ley General de Archivos, se debe constituir un Grupo Interdisciplinario Institucional integrado por la Dirección General (Unidad Jurídica), Dirección de Planeación Estratégica (Centro de Integración de Informática Médica e Innovación Tecnológica), Dirección de Planeación Estratégica (Unidad de Transparencia), Titular del Órgano Interno de Control, Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), y las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, responsables de colaborar en el análisis de los procesos y procedimientos institucionales que dan origen a la documentación que integran los expedientes de cada serie documental.
- 3.12 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios supervisar que la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), elabore los instrumentos de control y consulta archivística (Plan Anual de Desarrollo Archivístico, Cuadro general de clasificación archivística, Fichas Técnicas de Valoración documental, Catálogo de Disposición Documental, Guía Simple de Archivos e Inventarios documentales).
- 3.13 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, es responsable de supervisar que las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, integren y organicen los expedientes que produzcan, usen o reciban, y resguarden los archivos clasificados en el Archivo de Trámite, conforme al Catálogo de Disposición Documental.
- 3.14 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, verificar que las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, designan al personal responsable del Archivo de Trámite.
- 3.15 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, es responsable de elaborar el Programa de capacitación en temas de gestión documental y administración de archivos.
- 3.16 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, solicita a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, sus inventarios documentales.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 5 de 16 |

- 3.17 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, es responsable de verificar que las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, realicen las transferencias primarias al Archivo de Concentración, una vez concluido el plazo de conservación de sus expedientes en el Archivo de Trámite.
- 3.18 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, es responsable de vigilar que el Archivo de Concentración reciba las transferencias primarias de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución.
- 3.19 La Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, es responsable de instruir a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), para que conserve los expedientes bajo resguardo, hasta cumplir su vigencia documental de acuerdo a lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental (CADIDO).
- 3.20 Es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios a través del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos, promover con el Archivo General de la Nación, la baja documental de los expedientes que hayan cumplido su vigencia en el Archivo de Concentración.

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | |

Hoja: 6 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 1 | Instruye verbalmente a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), iniciar las actividades del proceso para la organización, conservación, preservación y destino final de los documentos de archivo de la Institución. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 2 | <p>Recibe instrucción y convoca a reunión de trabajo al Grupo Interdisciplinario Institucional y solicita la elaboración y/o actualización de los instrumentos de control y consulta archivística.</p> <p>-----</p> <p>Se lleva a cabo reunión con el Grupo Interdisciplinario Institucional y se genera minuta de la misma.</p> <p>-----</p> | -Oficio de solicitud de designación de los responsables del Archivo de Trámite. |
| | 3 | <p>-----</p> <p>Solicita mediante oficio a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, designar a los/las responsables del Archivo de Trámite.</p> | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Áreas de la Institución). | 4 | Recibe oficio de solicitud y designan al/la responsable del Archivo de Trámite y turnan a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), oficio de designación del responsable del Archivo de Trámite. | -Oficio de solicitud de designación de los responsables del Archivo de Trámite. -Oficio de designación de los responsables del Archivo de Trámite. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y | 5 | Recibe oficios de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas se la Institución, con la designación de | -Oficio de designación de los |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. |

Hoja: 7 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 6 | los/las responsables del Archivo de Trámite y elabora un listado de los/las responsables del archivo de trámite. Archiva oficio. Brinda asesoría a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, en temas de gestión documental, administración de archivos y elaboración de inventarios documentales. | responsables del Archivo de Trámite. -Listado de los responsables del Archivo de Trámite. -Oficio de solicitud de inventarios documentales. |
| | 7 | Solicita mediante oficio a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, elaboren sus inventarios documentales y envíen el formato requisitado con la información relacionada a los expedientes que producen, usan o reciben, y clasificados de acuerdo al Catálogo de Disposición Documental (CADIDO). | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Áreas de la Institución). | 8 | Recibe oficio de solicitud y requisita el formato de inventarios documentales y lo envían a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), para su integración. | -Oficio de solicitud de inventarios documentales. -Formato de inventarios documentales. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 9 | Recibe el formato de inventarios documentales y los integra en la base de datos. | -Formatos de inventarios documentales. -Oficio de solicitud para requisitar formato de transferencias primarias. |
| | 10 | Solicita mediante oficio a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, requisen el formato de transferencias primarias una vez concluido el periodo de conservación de sus expedientes en el Archivo de Trámite. | |
| Directores (as) de Área, Subdirectores (as) de Área (Áreas de la Institución). | 11 | Recibe solicitud y requisan el formato de transferencias primarias, una vez concluido el periodo de conservación de sus expedientes en el Archivo de Trámite y lo turnan a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de | -Formato de transferencias primarias. |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | |

Hoja: 8 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | Costos), para su revisión. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 12 | Recibe y revisa de las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, el formato de transferencias primarias y lo turna a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, para su validación. | -Formato de transferencia primaria. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 13 | Recibe y revisa el formato de transferencias primarias. ¿El formato de transferencias primarias se encuentra debidamente requisitado? | -Formato de transferencias primarias. |
| | 14 | No: Emite comentarios y envía el formato de transferencias primarias para realizar las modificaciones correspondientes, regresa a la actividad 11. | -Formato de transferencias primarias validado. |
| | 15 | Si: Valida el formato de transferencias primarias e instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), para que asesore a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, respecto al envío de la información al Archivo de Concentración. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 16 | Recibe el formato de transferencias primarias validado y lo envía a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, para su seguimiento. | -Formato de transferencias primarias validado. |
| | 17 | Asesora a las Direcciones de Área y Subdirecciones de Área en calidad de Áreas de la Institución, en el proceso de transferencia de la documentación al Archivo de Concentración. | |
| Directores (as) | 18 | Recibe el formato de transferencias | -Formato de |

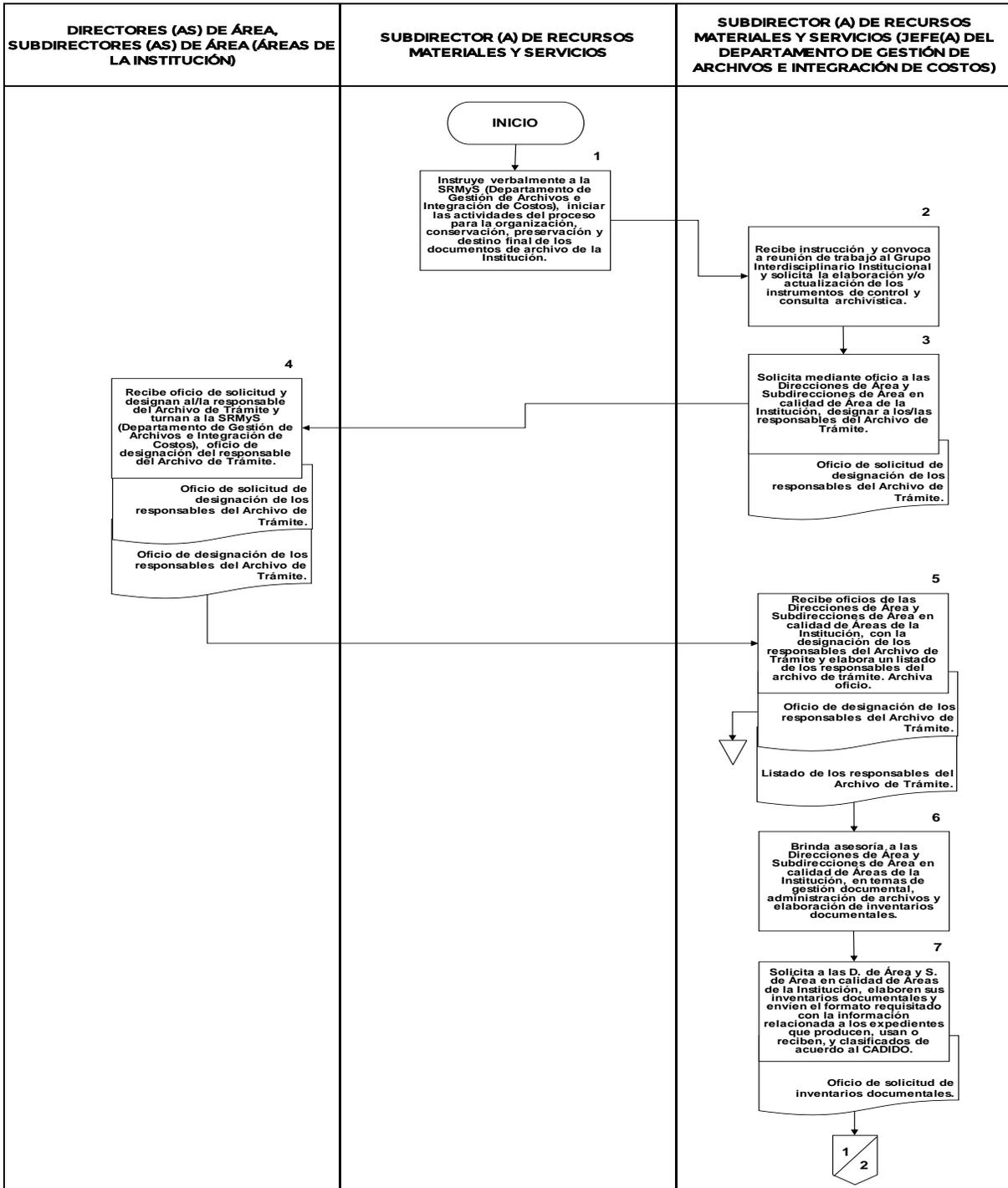
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. |

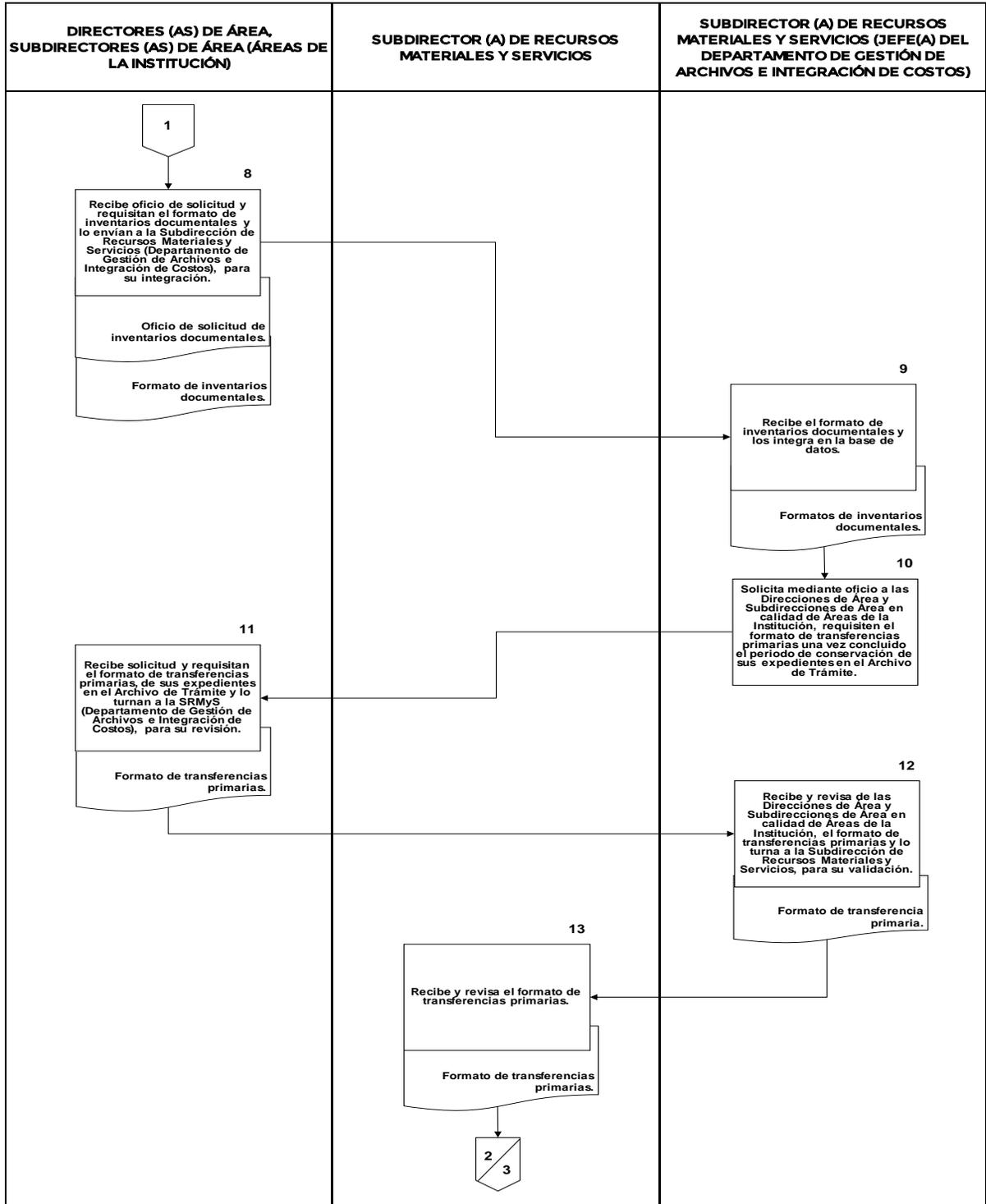
Hoja: 9 de 16

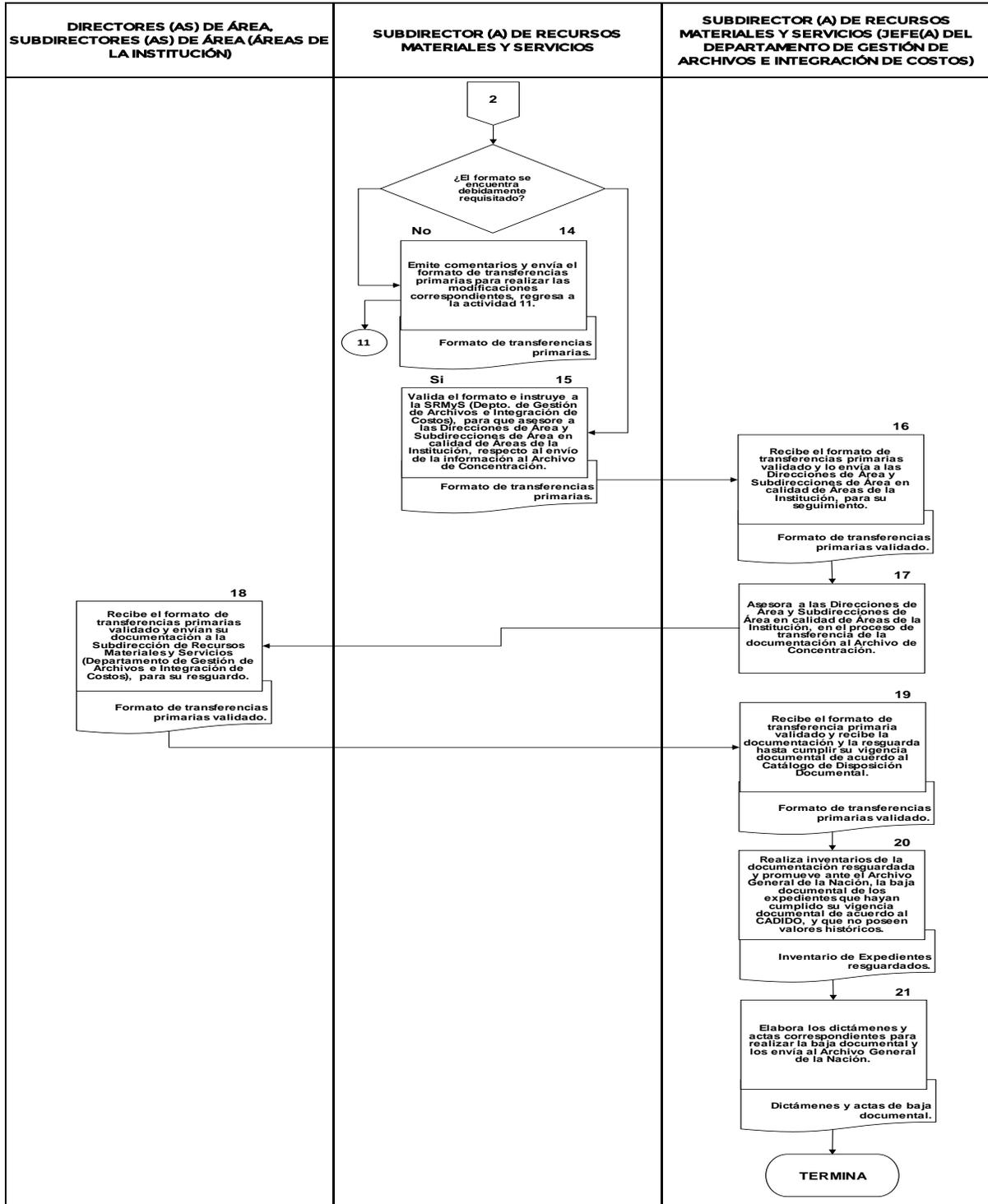
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| de Área, Subdirectores (as) de Área (Áreas de la Institución) | | primarias validado y envían su documentación a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos), para su resguardo. | transferencias primarias validado. |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios (Jefe(a) del Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | 19 | Recibe el formato de transferencia primaria validado y recibe la documentación y la resguarda hasta cumplir su vigencia documental de acuerdo al Catálogo de Disposición Documental. | -Formato de transferencia primaria validado. |
| | 20 | Realiza inventarios de la documentación resguardada y promueve ante el Archivo General de la Nación, la baja documental de los expedientes que hayan cumplido su vigencia documental de acuerdo al Catálogo de Disposición Documental (CADIDO), y que no poseen valores históricos. | -Inventario de Expedientes resguardados. |
| | 21 | Elabora los dictámenes y actas correspondientes para realizar la baja documental y los envía al Archivo General de la Nación. | -Dictámenes y actas de baja documental. |
| TERMINA | | | |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | Hoja: 10 de 16 |
| 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 13 de 16 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Archivos | No aplica |
| 6.2 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio de solicitud de designación de los responsables del Archivo de Trámite. | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos). | No aplica |
| 7.2 Oficio de designación de los responsables del Archivo de Trámite. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área. | No aplica |
| 7.3 Listado de los responsables del Archivo de Trámite | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos). | No aplica |
| 7.4 Oficio de solicitud de inventarios documentales. | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos). | No aplica |
| 7.5 Formato de Inventarios documentales | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área. | No aplica |
| 7.6 Oficio solicitud para requisitar formatos de transferencias primarias. | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos). | No aplica |
| 7.7 Formato de transferencias primarias. | 2 años | Direcciones de Área y Subdirecciones de Área. | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 14 de 16 |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| 7.8 Formato de transferencia primaria validado. | 2 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | No aplica |
| 7.9 Inventario de Expedientes resguardados. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | No aplica |
| 7.10 Dictámenes y actas de baja documental. | 6 años | Subdirección de Recursos Materiales y Servicios (Departamento de Gestión de Archivos e Integración de Costos) | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Archivo:** Al conjunto organizado de documentos producidos o recibidos por los sujetos obligados en el ejercicio de sus atribuciones y funciones, con independencia del soporte, espacio o lugar que se resguarden.
- 8.2 Archivo de concentración:** Al integrado por documentos transferidos desde las áreas o unidades productoras, cuyo uso y consulta es esporádica y que permanecen en él hasta su disposición documental.
- 8.3 Archivo de trámite:** Al integrado por documentos de archivo de uso cotidiano y necesario para el ejercicio de las atribuciones y funciones de los sujetos obligados.
- 8.4 Archivo General:** Al Archivo General de la Nación.
- 8.5 Área coordinadora de archivos:** A la instancia encargada de promover y vigilar el cumplimiento de las disposiciones en materia de gestión documental y administración de archivos, así como de coordinar las áreas operativas del sistema institucional de archivos.
- 8.6 Baja documental:** A la eliminación de aquella documentación que haya prescrito su vigencia, valores documentales y, en su caso, plazos de conservación; y que no posea valores históricos, de acuerdo con la Ley y las disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.7 Catálogo de disposición documental (CADIDO):** Al registro general y sistemático que establece los valores documentales, la vigencia documental, los plazos de conservación y la disposición documental.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 15 de 16 |

- 8.8 Conservación de archivos:** Al conjunto de procedimientos y medidas destinados a asegurar la prevención de alteraciones físicas de los documentos en papel y la preservación de los documentos digitales a largo plazo.
- 8.9 Cuadro general de clasificación archivística:** Al instrumento técnico que refleja la estructura de un archivo con base en las atribuciones y funciones de cada sujeto obligado.
- 8.10 Documento de archivo:** A aquel que registra un hecho, acto administrativo, jurídico, fiscal o contable producido, recibido y utilizado en el ejercicio de las facultades, competencias o funciones de los sujetos obligados, con independencia de su soporte documental.
- 8.11 Expediente:** A la unidad documental compuesta por documentos de archivo, ordenados y relacionados por un mismo asunto, actividad o trámite de los sujetos obligados.
- 8.12 Ficha técnica de valoración documental:** Al instrumento que permite identificar, analizar y establecer el contexto y valoración de la serie documental.
- 8.13 Gestión documental:** Al tratamiento integral de la documentación a lo largo de su ciclo vital, a través de la ejecución de procesos de producción, organización, acceso, consulta, valoración documental y conservación.
- 8.14 Grupo interdisciplinario:** Al conjunto de personas que deberá estar integrado por el titular del área coordinadora de archivos; la unidad de transparencia; los titulares de las áreas de planeación estratégica, jurídica, mejora continua, órganos internos de control o sus equivalentes; las áreas responsables de la información, así como el responsable del archivo histórico, con la finalidad de coadyuvar en la valoración documental.
- 8.15 Instrumentos de control archivístico:** A los instrumentos técnicos que propician la organización, control y conservación de los documentos de archivo a lo largo de su ciclo vital que son el cuadro general de clasificación archivística y el catálogo de disposición documental.
- 8.16 Inventarios documentales:** A los instrumentos de consulta que describen las series documentales y expedientes de un archivo y que permiten su localización (inventario general), para las transferencias (inventario de transferencia) o para la baja documental (inventario de baja documental).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 0 |
| | SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS | | |
| | 47. Procedimiento para supervisar el proceso de gestión de archivos. | | Hoja: 16 de 16 |

8.17 Plazo de conservación: Al periodo de guarda de la documentación en los archivos de trámite y concentración, que consiste en la combinación de la vigencia documental y, en su caso, el término precautorio y periodo de reserva que se establezcan de conformidad con la normatividad aplicable.

8.18 Transferencia: Al traslado controlado y sistemático de expedientes de consulta esporádica de un archivo de trámite a uno de concentración y de expedientes que deben conservarse de manera permanente, del archivo de concentración al archivo histórico.

8.19 Vigencia documental: Al periodo durante el cual un documento de archivo mantiene sus valores administrativos, legales, fiscales o contables, de conformidad con las disposiciones jurídicas vigentes y aplicables.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| 0 | Octubre, 2020 | Nueva creación |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 1 de 10 |

48. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Integrar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para propiciar que las instalaciones y equipamiento médico se encuentren en condiciones óptimas de operación en beneficio del personal y de los(as) usuarios(as).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección de Administración, por ser quien solicita la elaboración del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento por ser quien integra el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo; y a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) por ser quienes recopilan los requerimientos de mantenimiento para integrar el programa.
- 2.2 A nivel externo: No aplica

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través de los departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 3 de 10 |

- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través de los Departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), son responsables de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento debe instruir a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento), para que realice recorridos de inspección en el inmueble del hospital, a fin de detectar los requerimientos de mantenimiento de las instalaciones.
- 3.8 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento debe instruir a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico y de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), para que identifiquen las necesidades de mantenimiento que requiera el equipo médico e instrumental del hospital.
- 3.9 La Subdirección Conservación y Mantenimiento a través de los departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, deben considerar para efectos del programa anual de mantenimiento las solicitudes de atención y apoyo de eventos especiales realizadas por las áreas del Hospital.
- 3.10 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través de los departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, integrar el programa anual de trabajo de mantenimiento de las instalaciones, equipo médico e instrumental del hospital.
- 3.11 El programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo debe contar con la autorización de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento y debe contener por lo menos la siguiente información:

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 4 de 10 |

- Necesidades identificadas;
- Tipo de mantenimiento (con recursos propios o a través de terceros);
- Insumos necesarios;
- Área o servicio;
- Responsables;
- Fecha de ejecución.

3.12 El programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo debe ser factible, considerando la priorización de las necesidades de las áreas de atención a pacientes, así como aquellas que representen riesgos estructurales.

3.13 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de enviar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo a la Dirección de Administración y de difundirlo a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), para su desarrollo y seguimiento.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo |

Hoja: 5 de 10

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

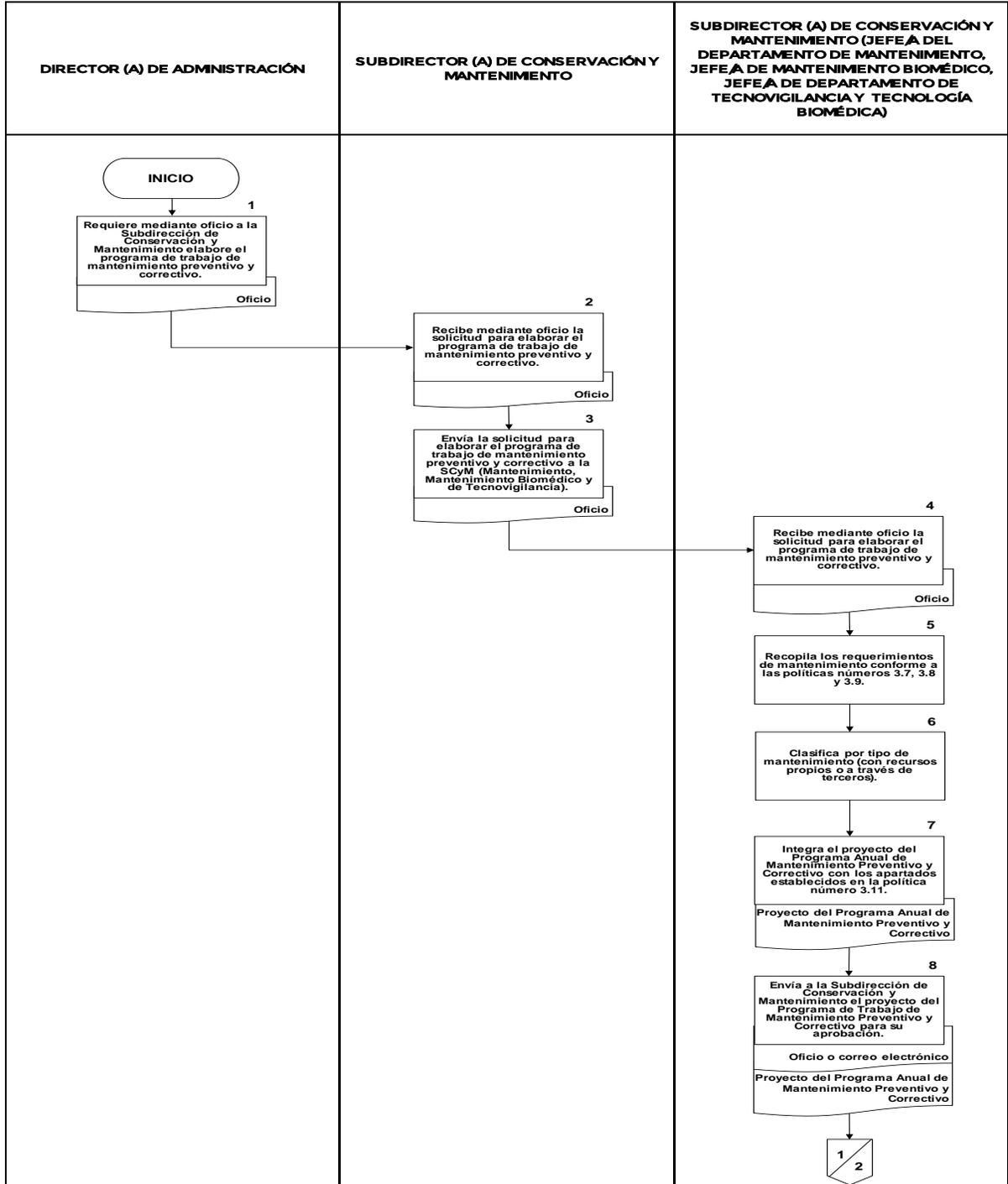
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| Director (a) de Administración | 1 | Requiere mediante oficio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento elabore el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo. | -Oficio |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 2 | Recibe mediante oficio la solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo. | -Oficio -Oficio |
| | 3 | Envía la solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamentos de Mantenimiento, de Mantenimiento Biomédico y de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica). | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe/a del Departamento de Mantenimiento, Jefe/a de Mantenimiento Biomédico, Jefe/a de Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | 4 | Recibe mediante oficio la solicitud para elaborar el programa de trabajo de mantenimiento preventivo y correctivo. | -Oficio -Proyecto del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo |
| | 5 | Recopila los requerimientos de mantenimiento conforme a las políticas números 3.7, 3.8 y 3.9. | -Oficio o correo electrónico. |
| | 6 | Clasifica por tipo de mantenimiento (con recursos propios o a través de terceros). | |
| | 7 | Integra el proyecto del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo con los apartados establecidos en la política número 3.11. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 8 | Envía mediante oficio o correo electrónico a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento el proyecto del Programa de Trabajo de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para su aprobación. | |
| | 9 | Recibe por oficio o correo electrónico el proyecto del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo, verifica su contenido y factibilidad conforme a la política número 3.12. | -Oficio o correo electrónico. -Proyecto del Programa Anual de Mantenimiento |

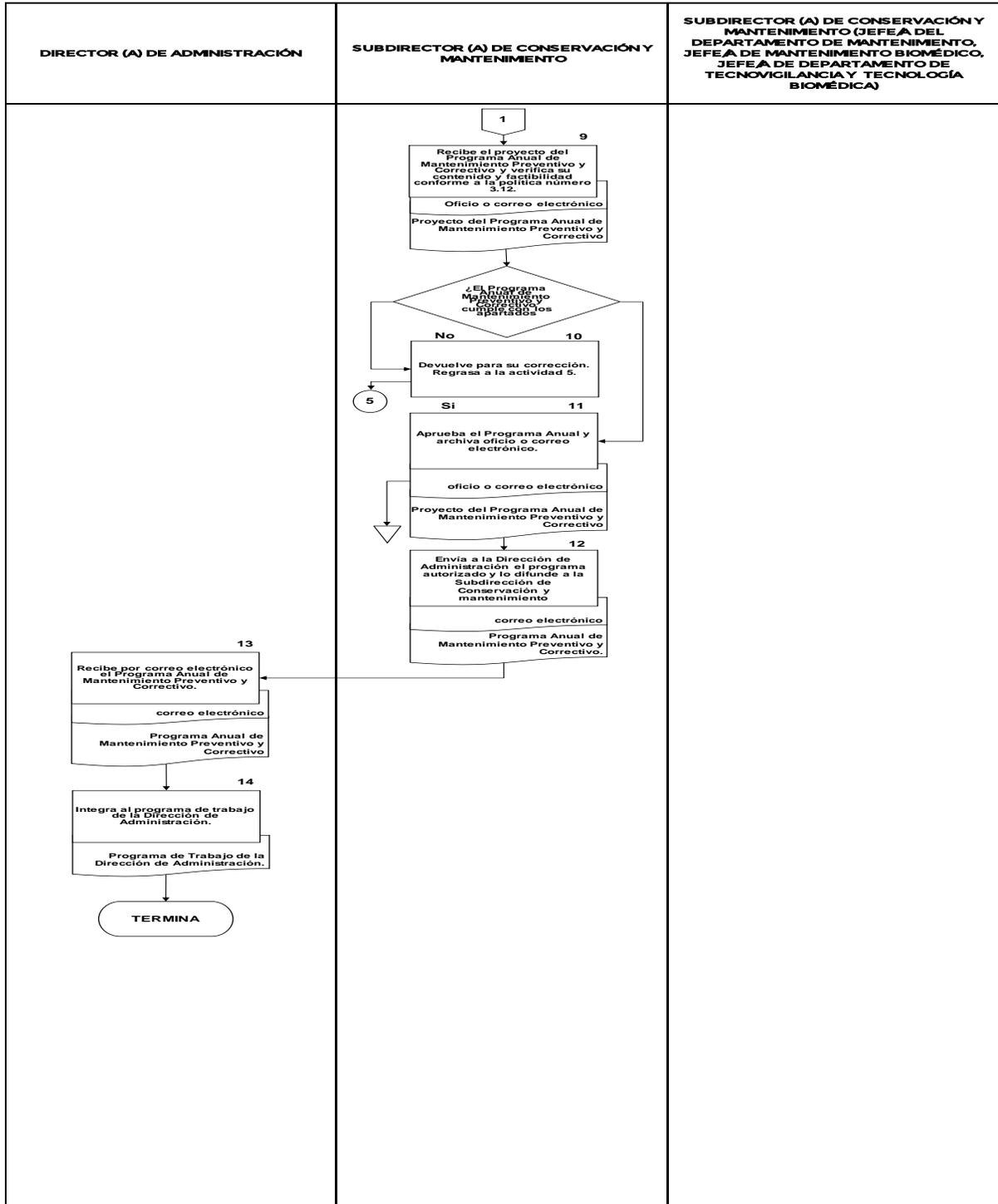
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 48. Procedimiento para elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo <div style="text-align: right;">Hoja: 6 de 10</div> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--------------------------------|----------|--|---|
| | 10 | ¿El Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo cumple con los apartados mínimos y es factible? | Preventivo y Correctivo |
| | 11 | No: Devuelve para su corrección. Regresa actividad No. 5 | -Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. |
| | 12 | Si: Aprueba el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo y archiva oficio o correo electrónico. Envía por correo electrónico a la Dirección de Administración el programa autorizado y lo difunde a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamentos de Mantenimiento, Mantenimiento Biomédico y Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica). | -Correo electrónico. |
| Director (a) de Administración | 13 | Recibe por correo electrónico el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | -Correo electrónico. |
| | 14 | Integra al programa de trabajo de la Dirección de Administración. | -Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo |
| | | TERMINA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | 48. Procedimiento para la Elaboración del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para la Elaboración del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 9 de 10 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica). | No aplica |
| 7.2 Proyecto del Programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica). | No aplica |
| 7.3 Correo electrónico | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento de Tecnovigilancia y | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 48. Procedimiento para la Elaboración del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo. | | Hoja: 10 de 10 |

| | | Tecnología Biomédica). | |
|--|--------|---|-----------|
| 7.4 Programa anual de mantenimiento preventivo y correctivo. | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento. | No aplica |
| 7.5 Programa de Trabajo de la Dirección de Administración. | 2 años | Dirección de Administración | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Mantenimiento correctivo.- Es aquel que tiene como objetivo anticiparse a los posibles fallos o desperfectos que pueda presentarse en inmuebles, instalaciones y equipo, de un momento a otro.

8.2 Mantenimiento preventivo.- Es el mantenimiento cuyo objetivo es programar las intervenciones de los puntos vulnerables en instalaciones y bienes muebles. Suele tener un carácter sistemático, es decir, se interviene aunque el equipo no haya dado ningún síntoma de tener un problema.

8.3 Programa de Trabajo.- Herramienta con la que organizar y simplificar las actividades necesarias para concretar una acción. Con este instrumento podemos planificar y gestionar todos los recursos necesarios para poder ejecutar dicho trabajo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 03 | Octubre, 2020. | Se actualiza la descripción del procedimiento para plasmarlo como como se lleva a cabo, se integran políticas transversales. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 1 de 14 |

49. PROCEDIMIENTO PARA LA ADAPTACIÓN Y/O REMODELACIÓN DE ESPACIOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 2 de 14 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Mejorar los espacios físicos de acuerdo a las necesidades de la institución, para mejorar la atención a usuarios/as y contar con instalaciones seguras y confortables.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración por ser quienes solicitan la adaptación y/o remodelación de espacios; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento por ser quien elabora el anteproyecto de adaptación y/o remodelación de espacios; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) por ser quienes supervisan que los trabajos de adaptación y/o remodelación de espacios se ejecuten conforme a los contratos.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/Las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 3 de 14 |

- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.
- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para fines de este procedimiento se considera Director(a) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Las Direcciones de Área son responsables de elaborar los requerimientos de adaptación de espacios de acuerdo a sus necesidades y remitirlos a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.
- 3.9 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento analiza la factibilidad técnica de espacio, de acuerdo a las solicitudes emitidas por las direcciones de área.
- 3.10 En la adaptación y/o remodelación de espacios deben considerarse las necesidades que se deriven de la adquisición o reubicación de equipo médico, cuya instalación requiera la asesoría técnica de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico y del Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica).
- 3.11 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento se encarga de realizar el anteproyecto de remodelación de espacios, considerando no alterar el sistema general de distribución, la zonificación genérica, las circulaciones, accesos peatonales y vehiculares.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 4 de 14 |

- 3.12 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento presenta a las Direcciones de Área, las alternativas de remodelación para su autorización.
- 3.13 Una vez aprobado el anteproyecto de remodelación de espacios, la Subdirección de Conservación y Mantenimiento debe comunicarlo a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica).
- 3.14 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento realiza los trámites ante la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios para la contratación de los servicios para la adaptación y/o remodelación de espacios.
- 3.15 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, verifica que los trabajos se realicen conforme a las especificaciones técnicas establecidas en los contratos de los servicios.
- 3.16 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de actualizar los planos arquitectónicos conforme a las modificaciones realizadas en el conjunto hospitalario.

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | |

Hoja: 5 de 14

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Directores (as) de Área | 1 | <p>Elabora requerimientos de adaptación de espacios de acuerdo a sus necesidades y los remiten a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.</p> <p>-----</p> <p>El envío de los requerimientos puede realizarse a través de correo electrónico, oficio o en reunión de trabajo.</p> <p>-----</p> | -Requerimientos. |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 2 | Recibe requerimientos y elabora la Propuesta de anteproyecto de adaptación y/o remodelación de espacios, de acuerdo a lo solicitado. | -Requerimientos -Propuesta de anteproyecto. |
| | 3 | Envía por correo electrónico la Propuesta de anteproyecto a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), para que determinen las necesidades de insumos para llevar a cabo la Propuesta. | -Correo electrónico. |
| Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento, Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico, Jefe(a) de Departamento de Tecnovigilancia | 4 | Recibe correo con la Propuesta de anteproyecto de adaptación y/o remodelación de espacios. | -Correo electrónico. -Propuesta de anteproyecto. |
| | 5 | Realiza recorridos en las instalaciones para identificar los insumos necesarios para realizar la adaptación y/o remodelación solicitada en el anteproyecto. | -Correo electrónico con anteproyecto. |
| | 6 | Complementa la información del anteproyecto de adaptación y/o remodelación de espacios de acuerdo a las políticas 3.10 y 3.11. | -Anteproyecto. |
| | 7 | Envía por correo electrónico a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento el anteproyecto con la | |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | |

Hoja: 6 de 14

| | | | |
|--|----|---|---|
| y Tecnología Biomédica) | | información de las necesidades de insumos y descripción de trabajos que implica el anteproyecto y archivan la propuesta del anteproyecto. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 8 | Recibe correo con anteproyecto para adaptación y/o remodelación con información y lo revisa. | -Correo electrónico con anteproyecto. -Anteproyecto. -Solicitud de contratación de servicios. |
| | 9 | No: Realiza observaciones. Regresa a la actividad No. 5 | |
| | 10 | Si: Elabora solicitud de contratación de servicios para la adaptación y/o remodelación de espacios y la envía a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios junto con el Anteproyecto. | |
| Subdirector (a) de Recursos Materiales y Servicios | 11 | Recibe la solicitud de contratación de servicios y lleva a cabo los procesos de contratación de servicios conforme a la normatividad. | -Solicitud de contratación de servicios. -Contrato del proveedor adjudicado. |
| | 12 | Envía a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento el contrato del proveedor adjudicado para su administración. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 13 | Recibe el contrato del proveedor adjudicado para su administración. | -Contrato del proveedor adjudicado. |
| | 14 | Entrega copia del contrato del proveedor adjudicado, a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) e instruye para que supervisen la ejecución de los trabajos. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 15 | Recibe copia de contrato del proveedor adjudicado y coordinan las actividades con el proveedor a cargo de los trabajos de adaptación y/o remodelación de espacios. | -Contrato del proveedor adjudicado. -Bitácora de |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | |

Hoja: 7 de 14

| | | | |
|--|----|---|---|
| (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento, Jefe(a) de Mantenimiento Biomédico, Jefe(a) de Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | 16 | Realiza recorridos de supervisión para verificar que los trabajos se lleven a cabo en la forma y términos establecidos en el contrato. | obra. -Documentación soporte (Generadores, Reportes fotográficos y Reporte con la descripción de trabajos realizados). |
| | 17 | Registra los avances en la Bitácora de obra. ----- | |
| | 18 | La Bitácora de obra se encuentra en la Subdirección de Conservación y Mantenimiento. ----- | |
| | 19 | Solicita al prestador del servicio la documentación soporte (Generadores, Reportes fotográficos y reporte con la descripción de trabajos realizados) y verifican que se apeguen a las condiciones de contratación. | |
| | 20 | ¿Los trabajos de adaptación y/o remodelación de espacio cumplen con las características establecidas en el contrato? No: Solicita al prestador del servicio realizar las adecuaciones correspondientes. Regresa a la actividad 16. Si: Informa avance satisfactorio a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento y le entregan los generadores, reportes fotográficos y reporte con la descripción de trabajos realizados. | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 21 | Recibe documentación soporte y tramita el pago al proveedor ante la Subdirección de Recursos Financieros y archiva en el expediente los generadores, reportes fotográficos, reporte con la descripción de trabajos realizados y contrato. | -Documentación soporte (Generadores, Reportes fotográficos y Reporte con la descripción de trabajos realizados). -Contrato del |

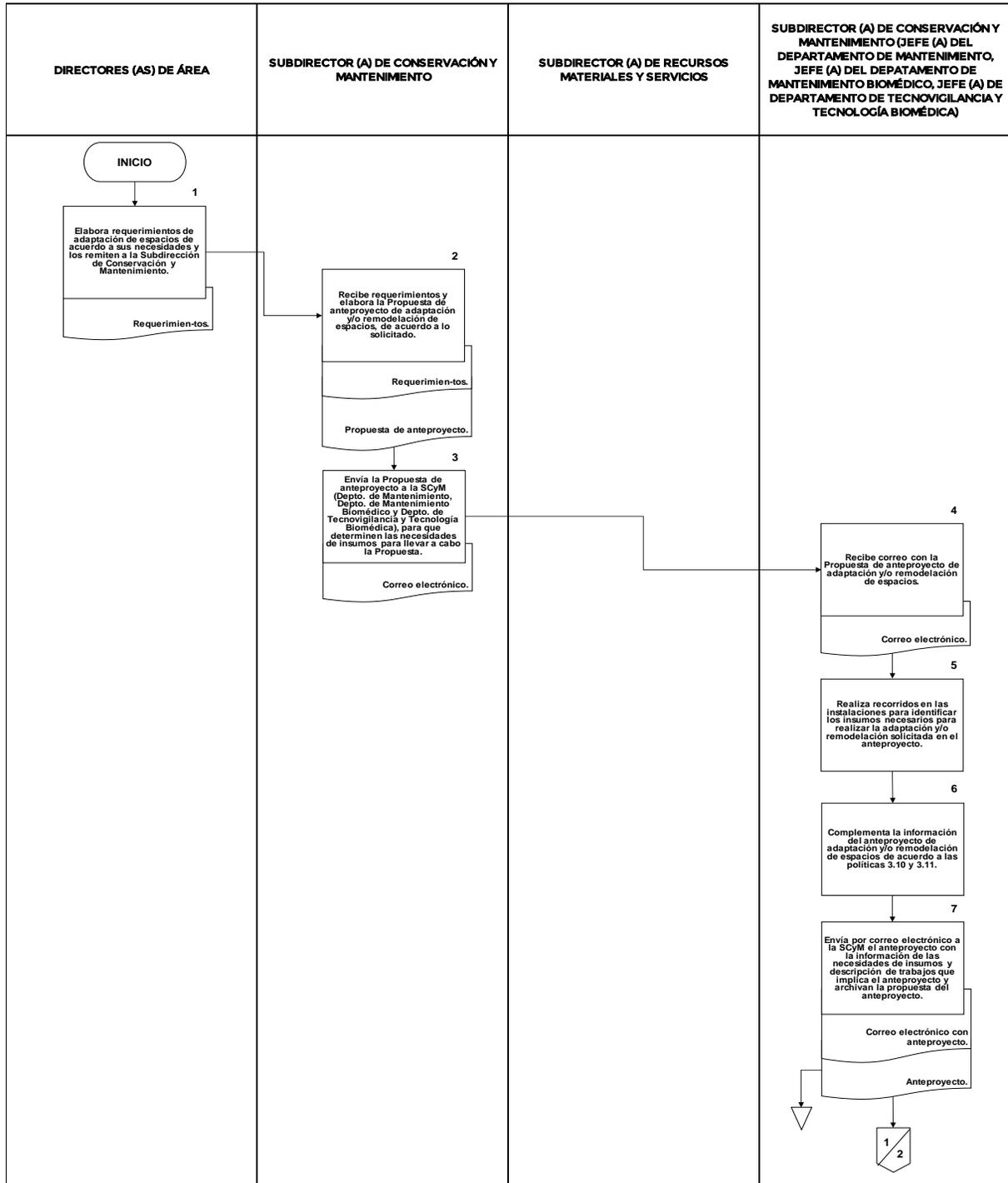
TERMINA

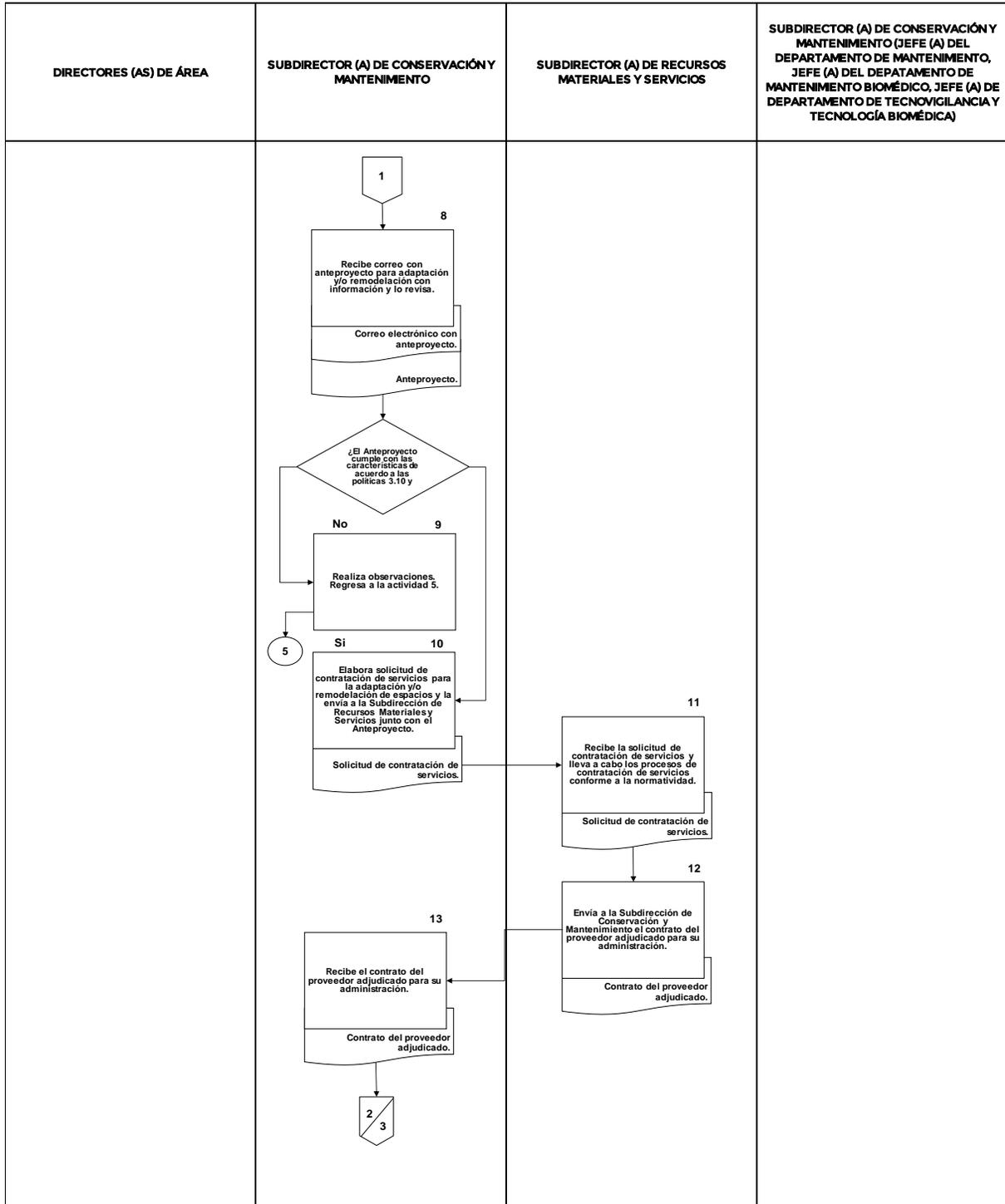
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | |

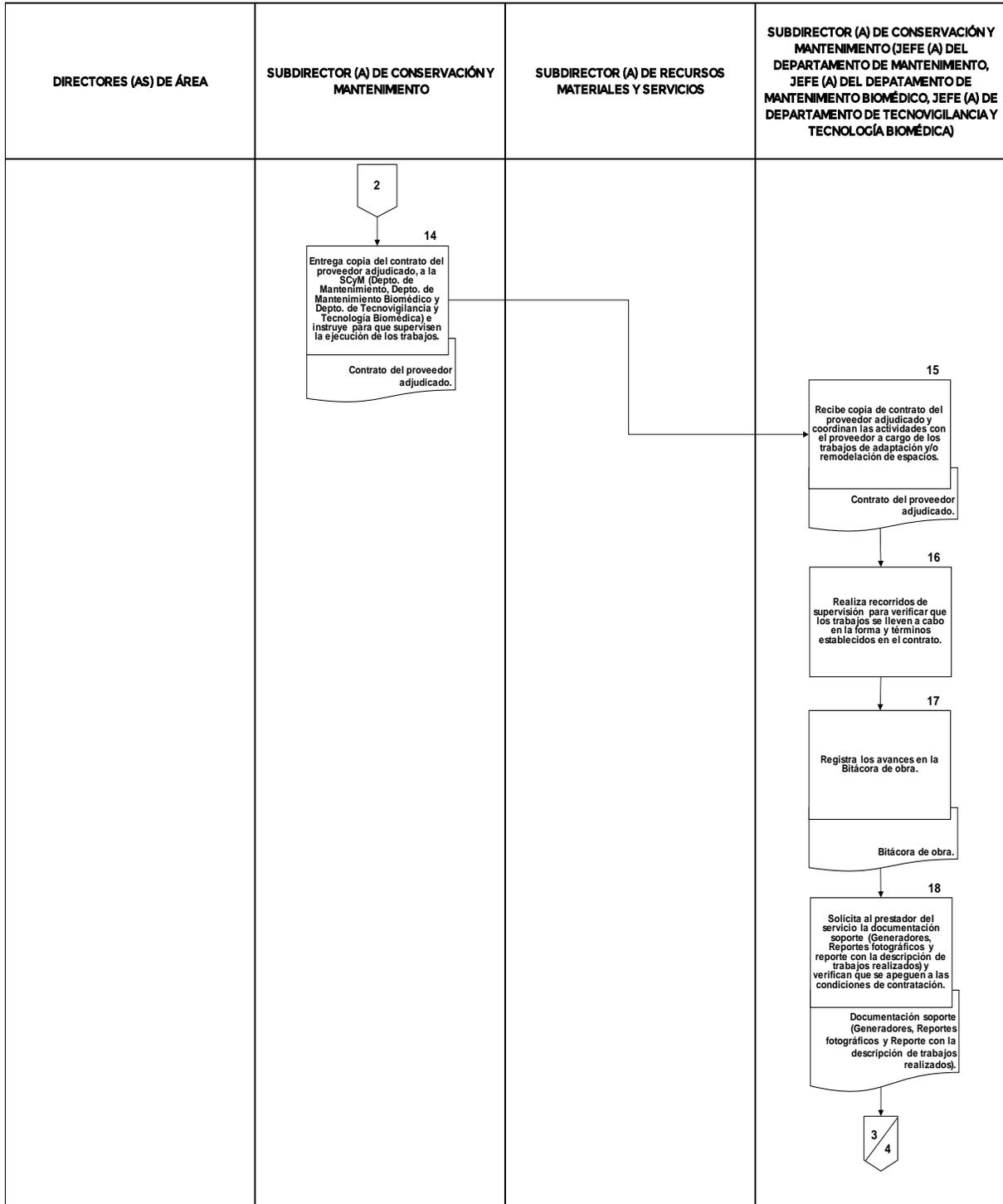
Hoja: 8 de 14

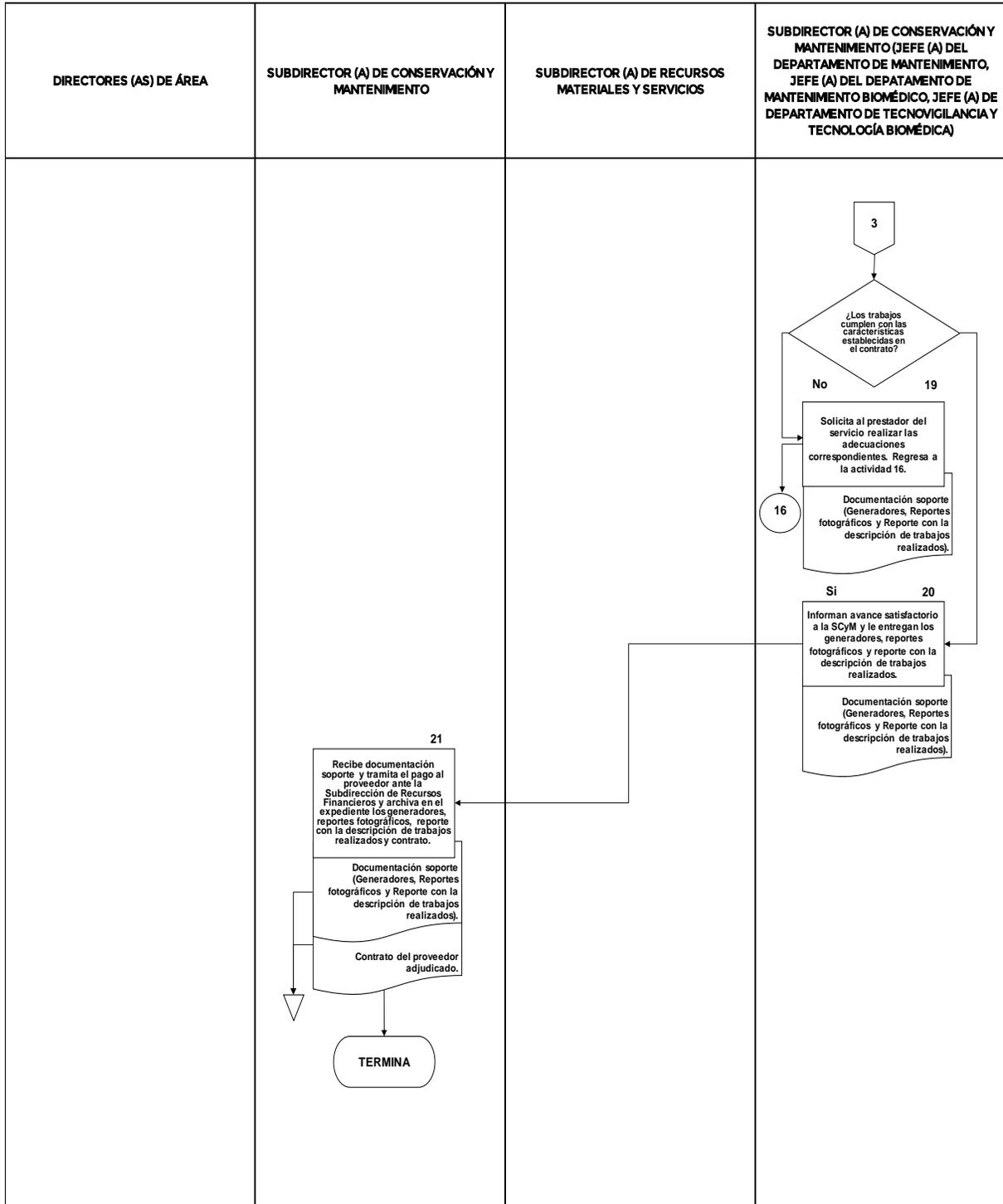
| | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| | | | proveedor adjudicado. |
|--|--|--|--------------------------|

5. DIAGRAMA DE FLUJO









| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 12 de 14 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|-------------------------------|------------------------|---|--|
| 7.1 Requerimientos | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.2 Propuesta de Anteproyecto | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | No aplica |
| 7.3 Correo electrónico | 1 año | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | No aplica |
| 7.4 Anteproyecto | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento, Departamento de Mantenimiento Biomédico, Departamento | No aplica |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 13 de 14 |

| | | de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.5 Solicitud | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.6 Contrato | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.7 Bitácora de Obra | 8 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |
| 7.8 Documentación soporte (Generadores, Reportes fotográficos y Reporte con la descripción de trabajos realizados) | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento | No aplica |

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 técnicas, programación temporal de la ejecución del proyecto y presupuesto.
- 8.2 Bitácora de obra pública.** Es una libreta que se utiliza para anotar en ella cualquier situación que se presente durante el desarrollo de los trabajos de construcción, adaptación y remodelación que sea diferente a lo establecido en los anexos técnicos de contratación.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 03 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como |

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 49. Procedimiento para la adaptación y/o remodelación de espacios. | | Hoja: 14 de 14 |

| | | |
|--|--|--|
| | | se realizan las actividades actualmente. |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 1 de 12 |

50. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO A EQUIPO MÉDICO CON RECURSOS CONTRATADOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Supervisar que los servicios de mantenimiento preventivo contratados se otorguen en la forma y plazos contractuales, para que el equipo médico propiedad del Hospital funcione de manera óptima y se dé continuidad a la atención de los/las pacientes.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento por ser quien supervisa que el servicio de mantenimiento se otorgue conforme al contrato; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), ya que son quienes administran los contratos de mantenimiento preventivo.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad quedan sujetos a lo que determine el Órgano Interno de Control y quedarán sujetos a lo que establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 3 de 12 |

información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.

- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual deberá establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, realiza los trámites para la contratación de los servicios de mantenimiento al equipo médico.
- 3.8 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de supervisar que la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), administren los contratos de mantenimiento preventivo en la forma y plazos establecidos.
- 3.9 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de verificar a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y el Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, que el servicio de mantenimiento preventivo se realice en los términos del contrato y conforme a las recomendaciones y especificaciones descritas en los manuales de operación del fabricante del equipo médico.
- 3.10 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, revisa que en las órdenes de servicio elaboradas por los proveedores se incluya la siguiente información.
 - Datos de identificación del equipo.
 - Número de folio de la orden de servicio.
 - Datos de identificación del área clínica usuaria del equipo médico.
 - Descripción de rutinas de mantenimiento y refacciones empleadas.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 4 de 12 |

- Datos del responsable de la ejecución del servicio por parte del proveedor.

- 3.11 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, registra en la Orden de servicio nombre completo, cargo y firma de verificación del servicio de mantenimiento.
- 3.12 Una vez que el equipo médico recibe el mantenimiento y se encuentra funcionando, la Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, lo entrega a la Dirección Médica y le solicita firmar de conformidad la Orden de servicio.
- 3.13 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica, realiza el cálculo de las deductivas en caso de incumplimiento de los proveedores, para el descuento correspondiente.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. <div style="text-align: right;">Hoja: 5 de 12</div> |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 1 | Recibe por parte de la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios, copia de los contratos de los servicios de mantenimiento a equipo médico propiedad del hospital. | -Contratos |
| | 2 | Entrega contratos a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico y Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) y los instruye para que coordinen la ejecución de los trabajos. | |
| Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento Biomédico/ Jefe(a) del Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | 3 | Revisa el contrato e identifican los términos de referencia y los plazos de ejecución del servicio de mantenimiento preventivo. | -Contratos -Orden de servicio de mantenimiento |
| | 4 | Coordina con el proveedor la ejecución de los trabajos indicados en el contrato, en el plazo y forma apegados a los términos de referencia. | |
| | 5 | Revisa que los insumos a sustituir en el equipo médico cumplan con las características establecidas en el contrato. | |
| | 6 | Recibe del proveedor la Orden de servicio del mantenimiento realizado y verifican que contengan los requisitos establecidos en la política 3.10. ¿Los trabajos realizados corresponden a las obligaciones del contrato? | |
| | 7 | No: Registra los incumplimientos en la Orden de servicio de mantenimiento e integran en el expediente las Órdenes de servicio de mantenimiento junto con el contrato correspondiente. TERMINA. | |
| | 8 | Si: Ejecuta las pruebas funcionales al equipo | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. <p style="text-align: right;">Hoja: 6 de 12</p> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|-------------------------------------|
| | | <p>médico.</p> <p>¿El equipo funciona adecuadamente?</p> <p>9 No: Registra los incumplimientos en la Orden de servicio de mantenimiento y realizan el cálculo de las deductivas con base en el contrato. TERMINA.</p> <p>10 Si: Entrega el equipo funcionando a la Dirección Médica.</p> <p>11 Solicita a la Dirección Médica nombre y firma de conformidad en la Orden de servicio de mantenimiento y le entregan una copia.</p> <p>12 Entrega las Órdenes de servicio de mantenimiento a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento.</p> | |
| Subdirector (a) de Conservación y Mantenimiento | 13 | <p>Recibe las Órdenes de servicio de mantenimiento y verifica si contienen incumplimientos.</p> <p>¿Las Órdenes de servicio de mantenimiento contienen incumplimientos?</p> | -Orden de servicio de mantenimiento |
| | 14 | <p>No: Instruye a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico/Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), para que integren y archiven en el expediente las Órdenes de servicio de mantenimiento junto con el contrato correspondiente. TERMINA</p> | |
| | 15 | <p>Si: Instruye a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico/Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica), para que realicen el cálculo de las</p> | |

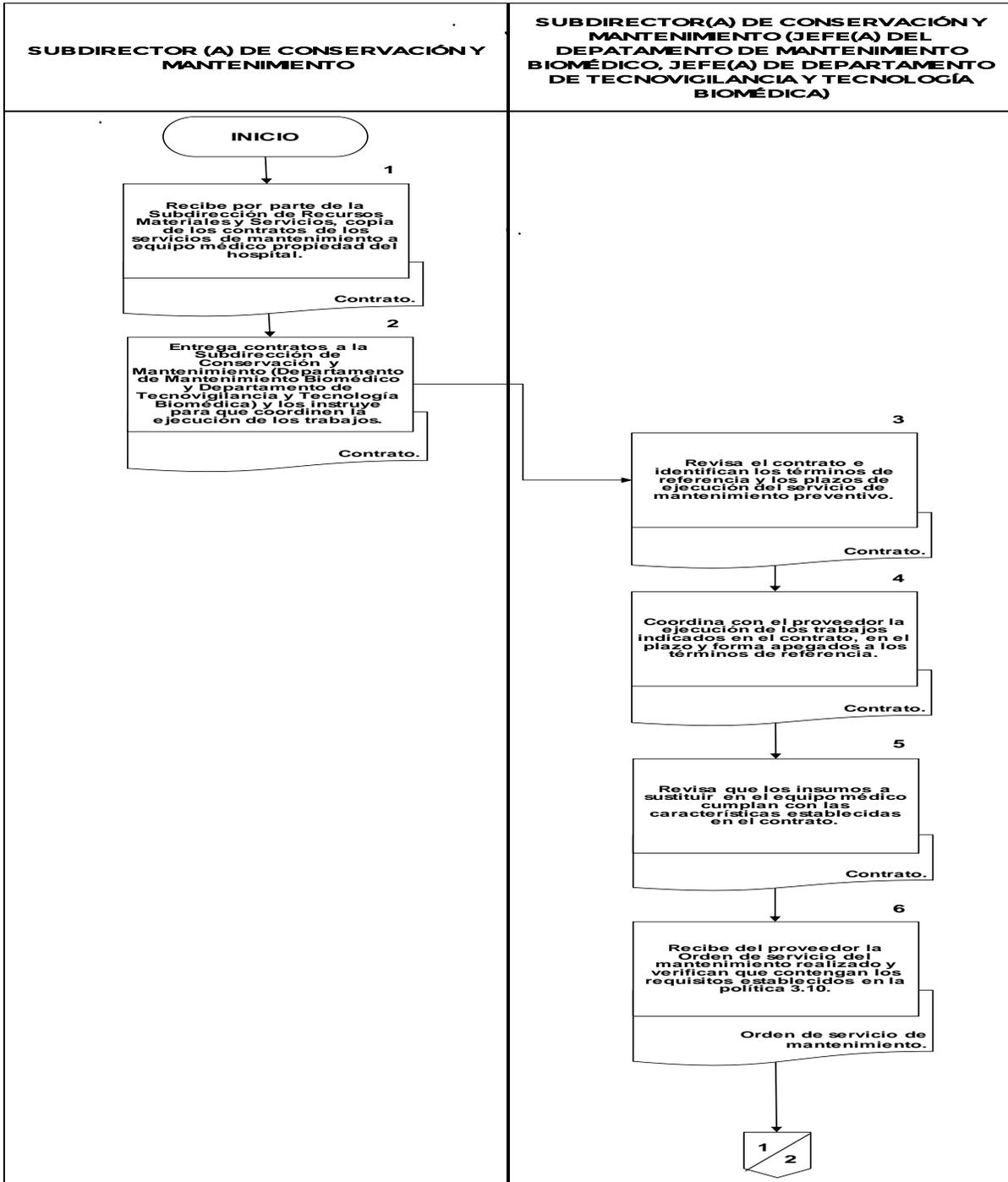
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | |

Hoja: 7 de 12

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|-------------------------------------|-------------------|
| | | deductivas con base en el contrato. | |
| | | TERMINA | |

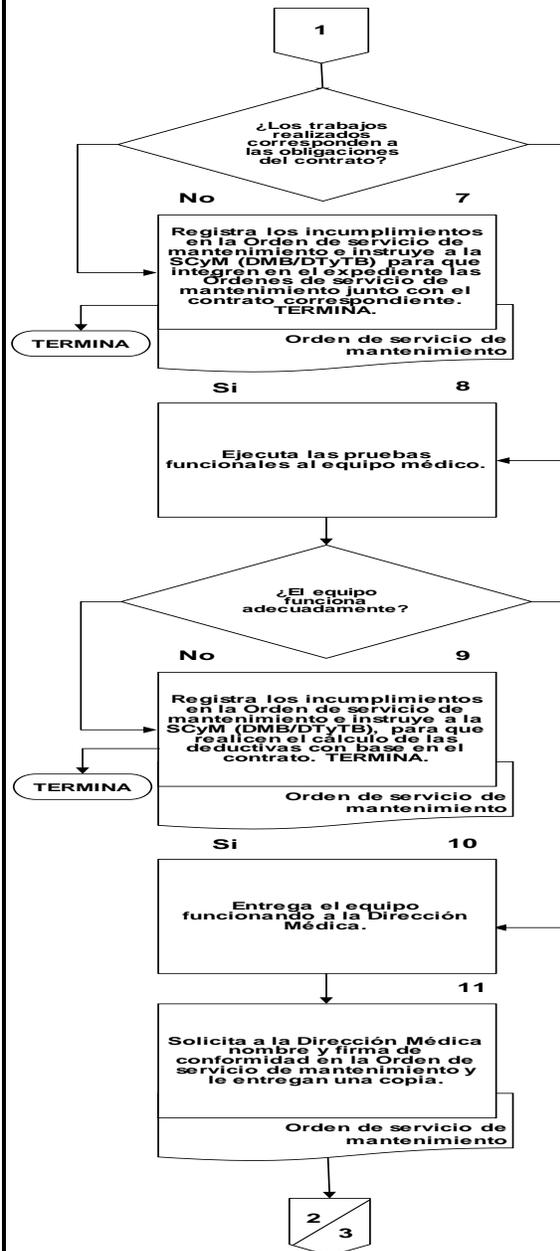
| | | | |
|---|---|--|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO AGOSTO 1847 | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 8 de 12 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



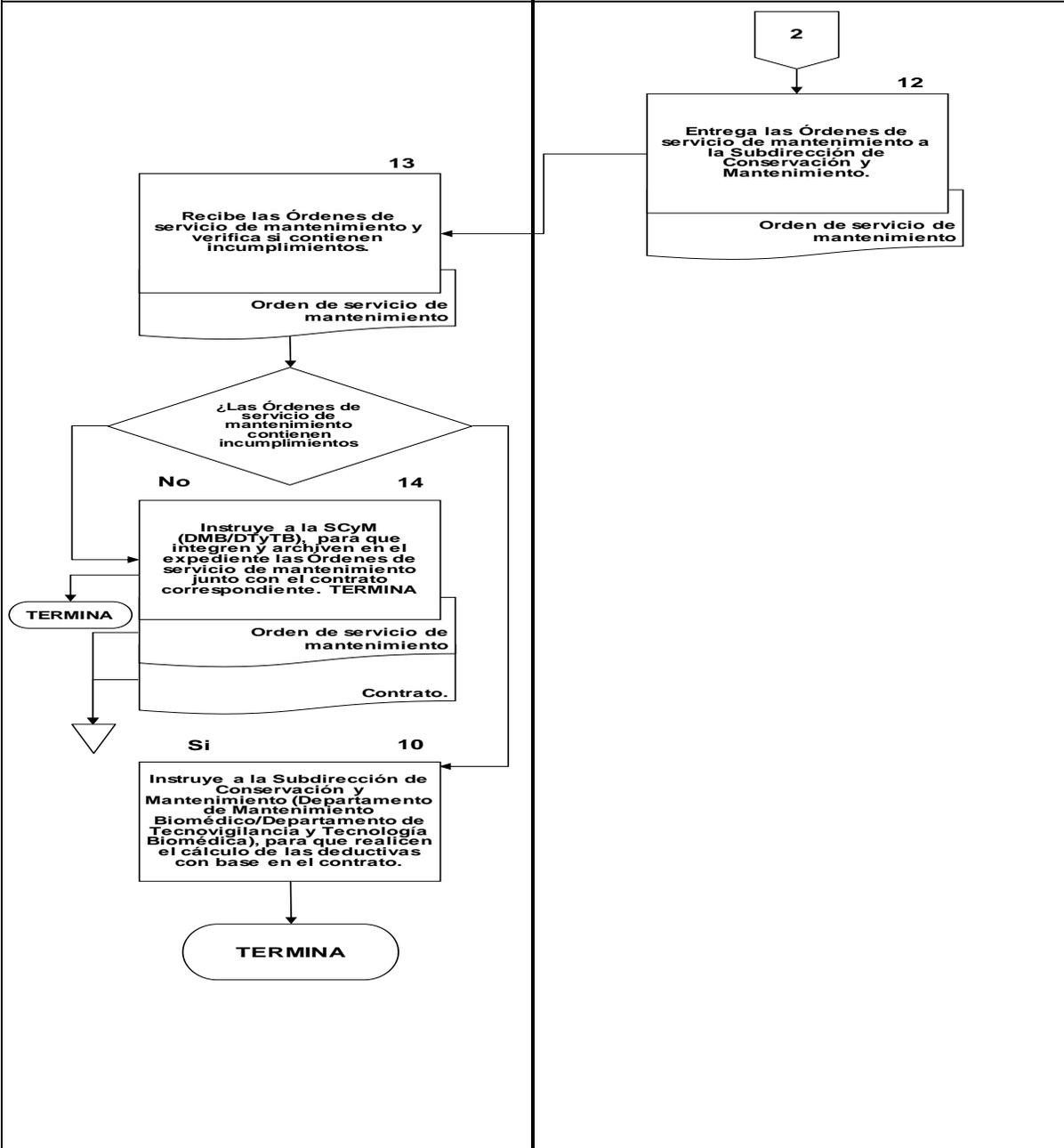
SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

SUBDIRECTOR(A) DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO (JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO, JEFE(A) DE DEPARTAMENTO DE TECNOVIGILANCIA Y TECNOLOGÍA BIOMÉDICA)



**SUBDIRECTOR (A) DE CONSERVACIÓN Y
MANTENIMIENTO**

**SUBDIRECTOR(A) DE CONSERVACIÓN Y
MANTENIMIENTO (JEFE(A) DEL
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO
BIOMÉDICO, JEFE(A) DE DEPARTAMENTO
DE TECNOVIGILANCIA Y TECNOLOGÍA
BIOMÉDICA)**



| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 11 de 12 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | | Código (cuando aplique) |
|------------|---|-------------------------|
| 6.1 | Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica. |
| 6.2 | Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica. |
| 6.3 | Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica. |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Contrato | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico/Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | No aplica. |
| 7.2 Orden de servicio de mantenimiento | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento Biomédico/Departamento de Tecnovigilancia y Tecnología Biomédica) | No aplica. |

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 |
|--------------------|------------------------|--|
| 03 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 50. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. | | Hoja: 12 de 12 |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente</p> |
|--|--|--|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | Hoja: 1 de 10 |

51. PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DE TRABAJOS DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO CON RECURSOS PROPIOS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | Hoja: 2 de 10 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Verificar que los trabajos de mantenimiento correctivo, se hayan ejecutado en atención a las solicitudes formuladas por las direcciones de área, para el buen funcionamiento de las instalaciones del Hospital.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración por ser quienes solicitan trabajos de mantenimiento correctivos; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ya que es quien supervisa la ejecución de los trabajos de mantenimiento; a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) por ser quien realiza los servicios de mantenimiento.
- 2.2 A nivel externo: No aplica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Los/Las servidores(as) públicos/as del Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los derechos humanos con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de los mismos.
- 3.2 El personal que interviene en este procedimiento debe apegarse a los principios, valores y reglas de integridad que se encuentran definidos en el Código de Ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal que emitió la Secretaría de la Función Pública y en el Código de Conducta del Hospital Juárez de México, cuya finalidad es crear un marco de aspiración a la excelencia, el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, asumiéndolas como líderes en la construcción de la nueva ética pública.

Los casos de incumplimiento de los principios, valores y reglas de integridad, quedan sujetos a las medidas que determine el Órgano Interno de Control con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás ordenamientos en la materia.

- 3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, contar con los sistemas de información y con los soportes y archivos inherentes a las actividades que se desarrollan.
- 3.4 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, a través del Departamento de Mantenimiento, informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, la información y

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | Hoja: 3 de 10 |

reportes correspondientes a los indicadores en los que participa o que se generan.

- 3.5 Es responsabilidad de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual debe establecer los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.6 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento), es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para fines de este procedimiento, se denomina Directores (as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 Las direcciones de área realizan las solicitudes de servicios de mantenimiento correctivo a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ya sea por oficio, vía telefónica o de manera presencial.
- 3.9 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento, es responsable de verificar que se reciban, clasifiquen y se registren en la bitácora todas las solicitudes de servicios de mantenimiento correctivo que realicen las direcciones de área.
- 3.10 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través de la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento), elabora las órdenes de servicio con los datos que le proporcionan las direcciones de área, las cuales deben contener la siguiente información:
 - Fecha y hora de recepción de solicitud de servicio.
 - Nombre de quien recibe la solicitud.
 - Dirección de área que realiza la solicitud, número de extensión y área de localización.
 - Descripción de solicitud de mantenimiento.
- 3.11 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento, lleva a cabo el servicio de mantenimiento correctivo y registra en las órdenes de servicio el material utilizado.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | Hoja: 4 de 10 |

- 3.12 En caso de no contar el material y/o el equipo necesario para la realización del mantenimiento correctivo, la Subdirección de Conservación y Mantenimiento a través del Departamento de Mantenimiento, solicita la compra de material a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios.
- 3.13 La Subdirección de Conservación y Mantenimiento realiza recorridos en las instalaciones, para verificar que el mantenimiento se llevó a cabo de acuerdo a las órdenes de servicio.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. |

Hoja: 5 de 10

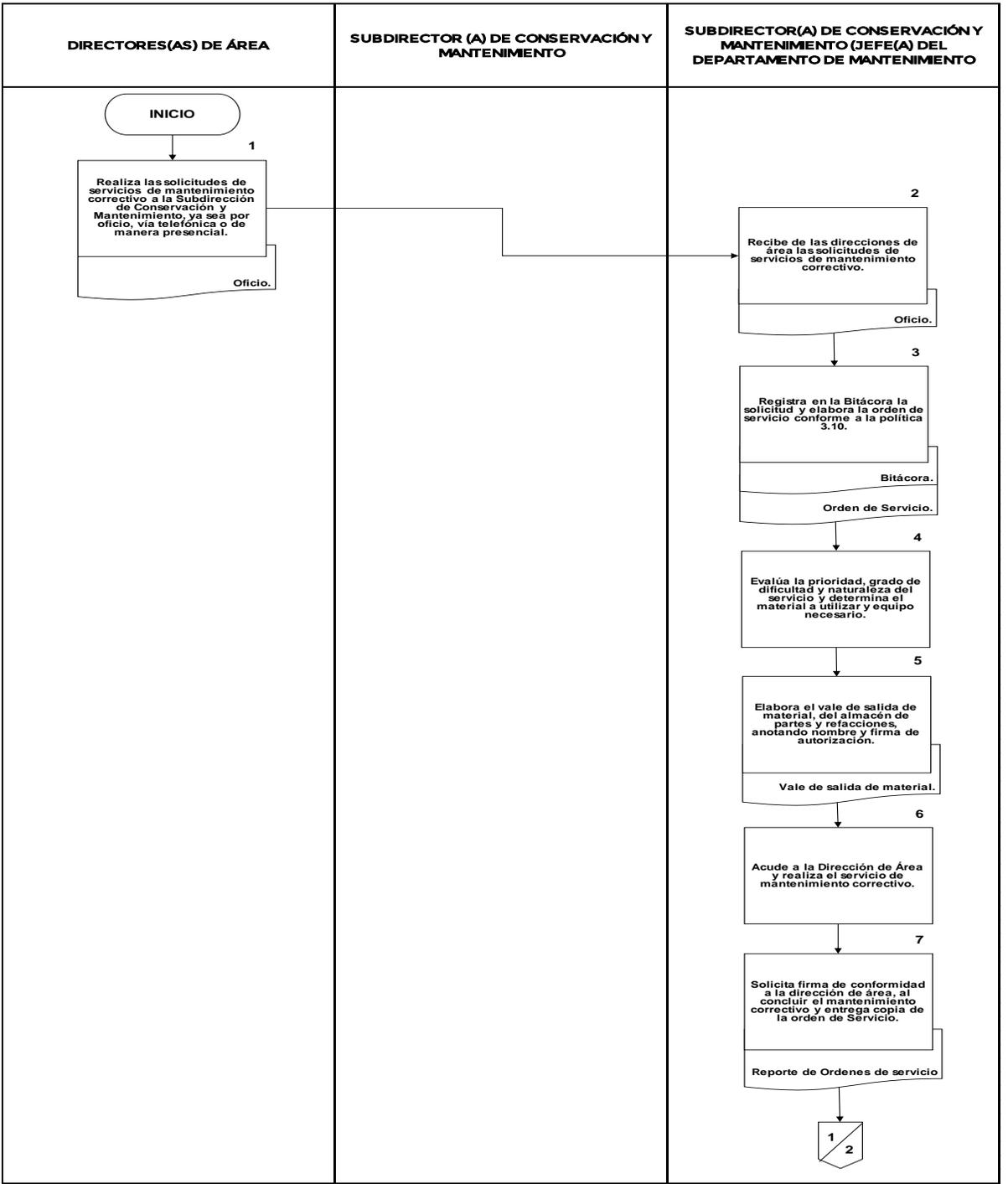
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Directores (as) de Área | 1 | Realiza las solicitudes de servicios de mantenimiento correctivo a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, ya sea por oficio, vía telefónica o de manera presencial. | -Oficio. |
| Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento (Jefe(a) del Departamento de Mantenimiento) | 2 | Recibe de las direcciones de área las solicitudes de servicios de mantenimiento correctivo. | -Oficio. -Bitácora. |
| | 3 | Registra en la Bitácora la solicitud y elabora la orden de servicio conforme a la política 3.10. | -Orden de Servicio. -Vale de salida de material. |
| | 4 | Evalúa la prioridad, grado de dificultad y naturaleza del servicio y determina el material a utilizar y equipo necesario. ----- ----- En caso de no haber existencia de material en el almacén de partes y refacciones, se hace la anotación en la orden de servicio, así mismo se entrega copia a la dirección de área y se solicita la compra de material a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios. ----- | -Reporte de Ordenes de servicio -Correo electrónico |
| | 5 | ----- ----- | |
| | 6 | Elabora el vale de salida de material, del almacén de partes y refacciones, anotando nombre y firma de autorización. | |
| | 7 | Acude a la Dirección de Área y realiza el servicio de mantenimiento correctivo. | |
| | 8 | Solicita firma de conformidad a la dirección de área, al concluir el mantenimiento correctivo y entrega copia de la orden de Servicio. | |
| | | Integra el Reporte de órdenes de servicio | |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento a equipo médico con recursos contratados. <p style="text-align: right;">Hoja: 6 de 10</p> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | 9 | <p>registradas en Bitácora, indicando cuáles se realizaron, cuáles no y el motivo.</p> <p>Envía mediante Correo electrónico a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento el reporte de órdenes de servicio registradas en la Bitácora.</p> | |
| Subdirector(a) de Conservación y Mantenimiento | 10 | <p>Recibe el reporte de órdenes de servicio y realiza recorridos para verificar la ejecución de los trabajos indicados.</p> <p>¿Están correctamente ejecutados los trabajos?</p> | <p>-Reporte de órdenes de servicio.</p> <p>-Orden de Servicio.</p> |
| | 11 | No: Informa a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) Regresa a la actividad 6. | |
| | 12 | Si: Valida los trabajos ejecutados y archiva el reporte de órdenes de servicio junto con las órdenes de servicio. | |
| TERMINA | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

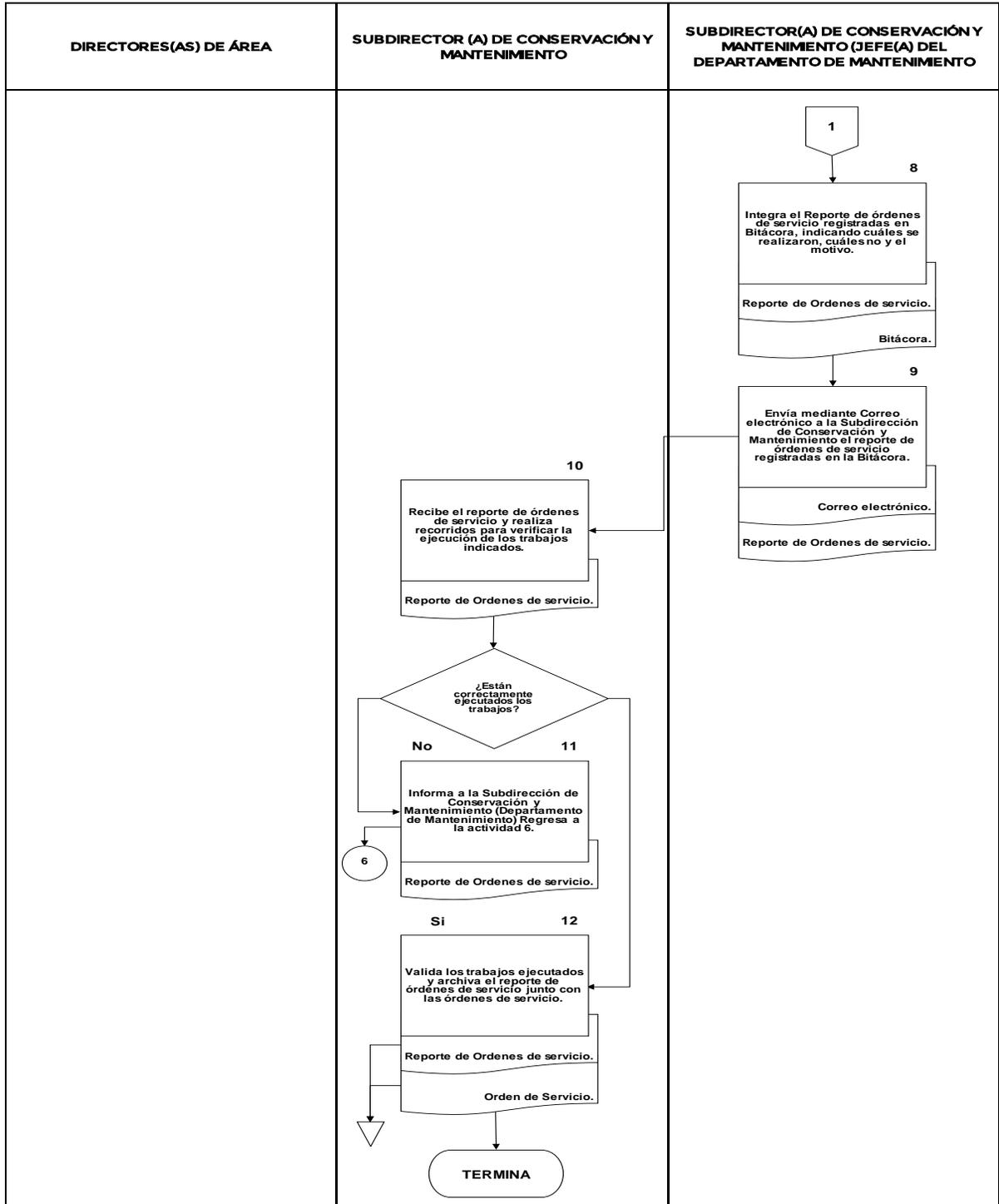
SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO

51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios.



Rev. 03

Hoja: 8 de 10



| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | Hoja: 9 de 10 |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.2 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.3 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|------------------------------------|------------------------|--|--|
| 7.1 Oficio | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) | No aplica |
| 7.2 Orden de servicio | 1 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) | No aplica |
| 7.3 Vale de Salida de material | 1 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) | No aplica |
| 7.4 Reporte de Órdenes de Servicio | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) | No aplica |
| 7.5 Bitácora | 2 años | Subdirección de Conservación y Mantenimiento (Departamento de Mantenimiento) | No aplica |

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.

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 03 |
| | SUBDIRECCIÓN DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO | | |
| | 51. Procedimiento para la supervisión de trabajos de mantenimiento correctivo con recursos propios. | | Hoja: 10 de 10 |

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 |
|--------------------|------------------------|--|
| 03 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  | MANUAL PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 1 de 11 |

52. PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO (PAT).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 2 de 11 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Elaborar el Plan Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control con base en los lineamientos que emita la Secretaría de la Función Pública, para establecer las acciones específicas y estrategias en materia de fiscalización a aplicar en los rubros y áreas proclives del Hospital, para coadyuvar con el logro de sus metas y objetivos, prevenir y disminuir actos de corrupción y sancionar las conductas ubicadas como faltas administrativas.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable al Titular del Órgano Interno de Control, por ser responsable de revisar y validar el Plan Anual de Trabajo; al Titular del Área para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, al Titular del Área de Auditoría Interna, al Titular del Área de Responsabilidades, y al Titular del Área de Quejas, por participar en la formulación del Plan Anual de Trabajo y proponen las acciones específicas a incluir.
- 2.2 A nivel externo: A la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control de la Secretaría de la Función Pública, porque aprueba el Plan Anual de Trabajo.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas adscritas al Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y a los enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.
- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 3 de 11 |

sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.

- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño a las instancias competentes, incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento, se denomina a los/las Titulares de Área: Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, Titular del Área de Auditoría Interna, Titular del Área de Responsabilidades, y Titular del Área de Quejas.
- 3.9 El Plan Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control, debe integrarse conforme a lo establecido en los "Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado", que emita la Secretaría de la Función Pública.
- 3.10 El Titular del Órgano Interno de Control elabora el Cronograma de Actividades para integrar el Plan Anual de Trabajo; así mismo, solicita a los Titulares de Área que recaben la información para la investigación preliminar, misma que es la base para identificar los riesgos de la entidad, entendiendo éstos como eventos adversos que pudieran obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales. Entre las fuentes para identificar los riesgos se encuentran:
- Información relacionada con operaciones, programas, procesos o transacciones que se consideren vulnerables en la institución;
 - Resultados de auditorías internas y externas;
 - Procedimientos de investigación;
 - Casos de responsabilidades;
 - Evaluaciones, diagnósticos y otras revisiones efectuadas por el Órgano Interno de Control.
 - Quejas y denuncias.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 4 de 11 |

- 3.11 Con base en la información recopilada en la investigación preliminar, el Titular del Órgano Interno de Control y los Titulares de Área evalúan la probabilidad de ocurrencia e impacto de los riesgos de la institución y determinan las acciones específicas, así como las estrategias a incluir en el Plan Anual de Trabajo, con objeto de administrarlos.
- 3.12 El Titular del Órgano Interno de Control y los Titulares de Área, elaboran la “Cédula de identificación de riesgos”, conforme a los “Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado”, e integran el Plan Anual de Trabajo con las estrategias a implementar (auditorías, diagnósticos, investigaciones, seguimiento de quejas y denuncias, entre otros) debidamente calendarizadas.
- 3.13 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de registrar el Plan Anual de Trabajo en los sistemas informáticos que determine la Secretaría de la Función Pública, dentro de los plazos que establezca la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control.
- 3.14 El Titular del Órgano Interno de Control, somete el Plan Anual de Trabajo a la aprobación de la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control y, en caso de recibir comentarios u observaciones, debe atenderlos en la forma y plazos que la misma determine.
- 3.15 Una vez aprobado el Programa Anual de Trabajo, el Titular del Órgano Interno de Control, lo difunde entre el personal para su debido seguimiento.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|--|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe los "Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado" por parte de la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control y elabora el cronograma de actividades para la formulación del Plan Anual de Trabajo. | -Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de |
| | 2 | Envía oficio y/o correo electrónico a los Titulares de Área con los "Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado" y el cronograma de actividades, solicitando que preparen la información correspondiente a la investigación preliminar. | Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado -Cronograma de actividades para formulación del Plan Anual de Trabajo. -Solicitud de información (oficio o correo). |
| Titulares de Área. | 3 | Recibe los Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo y el cronograma de actividades. | -Lineamientos Generales para la Formulación del Plan Anual de Trabajo |
| | 4 | Recopila la información de su competencia para fines de la investigación preliminar, considerando la relativa a la política 3.10 y la envían al Titular del Órgano Interno de Control. | - Cronograma de actividades para formulación del Plan Anual de Trabajo. -Solicitud de información (oficio o |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). |

Hoja: 6 de 11

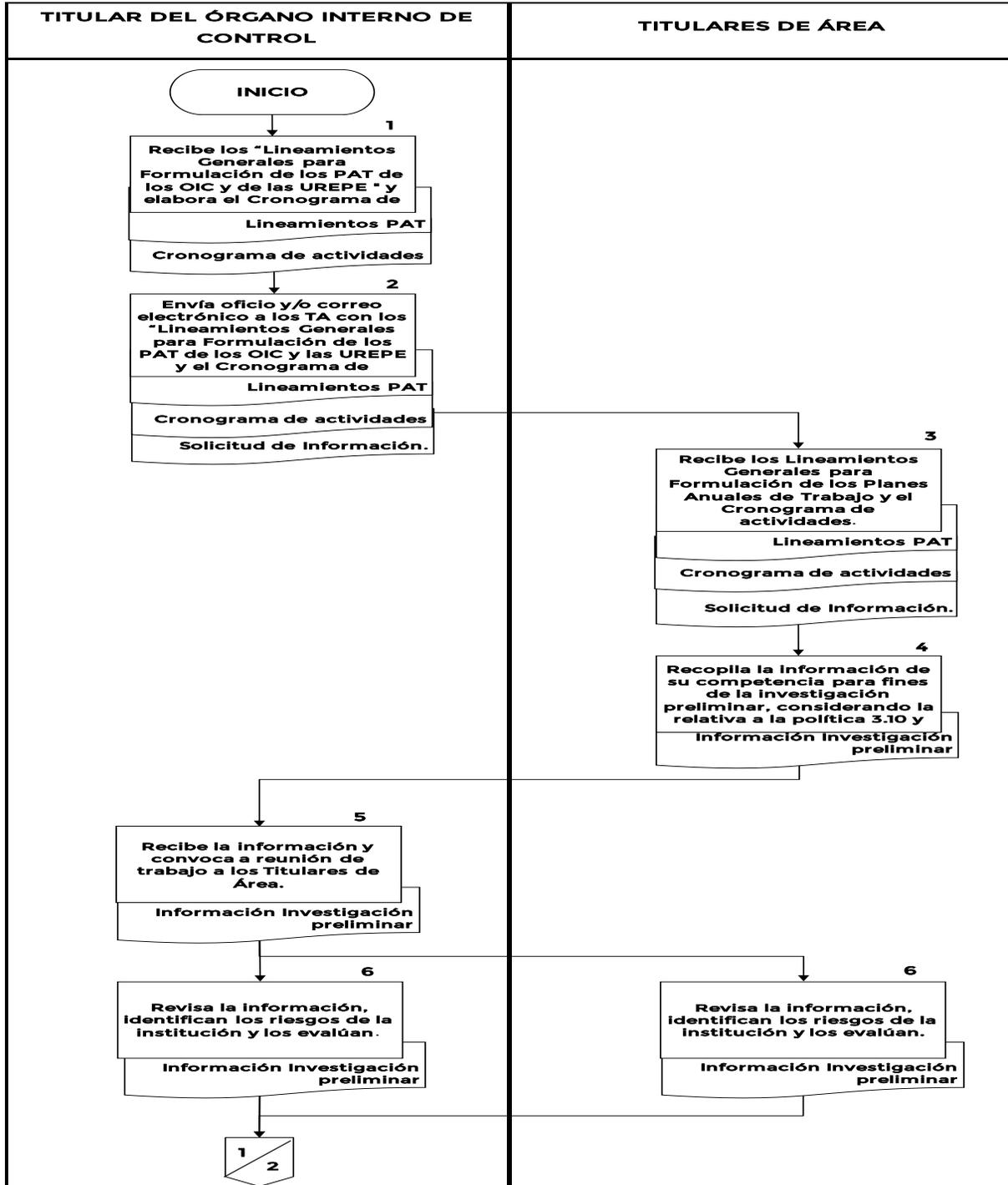
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|--|
| | | | correo). -Información investigación preliminar. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 5 | Recibe la información de la investigación preliminar y convoca a reunión de trabajo a los Titulares de Área. | -Información investigación preliminar. |
| Titular del Órgano Interno de Control / Titulares de Área | 6 | Revisa la información, identifican los riesgos de la institución y los avalúan. | -Información investigación preliminar. |
| | 7 | Determina las acciones específicas y estrategias que se aplicarán para administrar los riesgos y elaboran la cédula de identificación y valoración. | -Cédula de Identificación y valoración de riesgos. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 8 | Registra en los sistemas correspondientes las acciones específicas y estrategias que conforman el Plan Anual de Trabajo, de acuerdo a los tiempos establecidos en el Cronograma de actividades. | -Correo electrónico. -Autorización del Plan Anual de Trabajo. -Plan Anual de Trabajo Modificado. |
| | 9 | Notifica mediante correo electrónico a la Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control que el Plan Anual de Trabajo está registrado en los sistemas. ----- ----- La Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control revisa que el Plan Anual de Trabajo cumpla con lo establecido en los Lineamientos Generales para la Formulación del Plan Anual de Trabajo lo autoriza o, en su caso, emite los comentarios correspondientes que envía al Titular del Órgano Interno de Control. ----- ----- | -Plan Anual de Trabajo autorizado -Correo electrónico/ Oficio para difusión del Plan Anual de Trabajo. |
| | 10 | ¿La Coordinación General de Órganos de Vigilancia y Control autoriza el Plan Anual de Trabajo? No: Atiende los comentarios y registra en los sistemas el Plan Anual de Trabajo con | |

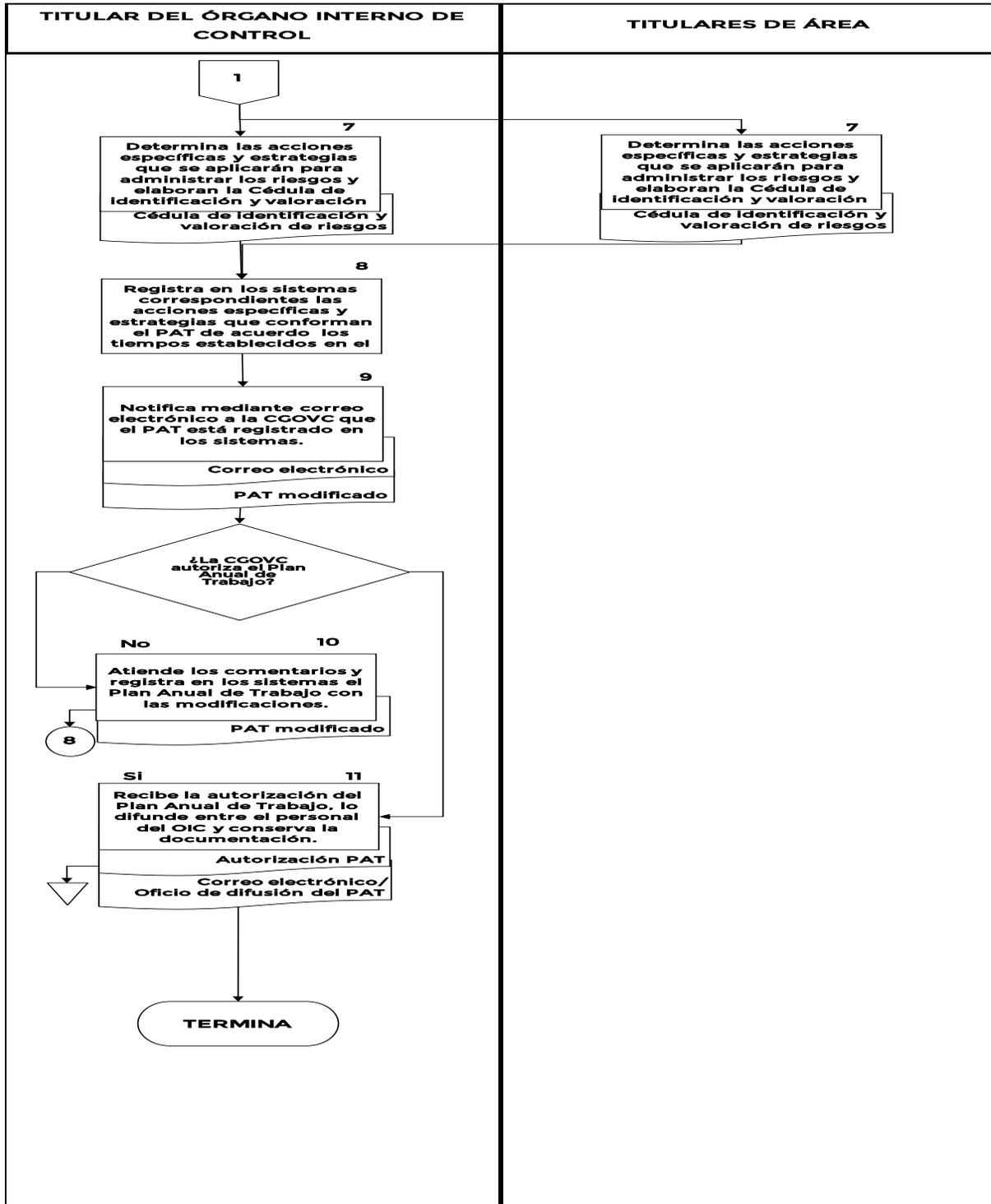
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). |

Hoja: 7 de 11

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|-------------------|
| | 11 | <p>las modificaciones. Regresa a la actividad 8.</p> <p>Si: Recibe la autorización del Plan Anual de Trabajo, lo difunde por correo electrónico o por oficio entre el personal del Órgano Interno de Control y conserva la documentación generada para su resguardo.</p> <p>TERMINA.</p> | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 10 de 11 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.2 Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado. | No aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---------------------------------------|--|
| 7.1 Lineamientos Generales para la Formulación del Plan Anual de Trabajo. | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.2 Cronograma de actividades para formulación del Plan Anual de Trabajo. | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.3 Solicitud de información (oficio o correo). | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.4 Información investigación preliminar | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.5 Cédula de Identificación y valoración de riesgos. | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.6 Correo electrónico. | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.7 Autorización del Plan Anual de Trabajo | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.8 Plan Anual de Trabajo modificado. | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.9 Plan Anual de Trabajo autorizado | 3 años | Titular del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 7.10 Correo | 3 años | Titular del Órgano Interno | No aplica |

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 52. Procedimiento para la formulación del Plan Anual de Trabajo (PAT). | | Hoja: 11 de 11 |

| | | | |
|---|--|------------|--|
| electrónico/Oficio para difusión del Plan Anual de Trabajo. | | de Control | |
|---|--|------------|--|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Cronograma de actividades:** Herramienta de gestión, que permite planificar, en función del tiempo y de los objetivos, todas las actividades que son necesarias para llevar a cabo la culminación de un proyecto.
- 8.2 Plan Anual de Trabajo:** Es un instrumento de gestión a corto plazo que comunica el desarrollo y control de las acciones que pretenden llevarse a cabo para lograr los objetivos prioritarios durante un año.
- 8.3 Lineamientos Generales para Formulación de los Planes Anuales de Trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades de Responsabilidades en las Empresas Productivas del Estado:** Documento técnico-metodológico que contiene los elementos de forma y fondo que deben seguir los Órganos Interno de Control y Unidades de Responsabilidades para la elaboración de sus planes anuales de trabajo.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento, para que refleje cómo se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 22 |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | |

53. PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 2 de 22 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Ejecutar auditorías con base en el Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la realización de auditorías, revisiones y visitas de inspección, a fin de verificar que las áreas, trámites, servicios y procesos críticos o proclives a la corrupción, proyectos de inversión relevantes, programas prioritarios, estratégicos o con asignaciones presupuestarias significativas en la institución, operen con apego a la normatividad aplicable.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel Interno: Este procedimiento es aplicable al Titular del Órgano Interno de Control, por ser responsable de firmar los documentos para el inicio y conclusión de las auditorías; al Titular del Área de Auditoría Interna, por ser quien genera las solicitudes de información; a la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración, por ser las áreas sujetas de auditoría y responsables de atender las solicitudes de información en la materia; al Auditor por ser quien ejecuta los trabajos de auditoría; el auditor(a) jefe(a) de grupo de auditoría, a quien supervisión los trabajos de auditoría.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento aplica a la Secretaría de la Función Pública, porque es quien administra el Sistema Integral de Auditorías (SIA), en el que se reportan los resultados de las auditorías y evalúa el desempeño del Órgano Interno de Control en la materia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas adscritas al Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y a los enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, se protege y conserva en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 3 de 22 |

Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas que correspondan.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de imponer las sanciones que se deriven del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría Interna, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos del presente procedimiento, se denominan Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración.
- 3.9 El Titular del Área de Auditoría Interna, debe supervisar que la ejecución de las auditorías se apegue a lo establecido en los siguientes ordenamientos:
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;
 - Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección;
 - Normas Profesionales de Auditoría del Sistema Nacional de Fiscalización;
 - Guía general de auditoría pública y
 - Guías específicas que emita la Secretaría de la Función Pública.
- 3.10 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de emitir la orden de auditoría dirigida a la dirección de área responsable del concepto, rubro, programa, proceso, proyecto, área, operación o actividad por auditar.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 4 de 22 |

La Orden de Auditoría debe contener los elementos mínimos establecidos en la Guía general de auditoría pública, siendo, entre otros:

- Número de la auditoría.
- Localidad y fecha de elaboración de la orden de auditoría.
- Normatividad federal en la que se fundamente la emisión de la Orden de auditoría, así como del objeto.
- Nombre de los auditores designados para practicar la auditoría (Grupo de trabajo), con la indicación del/la Auditor(a) designado(a) como Jefe(a) de Grupo.
- Plazo de ejecución.
- Objeto u objetivo de la auditoría y período por revisar (Alcance)

- 3.11 El Titular del Área de Auditoría Interna, elabora el acta de inicio de auditoría y el Titular del Órgano Interno de Control la autoriza. Con el acta se hace constar la entrega formal de la orden de auditoría y del primer oficio de solicitud de información y/o documentación que se entrega a la Dirección de Área objeto de auditoría.
- 3.12 De conformidad con la Norma Sexta del Boletín B “Normas Generales de Auditoría Pública”, el Titular del Área de Auditoría Interna, puede designar a un(a) auditor(a) como jefe(a) de grupo de auditoría, a quien delega la supervisión de los trabajos de auditoría.
- 3.13 De acuerdo con la Guía general de auditoría pública, la ejecución de la auditoría consta de las siguientes etapas:
- a) Recopilación de datos
 - b) Registro de datos
 - c) Análisis de la información
 - d) Evaluación de los resultados
- 3.14 A partir de la aplicación de las técnicas de auditoría, el Auditor debe registrar en papeles de trabajo el resultado del análisis que efectúa a la documentación soporte que proporciona la Dirección de Área auditada.
- 3.15 El Titular del Área de Auditoría Interna, debe comunicar a la Dirección de Área auditada toda modificación de quienes integren el grupo de trabajo.
- 3.16 Si derivado de la auditoría se identifican irregularidades en aspectos y ejercicios que no están incluidos en el objeto y/o alcance de los trabajos, el Titular del Órgano Interno de Control, debe analizar la factibilidad de ampliar dichos rubros.
- 3.17 Cuando de la auditoría se desprendan probables infracciones cometidas por licitantes, contratistas, proveedores/as o prestadores/as de servicios a las Leyes de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas y,

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 5 de 22 |

de adquisiciones, arrendamientos y Servicios del Sector Público, el Titular del Área de Auditoría Interna, debe hacerlo del conocimiento de la autoridad competente.

- 3.18 En caso de detectar irregularidades de tipo administrativo y/o penal, el Titular del Área de Auditoría Interna, debe elaborar el informe de irregularidades detectadas e integrar el expediente correspondiente.
- 3.19 El informe que se elabora con motivo de las irregularidades detectadas, debe estar integrado conforme a lo establecido en la “Guía para la elaboración del Informe de Irregularidades detectadas e integración de expedientes” y en apego a las disposiciones generales para la realización de auditorías, revisiones y visitas de inspección.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

Hoja: 6 de 22

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|--|
| Titular del Área de Auditoría Interna | 1 | Designa al/a la auditor(a) que fungirá como jefe(a) de grupo y lo/la instruye para que elabore la carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar, con base en lo establecido en el Programa Anual de Auditoría y en la Guía general de auditoría pública. | |
| Auditor(a) (Jefe (a) de Grupo) | 2 | Elabora la Carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar y envía al Titular del Área de Auditoría Interna para su autorización. | -Carta de planeación. -Cronograma de actividades a desarrollar. |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 3 | Recibe la Carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar para su autorización. | -Carta de planeación. -Cronograma de actividades a desarrollar. |
| | | ¿Autoriza la carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar? | |
| | 4 | No: Regresa al Auditor (Jefe(a) de grupo), para que realice las adecuaciones. Regresa a la actividad 2. | |
| | 5 | Sí: Devuelve al Auditor (Jefe(a) de grupo) la carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar autorizados y le indica que coordine la elaboración de la siguiente documentación: -Orden de auditoría. -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. | |
| Auditor(a) (Jefe(a) de Grupo) | 6 | Recibe documentación, archiva en el expediente de la auditoría la carta de planeación y el cronograma de actividades a desarrollar y solicita al Auditor que elabore lo siguiente: -Orden de auditoría. -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. | -Carta de planeación. -Cronograma de actividades a desarrollar. |
| Auditor(a) | 7 | Elabora la orden de auditoría, que incluye la solicitud de la designación del enlace de la dirección de área por auditar, el proyecto | -Orden de auditoría. -Solicitud de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

Hoja: 7 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|--|
| | | de acta de inicio de auditoría y el oficio de solicitud de información, con base en lo establecido en la Guía General de Auditoría Pública y remite al Auditor(a) (Jefe(a) de Grupo) para su revisión. | designación de enlace -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. |
| Auditor(a) (Jefe(a) de Grupo) | 8 | Recibe la documentación y, en su caso realiza ajustes y presenta al Titular del Área de Auditoría Interna para su autorización. | -Orden de auditoría. -Solicitud de designación de enlace -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 9 | Recibe documentos, firma el oficio de solicitud de información, rubrica la orden de auditoría y el acta de Inicio de auditoría y turna al Titular del Órgano Interno de Control para su autorización. | -Orden de auditoría. -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 10 | Recibe orden de auditoría, proyecto de acta de inicio de auditoría y oficio de solicitud de información para autorización. | -Orden de auditoría. -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. |
| | | ¿Autoriza los documentos? | |
| | 11 | No: Devuelve al Auditor, para que realice las correcciones. Regresa a la actividad 7. | |
| | 12 | Sí: Firma la orden de auditoría y la devuelve al Titular del Área de Auditoría Interna junto con acta de inicio de auditoría y el oficio de solicitud de información. | |
| Titular del Área de Auditoría | 13 | Recibe la orden de auditoría firmada, el acta de inicio de auditoría y el oficio de solicitud | -Orden de auditoría. |

| | |
|---|---|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

Hoja: 8 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|--------------|---|---|
| Interna | 14 | de información Instruye al Auditor (Jefe(a) de Grupo), para que entregue la orden de auditoría y establezca contacto con la Dirección de Área por auditar, para acordar la fecha y hora de la reunión de apertura de los trabajos de auditoría. | -Proyecto de Acta de inicio de auditoría. -Oficio de solicitud de información. |
| Auditor(a) Jefe(a) de Grupo | 15 | Entrega la orden de auditoría a la Dirección de Área por auditar al Titular del Órgano Interno de Control y al Titular del Área de Auditoría Interna, establece la fecha para la reunión de apertura de los trabajos y recaba acuse de recibo que archiva en la carpeta de la auditoría. | -Acuse de recibido de la Orden de Auditoría. |
| Directores(as) de Área, Titular del Órgano Interno de Control/ Titular del Área de Auditoría Interna/ Auditor(a) Jefe(a) de Grupo | 16 | Realiza reunión de apertura de la auditoría. ----- El Titular del Área de Auditoría Interna levanta el acta de inicio de la auditoría y entrega a la Dirección de Área auditada el oficio de requerimiento de información con la solicitud de designación de un enlace. En caso de que exista negativa de firma del acta por parte de la Dirección de Área auditada, el Titular del Área de Auditoría Interna hace constar en el Acta de inicio de la auditoría la negativa de firma, sin que esta circunstancia afecte el valor probatorio del documento. | -Acta de Inicio de auditoría. |
| Director(a) de área | 17 18 | Elabora oficio de designación de enlace y recaba la documentación soporte derivada de la solicitud. Remite al Titular del Área de Auditoría Interna, el oficio de designación con la documentación física y/o electrónica solicitada. | -Oficio de designación de enlace -Información documental y/o electrónica |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 19 | Recibe oficio de designación de enlace para atender los requerimientos de información relacionados con la auditoría y la respuesta | -Oficio de designación de enlace. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

Hoja: 9 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------------------------|----------|---|---|
| | 20 | <p>al oficio de solicitud de información con la documentación física y/o electrónica.</p> <p>Remite al Auditor (Jefe(a) de Grupo) la información recibida para su análisis.</p> <p>-----</p> <p>En caso de que la Dirección de Área auditada requiera más tiempo para enviar la información, puede solicitar prórroga por escrito dirigida al Titular del Área de Auditoría Interna, quien da respuesta por oficio, señalando el tiempo de la prórroga autorizado.</p> | <p>-Oficio de solicitud de información.</p> <p>-Documentación física y/o electrónica.</p> |
| Auditor(a) (Jefe(a) de grupo) | 21 | <p>Recibe del Titular del Área de Auditoría Interna, la documentación que remite la Dirección de Área, y en general todos aquellos datos necesarios para la ejecución de la auditoría en el plazo establecido.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En caso de que la Dirección de Área auditada no cumpla con el envío de la información en el plazo establecido, el Titular del Área de Auditoría Interna envía oficio al/la enlace designado(a), en el que detalla faltantes e inconsistencias y establece plazos para la entrega.</p> | <p>-Documentación y/o electrónica</p> <p>-Planeación detallada</p> <p>-Marco conceptual</p> |
| | 22 | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Elabora la planeación detallada y la entrega al Auditor junto con la información, documentación física y/o electrónica que envió la Dirección de Área auditada y le solicita que ejecute la auditoría de acuerdo con las etapas establecidas en la política 3.13.</p> | |
| Auditor(a) | 23 | <p>Revisa la planeación detallada, el marco conceptual, así como la Información documental y/o electrónica y ejecuta la auditoría. Archiva el marco conceptual y la planeación detallada.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Planeación detallada</p> <p>-Marco conceptual</p> <p>-Cédulas de trabajo</p> <p>-Papeles de</p> |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | 24 | <p>Durante el transcurso de la auditoría el Auditor (Jefe(a) de grupo) y el Auditor establecen contacto con el/la enlace designado(a), por la Dirección de Área, a efecto de aclarar dudas o para complementar la información, la cual solicitan por oficio firmado por el Titular del Área de Auditoría Interna.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Elabora las cédulas de trabajo y los papeles de trabajo en los que registra las conclusiones del análisis efectuado y los envía al Auditor (Jefe(a) de Grupo) para su revisión. Archiva la Información documental y/o electrónica que envió la Dirección de Área auditada.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Si derivado de la auditoría se identifican irregularidades en aspectos y ejercicios que no están incluidos en el objeto y/o alcance de los trabajos, el Titular del Órgano Interno de Control, debe analizar la factibilidad de ampliar dichos rubros.</p> <p>En caso de que se requiera ampliar al plazo para la ejecución de la auditoría, se hace del conocimiento de la Dirección de Área auditada por oficio, previo a la conclusión del plazo original. La ampliación podrá realizarse hasta por tres meses y, de requerirse un plazo mayor, el Titular del Órgano Interno de Control solicita opinión a la Unidad de Auditoría Gubernamental o a la Unidad de Control y Auditoría a Obra Pública, de la Secretaría de la Función Pública para su autorización.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | trabajo |
| Auditor(a) | 25 | Recibe las cédulas y los papeles de trabajo, | -Cédulas de |

| | |
|---|---|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

Hoja: 11 de 22

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|--|--|
| (Jefe(a) de Grupo) | 26 | <p>revisa las conclusiones y su congruencia y, en caso de requerir alguna aclaración o ajuste, las realiza junto con el Auditor. Archiva las Cédulas de trabajo y los papeles de trabajo en el expediente de la auditoría.</p> <p>Elabora el proyecto de las cédulas de observaciones con base en las cédulas y papeles de trabajo, en las que hace constar las irregularidades o incumplimientos de las disposiciones legales identificadas y las presenta al Titular del Área de Auditoría Interna.</p> | <p>trabajo</p> <p>-Papeles de trabajo</p> <p>-Proyecto de cédulas de observaciones</p> |
| Titular del Área de Auditoría Interna /Auditor(a) Jefe(a) de Grupo | 27 | <p>Revisa el proyecto de cédulas de observaciones, y en su caso realizan las adecuaciones correspondientes y convocan a reunión de trabajo para presentar las cédulas finales.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>El Titular del Órgano Interno de Control coordina reunión de trabajo con la Dirección de Área auditada para la presentación de los resultados.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>-Proyecto de cédulas de observaciones</p> <p>-Cédulas de observaciones</p> |
| Directores(as) de área/ Titular del Órgano Interno de Control/ Titular del Área de Auditoría Interna/ Auditor(a) (Jefe(a) de Grupo) | 28 | <p>Acude a la reunión de trabajo en la que se presentan las cédulas de observaciones, las firman y entregan al Titular del Área de Auditoría Interna.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En caso de existir negativa para la firma de las cédulas de observaciones, el Titular del Área de Auditoría Interna elabora acta circunstanciada en la que hace constar que se dio a conocer el contenido de las observaciones determinadas a la Dirección de Área auditada y registra la negativa a firmarlas.</p> <p>La falta de firma no invalida el acto ni</p> | <p>-Cédulas de observaciones</p> |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. |

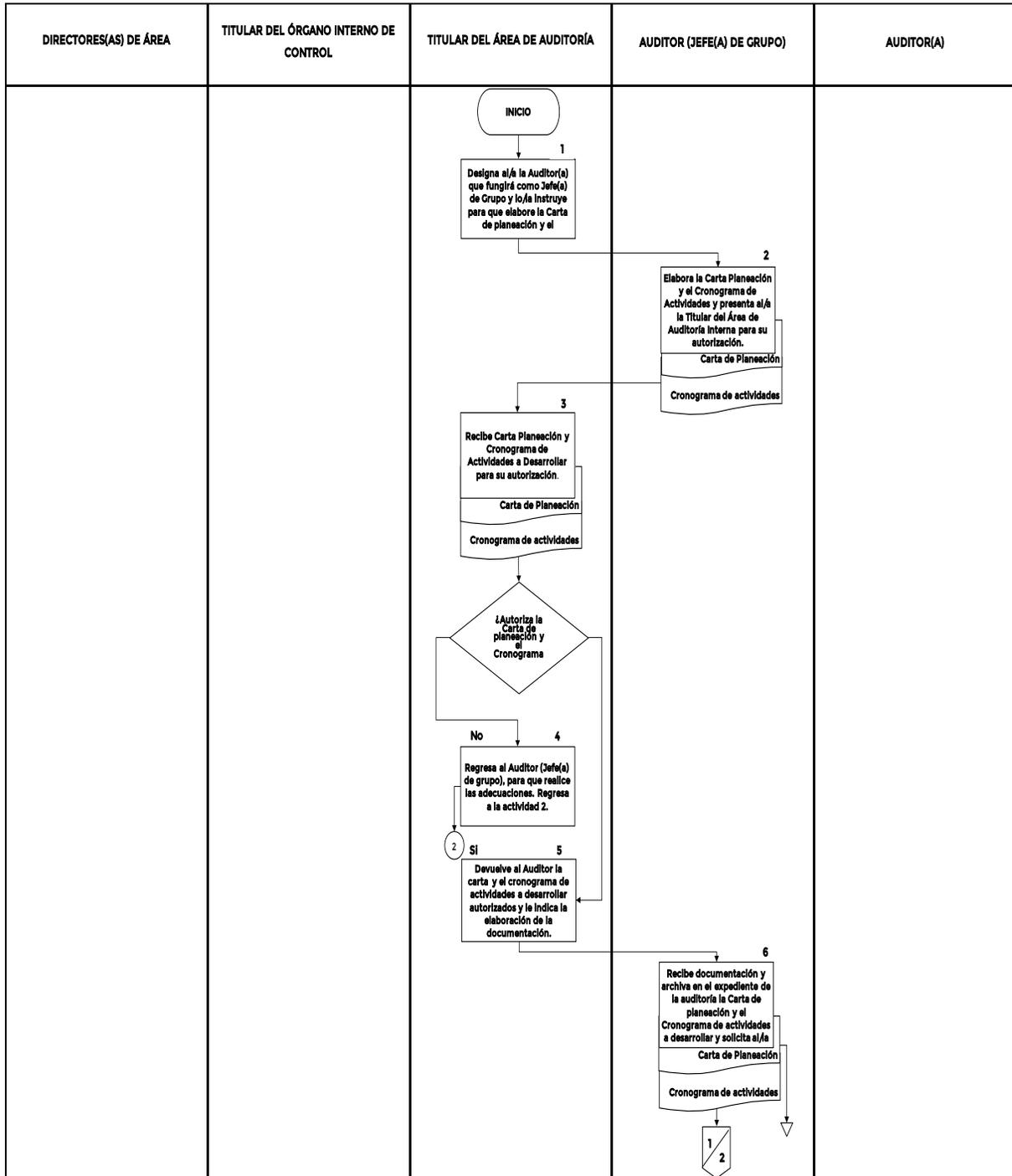
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| | | impide que surta sus efectos. ----- ----- | |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 29 | Recibe las cédulas de observaciones firmadas, las entrega al Auditor (Jefe(a) de Grupo) y lo instruye para que integre el Informe de auditoría y el oficio de envío para la Dirección de Área auditada. | -Cédulas de observaciones |
| Auditor(a) (Jefe(a) de Grupo) | 30 | Recibe las cédulas de observaciones firmadas y elabora el informe de auditoría y el oficio de envío. | -Cédulas de observaciones -Informe de auditoría. |
| | 31 | Remite mediante oficio el informe de auditoría al Titular del Área de Auditoría Interna para su revisión. | -Oficio de envío de informe de auditoría |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 32 | Recibe el informe de auditoría y el oficio de envío, los rubrica y remite al Titular del Órgano Interno de Control para autorización. | -Informe de auditoría. -Oficio de envío de informe de auditoría. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 33 | Recibe Informe de auditoría y oficio de envío. | -Informe de auditoría. |
| | 34 | Revisa y firma el oficio de envío y el informe de auditoría e instruye al Auditor, para su entrega junto con las cédulas de observaciones. | -Oficio de envío de informe de auditoría. |
| Auditor(a) | 35 | Entrega el oficio de envío y el informe de auditoría a la Dirección de Área auditada, con copia de las cédulas de observaciones firmadas; archiva el acuse de recibo del oficio de envío y las cédulas de observaciones originales en el expediente de la auditoría ----- ----- El informe de auditoría se debe entregar a la Dirección de Área auditada, en un plazo no mayor a 5 días hábiles contados a partir del día siguiente de la fecha de firma de las cédulas de observaciones. ----- ----- | -Acuse de Oficio de envío de Informe de Auditoría. -Informe de auditoría. -Cédulas de observaciones |

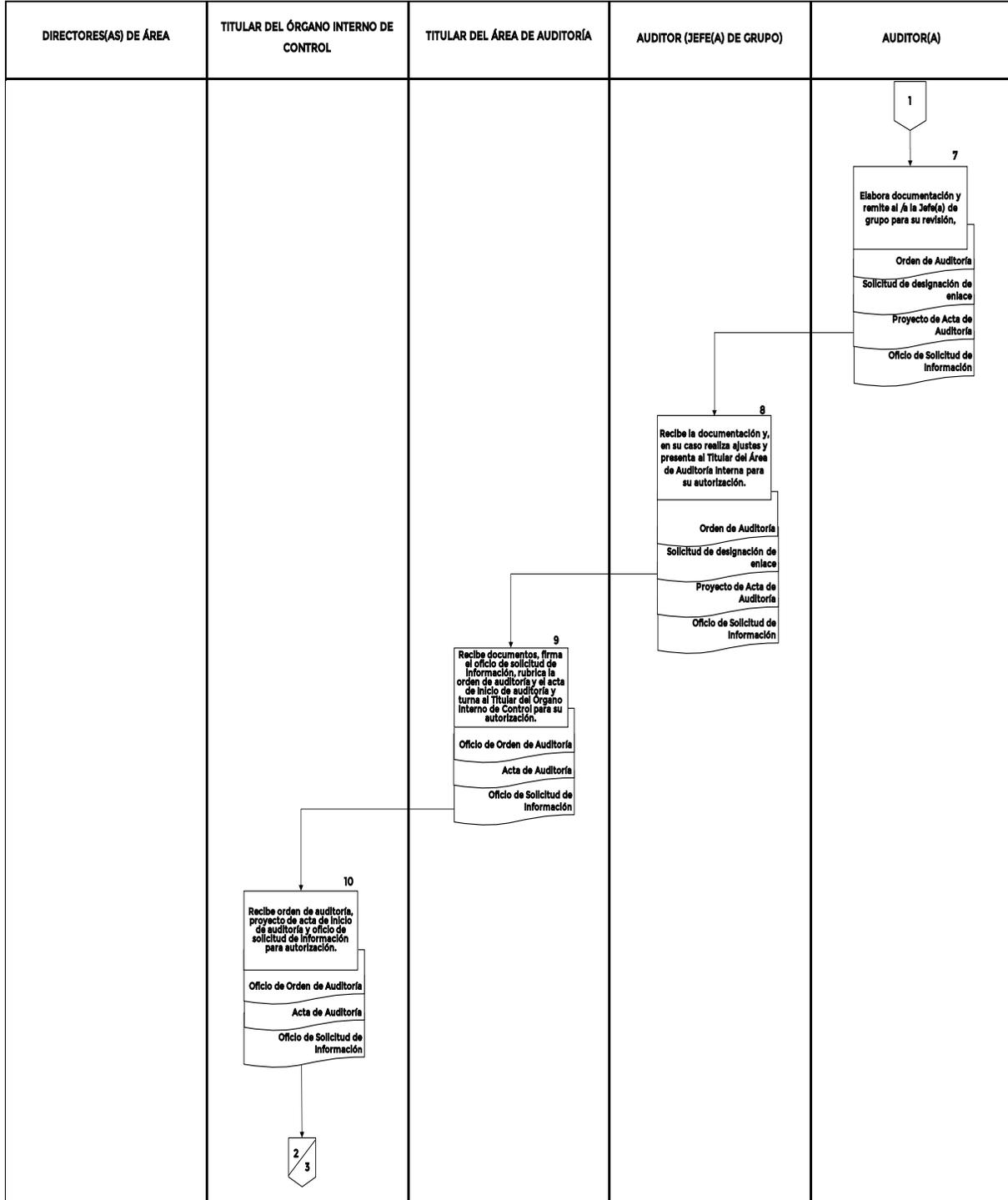
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | |

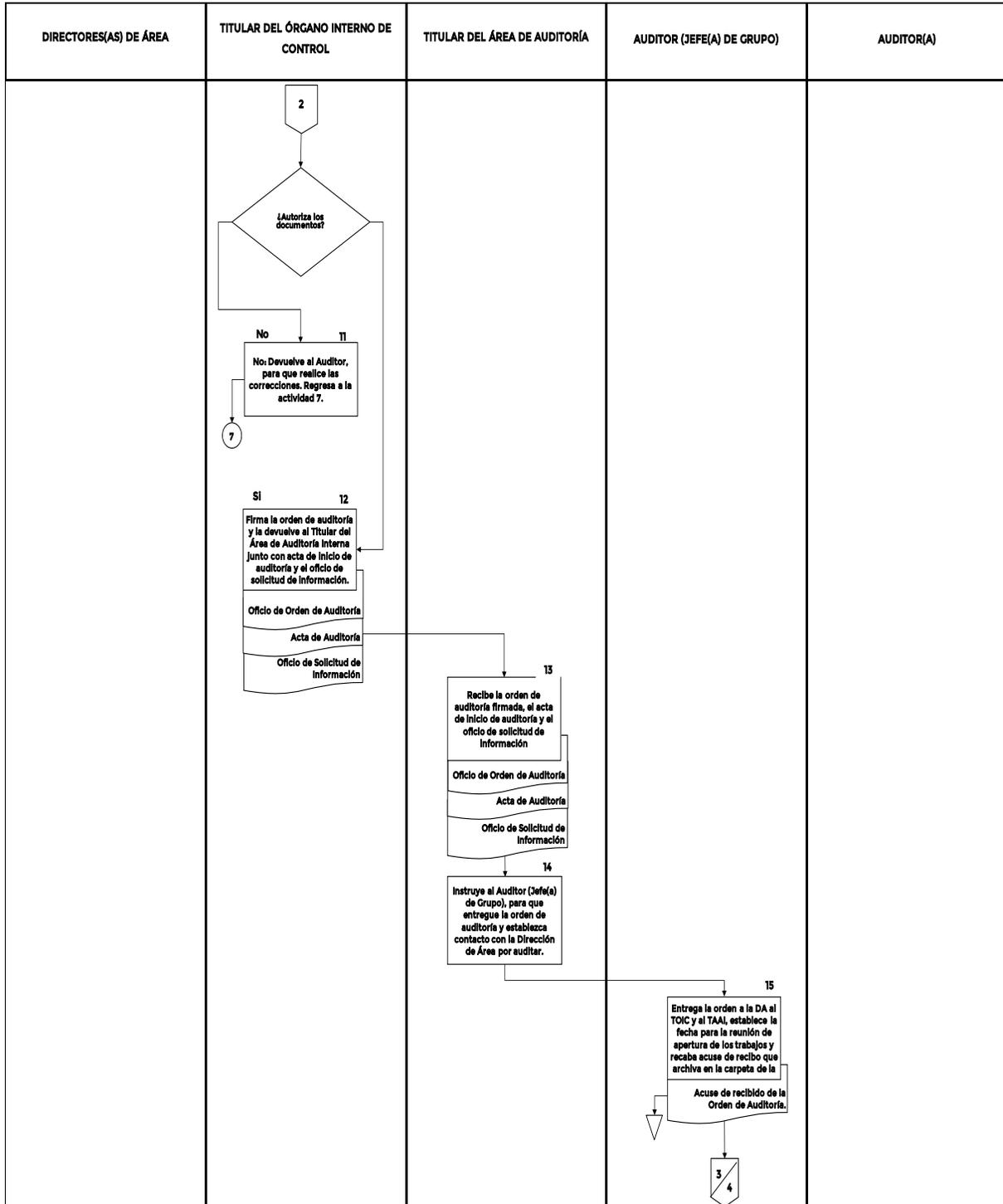
Hoja: 13 de 22

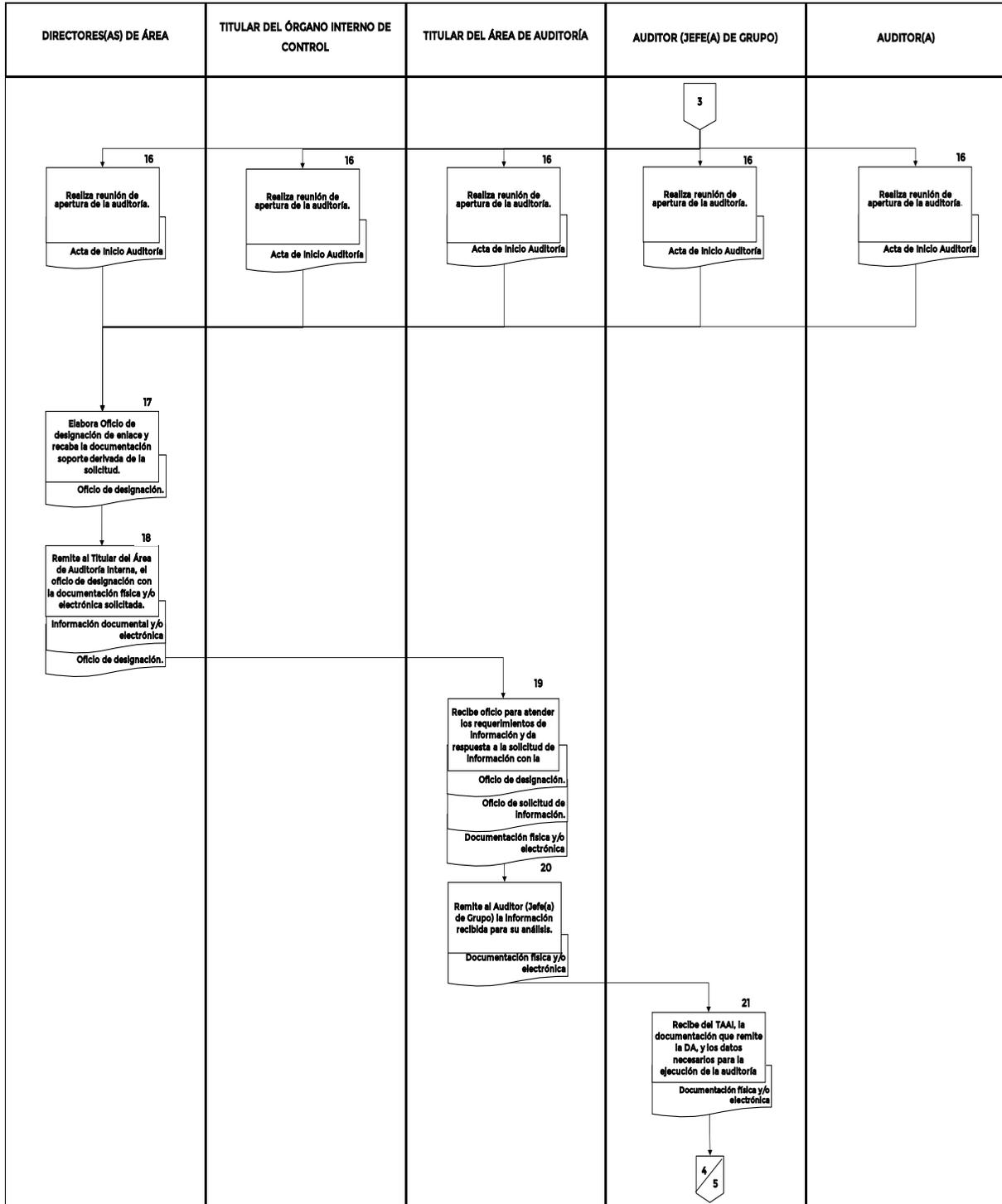
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|-------------------|
| | | TERMINA | |

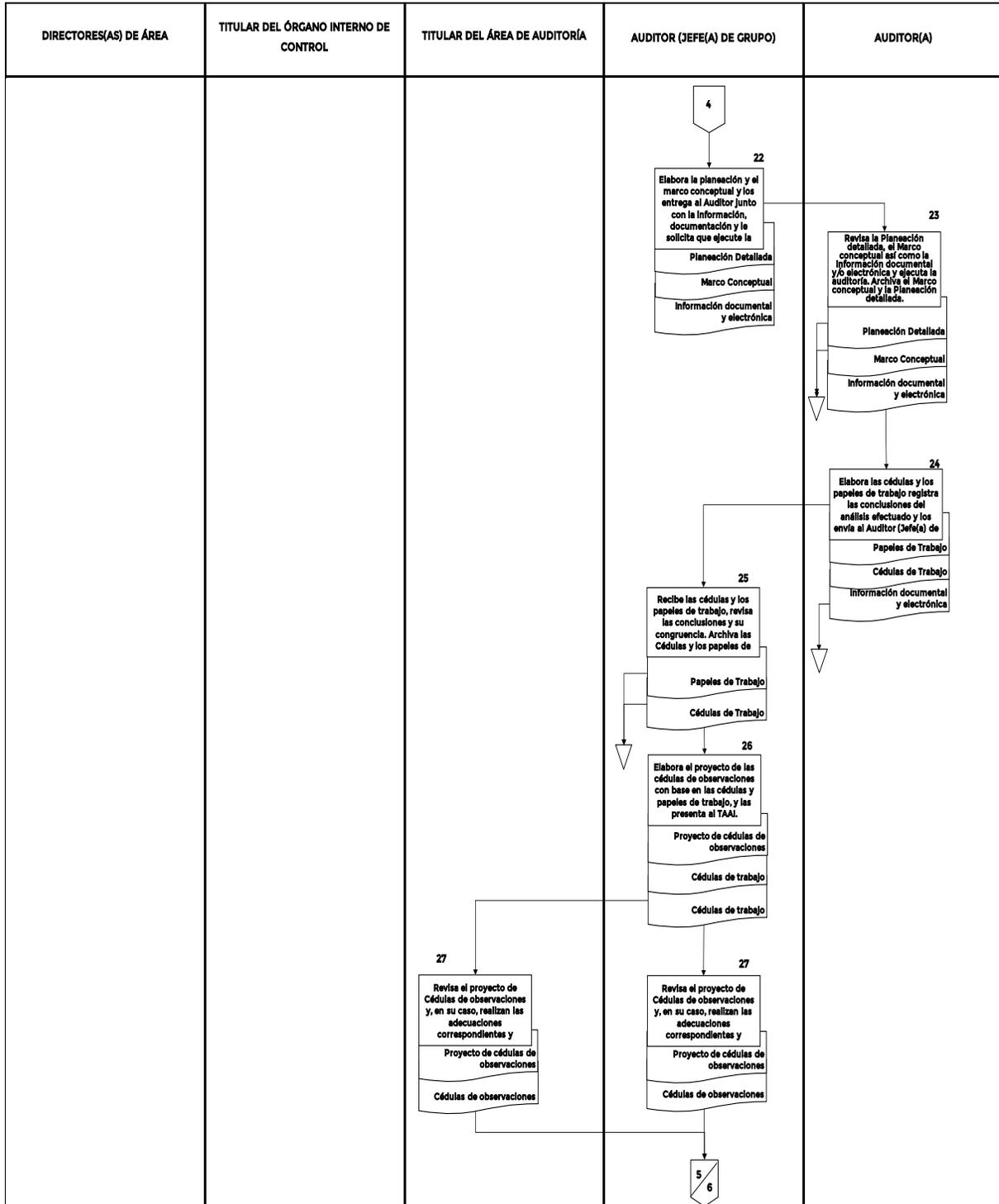
5. DIAGRAMA DE FLUJO











| DIRECTORES(A) DE ÁREA | TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA | AUDITOR (JEFE(A) DE GRUPO) | AUDITOR(A) |
|-----------------------|--|-------------------------------|----------------------------|--|
| | <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: right;">34</p> <p>Revisa y firma el oficio de envío y el informe de auditoría e instruye al Auditor, para su entrega junto con las cédulas de observaciones.</p> <p style="text-align: right;">Informe de Auditoría</p> <p style="text-align: right;">Oficio de envío</p> | | | <p style="text-align: right;">35</p> <p>Entrega el oficio de Informe a la DA, con copia de las Cédulas de observaciones firmadas; archiva el acuse de recibo del oficio de envío y las</p> <p style="text-align: right;">Acuse de Oficio de envío de Informe de Auditoría.</p> <p style="text-align: right;">Informe de auditoría.</p> <p style="text-align: right;">Cédulas de observaciones</p> <p style="text-align: right;">Expediente de Auditoría</p> <p style="text-align: center;">TERMINA</p> |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 20 de 22 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la realización de Auditorías, revisiones y visitas de inspección. | No aplica |
| 6.2 Normas Profesionales de Auditoría del Sistema Nacional de Fiscalización. | No aplica |
| 6.3 Guía General de Auditoría Pública. | No aplica |
| 6.4 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS.

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---------------------------------------|--|
| 7.1 Carta planeación. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.2 Cronograma de Actividades a desarrollar. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.3 Orden de auditoría. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.4 Solicitud de designación. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.5 Proyecto de Acta de inicio de auditoría. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.6 Oficio de solicitud de información. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.7 Acuse de recibido de la Orden de auditoría | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.8 Acta de Inicio de auditoría. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.9 Acuse del oficio de solicitud de información. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.10 oficio de designación de enlace. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | Hoja: 21 de 22 |

| | | | |
|--|--------|---------------------------------------|-----------|
| 7.11 Información documental y/o electrónica | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.12 Planeación detallada | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.13 Marco conceptual | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.14 Cédulas de trabajo. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.15 Papeles de trabajo | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.16 Cédulas de observaciones | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.17 Informe de auditoría. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.18 Acuse del oficio de envío de Informe de Auditoría | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Auditoría:** Es el proceso sistemático enfocado al examen objetivo, independiente, y evaluatorio de las operaciones financieras, administrativas, y técnicas realizadas; así como a los objetivos, planes, programas y metas, alcanzados por la entidad, con el propósito de determinar si se realizan de conformidad con los principios de economía, eficacia, eficiencia, transparencia, honestidad y en apego a la normatividad aplicable.
- 8.2 Concepto a revisar.** Rubro, programa, proceso, proyecto, área, operación o actividad sujeta a revisión.
- 8.3 Informe de irregularidades detectadas*:** Al documento con el que se hacen del conocimiento de la autoridad competente, actos u omisiones que pudieran constituir faltas administrativas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento, para que |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 22 de 22 |
| | 53. Procedimiento para la ejecución de Auditorías. | | |

| | | |
|--|--|---|
| | | refleje cómo se realizan las actividades actualmente. |
|--|--|---|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 12 |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | |

54. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE OBSERVACIONES.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 2 de 12 |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar seguimiento a la implementación de recomendaciones preventivas y correctivas resultantes de las auditorías practicadas por las diversas instancias fiscalizadoras al Hospital Juárez de México, para verificar que se establezcan las medidas de control que contribuyan a atender los principios de economía, eficacia, eficiencia, transparencia y honestidad en apego a la normatividad aplicable.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, porque son las responsables de solventar las observaciones que les sean formuladas por las instancias de fiscalización; al Titular del Órgano Interno de Control, por ser quien promueve la solventación de las observaciones formuladas a la institución; al Titular del Área de Auditoría Interna, por ser quien valida si las acciones implementadas por la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, solventan las observaciones; al Auditor porque verifica el soporte documental y electrónico que remite la institución y elabora las Cédulas de seguimiento de observaciones.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, por ser quien administra el Sistema Integral de Auditorías (SIA) y el Sistema Auxiliar de Control, en los cuales se registra el seguimiento de las observaciones.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas adscritas al Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y a los enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establezca la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 12 |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | |

Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas que correspondan.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de la ejecución de las medidas de control y apremio, así como de imponer las sanciones que se deriven del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría Interna, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos del presente procedimiento, se denominan Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración.
- 3.9 Para el seguimiento de las observaciones, el Titular del Área de Auditoría Interna y el Auditor deben apegarse a las Disposiciones generales para la realización de auditorías, revisiones y visitas de inspección y demás disposiciones aplicables.
- 3.10 El Titular del Área de Auditoría Interna puede asesorar a las Direcciones de Área auditadas, para que instrumenten las recomendaciones correctivas y preventivas determinadas en las auditorías.
- 3.11 Si en las auditorías se derivan observaciones que implican la recuperación o aclaración de montos, las Direcciones de Área deben presentar al Titular del Área de Auditoría Interna el soporte documental y/o electrónico que demuestre las cifras que se hayan recuperado o aclarado, según corresponda.
- 3.12 El Auditor es responsable de revisar la documentación soporte que proporcionan las Direcciones de Área auditadas, así como de integrar las

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 12 |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | |

Cédulas de seguimiento correspondientes, en las que debe registrar los avances en la solventación de las recomendaciones preventivas y correctivas.

Tratándose de observaciones con montos por aclarar o recuperar, el Titular del Área de Auditoría Interna, determina el porcentaje de lo aclarado o recuperado con base en la información que le envían las Direcciones de Área auditadas.

3.13 Además de atender las observaciones que determina el Titular del Área de Auditoría Interna, las Direcciones de Área deben solventar aquellas que formule la Auditoría Superior de la Federación, el Despacho de Auditores Externos y la Secretaría de la Función Pública.

3.14 En el caso de las auditorías realizadas por la Auditoría Superior de la Federación, el Titular del Órgano Interno de Control recibe mediante oficio los resultados por parte de dicha instancia de fiscalización y las observaciones se registran en el Sistema Integral de Auditoría.

Para el seguimiento de dichas observaciones, las Direcciones de Área remiten directamente a la Auditoría Superior de la Federación la documentación soporte de los avances, para que de acuerdo a sus facultades, determine si quedan solventadas o no. En este caso, el Titular del Área de Auditoría Interna puede brindar acompañamiento a las Direcciones de Área y participar en las reuniones de trabajo que promueva la citada instancia de fiscalización.

3.15 Respecto a las auditorías practicadas por el Despacho de Auditores Externos o la Secretaría de la Función Pública, el Titular del Área de Auditoría Interna junto con el Auditor dan seguimiento a las observaciones y determinan si se solventan o no.

3.16 Las Direcciones de Área deben remitir al Titular del Órgano Interno de Control, la documentación soporte de las medidas implementadas para solventar las observaciones, dentro de los plazos establecidos en las Cédulas de observaciones y, en el Informe del Despacho de Auditores Externos.

3.17 Es responsabilidad del Auditor revisar la información que envían las Direcciones de Área auditadas y evidenciar su análisis en Papeles de trabajo, determinando si las observaciones quedan solventadas o no.

Así mismo, debe elaborar las Cédulas de seguimiento de observaciones y el oficio de envío de resultados de seguimiento, considerando los criterios establecidos en la Guía general de auditoría pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | Hoja: 5 de 12 |

- 3.18 El Titular del Área de Auditoría Interna, debe verificar las cédulas de seguimiento de observaciones, con base en los papeles de trabajo y validar el porcentaje de avance en la implementación de las recomendaciones.
- 3.19 Corresponde al Auditor, registrar los avances de las observaciones en el Sistema Integral de Auditoría que administra la Secretaría de la Función Pública.
- 3.20 Cuando la solventación de las observaciones formuladas dependa de una instancia externa, es decir, que esté fuera del alcance de las atribuciones de la Dirección General y las Direcciones de Área auditadas, el Titular del Área de Auditoría solicita por escrito a la Secretaría de la Función Pública, darlas de baja en el Sistema Integral de Auditoría e incorporarlas en el Sistema Auxiliar de Control.

Lo anterior, con base en los Lineamientos Generales que deberán observar los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. |

Hoja: 6 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

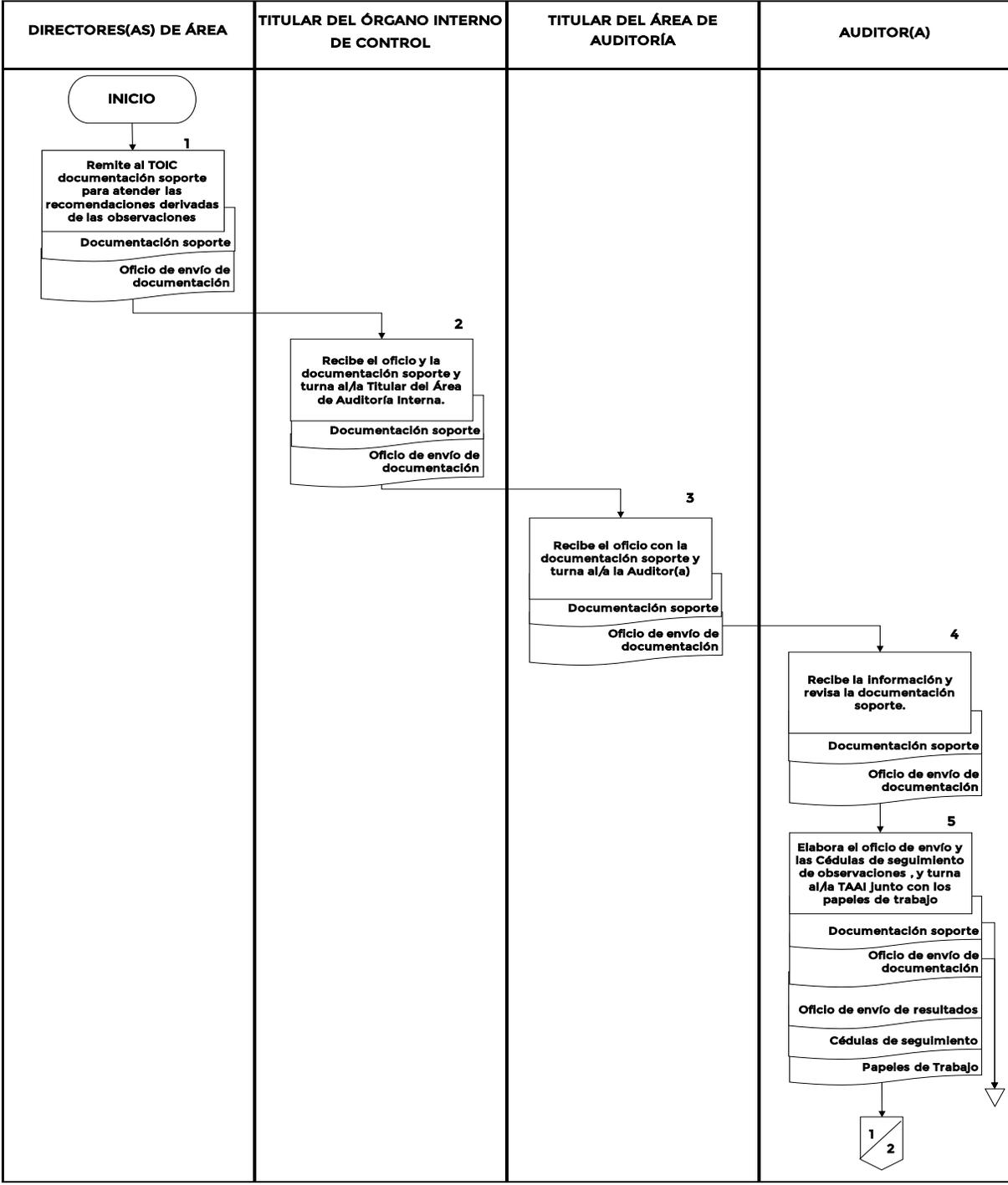
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| Directores(as) de Área | 1 | Remite al Titular del Órgano Interno de Control oficio con la documentación soporte para atender las recomendaciones derivadas de las observaciones determinadas en la auditoría. | -Oficio de envío de documentación -Documentación soporte |
| Titular del Órgano Interno de Control | 2 | Recibe el oficio y la documentación soporte y turna al Titular del Área de Auditoría Interna. | -Oficio de envío de documentación -Documentación soporte |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 3 | Recibe el oficio con la documentación soporte y turna al Auditor. | -Oficio de envío de documentación -Documentación soporte |
| Auditor(a) | 4 | Recibe la información y revisa la documentación soporte. | -Oficio de envío de documentación |
| | 5 | Elabora el oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento) y las Cédulas de seguimiento de observaciones en dos tantos, y turna al Titular del Área de Auditoría Interna junto con los papeles de trabajo. Archiva el oficio de envío de documentación y la Documentación soporte. ----- Cuando resulte insuficiente la información para solventar las observaciones el Titular del Órgano Interno de Control debe promover la atención de las recomendaciones a través de requerimientos de información. ----- ----- | -Documentación soporte -Oficio de envío de resultados (Informe de seguimiento) -Papeles de trabajo -Cédulas de seguimiento de observaciones |
| Titular del Área de Auditoría Interna | 6 | Recibe y revisa el oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento), las Cédulas de seguimiento de observaciones y los papeles de trabajo. ¿Autoriza el oficio de envío de resultados de | -Papeles de trabajo -Cédulas de seguimiento de observaciones -Oficio de envío |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|---|
| | | seguimiento (Informe de seguimiento) y las Cédulas de seguimiento de observaciones con base en los papeles de trabajo? | de resultados (Informe de seguimiento) |
| | 7 | No: Devuelve al Auditor para que realice las modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 3. | |
| | 8 | Sí: Firma los dos ejemplares del oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento) y de las Cédulas de seguimiento de observaciones. | |
| | 9 | Entrega al Auditor el oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento), las Cédulas de seguimiento de observaciones y los papeles de trabajo e Instruye para que recabe las firmas de las Direcciones de Área auditadas en las Cédulas de seguimiento de observaciones. | |
| Auditor(a) | 10 | Recibe los dos ejemplares del oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento), las Cédulas de seguimiento de observaciones y los papeles de trabajo. | -Papeles de trabajo -Cédulas de seguimiento de observaciones |
| | 11 | Recaba las firmas de las Direcciones de Área en las Cédulas de seguimiento de observaciones. | -Oficio de envío de resultados (Informe de seguimiento). |
| | 12 | Entrega un original de las Cédulas de seguimiento de observaciones junto con el oficio de envío de resultados de seguimiento a la Dirección de Área auditada, recabando el acuse de recibo en el otro ejemplar. | -Oficio de envío de resultados (Informe de seguimiento). |
| | 13 | Registra en el Sistema Integral de Auditoría la información del seguimiento de las observaciones y archiva el acuse del oficio de envío de resultados de seguimiento (Informe de seguimiento), las Cédulas de seguimiento de observaciones y los papeles | |

| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | |
| Hoja: 8 de 12 | | |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | | de trabajo en el expediente de la auditoría. | |
| | | TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

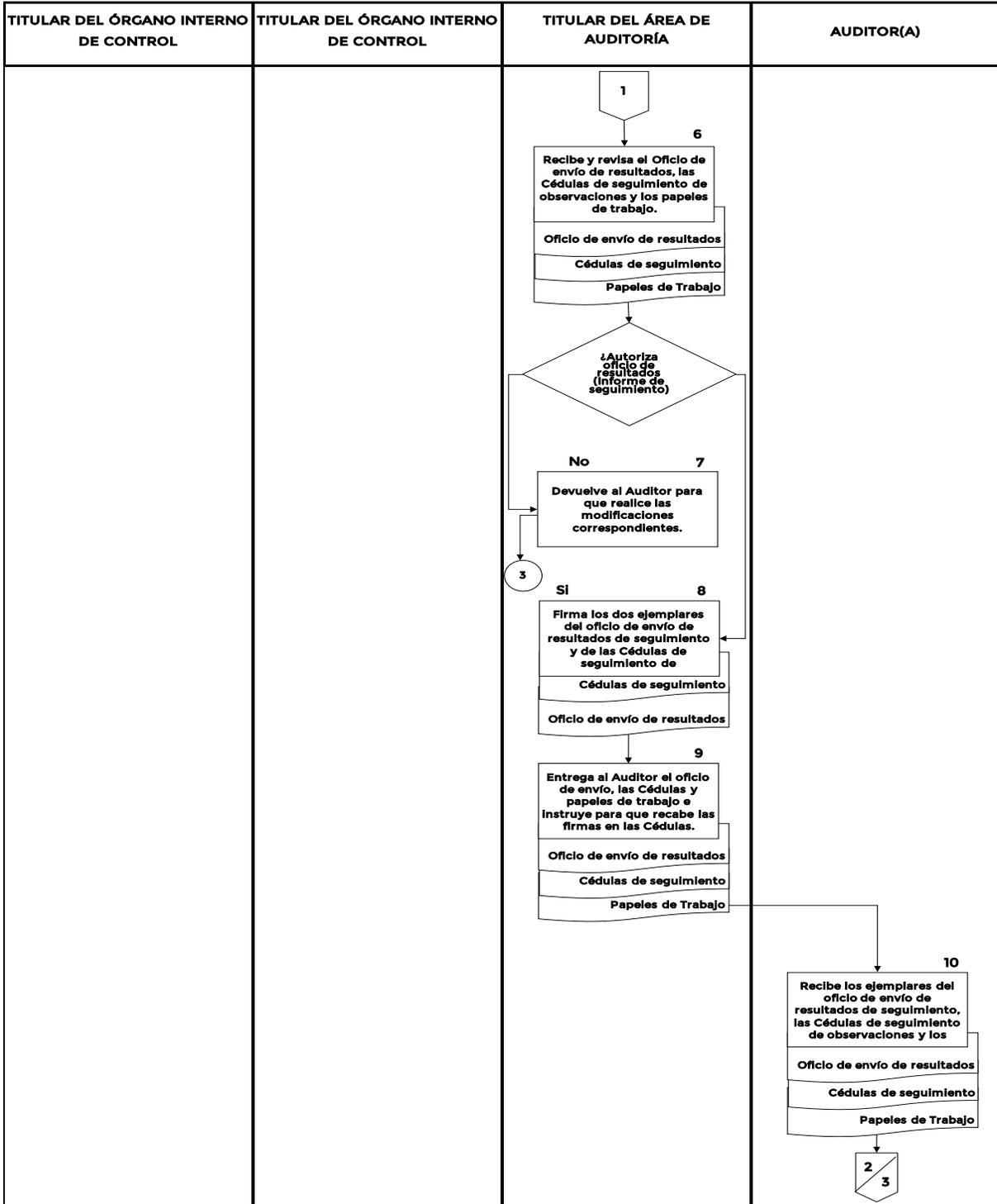
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones.



Rev. 04

Hoja: 9 de 12





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones.



Rev. 04

Hoja: 10 de 12

| DIRECTORES(AS) DE ÁREA | TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | TITULAR DEL ÁREA DE AUDITORÍA | AUDITOR(A) |
|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|
| | | | <pre>graph TD; 2[2] --> 11[11: Recaba las firmas de las Direcciones de Área en las Cédulas de seguimiento de observaciones.]; 11 --> CS1[Cédulas de Seguimiento]; CS1 --> 12[12: Entrega un original de las Cédulas junto con el oficio de envío de resultados de seguimiento a la DA auditada.]; 12 --> CS2[Cédulas de Seguimiento]; 12 --> OF[Oficio envío de resultados]; 12 --> AO[Acuse de Oficio envío de resultados]; CS2 --> 13[13: Registra en el SIA la Información del seguimiento y archiva el acuse del Oficio de envío, las Cédulas y los Papeles de Trabajo.]; 13 --> AO2[Acuse de Oficio de envío de resultados]; 13 --> CS3[Cédulas de seguimiento]; 13 --> PT[Papeles de Trabajo]; AO2 --> T([TERMINA]); CS3 --> T; PT --> T;</pre> |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | Hoja: 11 de 12 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. | No aplica |
| 6.2 Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la realización de auditorías, revisiones y visitas de inspección. | No aplica |
| 6.3 Guía General de Auditoría Pública. | No aplica |
| 6.4 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Lineamientos Generales que deberán observar los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal, para reportar la información en materia de auditoría a la Secretaría de la Función Pública, mediante el Sistema Integral de Auditoría. | No aplica |
| 6.7 Guía técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---------------------------------------|--|
| 7.1 Oficio de envío de documentación | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.2 Documentación soporte | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.3 Papeles de trabajo | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.4 Cédulas de seguimiento de observaciones. | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.5 Oficio de envío de resultados (Informe de seguimiento) | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |
| 7.6 Oficio de envío de resultados (Informe de seguimiento). | 6 años | Titular del Área de Auditoría Interna | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 54. Procedimiento para el seguimiento de las recomendaciones para la atención de las observaciones. | | Hoja: 12 de 12 |

8.1 Seguimiento de observaciones: Actividad que permite analizar la documentación que compruebe las acciones realizadas por las direcciones de área responsables para la atención de las recomendaciones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 16 |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual) | | |

55. PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL (SCII) DE LA ENTIDAD (ANUAL).

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual) | | Hoja: 2 de 16 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Evaluar el Sistema de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México con base en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno (MAAGCI), para proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales, la salvaguarda de los recursos públicos, así como prevenir actos contrarios a la integridad.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección General, por ser quien remite el Informe Anual del estado que guarda el control interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con base en la autoevaluación realizada; al Titular del Órgano Interno de Control, porque autoriza el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe anual y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios; al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, porque coordina las revisiones y valida el Informe de Resultados y el Programa de Trabajo; al Consultor, porque es quien revisa y evalúa la información que proporciona la Dirección General.
- 2.2 A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, porque establece la metodología para la evaluación del control interno; al Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), porque recibe los resultados de la evaluación al Sistema de Control Interno Institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas adscritas al Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y a los enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 16 |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual) | | |

Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.8 Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas.
- 3.9 El Titular del Órgano Interno de Control, recibe de la Dirección General, el Informe Anual del estado que guarda el control interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), acompañados del soporte documental y/o electrónico que sustenta la autoevaluación realizada en dicha materia, la cual se realiza en la forma y términos que establece la Secretaría de la Función Pública
- 3.10 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, coordina las revisiones que realiza el Consultor al soporte documental y electrónico que proporciona la Dirección General, para determinar si la autoevaluación se realizó conforme a los criterios aplicables.
- 3.11 El Consultor revisa que la selección de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) efectuada por la Dirección General, para

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 16 |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual) | | |

realizar la evaluación al Sistema de Control Interno, se haya hecho con base en criterios o elementos específicos que justifiquen su elección.

3.12 El Consultor verifica que el Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional y el Programa de Trabajo de Control Interno, se hayan elaborado conforme al Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Control Interno y a los criterios aplicables, siendo entre otros:

A) Informe Anual del Estado que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional. No debe exceder de tres cuartillas y se integra con los siguientes apartados:

- I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación:
 - a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;
 - b) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
 - c) Elementos de control con evidencia documental y/o electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno, y
 - d) Debilidades o áreas de oportunidad en el Sistema de Control Interno Institucional;
- II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) del ejercicio inmediato anterior.
- III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI).

B) Programa de Trabajo de Control Interno. Debe contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el Sistema de Control Interno Institucional, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes. También debe incluir la fecha de inicio y término de las acciones de mejora, la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración, responsable de su implementación, así como los medios de verificación.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 5 de 16 |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual) | | |

- 3.13 El Consultor genera el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno, en el cual registra los comentarios que se derivan de la revisión, e informa los resultados al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.
- 3.14 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, valida el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios.
- 3.15 El Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe anual, debe ser firmado por el Titular del Órgano Interno de Control y remitirse a la Dirección General y a la Secretaría de la Función Pública.
- 3.16 El Titular del Órgano Interno de Control verifica que la Dirección General presente el Programa de Trabajo de Control Interno en la Primera Sesión Ordinaria del Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) del ejercicio correspondiente.
- 3.17 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública verifica que la Dirección General realice las adecuaciones al Programa de Trabajo de Control Interno, con base en el resultado de la revisión efectuada y de acuerdo a los comentarios vertidos. El programa definitivo se presenta en la Segunda Sesión del Comité de Control y Desempeño Institucional.

| | |
|---|--|
|  | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). |

Hoja: 6 de 16

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Director(a) General | 1 | Envía al Órgano Interno de Control el Informe Anual del estado que guarda el control interno y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) con el soporte documental y/o correo electrónico que sustenta la autoevaluación. | -Informe Anual del estado que guarda el control interno -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) -Soporte documental y/o electrónico |
| Titular del Órgano Interno de Control | 2 | Recibe (a más tardar el 31 de enero de cada año) el Informe Anual del estado que guarda el control interno institucional, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) así como el soporte documental y/o electrónico y envía al Área de Auditoría para el Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Informe Anual del estado que guarda el control interno -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) -Soporte documental y/o electrónico |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 3 | Recibe el Informe Anual del estado que guarda el control interno institucional, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) así como el soporte documental y/o electrónico y turna al Consultor para su revisión y análisis. | -Informe Anual del estado que guarda el control interno -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) -Soporte documental y/o electrónico |
| Consultor(a) | 4 | Recibe el Informe Anual del estado que guarda el control interno institucional, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) así como el soporte documental y/o electrónico. | -Informe Anual del estado que guarda el control interno -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) |
| | 5 | Revisa que se haya utilizado la aplicación Web establecida por la Secretaría de la Función Pública para el procesamiento del | -Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) -Soporte |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--------------|----------|---|---|
| Consultor(a) | 6 | <p>Informe Anual del estado que guarda el control interno institucional y del Programa de Trabajo de Control Interno y que ambos documentos se hayan elaborado conforme a los criterios o elementos específicos que emita dicha Secretaría.</p> <p>Revisa que la selección de los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos) evaluados se haya hecho con base en criterios o elementos específicos que justifiquen su elección; y que el soporte documental y electrónico cumpla con las condiciones de los elementos de control en términos de pertinencia y relevancia y si es suficiente.</p> <p>-----</p> <p>La revisión del soporte documental y electrónico proporcionado también puede realizarse en reuniones de trabajo con la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica, Dirección de Administración responsables, dejando evidencia en minutas de trabajo.</p> <p>En caso de no cumplir el soporte documental y electrónico con las condiciones de los elementos de control, en términos de pertinencia, relevancia y suficiencia, se registra en la aplicación Web el comentario para los elementos de control correspondientes.</p> | <p>documental y/o electrónico</p> <p>-Criterios o elementos específicos.</p> <p>-Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno</p> <p>- Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios</p> |
| | 7 | <p>-----</p> | |
| | 8 | <p>Valida en la aplicación Web la evaluación para los elementos de control.</p> <p>Corroborar que las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno, sean congruentes con los elementos de control evaluados y</p> | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). |

Hoja: 8 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Consultor(a) | 9 | <p>atiendan las debilidades de control identificadas, asimismo, que se hayan comprometido acciones en los elementos no implementados.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>En caso de que las acciones de mejora no sean congruentes, registra los comentarios en la aplicación Web.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | |
| | 10 | <p>Integra en la aplicación Web el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios y los imprime en 3 tantos.</p> <p>Entrega al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios.</p> | |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 11 | <p>Recibe el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios.</p> <p>¿Valida el informe?</p> | <p>-Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno</p> <p>-Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios</p> |
| | 12 | <p>No: Devuelve al Consultor para que realice las modificaciones correspondientes. Regresa a la actividad 9</p> | |
| | 13 | <p>Rubrica y remite el Informe de Resultados y el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con comentarios al Titular del Órgano Interno de Control para firma.</p> | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). |

Hoja: 9 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Titular del Órgano Interno de Control | 14 | Recibe los 3 ejemplares del Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno y los firma. | -Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno |
| | 15 | Devuelve al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios debidamente firmados. | -Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 16 | Recibe los 3 tantos de los documentos firmados y accede a la aplicación Web para guardar la versión definitiva del Informe y del Programa. | -Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno |
| | 17 | Indica al Consultor que entregue un ejemplar a la Dirección General y envíe el otro a la Secretaría de la Función Pública. | -Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios |
| Consultor(a) | 18 | Entrega el Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual y el Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios a la Dirección General y a la Secretaría de la Función Pública. | -Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno |
| | 19 | Recaba el acuse de recibo y lo archiva junto con el Informe Anual del estado que guarda el control interno, el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), con comentarios y el Soporte documental y electrónico. | -Programa de Trabajo de Control Interno con comentarios |
| TERMINA. | | | |

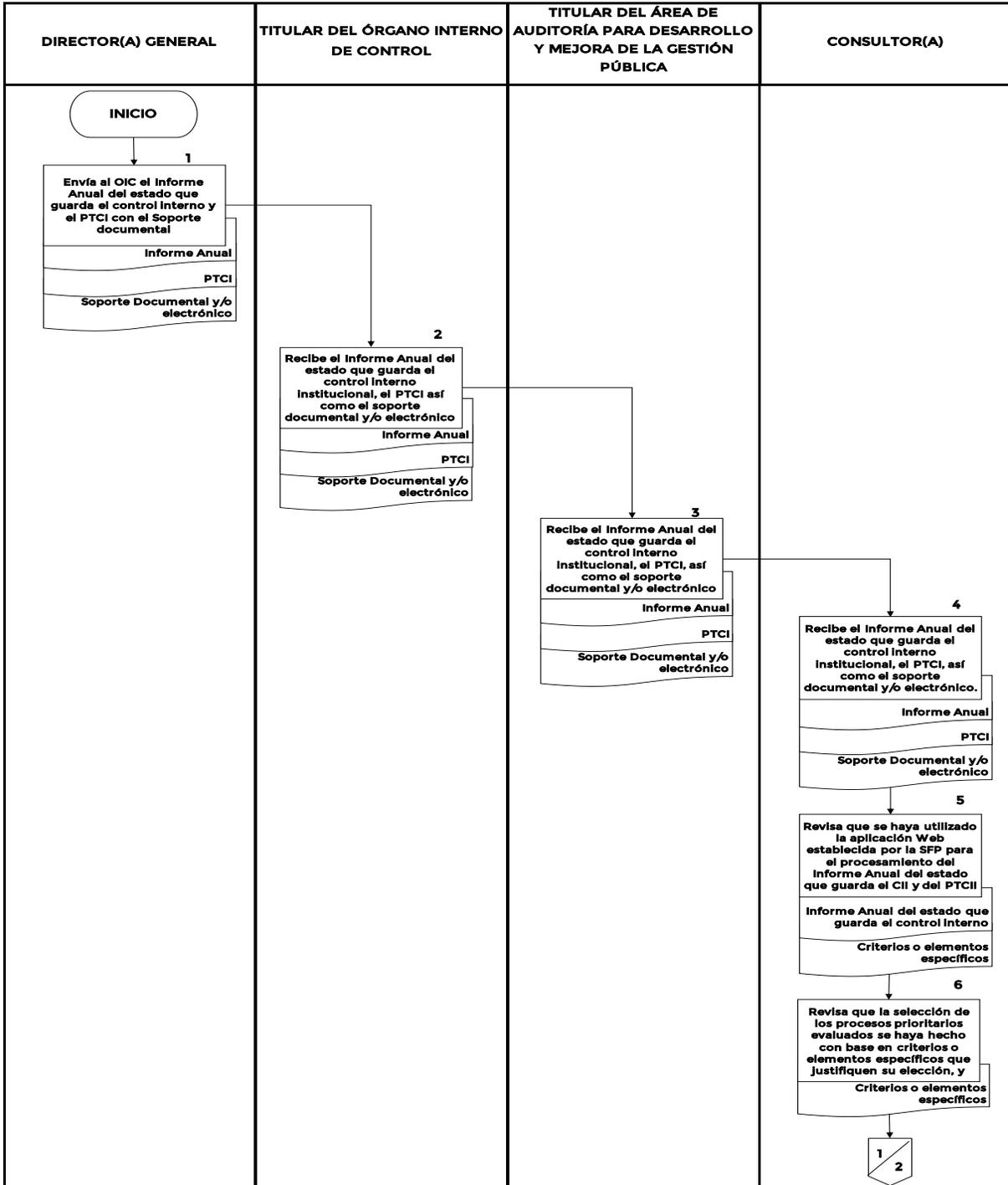
| | | |
|--|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). | |

Hoja: 10 de 16

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|----------------------------|--------------------------------------|
| | | | -Soporte documental y/o electrónico. |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). | | Hoja: 10 de 16 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

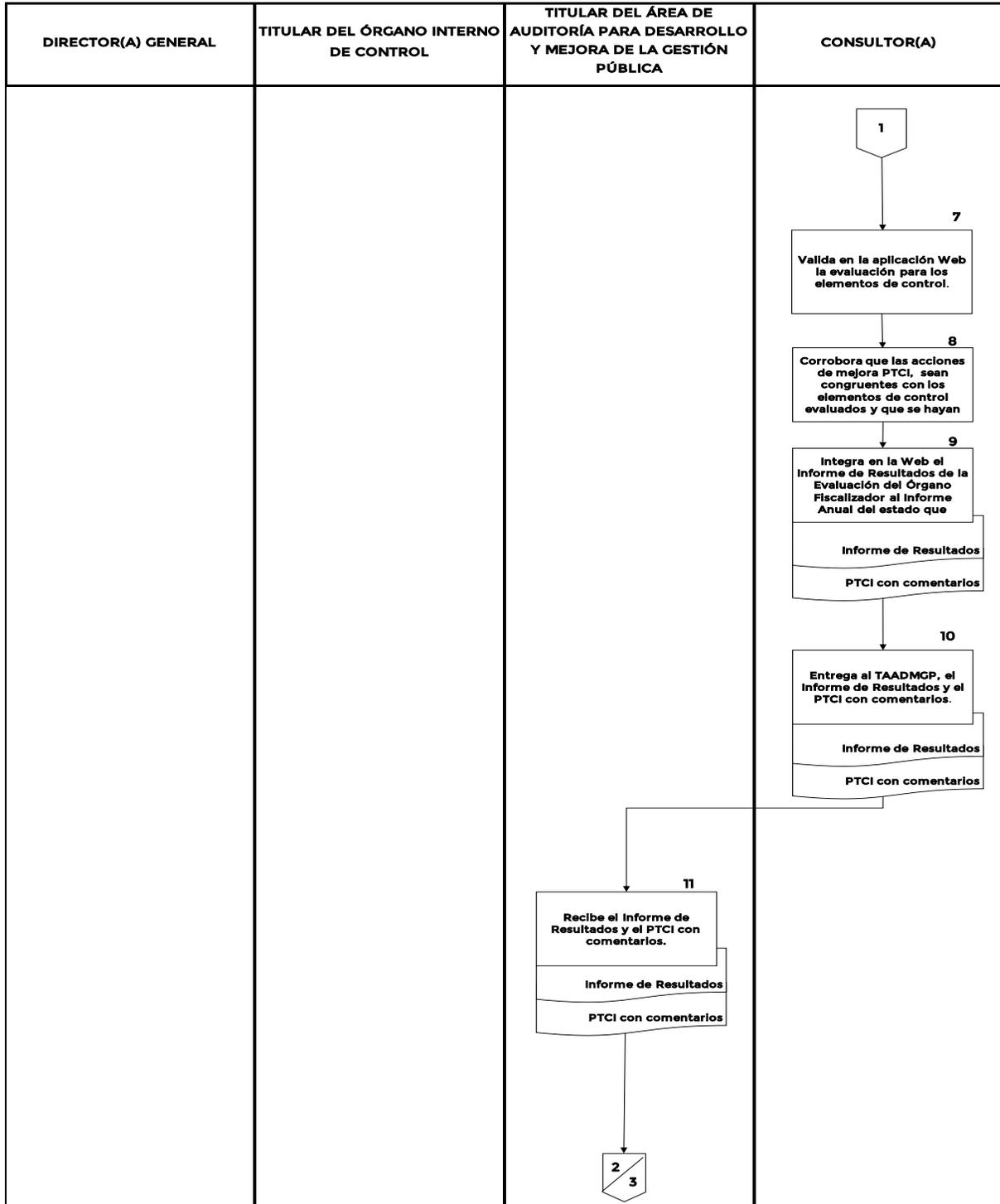
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

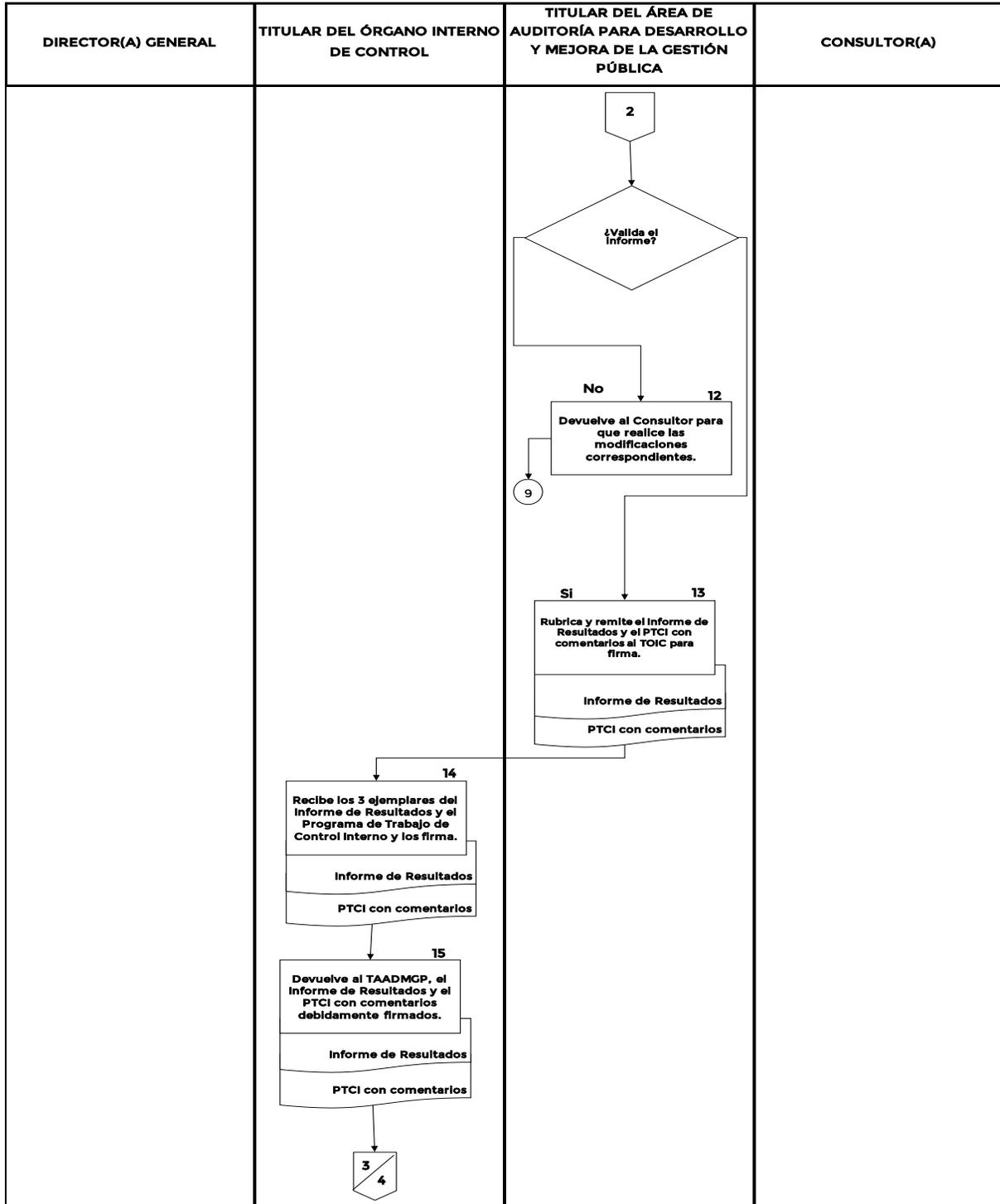
55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual).

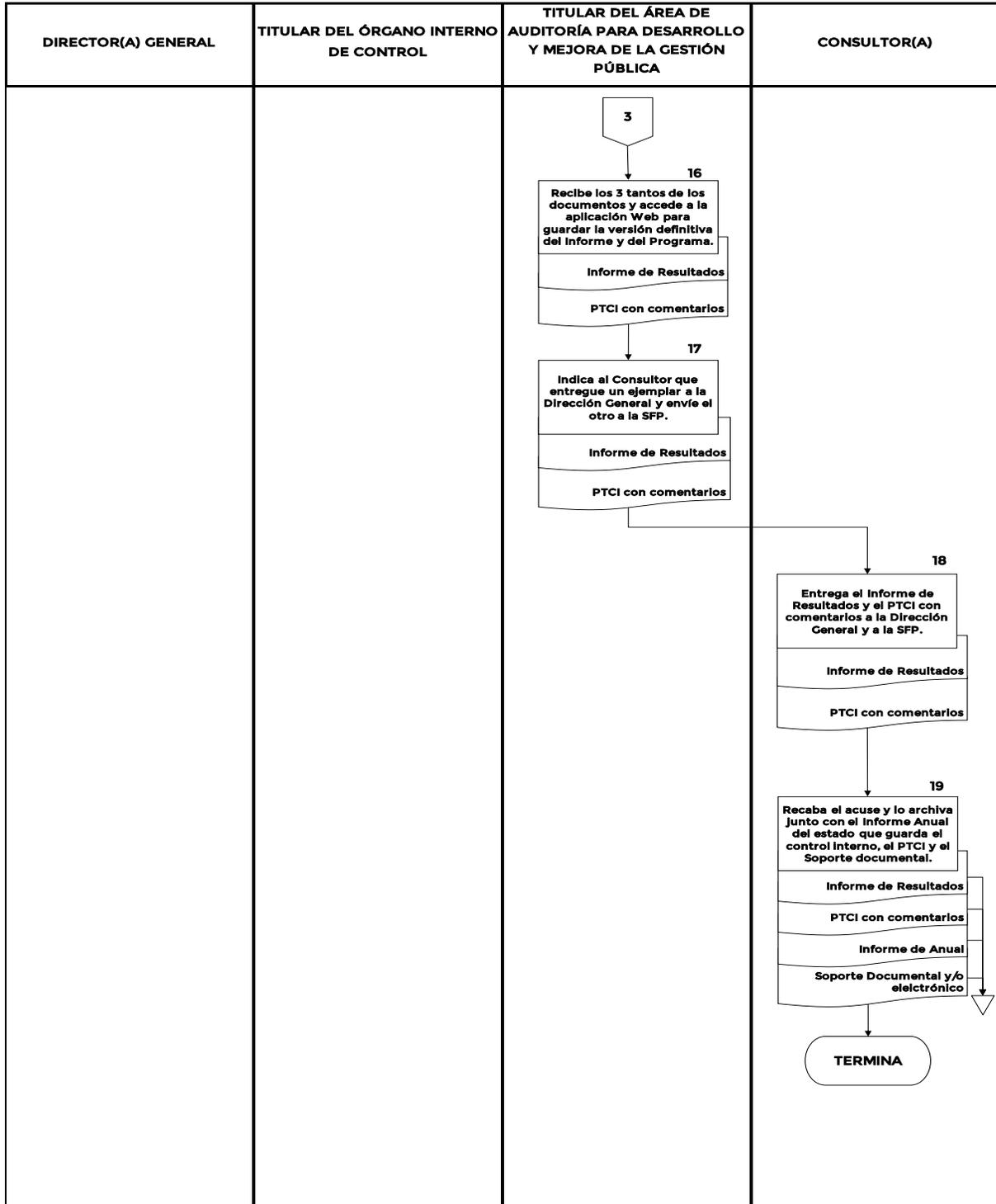


Rev. 04

Hoja: 11 de 16







| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). | | Hoja: 14 de 16 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno | No aplica |
| 6.2 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Criterios de evaluación que emite la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.4 Guía de Apoyo para la Evaluación del Órgano Interno de Control | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Informe Anual del estado que guarda el control interno. | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.2 Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI). | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.3 Soporte documental y/o electrónico | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.4 Criterios o elementos específicos. | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.5 Informe de Resultados de la Evaluación del Órgano Fiscalizador al Informe Anual del estado que guarda el control interno | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.6 Programa de | 3 años | Titular del Área de | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). | | Hoja: 15 de 16 |

| | | | |
|--|--------|--|-----------|
| Trabajo de Control Interno con comentarios | | Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | |
| 7.7 Programa de Trabajo de Control Interno | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acción (es) de mejora:** Las actividades determinadas e implantadas por la Dirección General y las direcciones de área para eliminar debilidades de control interno, diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como para atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional.
- 8.2 Control Interno:** El proceso efectuado por la Dirección General en su caso, la Junta de Gobierno y las direcciones de área, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a la integridad.
- 8.3 Debilidad (es) de Control Interno:** La insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna y/o de los órganos de fiscalización.
- 8.4 Elementos de control:** Los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir la institución en su sistema de control interno, para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable
- 8.5 Evaluación del Sistema de Control Interno:** El proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías.
- 8.6 Sistema de Control Interno Institucional o SCII:** 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 metas y objetivos en

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 55. Procedimiento para la evaluación del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) de la Entidad (Anual). | | Hoja: 16 de 16 |

un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020 | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 11 |
| 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | | |

56. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO (TRIMESTRAL).

| | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 2 de 11 |
| 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar seguimiento a la implementación de las acciones de mejora comprometidas por la entidad en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI), para contribuir a la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos.

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel Interno: Este procedimiento es aplicable al Titular del Órgano Interno de Control, por ser responsable de validar los avances del Programa de Trabajo de Control Interno; al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, porque coordina las revisiones de los avances del Programa de Trabajo de Control Interno; a la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración, porque son responsables de dar cumplimiento a las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno; al Consultor, porque realiza las revisiones de los avances reportados.
- 2.2. A nivel externo: Este procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, porque administra el Sistema de Información del Comité de Control y Desempeño Institucional.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas adscritas al Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y a los enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere por con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

| | | | |
|---|---|---|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 11 |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | |

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.8 Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas en este procedimiento.
- 3.9 Para efectos del presente procedimiento, se denominan Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración.
- 3.10 El Titular del Órgano Interno de Control, recibe por parte de las Direcciones de Área, el reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno acompañado por el soporte documental y/o electrónico correspondiente.
- 3.11 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, coordina las revisiones de los reportes de avances trimestrales del Programa de Trabajo de Control Interno, que generan las Direcciones de Área.
- 3.12 El Consultor lleva a cabo las verificaciones de la información remitida por las Direcciones de Área, para la atención de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno e informa los

| | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 11 |
| 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | | |

resultados al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.

- 3.13 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, genera el Informe de evaluación del Órgano Interno de Control al reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, de acuerdo a los resultados obtenidos en las verificaciones y en los términos establecidos en el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.
- 3.14 El Informe de evaluación del Órgano Interno de Control debe ser firmado por el Titular del Órgano Interno de Control y remitirse a la Dirección General.
- 3.15 El Titular del Órgano Interno de Control debe registrar el reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno que elaboran las Direcciones de Área, así como el informe de evaluación del Órgano Interno de Control, en el Sistema de Información del Comité de Control y Desempeño Institucional que administra la Secretaría de la Función Pública.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, con el soporte documental y/o electrónico correspondiente y lo turna al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno. -Soporte documental y/o electrónico. |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 2 | Recibe del Titular del Órgano Interno de Control el reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, con el respectivo soporte documental y/o electrónico y turna para su verificación al Consultor. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno. -Soporte documental y/o electrónico. |
| Consultor(a) | 3 | Recibe el reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno con el soporte documental y/o electrónico. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno. |
| | 4 | Acude con las Direcciones de Área responsables de atender las acciones de mejora establecidas en el Programa de Trabajo de Control Interno, para corroborar los avances. | -Soporte documental y/o electrónico. |
| Directores(as) de Área / Consultor(a) | 5 | Revisa conjuntamente el soporte documental y electrónico para determinar la congruencia con los avances reportados por la institución. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno. |
| | 6 | Requisita y firman minuta de trabajo con los resultados de la verificación. | -Soporte documental y/o electrónico. -Minuta de trabajo. |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). |

Hoja: 6 de 11

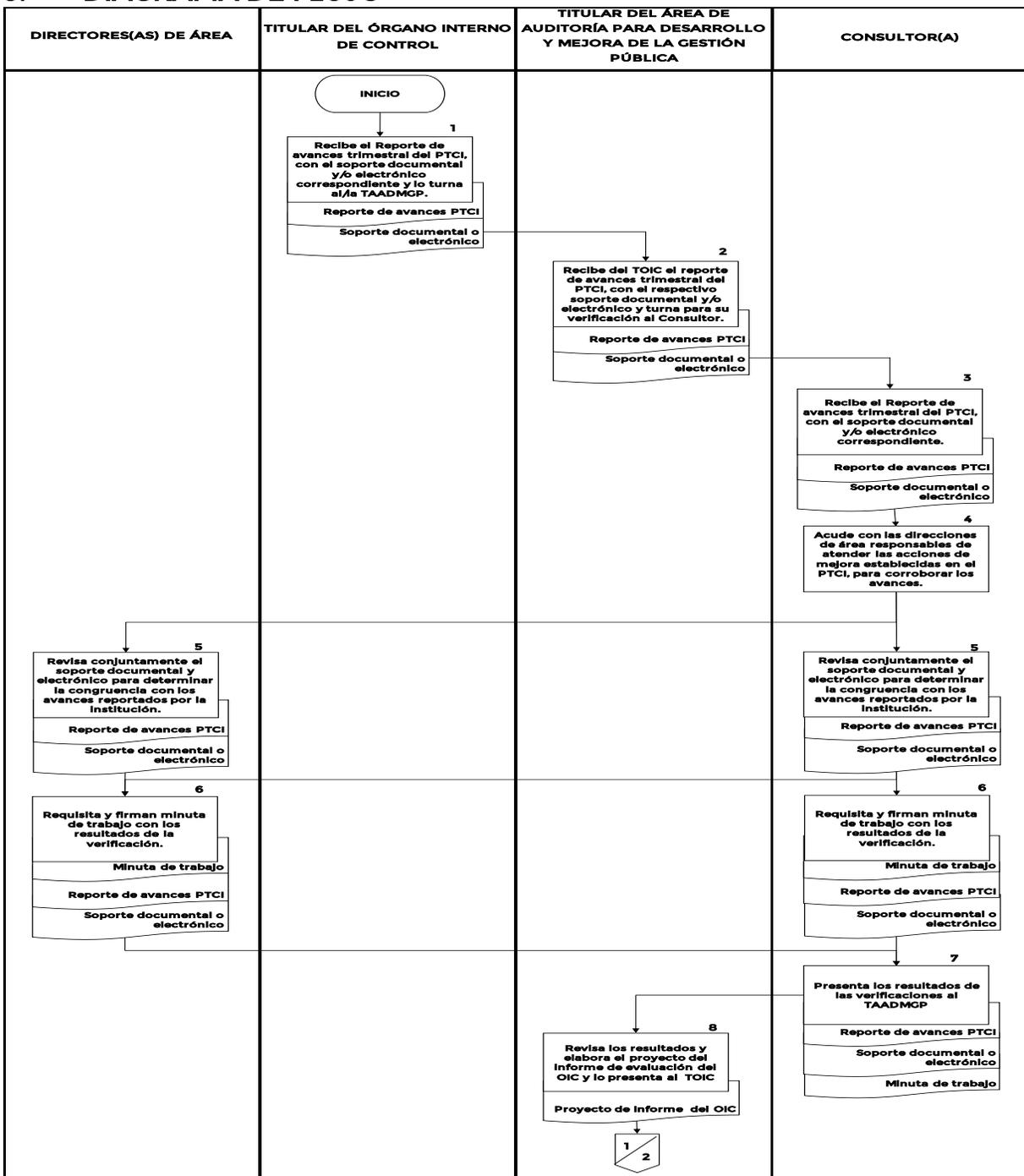
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Consultor(a) | 7 | Presenta los resultados de las verificaciones al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno. -Soporte documental y/o electrónico. -Minuta de trabajo. |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 8 | Revisa los resultados y elabora el proyecto del Informe de evaluación del Órgano Interno de Control y lo presenta al Titular del Órgano Interno de Control. | -Proyecto de Informe de evaluación del Órgano Interno de Control. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 9 | Recibe proyecto de Informe de evaluación del Órgano Interno de Control para autorización. | -Proyecto de Informe de evaluación del Órgano Interno de Control. -Informe de evaluación del Órgano Interno de Control. |
| | 10 | ¿El proyecto de Informe de evaluación cumple con los requisitos? No: Regresa al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, para que realice las modificaciones pertinentes. Regresa a la actividad 8. | |
| | 11 | Sí: Firma el informe de evaluación del Órgano Interno de Control en original y copia e instruye al Consultor para que lo entregue a la Dirección General. | |
| Consultor(a) | 12 | Entrega a la Dirección General el informe de evaluación del Órgano Interno de Control y recaba el acuse de recibo en la copia, el cual archiva con el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno, el Soporte documental y electrónico y las minutas de trabajo. | -Informe de evaluación del Órgano Interno de Control. -Reporte de avances trimestral del Programa de |

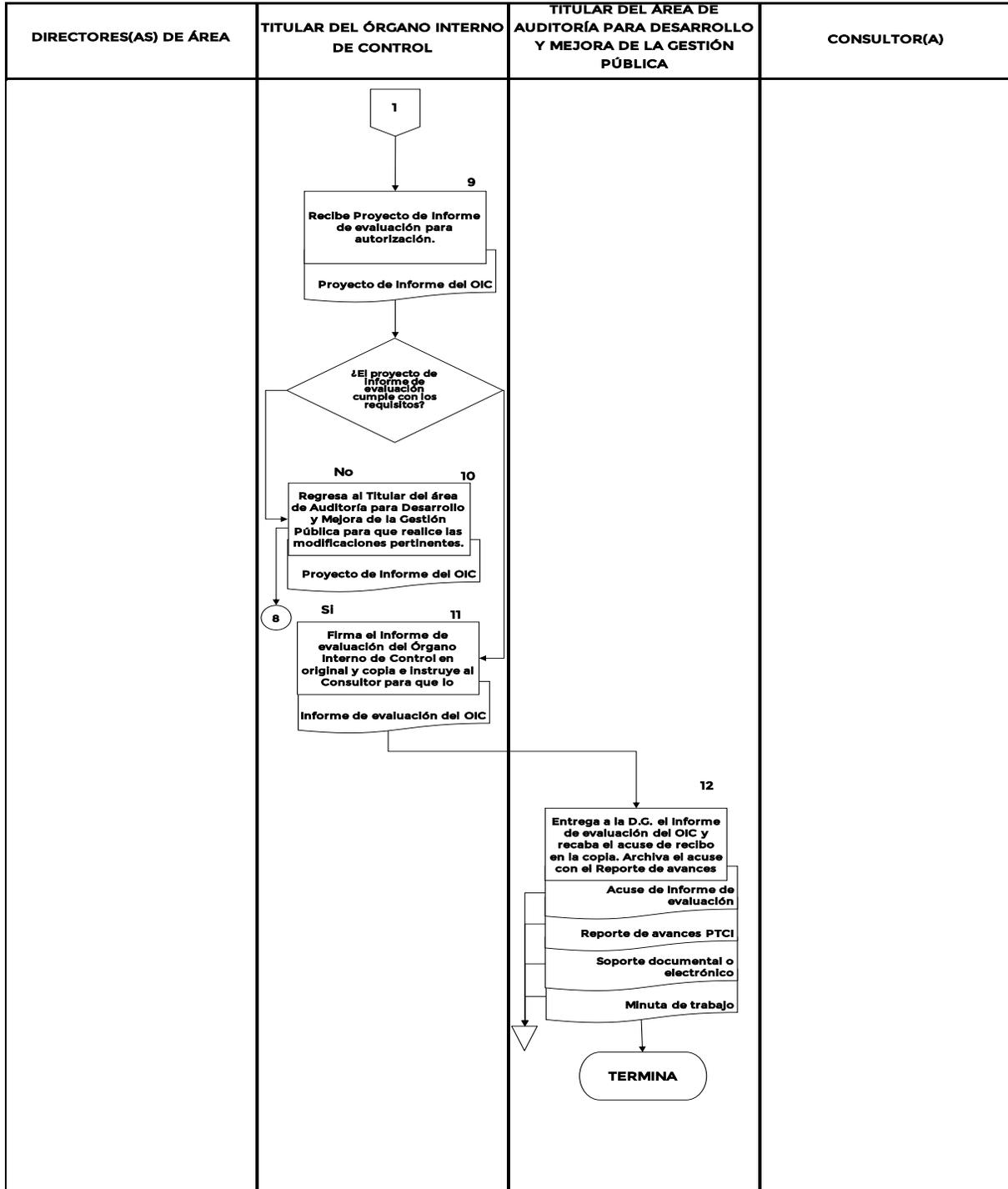
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|---|
| | | <p>-----</p> <p>-----</p> <p>El Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno que elabora la Institución, así como el Informe de evaluación del Órgano Interno de Control, deben registrarse en el Sistema de Información del Comité de Control y Desempeño Institucional.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>TERMINA</p> | <p>Trabajo de Control Interno.</p> <p>-Soporte documental y/o electrónico.</p> <p>-Minuta de trabajo.</p> |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 8 de 11 |
| 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 10 de 11 |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.3 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Control Interno | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.2 Soporte documental y/o electrónico | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.3 Minutas de trabajo | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.4 Proyecto de informe de evaluación del OIC. | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.5 Informe de evaluación del Órgano Interno de Control | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 11 de 11 |
| | 56. Procedimiento para el seguimiento del Programa de Trabajo de Control Interno Institucional del Hospital Juárez de México (Trimestral). | | |

- 8.1 Acciones de mejora.** Las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional
- 8.2 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. Lo anterior, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley.
- 8.3 Soporte documental y/o electrónico.** Evidencia que demuestra las acciones realizadas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar cómo se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 1 de 15 |

57. PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA INSTITUCIÓN (ANUAL).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 2 de 15 |

1. PROPÓSITO.

- 1.1 Contribuir con la entidad en la identificación de los eventos adversos que pudieran obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales, para integrar la Matriz de Administración de Riesgos conforme a la metodología establecida con el fin de definir las acciones de control que permitan prevenirlos y/o administrarlos.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, porque son las responsables de integrar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; al Titular del Órgano Interno de Control, por ser quien instruye al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para brindar asesoraría en materia de riesgos; al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, porque brinda apoyo a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración en la identificación de los eventos adversos que pudieran obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos.
- 2.2. A nivel externo: La Secretaría de la Función Pública emite la metodología para llevar a cabo el proceso de administración de riesgos y gestiona la aplicación Web del Sistema de Control Interno Institucional en la que se incorporan la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 3 de 15 |

Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.8 Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas.
- 3.9 Para efectos del presente procedimiento, se denominan Directores(as) de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración.
- 3.10 Las Direcciones de Área son responsables de identificar anualmente, los eventos adversos que pudieran obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales, integrar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgo, conforme a la metodología establecida.
- 3.11 Las Direcciones de Área convocan al Titular del Órgano Interno de Control para participar en la revisión de la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgo.
- 3.12 El Titular del Órgano Interno de Control recibe la convocatoria de las Direcciones de Área, para participar en la revisión de la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 4 de 15 |

Administración de Riesgo e instruye al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, para que asista a la reunión y les brinde la asesoría necesaria.

- 3.13 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, debe proporcionar a las Direcciones de Área la asesoría y apoyo para integrar Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgo (PTAR) conforme a la metodología definida.

La metodología está incluida en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, que emite la Secretaría de la Función Pública.

- 3.14 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, es responsable de verificar que las Direcciones de Área integren la Matriz de Administración de Riesgo y el Mapa de Riesgos, considerando las etapas establecidas en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, las cuales consisten en:

I. **COMUNICACIÓN Y CONSULTA.**

- a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios (sustantivos y administrativos), así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos, y
- b) Definir las bases y criterios a considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento.
- c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

II. **CONTEXTO.** Se debe describir:

- a) El entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la Institución.
- b) Las situaciones intrínsecas al Hospital relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, así como su capacidad tecnológica.
- c) El comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores.

III. **EVALUACIÓN DE RIESGOS.**

- a) Identificar, seleccionar y describir los riesgos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 5 de 15 |

- b) Determinar el nivel de decisión del riesgo: Estratégico, Directivo y Operativo.
- c) Clasificar los riesgos conforme a: Sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC´s; de salud; de corrupción y otros.
- d) Identificar los factores de riesgo que pueden contribuir a su materialización.
- e) Seleccionar el tipo de factor de riesgo: Interno o externo.
- f) Identificar los posibles efectos de los riesgos.
- g) Valorar el grado de impacto del riesgo antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determina con un valor del 1 al 10 en función de los efectos del riesgo.
- h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles (valoración inicial). La asignación se determina con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo.

IV. EVALUACIÓN DE CONTROLES.

- a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos.
- b) Describir los controles existentes.
- c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y/o detectivo.
- d) Identificar en los controles y calificar si son suficientes o no.

V. EVALUACIÓN DE RIESGOS RESPECTO A CONTROLES.

Realizar la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos.

VI. MAPA DE RIESGOS.

Los riesgos se grafican en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical.

VII. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE CONTROL PARA RESPONDER A LOS RIESGOS.

Las estrategias constituyen las opciones y/o políticas de respuesta para administrar los riesgos, basadas en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

- 3.15 Una vez integrados la matriz de administración de riesgos, y el mapa de riesgos, las direcciones de área elaboran el programa de trabajo de administración de riesgos (PTAR) y el Titular del Área de Auditoría para

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 6 de 15 |

Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública debe revisar que contenga la siguiente información:

- a) Los riesgos;
- b) Los factores de riesgo;
- c) Las estrategias para administrar los riesgos, y
- d) Las acciones de control registradas en la matriz de administración de riesgos, las cuales deben contener: La Dirección de Área responsable de su implementación; Las fechas de inicio y término, y los medios de verificación.

- 3.16 Las Direcciones de Área incorporan la versión definitiva de la Matriz de Administración de Riesgo y el Mapa de Riesgos y el Programa de Administración de Riesgos, en la aplicación Web del Sistema de Control Interno Institucional que administra la Secretaría de la Función Pública.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). Hoja: 7 de 15 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----------|---|---|
| Directores(as) de Área | 1 | Integra la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, conforme a la metodología establecida. | -Matriz de Administración de riesgos -Mapa de Riesgos |
| | 2 | Convoca mediante Correo electrónico al Titular del Órgano Interno de Control reunión de trabajo, para presentar la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, indicando fecha, hora y lugar. ----- ----- También pueden convocar a reunión mediante oficio o por vía telefónica. ----- ----- | -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos -Correo electrónico |
| Titular del Órgano Interno de Control | 3 | Recibe invitación e instruye al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para que asista a la reunión de trabajo y brinde asesoría a las direcciones de área. | -Correo electrónico |
| Directores(as) Área/ Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 4 | Acude a reunión de trabajo en la fecha y hora establecidas. | |
| Directores(as) de Área | 5 | Presenta la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y solicitan al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública sus comentarios. | -Matriz de Administración de Riesgos -Mapa de Riesgos -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos |
| Titular del Área de Auditoría | 6 | Analiza la congruencia de los riesgos propuestos, los factores y las acciones de | -Matriz de Administración |

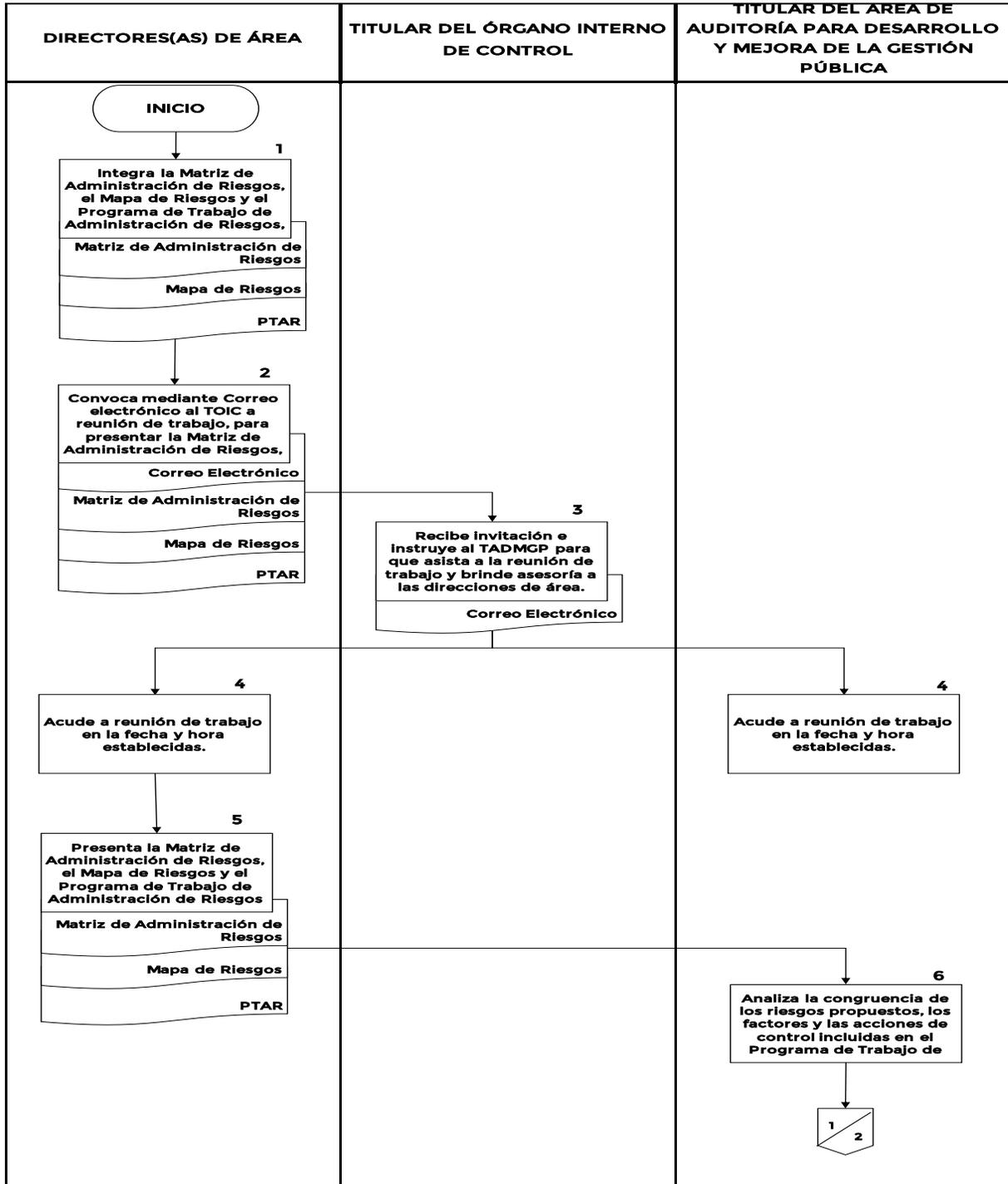
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). Hoja: 8 de 15 |

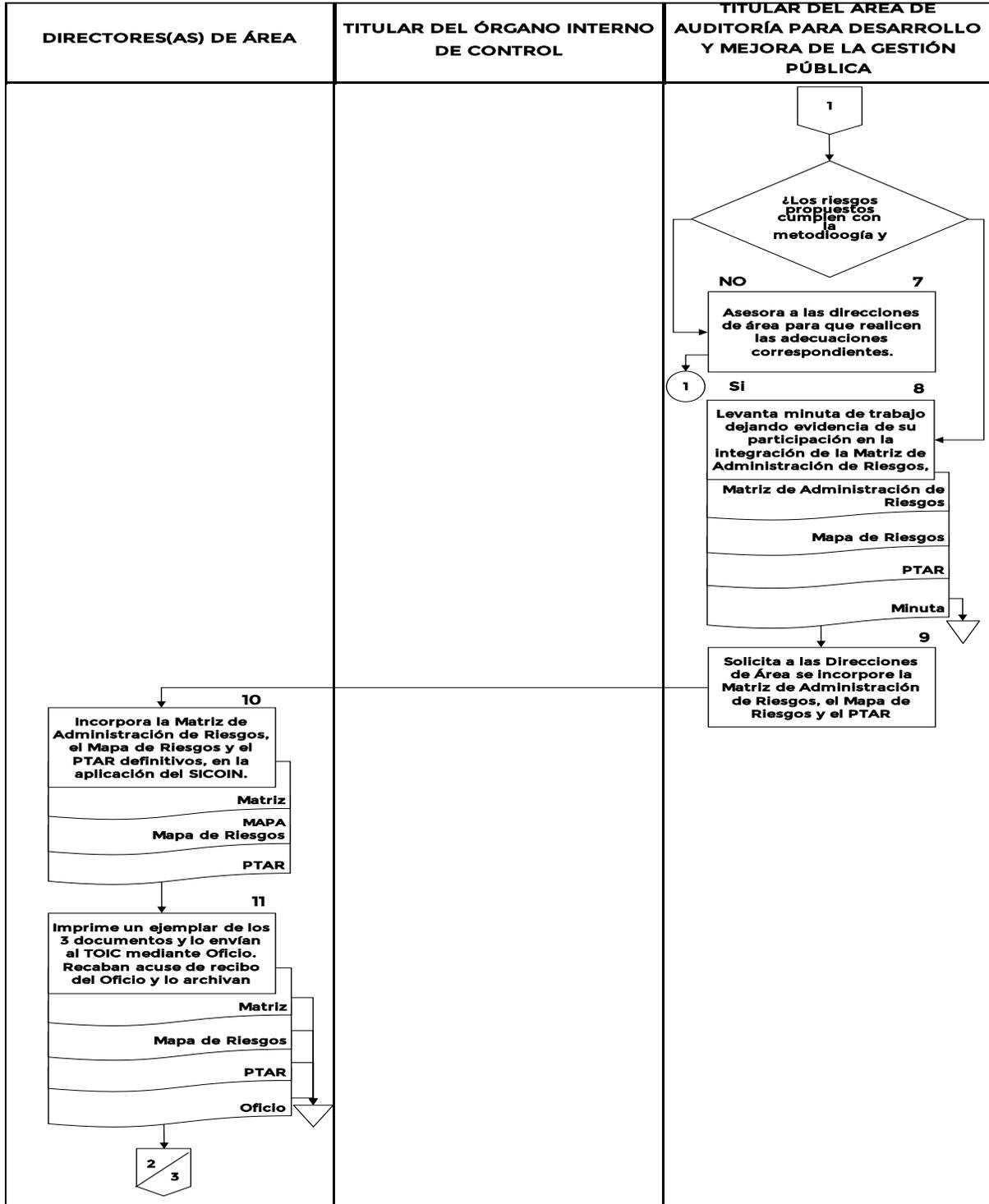
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | | control incluidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. | de Riesgos |
| | | ¿Los riesgos propuestos cumplen con la metodología y las acciones de control para su administración son consistentes? | -Mapa de Riesgos |
| | 7 | No: Asesora a las direcciones de área para que realicen las adecuaciones correspondientes. Regresa a la actividad 1. | -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos |
| | 8 | Sí: Levanta minuta de trabajo dejando evidencia de su participación en la integración de la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y la archiva. | -Minuta de trabajo. |
| | 9 | Solicita a las Direcciones de Área se incorpore la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos definitivos, en la aplicación Web del Sistema de Control Interno Institucional que administra la Secretaría de la Función Pública. ----- ----- Las modificaciones a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos también pueden realizarse durante la reunión de trabajo. ----- ----- | |
| Directores(as) de Área | 10 | Incorpora la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos definitivos, en la aplicación Web del Sistema de Control Interno Institucional que administra la Secretaría de la Función Pública. | -Matriz de Administración de Riesgos. -Mapa de Riesgos. -Programa de Trabajo de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). Hoja: 9 de 15 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|--|
| | 11 | Imprime un ejemplar de los 3 documentos y lo envían al Titular del Órgano Interno de Control mediante Oficio. Recaban acuse de recibo del Oficio y lo archivan junto con el resto de los documentos. | Administración de Riesgos. -Oficio. |
| Titular del Órgano Interno de Control | 12 | Recibe el oficio con la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. | -Oficio. -Matriz de Administración de Riesgos. |
| | 13 | Turna la información al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Mapa de Riesgos. -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 14 | Recibe el Oficio con la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Administración de Riesgos y el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, toma nota para fines de seguimiento y los archiva. TERMINA | -Oficio. -Matriz de Administración de Riesgos. -Mapa de Riesgos. -Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

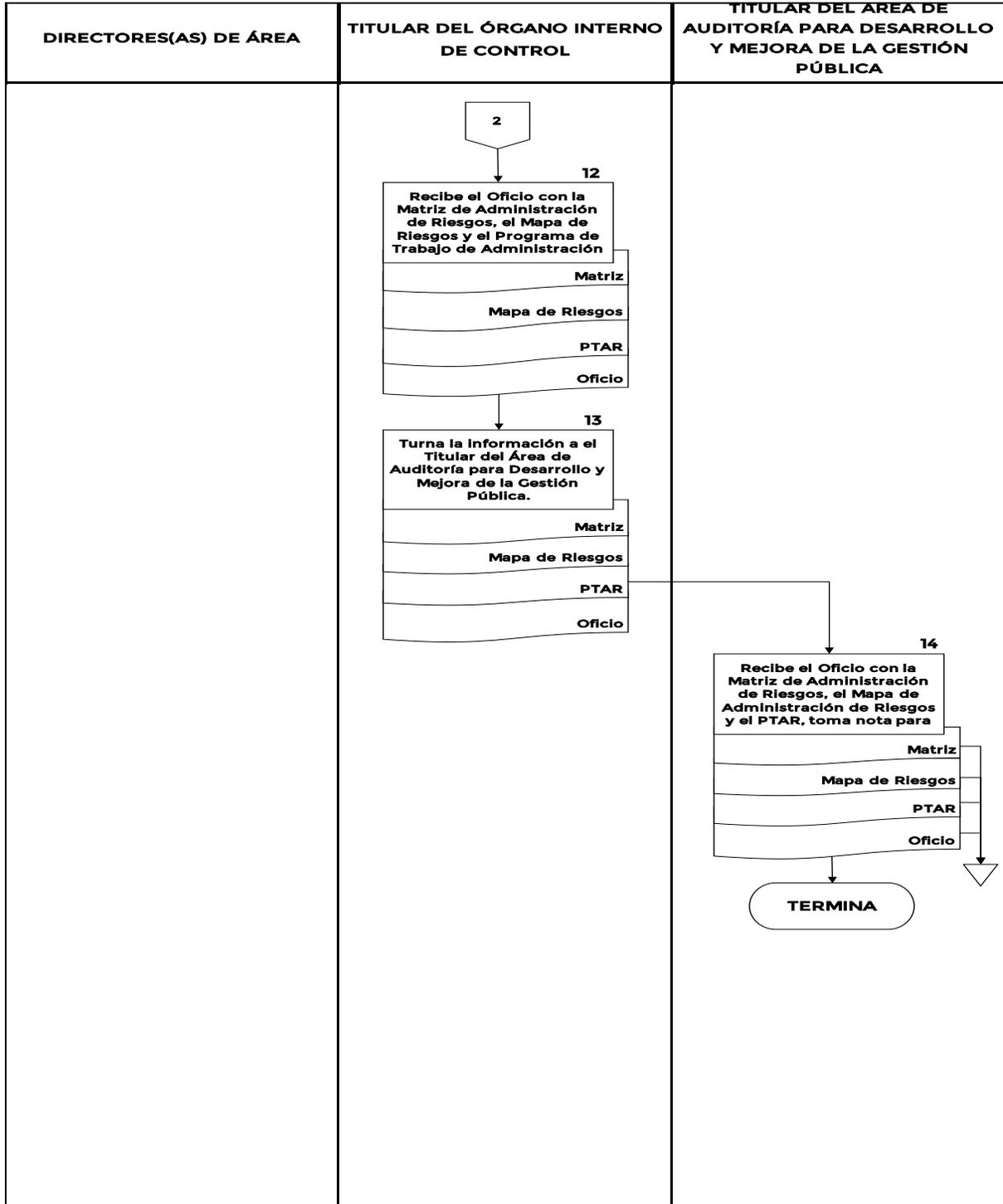
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual).



Rev. 01

Hoja: 12 de 15



| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 13 de 15 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.3 Estatuto Orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Matriz de Administración de Riesgos | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |
| 7.2 Mapa de Administración de Riesgos | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |
| 7.3 Programa de Trabajo de Administración de Riesgos | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |
| 7.4 Correo electrónico | 1 año | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |
| 7.5 Minuta de trabajo | 1 año | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 14 de 15 |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | |

| | | | | |
|-----|--------|--------|--|-----------|
| 7.6 | Oficio | 3 años | Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de área | No aplica |
|-----|--------|--------|--|-----------|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Administración de riesgos:** Es el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas.
- 8.2 Factor (es) de riesgo:** La circunstancia, causa o situación interna y/o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice
- 8.3 Impacto o efecto:** las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;
- 8.4 Mapa de riesgos:** La representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva.
- 8.5 Matriz de Administración de Riesgos:** La herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riesgos
- 8.6 Probabilidad de ocurrencia:** La estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado.
- 8.7 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 las metas y objetivos institucionales.
- 8.8 Riesgo (s) de corrupción:** La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder y/o el uso indebido de recursos y/o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros, incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 57. Procedimiento para apoyar la Administración de Riesgos de la Institución (Anual). | | Hoja: 15 de 15 |

desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 01 | Octubre, 2020 | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento, para que refleje cómo se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 11 |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | |

58. PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRABAJO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS (TRIMESTRAL).

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 2 de 11 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos en la forma y términos establecidos, para que la entidad implemente las acciones de control comprometidas que permiten prevenir y/o administrar los eventos adversos que pudieran obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel Interno: Este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración, por ser los responsables de implementar las acciones de control comprometidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y que generan el reporte de avances trimestral; al Titular del Órgano Interno de Control, por ser quién autoriza el informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, por ser quien elabora el informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos; al Consultor por ser quien realiza las revisiones del reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- 2.2 A nivel externo: La Secretaría de la Función Pública por ser quien administra la aplicación Web del Sistema de Control Interno Institucional, en la que se incorporan Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como el informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 11 |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | |

- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.
- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.7 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública es responsable de verificar la consistencia, calidad y veracidad de la información que se genera, para lo cual establece los mecanismos de supervisión y control debidamente documentados.
- 3.8 Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las actividades encomendadas.
- 3.9 Para efectos del presente procedimiento, se denominan Directores(as) de Área y Direcciones de Área a los/las Titulares de la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza, la Dirección de Planeación Estratégica y la Dirección de Administración.
- 3.10 El Titular del Órgano Interno de Control debe sensibilizar permanentemente a las Direcciones de Área sobre la importancia de implementar las acciones de control comprometidas para la administración de riesgos.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 4 de 11 |

- 3.11 Las Direcciones de Área son responsables de implementar las acciones de control establecidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, en los términos y fechas comprometidos.
- 3.12 Corresponde a las Direcciones de Área integrar el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con base en el soporte documental y/o electrónico que evidencia los avances de las acciones de control.
- 3.13 Las Direcciones de Área integran el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con los siguientes apartados, los cuales se establecen en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno:
- Total de acciones de control concluidas y su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos
 - Situación y porcentaje de avance en cada una de las que se encuentran en proceso y las pendientes sin avance.
- 3.14 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, coordina las revisiones de seguimiento al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- 3.15 Es responsabilidad del Consultor, realizar las revisiones al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con base en el soporte documental y/o electrónico que proporcionen las Direcciones de Área.
- 3.16 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública elabora el Informe de Evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, de acuerdo a los resultados obtenidos en las revisiones.
- 3.17 Corresponde al Titular del Órgano Interno de Control autorizar el Informe de Evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- 3.18 Las Direcciones de Área incorporan el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como el Informe de Evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. en el Sistema de Información del Comité de Control y Desempeño Institucional.

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 5 de 11 |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 58. Procedimiento para el Seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). |

Hoja: 5 de 11

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|---|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe de las Direcciones de Área el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con el soporte documental y/o electrónico y lo turna al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos -Soporte documental y/o electrónico |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 2 | Recibe del Titular del Órgano Interno de Control el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, con el soporte documental y/o electrónico y lo turna para su verificación al Consultor. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos -Soporte documental y/o electrónico. |
| Consultor(a) | 3 | Recibe el Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos con el soporte documental y/o electrónico. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos |
| | 4 | Acude con las Direcciones de Área responsables de atender las acciones de control establecidas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, para corroborar los avances. | -Soporte documental y/o electrónico |
| Directores(as) de área / Consultor(a) | 5 | Revisa conjuntamente el Reporte de avances, el soporte documental y/o electrónico para determinar la congruencia con los avances reportados. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos |
| | 6 | Requisita y firman Minuta de trabajo con los resultados de la revisión | -Soporte documental y/o electrónico -Minuta |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 58. Procedimiento para el Seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). |

Hoja: 6 de 11

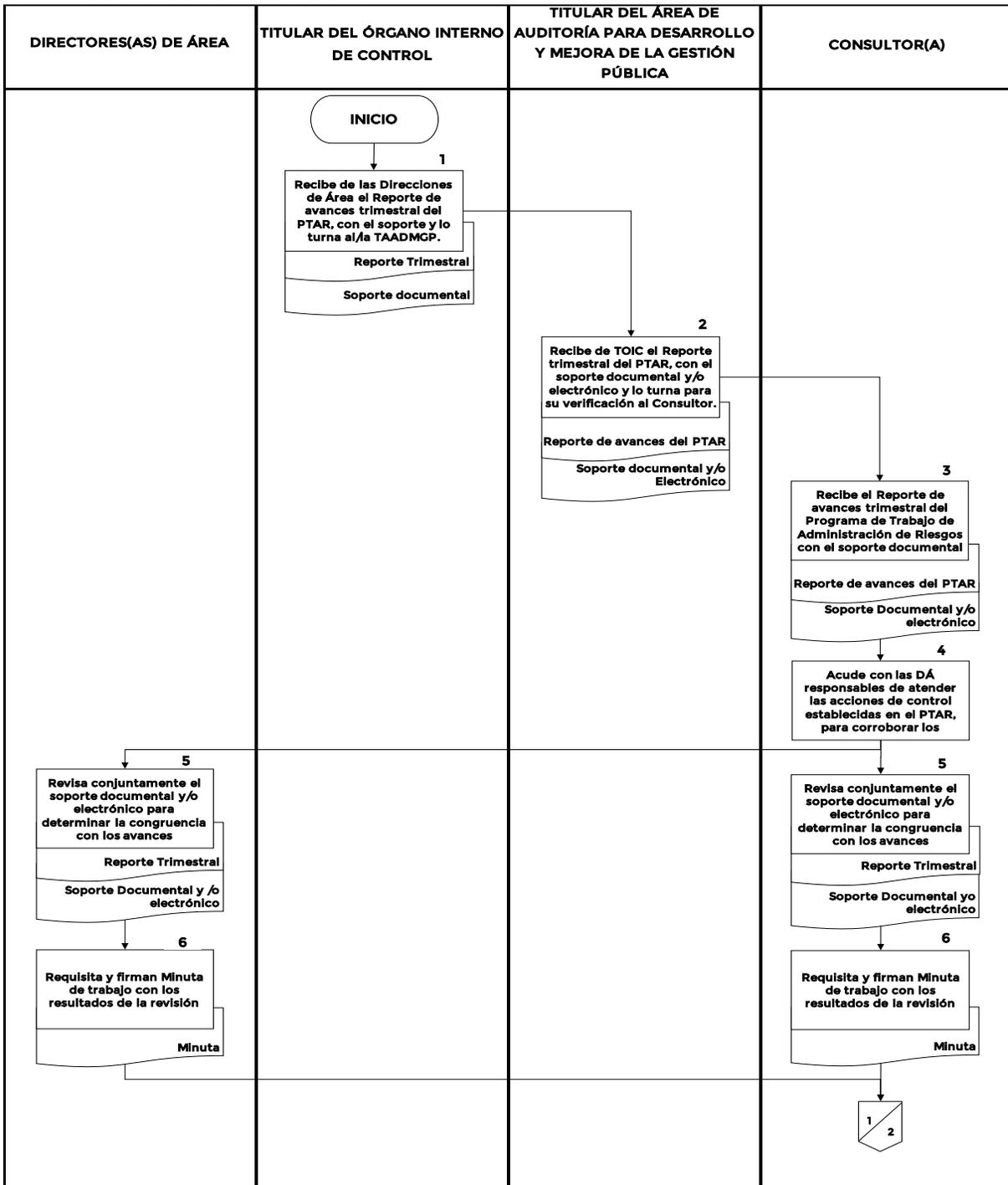
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|---|---|
| Consultor(a) | 7 | Presenta los resultados de la revisión al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos -Soporte documental y/o electrónico -Minuta |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 8 | Elabora el proyecto del Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y lo presenta al Titular del Órgano Interno de Control. | -Proyecto del Informe de evaluación |
| Titular del Órgano Interno de Control | 9 | Recibe el proyecto de Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos para autorización. | -Proyecto del Informe de evaluación -Informe de evaluación |
| | | ¿El proyecto del Informe de evaluación cumple con los requisitos? | |
| | 10 | No: Regresa al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, para que realice las modificaciones pertinentes. Regresa a la actividad 8. | |
| | 11 | Sí: Firma el Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos en original y copia e instruye al Consultor para que lo entregue a la Dirección General. | |
| Consultor(a) | 12 | Entrega a la Dirección General el Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del | -Reporte de avances trimestral del |

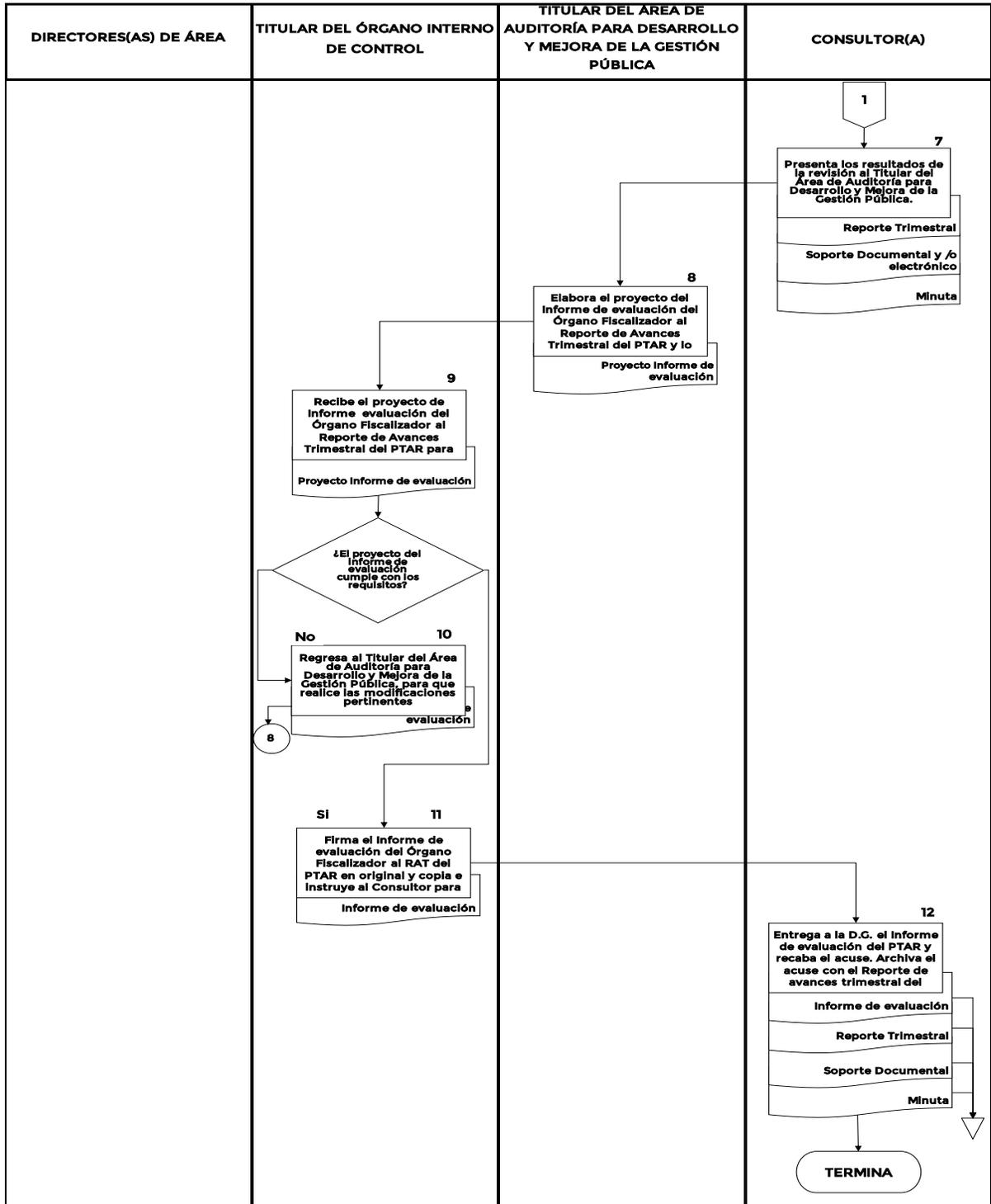
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 58. Procedimiento para el Seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|--|
| | | <p>Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y recaba el acuse de recibo en la copia. Archiva el acuse con el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, el soporte documental y electrónico y la Minuta de trabajo.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Las Direcciones de Área deben incorporar en el Sistema de Información del Comité de Control y Desempeño Institucional, el Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, así como el Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>TERMINA</p> | <p>Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.</p> <p>-Informe de evaluación</p> <p>-Soporte documental y/o electrónico</p> <p>-Minuta</p> |

| | | | |
|---|--|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 8 de 11 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 10 de 11 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.2 Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno. | No aplica |
| 6.3 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |
| 6.6 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|--|--|
| 7.1 Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos. | 3 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Direcciones de Área. | No aplica |
| 7.2 Soporte documental y/o electrónico | 3 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Direcciones de Área. | No aplica |
| 7.3 Minuta | 3 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.4 Proyecto del Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos | 3 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.5 Informe de evaluación del Órgano Fiscalizador al Reporte de Avances Trimestral | 3 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 58. Procedimiento para el seguimiento al Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (Trimestral). | | Hoja: 11 de 11 |

| | | | | |
|--|----------|--|--|--|
| del Programa de Trabajo Administración Riesgos | de de de | | | |
|--|----------|--|--|--|

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Reporte de avances trimestral del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.** Documento que elabora la institución, en el cual registra los avances que presenta el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos.
- 8.2 Reporte de resultados del Órgano Interno de Control.** Documento que elabora el Órgano Interno de Control, que contiene el resultado de las revisiones efectuadas a las áreas responsables de los riesgos identificados.
- 8.3 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 las metas y objetivos institucionales.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO.

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 01 | Octubre 2020 | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento, para que refleje cómo se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 15 |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | |

59. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 2 de 15 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Realizar diagnósticos a los procesos, programas, trámites y servicios que presta la institución conforme a la metodología establecida por la Secretaría de la Función Pública, con el fin de identificar la situación que guardan y la problemática existente y determinar propuestas de mejora que beneficien a los/las usuarios(as) y fortalezcan el desarrollo organizacional del Hospital

2. ALCANCE

- 2.1. A nivel Interno: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración por ser los dueños de los procesos, programas, trámites y servicios y son responsables de elaborar el plan de trabajo. Al Titular de Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública por ser quien presenta a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración el inicio del diagnóstico y sus resultados; al Consultor por ser quien realiza los diagnósticos.
- 2.2. A nivel externo: La Secretaría de la Función Pública emite la metodología para el desarrollo de diagnósticos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos deberá protegerse y conservarse en los términos que establezca la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.
- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como las

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 3 de 15 |

sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.

- 3.5 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participa.
- 3.6 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.7 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.8 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública instruye al Consultor para que lleve a cabo diagnósticos a los procesos, programas, trámites y servicios a cargo de la institución, de conformidad con la metodología que establece la Secretaría de la Función Pública y en la fecha comprometida en el Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control.
- 3.9 Los objetivos específicos de los diagnósticos son:
- Identificar propuestas de mejora enfocadas a optimizar los procesos, programas, trámites y servicios que brindan las Direcciones de Área.
 - Conocer el estado que guardan las Direcciones de Área sobre temas relacionados con el desarrollo organizacional y la mejora de la gestión.
- 3.10 El Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, informa mediante oficio a las Direcciones de Área el inicio de los diagnósticos.
- 3.11 Las etapas de los diagnósticos son:
1. Diagnóstico.
 - 1.1 Definir tema y alcance.
 - 1.2 Conformar Marco Técnico de Referencia y planear el diagnóstico.
 - 1.3 Conocer el estado actual de la Institución.
 - 1.4 Identificar brechas y sus causas.
 2. Propuestas de Mejora.
 - 2.1 Proponer alternativas para la mejora
 - 2.2 Analizar con la Institución las alternativas para mejora.
 - 2.3 Identificar con la Institución las mejoras a implementar.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 4 de 15 |

3. Programa de trabajo.

3.1 Desarrollar proyectos para implementar las mejoras.

3.2 Presentar informe de resultados y cerrar diagnóstico

3.12 Es responsabilidad del Consultor integrar el Marco técnico de referencia del diagnóstico y el cronograma de actividades. Asimismo, recopila la información inherente a los procesos, programas, trámites y servicios, entre la cual puede encontrarse:

- Procedimientos
- Indicadores y estándares de operación.
- Controles internos
- Normatividad aplicable
- Automatización de las operaciones.
- Entrevistas y encuestas.

3.13 El Consultor aplica las herramientas necesarias para analizar la información que recaba, con objeto de identificar la problemática que guardan los procesos, programas, trámites y servicios. Entre dichas herramientas se encuentran:

- Diagrama de Pareto
- Diagrama causa - efecto
- Histograma
- Hoja de datos
- Gráfico de control
- Diagrama de flujo
- Tormenta (o lluvia) de ideas
- Los cinco porqués
- Diagrama de Gantt
- Diagrama en árbol
- Diagrama matricial
- Diagrama de decisiones de acción

3.14 El Consultor determina las Propuestas de mejora y las presenta junto con los resultados del diagnóstico al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública.

3.15 Corresponde al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública presentar las Propuestas de mejora y el resultado del diagnóstico a la Dirección de Área responsable.

3.16 Las Direcciones de Área son responsables de integrar el Plan de trabajo para implementar las Propuestas de mejora, o bien, pueden solicitar al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y/o al Consultor que las asesore en la materia.

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | |

Hoja: 5 de 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----|---|--|
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 1 | Instruye la realización del diagnóstico conforme al alcance definido en el Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control e instruye al Consultor la elaboración del Proyecto de Marco Técnico de Referencia (MTR) y el Cronograma de actividades. | |
| Consultor(a) | 2 | Elabora el Proyecto de Marco Técnico de Referencia (MTR) y el Cronograma de actividades. | -Proyecto de Marco Técnico de Referencia. -Cronograma de actividades. |
| | 3 | Determina las herramientas de recopilación de información a utilizar: cuestionarios, entrevistas y mapas, entre otros. | |
| | 4 | Presenta el Proyecto de Marco Técnico de Referencia y el Cronograma al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública para su revisión. | |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 5 | Recibe Proyecto de Marco Técnico de Referencia y el Cronograma de actividades y los revisa. ¿Autoriza el Marco Técnico y el Cronograma de actividades? | -Proyecto de Marco Técnico de Referencia. -Cronograma de actividades. -Oficio de notificación de inicio del diagnóstico. |
| | 6 | No: Devuelve al Consultor para que realice las correcciones. Regresa a actividad 2. | |
| | 7 | Sí: Rubrica el Marco Técnico de Referencia y el Cronograma de actividades. | |
| | 8 | Entrega el Marco Técnico de Referencia y el Cronograma de actividades al Consultor para su archivo y elabora el Oficio de notificación de inicio del diagnóstico, lo firma e instruye al Consultor para que lo entregue a la dirección de área correspondiente. | |
| Consultor(a) | 9 | Recibe y entrega el oficio de notificación de inicio del diagnóstico a la Dirección de Área responsable del proceso, programa, trámite | -Oficio de notificación de inicio del |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | |

Hoja: 6 de 15

| Responsable | No | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----|---|--|
| | | y/o servicio. Recaba acuse de recibo y lo archiva junto con el Marco Técnico de Referencia y el Cronograma de actividades validados. | diagnóstico -Marco Técnico de Referencia. -Cronograma de actividades. |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 10 | Convoca vía telefónica a reunión a la Dirección de Área responsable del proceso, programa, trámite y/o servicio para presentar el inicio del diagnóstico. ----- También se puede convocar por correo electrónico o por oficio. ----- | |
| Director(a) de Área/Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Consultor(a) | 11 | Acude a la reunión de trabajo y comentan el objetivo del Diagnóstico, así como la forma en que se llevarán a cabo los trabajos. ----- El Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Consultor elabora minuta-inicio de diagnóstico y la pasa a firma a los /las asistentes. ----- | |
| Consultor(a) | 12 | Archiva la Minuta de trabajo y acude a la Dirección de Área y recopila información para conocer la situación actual del proceso, programa, trámite y/o servicio objeto del diagnóstico, entre la cual se encuentra: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos. • Indicadores y estándares de operación. • Controles internos • Normatividad aplicable • Automatización de las operaciones. • Entrevistas y encuestas. | -Minuta de trabajo_inicio de diagnóstico -Papeles de trabajo. -Propuestas de mejora. -Diagnóstico |
| | 13 | Analiza la información con base en las herramientas incluidas en la política 3.13 y | |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | |

Hoja: 7 de 15

| Responsable | No | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---|----|--|--|
| | 14 | elabora los Papeles de trabajo. | |
| | 15 | Identifica las debilidades del objeto del diagnóstico, determina las Propuestas de mejora e integra el Diagnóstico. Presenta los resultados al 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 | 16 | Recibe y revisa las Propuestas de mejora, el Diagnóstico y los Papeles de trabajo. ¿Valida los resultados? | - Propuestas de mejora. -Diagnóstico -Papeles de trabajo |
| | 17 | No: Indica al Consultor las adecuaciones a realizar. Regresa a actividad 15. | |
| | 18 | Sí: Convoca vía telefónica a reunión a la Dirección de Área responsable del proceso, programa, trámite y/o servicio, para presentar los resultados del diagnóstico. ----- ----- También se puede convocar por correo electrónico o por oficio. ----- ----- | |
| Director(a) de Área/Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Consultor(a) | 19 | Comenta las propuestas de mejora resultantes del Diagnóstico, revisan las Propuestas de mejora. ----- ----- Durante la reunión el Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública solicita a la Dirección de Área generar el Plan de trabajo para implementar las Propuestas de mejora identificadas. El Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Consultor | -Propuestas de mejora resultantes del diagnóstico. |

| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | |

Hoja: 8 de 15

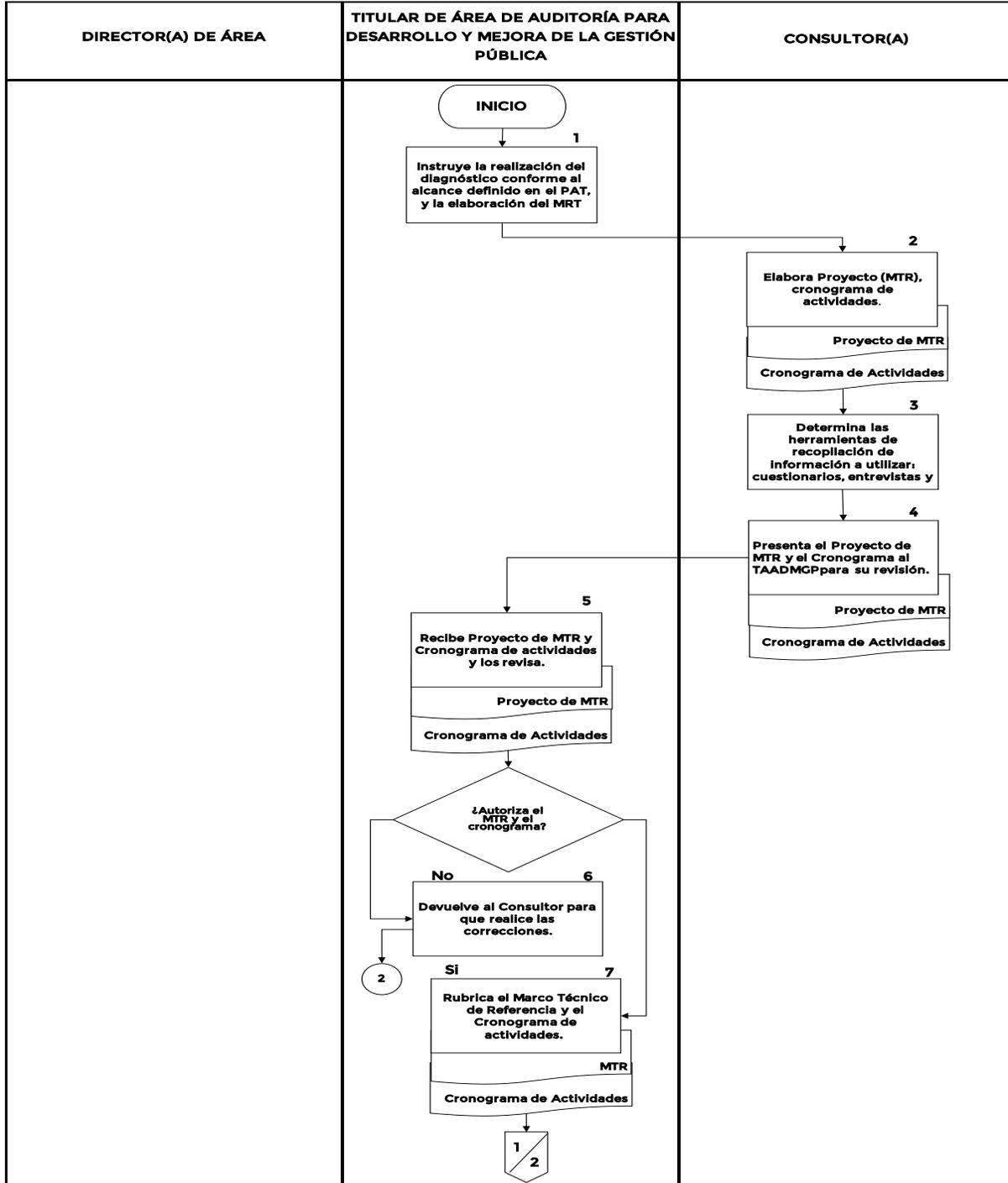
| Responsable | No | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----|---|--|
| | | elabora minuta de trabajo de la reunión y la pasa a firma a los /las asistentes. ----- ----- | |
| Consultor(a) | 20 | Archiva la Minuta de trabajo e integra el Informe del diagnóstico, incluyendo las fortalezas y debilidades identificadas, así como las Propuestas de mejora. | -Minuta de trabajo |
| | 21 | Elabora el oficio de envío del Informe del diagnóstico, indicando a la Dirección de Área elaborar el Plan de trabajo para implementar las Propuestas de mejora identificadas. | -Informe del diagnóstico. -Oficio de envío del Informe del diagnóstico |
| | 22 | Entrega el Informe del diagnóstico y el Oficio de envío al Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | -Informe de diagnóstico |
| Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | 23 | Recibe y revisa el Informe del diagnóstico y el Oficio de envío. ¿Autoriza Informe y Oficio? | -Informe del diagnóstico. -Oficio de envío del Informe del diagnóstico |
| | 24 | No: Devuelve al Consultor para que realice correcciones. Regresa a actividad 21 | |
| | 25 | Sí: Firma el Informe del diagnóstico y el Oficio de envío e instruye al Consultor para que los entregue a la Dirección de Área | |
| Consultor(a) | 26 | Recibe el Informe del diagnóstico y el Oficio de envío a la Dirección de Área y recaba el acuse de recibo, el cual integra en el expediente junto con el resto de la documentación. | -Informe del diagnóstico. -Oficio de envío del Informe del diagnóstico |
| Director(a) de Área | 27 | Recibe el Informe del diagnóstico y el oficio de envío e integra el Plan de trabajo para implementar las Propuestas de mejora. ----- ----- La Dirección de Área puede solicitar asesoría al Titular del Área de Auditoría para | Informe del diagnóstico. -Oficio de envío del Informe del diagnóstico. -Plan de trabajo. |

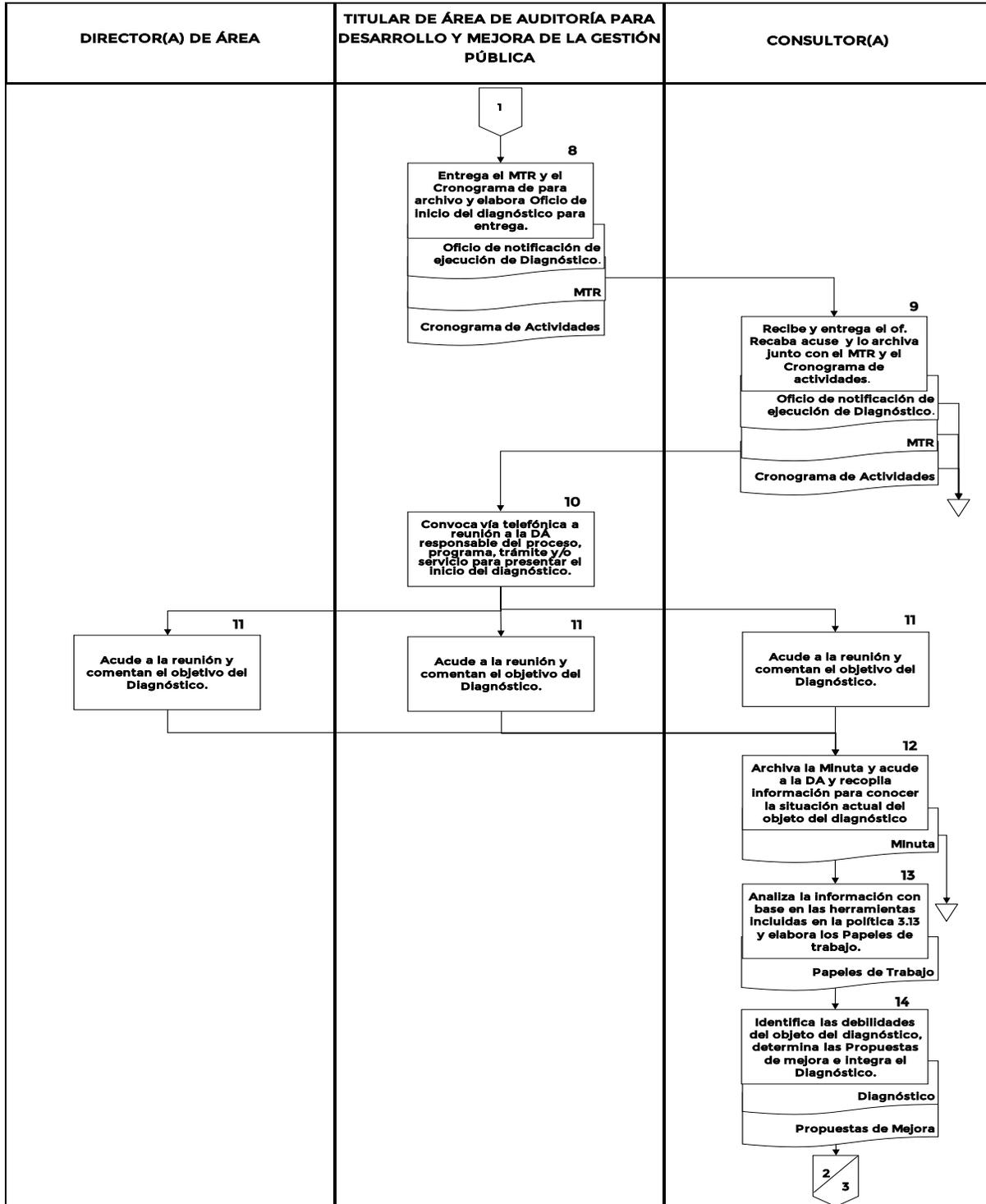
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | |

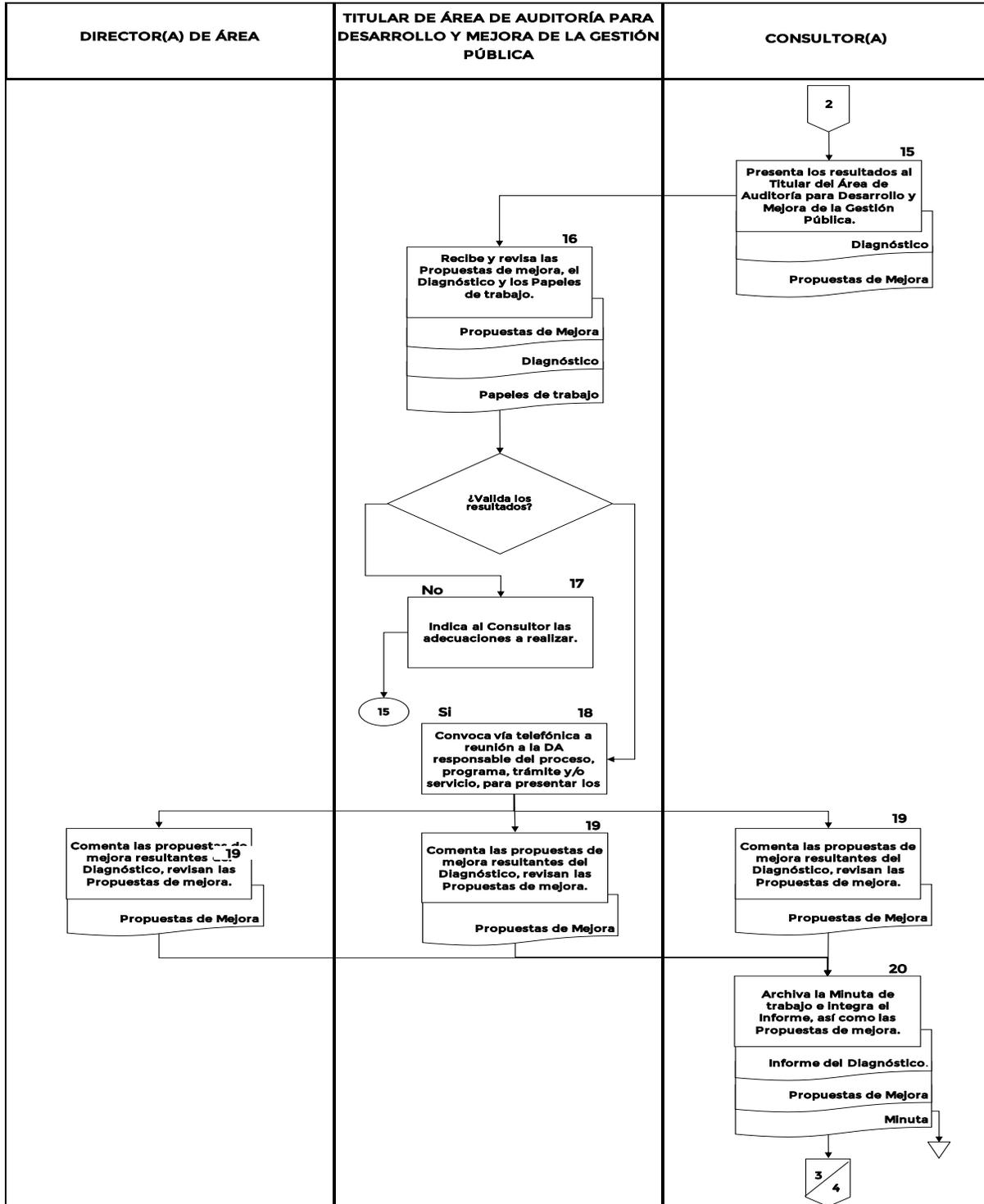
Hoja: 9 de 15

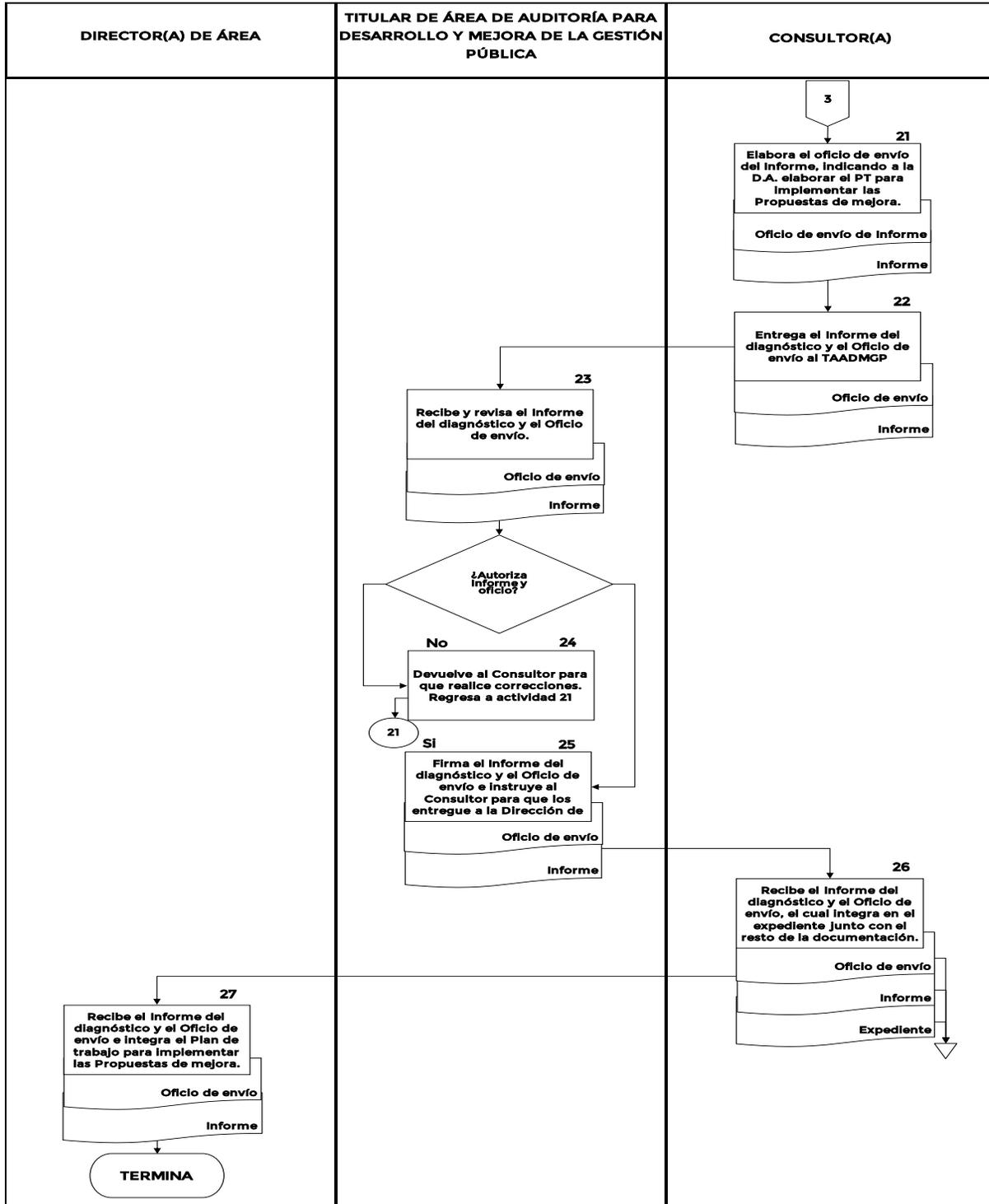
| Responsable | No | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----|--|-------------------|
| | | Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública y/o al Consultor para integrar el Plan. ----- ----- TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO









| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 13 de 15 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Documento de referencia para la realización de diagnósticos. | No aplica |
| 6.2 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.3 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.4 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|---|--|
| 7.1 Proyecto de Marco Técnico de Referencia. | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | No aplica |
| 7.2 Cronograma de actividades. | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.3 Oficio de notificación de inicio del diagnóstico | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Dirección de área | No aplica |
| 7.4 Marco Técnico de Referencia. | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública. | No aplica |
| 7.5 Minuta de trabajo_inicio de diagnóstico | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.6 Papeles de trabajo. | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.7 Propuestas de mejora | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/Dirección de Área | No aplica |
| 7.8 Diagnóstico | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Dirección de Área | No aplica |
| 7.9 Propuestas de | 2 años | Área de Auditoría para | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 14 de 15 |

| | | | |
|---|--------|---|-----------|
| mejora resultantes del diagnóstico | | Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Dirección de Área | |
| 7.10 Presentación de resultados | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Dirección de Área | No aplica |
| 7.11 Minuta de trabajo presentación de resultados | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública | No aplica |
| 7.12 Informe del diagnóstico. | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Dirección de Área | No aplica |
| 7.13 Oficio de envío del Informe del diagnóstico | 2 años | Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública/ Dirección de Área | No aplica |
| 7.14 Plan de trabajo. | 2 años | Dirección de Área | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Diagnóstico: Son el o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto. Los diagnósticos que lleva a cabo el Órgano Interno de Control tienen como propósito reflejar la situación que guardan los procesos, trámites y servicios, con el fin de identificar áreas de oportunidad enfocadas a su optimización y mejora.

8.2 Marco Técnico de Referencia: Es el soporte teórico, contextual o legal de los conceptos que se utilizan para el desarrollo del diagnóstico.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y por ende el diagrama de flujo, para que reflejen cómo se realizan las actividades actualmente |

| | | | |
|---|--|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 59. Procedimiento para la realización de diagnósticos. | | Hoja: 15 de 15 |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO
No Aplica.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | Hoja: 1 de 15 |

60. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS, DENUNCIAS Y PETICIONES CIUDADANAS EN APEGO A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | Hoja: 2 de 15 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar trámite a las peticiones ciudadanas sobre los trámites y servicios que presta la institución, así como a las quejas y denuncias que cualquier persona formula en contra del personal adscrito al Hospital Juárez de México, en el marco de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos a fin de concluir las actuaciones tendientes a comprobar los hechos denunciados, o determinar que los elementos que se aportaron no se consideran suficientes para concluir la presunta responsabilidad del/la servidor(a) público(a) involucrado(a).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica al Titular del Órgano Interno de Control por ser quien recibe las quejas, denuncias y peticiones ciudadanas; al Titular del Área de Quejas por ser quien actúa como autoridad investigadora respecto a las quejas, denuncias y peticiones ciudadanas; a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser los responsables de los trámites y servicios y quienes atienden las peticiones ciudadanas que se reciban en la materia.
- 2.2 A nivel externo: La Secretaría de la Función Pública emite los Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias y administra el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, en el que se registran los asuntos en la materia.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

Obligados y Ley General de Archivos, para efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control y el Titular del Área de Quejas, deben informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participan.
- 3.7 El Titular del Área de Quejas es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.9 El Titular del Órgano Interno de Control recibe quejas y denuncias en contra de las personas servidoras públicas adscritas a las Direcciones de Área, por presuntos actos que puedan ser constitutivos de responsabilidad administrativa, conforme a lo que establece la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Asimismo, recibe peticiones ciudadanas, que son solicitudes sobre los trámites y servicios que prestan las Direcciones de Área. En ambos casos, el Titular del Órgano Interno de Control turna los asuntos al Titular del Área de Quejas.

- 3.10 Las quejas, denuncias y peticiones ciudadanas pueden recibirse mediante escrito, vía correo electrónico o a través del Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas y las pueden realizar pacientes, familiares y usuarios en general.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

- 3.11 Para efectos de este procedimiento, se denomina como denunciante a pacientes, familiares, usuarios en general.
- 3.12 Si las quejas, denuncias o peticiones no son de su competencia, el Titular del Área de Quejas debe realizar lo siguiente:
1. Emitir un acuerdo de incompetencia dentro del término de 3 días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente al de su recepción, ordenando la remisión del asunto a la autoridad competente al día hábil siguiente de su emisión.
 2. Cuando se trate de quejas y denuncias, ajenas a las responsabilidades administrativas o que impliquen conflictos jurídicos entre particulares, o que pertenezcan al ámbito del derecho civil, agrario, laboral, fiscal, penal o, que corresponda conocer a alguna autoridad jurisdiccional, judicial o legislativa, federal o local, respectivamente, debe informar al/la ciudadano(a) dentro de los plazos precisados en los Lineamientos mediante comunicado la incompetencia, dejando a salvo sus derechos para hacerlos valer en la vía legal correspondiente.
 3. Cuando se formulen quejas o denuncias en contra del Titular del Órgano Interno de Control, el Titular del Área de Auditoría Interna, el Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, el Titular del Área de Quejas y/o el Titular del Área Responsabilidades, debe turnar el asunto mediante oficio al Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública, dentro del plazo de 3 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la queja o denuncia.
- 3.13 El Titular del Área de Quejas es responsable de registrar todas las quejas, denuncias y peticiones ciudadanas que sean de su competencia el mismo día de su recepción, a través del Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas.
- 3.14 Tratándose de peticiones ciudadanas, el Titular del Área de Quejas elabora oficio solicitando a las Dirección de Área involucrada que las atienda y que informe las gestiones que lleve a cabo, lo cual hace del conocimiento del/la ciudadano(a) que interpuso la petición.
- 3.15 En el caso de quejas y denuncias, el Titular del Área de Quejas debe realizar las actuaciones o diligencias de su competencia, tendientes a comprobar los hechos denunciados y registrarlas en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, en la forma y plazos establecidos en los

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 5 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias, que emite la Secretaría de la Función Pública.

- 3.16 El Titular del Área de Quejas debe realizar las notificaciones derivadas de las investigaciones por las quejas y denuncias recibidas, conforme a lo previsto en los Lineamientos que emite la Secretaría de la Función Pública, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y, de manera supletoria, el Código Federal de Procedimientos Civiles.
- 3.17 El Titular del Área de Quejas debe generar actividades procesales de manera permanente, para evitar que los expedientes de las quejas y denuncias permanezcan inactivos por más de 30 días naturales.
- 3.18 Una vez concluidas la totalidad de las actuaciones o diligencias inherentes a la queja o denuncia que se tengan al alcance, tendientes a comprobar los hechos denunciados, el Titular del Área de Quejas debe emitir el Acuerdo de conclusión con el formato legal establecido y conforme a los siguientes apartados: Proemio, resultando, considerando y resolutive
- 3.19 El Acuerdo de conclusión que emite el Titular del Área de Quejas, debe ser en alguno de los siguientes sentidos, con base en las investigaciones y diligencias efectuadas:
1. Acuerdo de archivo por falta de elementos. Procede cuando del análisis de la queja o denuncia determina que los elementos que se aportaron, recopilaron u ofrecieron y desahogaron durante el desarrollo de la investigación, no se consideran suficientes para concluir la presunta responsabilidad del/la servidor(a) público(a) involucrado(a) o la existencia de la infracción y la probable responsabilidad del/la infractor(a).
 2. Acuerdo de remisión al Titular del Área de Responsabilidades. Procede cuando de la investigación, se deriven elementos suficientes para sustentar la presunta responsabilidad del/la o los/las servidores(as) públicos(as) involucrados(as).
- 3.20 El Titular del Área de Quejas, debe registrar el Acuerdo de conclusión en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, dentro de los 10 días hábiles siguientes a su emisión.
- 3.21 El Titular del Área de Quejas, debe integrar los expedientes de las quejas y denuncias conforme a lo que establece el numeral vigésimo cuarto de los Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 6 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

denuncias, que indica: “Toda documentación que se genere durante la investigación, debe estar integrada en su expediente respectivo, en original con firma autógrafa o copia certificada; foliada y archivada conforme a la fecha de su recepción, de tal manera que la última actuación quede debajo de las realizadas con anterioridad, y así sucesivamente. Dicho expediente debe estar sujeto, a efecto de evitar el fácil desprendimiento de las hojas”.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

Hoja: 7 de 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe el escrito con la queja, denuncia o petición ciudadana y la turna al Titular del Área de Quejas para su desahogo. | -Escrito de queja, denuncia o petición ciudadana. |
| Titular del Área de Quejas | 2 | Recibe escrito, analiza competencia y determina. ¿Es competente? | -Escrito de queja, denuncia o petición ciudadana. |
| | 3 | No: Turna el asunto a la instancia correspondiente en la forma y plazos establecidos en la política 3.11. TERMINA. | -Sistema Integral de Denuncia Ciudadana |
| | 4 | Sí: Registra en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas la queja, denuncia o petición y archiva escrito. | -Oficio de solicitud de atención de Petición Ciudadana |
| | 5 | Clasifica el asunto dependiendo si se trata de Queja, Denuncia o Petición ciudadana. ¿El asunto es relativo a una queja o denuncia? | -Oficio de solicitud de información. |
| | 6 | No. Elabora el Oficio de solicitud de atención de la Petición Ciudadana, dirigido a la Dirección de Área correspondiente, indicando que informe por la misma vía las acciones realizadas para atender la Petición. TERMINA. | |
| | 7 | Sí: Elabora oficio de solicitud de información al área competente y realiza las actuaciones o diligencias de su competencia, tendientes a comprobar los hechos denunciados y las registra en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas. ----- ----- | |
| | | | En el caso de atención a la Petición Ciudadana, las áreas realizan las gestiones procedentes y las informa mediante Oficio |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

Hoja: 8 de 15

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|----------------------------|----------|---|--|
| | | al Área de Quejas y Termina el procedimiento. ----- ----- | |
| Directores(as) de área | 8 | Recibe Oficio de solicitud y atiende lo solicitado mediante oficio de respuesta con informe de gestiones al área de quejas. | -Oficio de solicitud. -Oficio de respuesta con informe de gestiones. |
| Titular del Área de Quejas | 9 | Recibe oficio de respuesta y realiza las notificaciones derivadas de las investigaciones y las registra en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas. Archiva oficio de respuesta | -Oficio de respuesta con informe de gestiones. -Acuerdo de archivo por falta de elementos de notificación |
| | 10 | Determina si existen elementos suficientes para sustentar la presunta responsabilidad de servidores(as) públicos(as). ¿Existen elementos suficientes? | falta de elementos de notificación |
| | 11 | No: Elabora el Acuerdo de archivo por falta de elementos y el Oficio de notificación al/la denunciante/quejoso(a). TERMINA. | a la denunciante. -Acuerdo de remisión. |
| | 12 | Sí: Elabora el Acuerdo de remisión para el Área de Responsabilidades, así como el Oficio dirigido al/la denunciante/quejoso(a). | -Oficio dirigido al/a la denunciante. -Acuerdo de remisión |
| | 13 | Envía al Área de Responsabilidades el Acuerdo de Remisión junto con el expediente de la queja o denuncia y registra la actuación en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas. | -Expediente - Registra en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias |
| | 14 | Notifica el Oficio al/la denunciante/quejoso(a) e integra el acuse al expediente. | -Oficio de notificación al/a la denunciante. |
| | 15 | | |

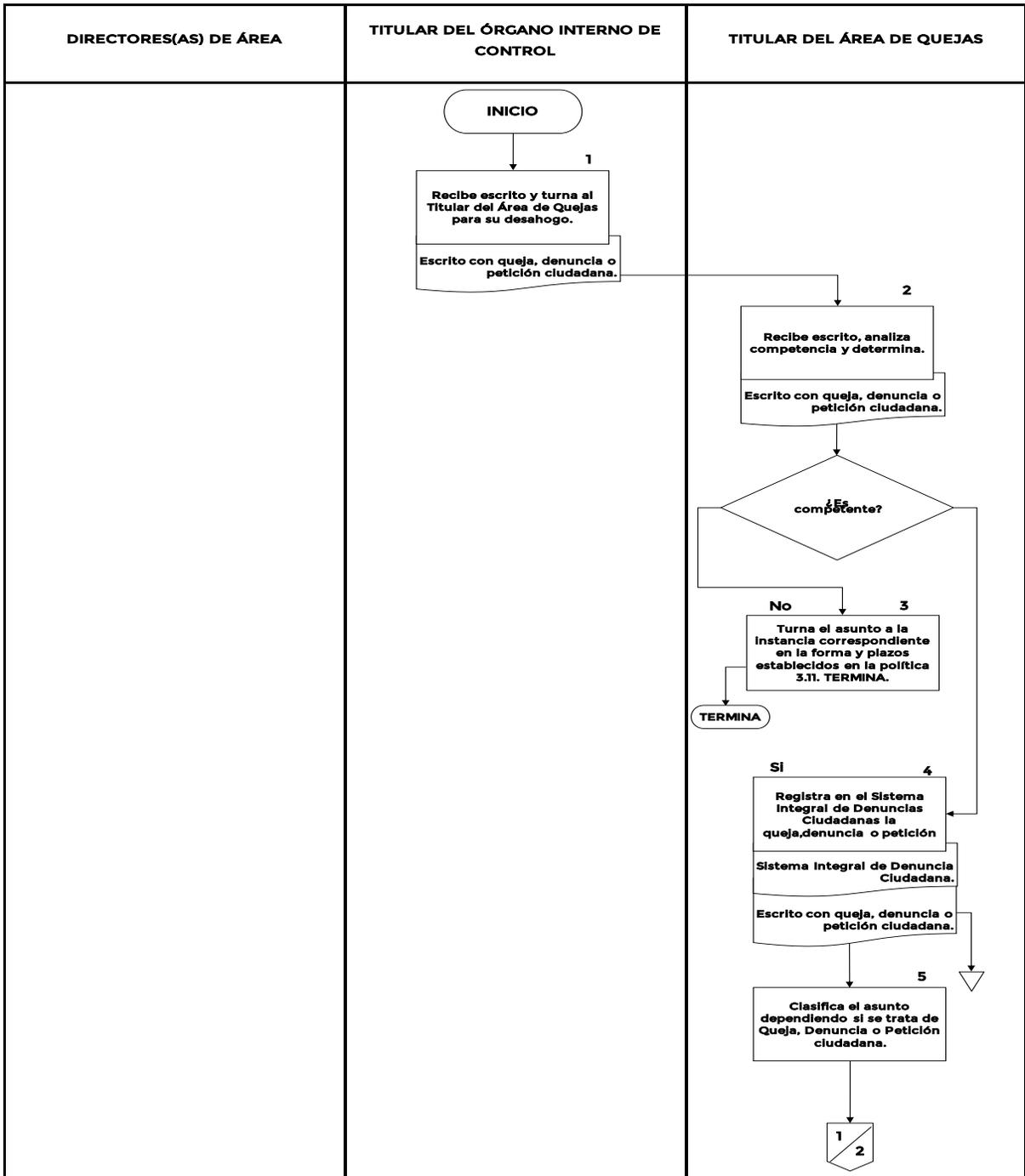
| | | |
|--|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO | |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | |

Hoja: 9 de 15

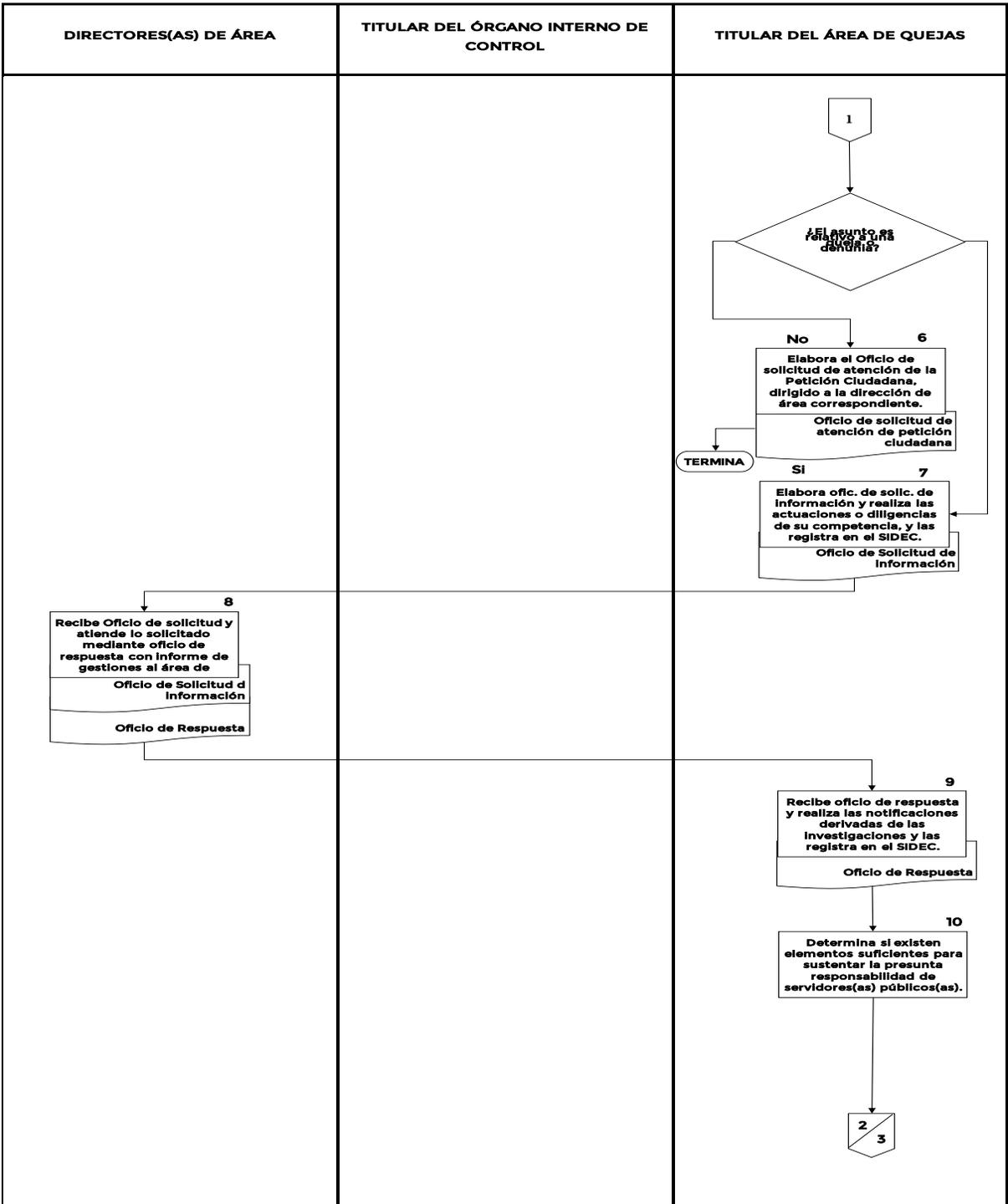
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|-------------------|
| | | Registra la actuación en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas y archiva el expediente. TERMINA. | |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 10 de 15 |
| 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



| | | | |
|---|----------------------------------|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 11 de 15 |
| 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | | |



| | | | |
|---|----------------------------------|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 12 de 15 |
| 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | | |

| DIRECTORES(AS) DE ÁREA | TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS |
|------------------------|---------------------------------------|---|
| | | <pre> graph TD 2[2] --> D{¿Existen suficientes?} D -- No --> 11[11: Elabora el Acuerdo de archivo por falta de elementos y el Oficio de notificación al/la denunciante/quejoso(a). TERMINA.] D -- Sí --> 12[12: Elabora el Acuerdo de remisión para el Área de Responsabilidades, así como el Oficio dirigido al/la denunciante/quejoso(a).] 11 --> T1((TERMINA)) 12 --> 13[13: Envía al Área de Responsabilidades el Acuerdo de Remisión junto con el expediente de la queja o denuncia y registra] 13 --> 14[14: Notifica el Oficio al/la denunciante/quejoso(a) e integra el acuse al expediente.] 14 --> 15[15: Registra la actuación en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas y archiva el expediente.] 15 --> T2((TERMINA)) </pre> |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 13 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | No aplica |
| 6.2 Código Federal de Procedimientos Civiles. | No aplica |
| 6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.4 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de procedimientos de la Secretaría de Salud | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|--|--|
| 7.1 Escrito de queja, denuncia o petición ciudadana. | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.2 Sistema Integral de Denuncia Ciudadana | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.3 Oficio de solicitud de atención de petición Ciudadana | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.4 Oficio de solicitud de información | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.5 Oficio de respuesta con informe de gestiones | 3 años | Área de Quejas/ Direcciones de Área | No aplica |
| 7.6 Oficio con informe de gestiones | 3 años | Área de Quejas/ Direcciones de Área | No aplica |
| 7.7 Acuerdo de archivo. | 3 años | Área de Quejas | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 14 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

| | | | | |
|------|--|--------|--|-----------|
| 7.8 | Oficio de notificación falta elementos | 3 años | Área de Quejas | No aplica |
| 7.9 | Expediente | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.10 | Acuerdo de remisión | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.11 | Oficio dirigido a la denunciante | 3 años | Área de Quejas/Área de Responsabilidades | No aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acuerdo de archivo:** 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:** 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 determinarán la infracción cometida y la presunta responsabilidad del/la o los/las servidores(as) públicos(as) involucrados(as).
- 8.3 Competencia:** Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.4 Denuncia:** Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores(as) públicos(as) 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.
- 8.5 Queja:** Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores(as) públicos(as) en el ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona, misma que los hace del conocimiento de la autoridad.

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 15 de 15 |
| | 60. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

8.6 Servidor(a) público(a): Representantes de elección popular, los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, los funcionarios(as) y empleados(as) y, en general, toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración pública Federal o en la Ciudad de México, así como los/las servidores(as) públicos(as) del Instituto Nacional Electoral, quienes serán responsables por los actos y 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 |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

No Aplica.

| | | | |
|---|---|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 12 |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

61. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE DENUNCIAS EN APEGO A LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 2 de 12 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Dar trámite a las denuncias que cualquier persona formula en contra del personal adscrito al Hospital Juárez de México, en el marco de la Ley General de Responsabilidades Administrativas con el fin de concluir las actuaciones tendientes a comprobar los hechos denunciados, o determinar que los elementos que se aportan no se consideran suficientes para concluir la presunta responsabilidad del/la servidor(a) público(a) involucrado(a).

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica al Titular del Órgano Interno de Control por ser quien recibe las denuncias; al Titular del Área de Quejas por ser quien actúa como autoridad investigadora respecto a las denuncias; a La Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser quienes atienden las solicitudes de información que se reciban en la materia.
- 2.2 A nivel externo: La Secretaría de la Función Pública emite los Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias y administra el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, en el que se registran las denuncias.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 3 de 12 |

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control y el Titular del Área de Quejas, deben informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participan.
- 3.7 El Titular del Área de Quejas es responsable de la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.9 El Titular del Órgano Interno de Control recibe denuncias en contra de las personas servidoras públicas adscritas a las Direcciones de Área, por presuntos actos que puedan ser constitutivos de responsabilidad administrativa, conforme a lo que establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- 3.10 Son sujetos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas:
- I. Los/Las Servidores(as) Públicos;
 - II. Aquellas personas que habiendo fungido como Servidores(as) Públicos se ubiquen en los supuestos a que se refiere la presente Ley, y
 - III. Los particulares vinculados con faltas administrativas graves.
- 3.11 Las denuncias pueden recibirse mediante escrito, vía correo electrónico o a través del Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas.
- 3.12 Si las denuncias no son de su competencia, el Titular del Área de Quejas debe realizar lo siguiente:
1. Emitir un acuerdo de incompetencia dentro del término de 3 días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente al de su recepción,

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 4 de 12 |

ordenando la remisión del asunto a la autoridad competente al día hábil siguiente de su emisión.

2. Cuando se trate de denuncias, ajenas a las responsabilidades administrativas o que impliquen conflictos jurídicos entre particulares, o que pertenezcan al ámbito del derecho civil, agrario, laboral, fiscal, penal o, que corresponda conocer a alguna autoridad jurisdiccional, judicial o legislativa, federal o local, respectivamente, debe informar al/la ciudadano(a) dentro de los plazos precisados en los Lineamientos mediante comunicado la incompetencia, dejando a salvo sus derechos para hacerlos valer en la vía legal correspondiente.
3. Cuando se formulen denuncias en contra del Titular del Órgano Interno de Control, el Titular del Área de Auditoría Interna, el Titular del Área de Auditoría para Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública, el Titular del Área de Quejas y/o el Titular del Área Responsabilidades, debe turnar el asunto mediante oficio al Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública, dentro del plazo de 3 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la denuncia.

3.13 El Titular del Área de Quejas es responsable de registrar todas las denuncias que sean de su competencia el mismo día de su recepción, a través del Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas.

3.14 El Titular del Órgano Interno de Control puede recibir peticiones ciudadanas, que básicamente son solicitudes sobre los trámites y servicios que prestan las Direcciones de Área. En estos casos, el Titular del Área de Quejas elabora oficio solicitando a la Dirección de Área involucrada que atienda las peticiones y que le informe las gestiones que lleve a cabo, para hacerlo del conocimiento del/la ciudadano(a) que interpuso la petición.

A menos que el Titular del Área de Quejas considere que de la narración existen de la Petición ciudadana existan elementos constitutivos de posibles faltas administrativas, puede elevar el asunto a una denuncia y llevar el proceso correspondiente.

3.15 En el caso de denuncias, el Titular del Área de Quejas debe realizar las actuaciones o diligencias de su competencia, tendientes a comprobar los hechos denunciados y registrarlas en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, en la forma y plazos establecidos en los Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias, que emite la Secretaría de la Función Pública.

3.16 El Titular del Área de Quejas debe realizar las notificaciones derivadas de las investigaciones por las denuncias recibidas, conforme a lo previsto en

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 5 de 12 |

los Lineamientos que emite la Secretaría de la Función Pública, la Ley General de Responsabilidades Administrativas y, de manera supletoria, el Código Federal de Procedimientos Civiles.

- 3.17 El Titular del Área de Quejas debe generar actividades procesales de manera permanente, para evitar que los expedientes de las denuncias permanezcan inactivos por más de 30 días naturales.
- 3.18 Una vez concluidas la totalidad de las actuaciones y diligencias inherentes a las denuncias que se reciben, el Titular del Área de Quejas emite el Acuerdo de conclusión con el formato legal establecido y conforme a los apartados de: Proemio, resultando, considerando y resolutivo.
- 3.19 El Titular del Área de Quejas determina la existencia o inexistencia de actos u omisiones que la Ley General de Responsabilidades Administrativas señala como falta administrativa y, en su caso, la califica como grave o no grave.
- 3.20 El Titular del Área de Quejas debe incluir la calificación de la falta en el Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa, el cual presenta ante la autoridad substanciadora correspondiente, a efecto de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa.
- 3.21 El Titular del Área de Quejas, debe registrar el Acuerdo de conclusión en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas, dentro de los 10 días hábiles siguientes a su emisión.
- 3.22 El Titular del Área de Quejas, debe integrar los expedientes de las denuncias conforme a lo que establece el numeral vigésimo cuarto de los Lineamientos para la atención, investigación y conclusión de quejas y denuncias, que indica: "Toda documentación que se genere durante la investigación, debe estar integrada en su expediente respectivo, en original con firma autógrafa o copia certificada; foliada y archivada conforme a la fecha de su recepción, de tal manera que la última actuación quede debajo de las realizadas con anterioridad, y así sucesivamente. Dicho expediente debe estar sujetado, a efecto de evitar el fácil desprendimiento de las hojas"
- 3.23 El presente procedimiento aplica para los asuntos aperturados en el Área de Quejas, posterior a la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en la parte procedimental.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SERVICIO ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. |

Hoja: 6 de 12

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|---|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe el escrito con la denuncia y la turna al Titular del Área de Quejas para su desahogo. | -Denuncia |
| Titular del Área de Quejas | 2 | Recibe denuncia y determina si es competencia del área. ¿Es competencia del área? | -Denuncia -Acuerdo de Incompetencia |
| | 3 | No: Registra el asunto en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas y elabora el Acuerdo de incompetencia, el oficio de notificación al/la ciudadano(a) y el oficio de remisión a autoridades competentes. Notifica los oficios y archiva los acuses junto con el Acuerdo de incompetencia en el expediente. TERMINA | -Oficio de notificación -Oficio de remisión -Acuerdo de radicación -Oficio de solicitud de información |
| | 4 | Sí: Elabora Acuerdo de radicación y emite oficio de solicitud de información a la Dirección de Área correspondiente. | |
| Directores(as) de área | 5 | Recibe oficio de solicitud de información de las gestiones procedentes y las informa mediante oficio al Titular del Área de Quejas. Recaba acuses de oficios y los archiva. | -Oficio de solicitud de información -Oficio con informe de gestiones. |
| Titular del Área de Quejas | 6 | Recibe información y realiza diversas actuaciones o diligencias de su competencia, tendientes a comprobar los hechos denunciados y las registra en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas y archiva. | -Oficio con informe de gestiones. -Notificaciones. |
| | 7 | Realiza las Notificaciones derivadas de las investigaciones y las registra en el Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas. | -Acuerdo de Archivo por falta de elementos. -Oficio de Notificación_falta de elementos |
| | 8 | Determina si existen elementos suficientes para sustentar la presunta responsabilidad de servidores(as) públicos(as) y/o de particulares. | -Acuerdo de calificación. -Informe de |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | SERVICIO ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 61. Procedimiento para la atención de denuncias en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. <p style="text-align: right;">Hoja: 7 de 12</p> |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|---|--|
| | | ¿Existen elementos suficientes? | Presunta Responsabilidad Administrativa. |
| | 9 | No: Elabora el Acuerdo de archivo por falta de elementos y el oficio de notificación al/la denunciante y lo/la notifica. Archiva acuerdo y oficio. TERMINA. | -Oficio de notificación de conducta |
| | 10 | Sí: Procede con la calificación de la conducta. | |
| | 11 | Elabora oficio para el/la denunciante informando la calificación de la conducta y lo notifica | |
| | 12 | Elabora el Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa y lo remite a la autoridad sustanciadora según corresponda, de acuerdo con la política 3.19 | |
| | 13 | Registra las actuaciones en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas y archiva los documentos. | |
| | | TERMINA. | |

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 61. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 8 de 12 |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

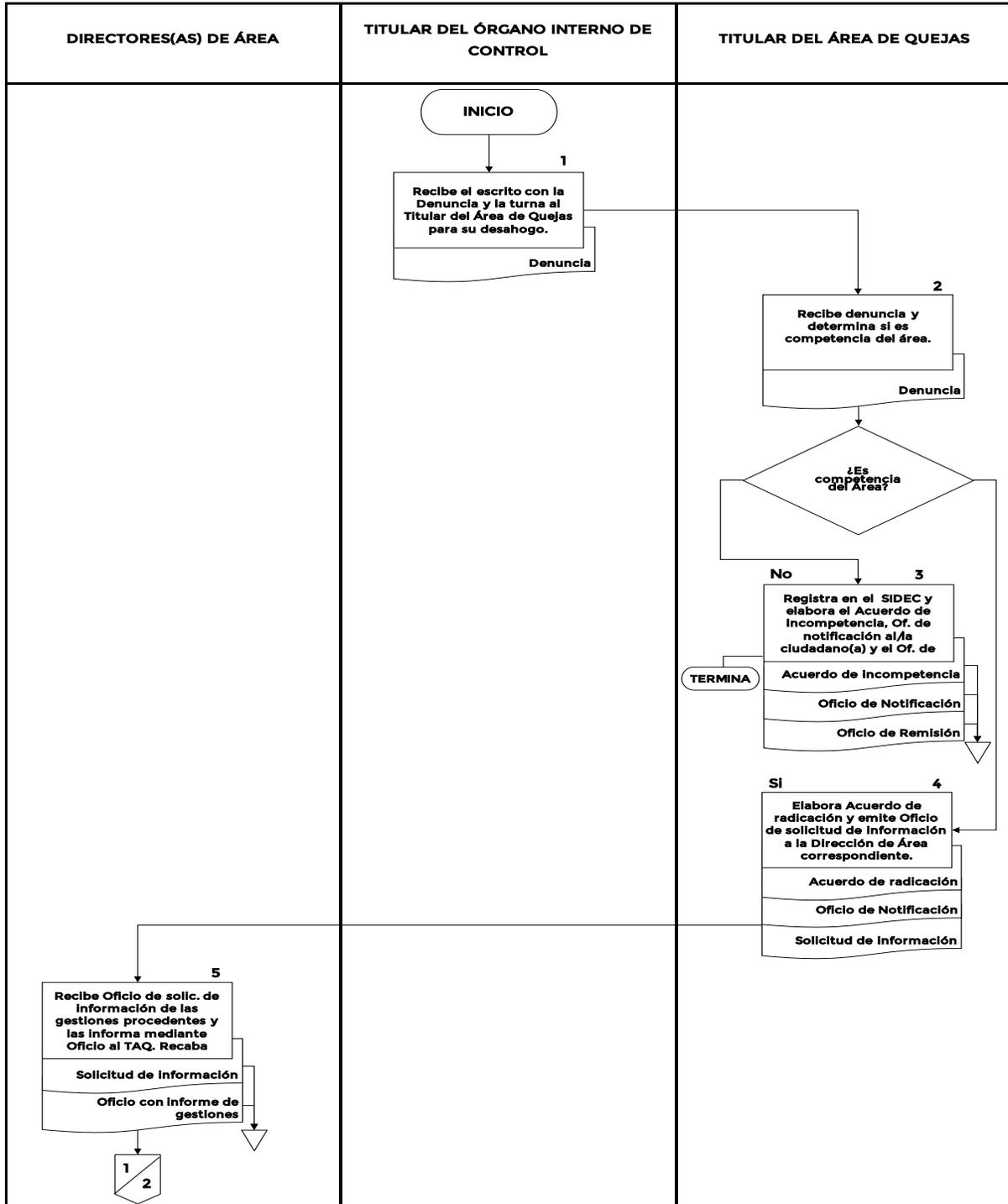
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

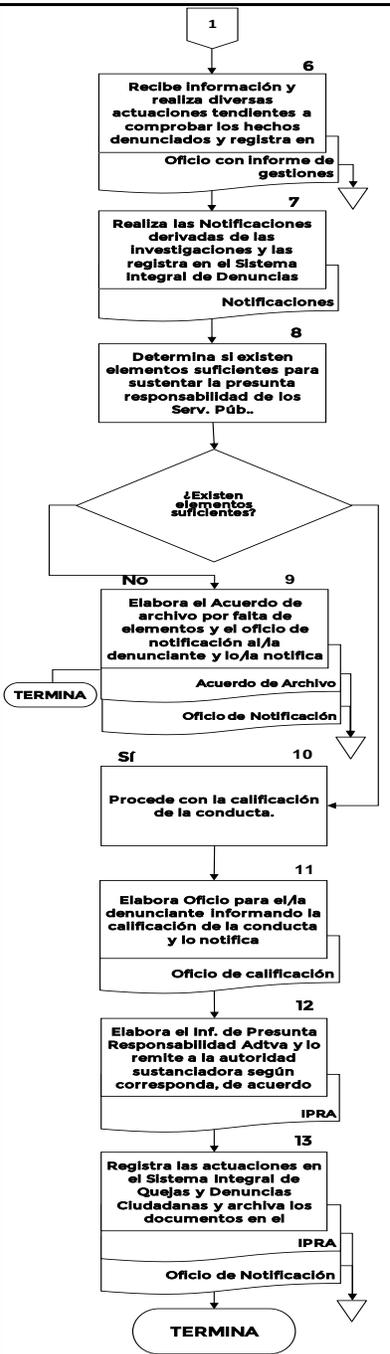
61. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas.



Rev. 01

Hoja: 9 de 12



| DIRECTORES(AS) DE ÁREA | TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS |
|------------------------|---------------------------------------|---|
| | |  <pre> graph TD 1([1]) --> 6[6 Recibe información y realiza diversas actuaciones tendientes a comprobar los hechos denunciados y registra en Oficio con Informe de gestiones] 6 --> 7[7 Realiza las Notificaciones derivadas de las Investigaciones y las registra en el Sistema Integral de Denuncias Notificaciones] 7 --> 8[8 Determina si existen elementos suficientes para sustentar la presunta responsabilidad de los Serv. Púb..] 8 --> D{¿Existen elementos suficientes?} D -- NO --> 9[9 Elabora el Acuerdo de archivo por falta de elementos y el oficio de notificación al/la denunciante y lo/la notifica Acuerdo de Archivo Oficio de Notificación] 9 --> T1([TERMINA]) D -- SÍ --> 10[10 Procede con la calificación de la conducta.] 10 --> 11[11 Elabora Oficio para el/la denunciante informando la calificación de la conducta y lo notifica Oficio de calificación] 11 --> 12[12 Elabora el Inf. de Presunta Responsabilidad Adtva y lo remite a la autoridad sustanciadora según corresponda, de acuerdo IPRA] 12 --> 13[13 Registra las actuaciones en el Sistema Integral de Quejas y Denuncias Ciudadanas y archiva los documentos en el IPRA Oficio de Notificación] 13 --> T2([TERMINA]) </pre> |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 11 de 12 |
| | 61. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Ley General de Responsabilidades Administrativas. | No aplica |
| 6.2 Código Federal de Procedimientos Civiles. | No aplica |
| 6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.4 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.5 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.6 Guía Técnica para la elaboración y actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|----------------------------|--|
| 7.1 Denuncia | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.2 Acuerdo de Incompetencia | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.3 Oficio de notificación | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.4 Oficio de remisión | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.5 Acuerdo de radicación | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.6 Oficio de solicitud de información | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.7 Oficio con informe de gestiones | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.8 Notificaciones | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.9 Acuerdo de archivo por falta de elementos | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.10 Oficio de notificación falta elementos | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.11 Oficio de notificación de calificación de la conducta | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |
| 7.12 Informe de Presunta Responsabilidad Administrativa. | 3 años | Área de Quejas | No Aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Acuerdo de archivo:** Determinación de que el asunto no cuenta con los elementos suficientes para instruir procedimiento administrativo por presuntas 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.

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 12 de 12 |
| | 61. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

- 8.2 Autoridad Sustanciadora:** La autoridad en las Secretarías, los Órganos internos de control, la Auditoría Superior y sus homólogas en las entidades federativas, así como las unidades de responsabilidades de las Empresas productivas del Estado que, en el ámbito de su competencia, dirigen y conducen el procedimiento de responsabilidades administrativas desde la admisión del Informe de presunta responsabilidad administrativa y hasta la conclusión de la audiencia inicial. La función de la Autoridad substanciadora, en ningún caso podrá ser ejercida por una Autoridad investigadora;
- 8.3 Competencia:** Idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos.
- 8.4 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.
- 8.5 Determinación de competencia:** La competencia se determina de acuerdo a la naturaleza de los hechos, así como por la adscripción de los/las servidores(as) públicos(as) involucrados(as).
- 8.6 Falta administrativa:** Las Faltas administrativas graves, las Faltas administrativas no graves; así como las Faltas de particulares, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- 8.7 Falta administrativa grave:** Las faltas administrativas de los/las Servidores(as) Públicos(as) catalogadas como graves en los términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, cuya sanción corresponde al Tribunal Federal de Justicia Administrativa y sus homólogos en las entidades federativas.
- 8.8 Falta administrativa no grave:** Las faltas administrativas de los/las Servidores(as) Públicos(as) en los términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, cuya sanción corresponde al Órgano Interno de Control.
- 8.9 Faltas de particulares:** Los actos de personas físicas o morales privadas que estén vinculados con faltas administrativas graves a que se refieren los Capítulos III y IV del Título Tercero de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, cuya sanción corresponde al Tribunal en los términos de la misma;
- 8.10 Informe de presunta responsabilidad administrativa:** El instrumento en el que las autoridades investigadoras describen los hechos relacionados con

| | | | |
|---|---|---|----------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 13 de 12 |
| | 61. Procedimiento para la atención de quejas, denuncias y peticiones ciudadanas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

alguna de las faltas señaladas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, exponiendo de forma documentada con las pruebas y fundamentos, los motivos y presunta responsabilidad del/de la servidor(a) público(a) o de un particular en la comisión de faltas administrativas.

- 8.11 Notificación:** Acto a través del cual se da a conocer a los/las interesados(as) una determinación emitida por la autoridad.
- 8.12 Servidor(a) público(a):** Representantes de elección popular, los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, los funcionarios(as) y empleados(as) y, en general, toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración pública Federal o en la Ciudad de México, así como los/las servidores(as) públicos(as) del Instituto Nacional Electoral, quienes serán responsables por los actos y 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 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

62. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN MATERIA DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS EN APEGO A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 2 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Resolver los procedimientos de responsabilidades administrativas relacionados con el presunto incumplimiento de las obligaciones de servidores/as públicos/as adscritos/as al Hospital Juárez de México, de conformidad con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, para aplicar las sanciones correspondientes y propiciar que se conduzcan conforme a la normatividad aplicable.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser sujetos a la Ley General de Responsabilidades Administrativas en caso de incumplimiento, a los principios y directrices establecidos en dicha Ley; Al Área de Quejas, por ser quien turna los expedientes de presunta responsabilidad administrativa; Al Área de Responsabilidades porque resuelve los procedimientos de responsabilidades.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de la Función Pública porque administra el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidad -Registro de Servidores Públicos Sancionados (SPAR-RSPS) y el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 3 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

Obligados y Ley General de Archivos, para efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.5 El Titular del Área de Responsabilidades es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Área de Responsabilidades, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes de los indicadores en los que participa.
- 3.7 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.9 Son sujetos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, los/las servidores(a) públicos(as) adscritos(as) a las Direcciones de Área que no cumplan con las obligaciones establecidas en el artículo 8 de la citada Ley.
- 3.10 El presente procedimiento aplica para los asuntos aperturados por el Titular del Área de Responsabilidades, previo a la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- 3.11 El Titular del Área de Responsabilidades recibe del Titular del Área de Quejas, los Acuerdos de remisión y los expedientes de las quejas y denuncias en las que haya determinado presunta responsabilidad de servidores(as) públicos(as).
- 3.12 El Titular del Área de Responsabilidades debe desahogar el procedimiento administrativo de responsabilidades administrativas en apego al artículo

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

21 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

- 3.13 El Titular del Área de Responsabilidades debe registrar en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidad -Registro de Servidores Públicos Sancionados (SPAR-RSPS) y en el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA), todas las actuaciones derivadas del desahogo de los procedimientos de responsabilidades administrativas.
- 3.14 El Titular del Área de Responsabilidades verifica que la documentación que se derive de los expedientes esté foliada y se archive en orden cronológico.
- 3.15 El Titular del Área de Responsabilidades debe tramitar ante la autoridad competente y conforme a la normatividad aplicable, los medios de impugnación que se presenten en contra de los actos derivados del procedimiento de responsabilidades administrativas.
- 3.16 El Titular del Área de Responsabilidades debe imponer a los/las servidores(as) públicos(as) las sanciones aplicables conforme a la Ley vigente al momento en que ocurrieron los hechos.
- 3.17 El Titular del Área de Responsabilidades debe informar al Titular del Área de Quejas la resolución de los asuntos que le turnó.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

Hoja: 5 de 15

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| Titular del Área de Quejas | 1 | Envía al Titular del Área de Responsabilidades el Acuerdo de Remisión junto con el expediente de la queja o denuncia en la que determinó la presunción de responsabilidad administrativa. | -Acuerdo de Remisión -Expediente de la Queja o Denuncia |
| Titular del Área de Responsabilidades | 2 | Recibe Acuerdo de remisión con el expediente anexo y registra en el Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidad -Registro de Servidores Públicos Sancionados (SPAR-RSPS) y en el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA). | -Acuerdo de Remisión -Expediente de la Queja o Denuncia -Acuerdo de radicación |
| | 3 | Elabora el Acuerdo de radicación del expediente y verifica que esté debidamente integrado. ¿El expediente está debidamente integrado? | -Oficio de devolución -Acuerdo de archivo -Acuerdo de inicio de procedimiento |
| | 4 | No: Elabora oficio para su devolución al Área de Quejas, solicitando que complemente su integración. Regresa a la actividad 1. | -Citatorio -Acuse de recepción de citatorio |
| | 5 | Sí: Analiza que la conducta no haya prescrito. ¿El plazo de la queja o denuncia está vigente de acuerdo con lo que establece la normatividad? | -Acta de audiencia -Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. |
| | 6 | No: Elabora Acuerdo de archivo, registra actuación en los sistemas e integra al expediente. TERMINA | |
| | 7 | Sí: Elabora el Acuerdo de inicio de procedimiento y el Citatorio dirigido a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)), en el que indica la fecha y hora de la | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

Hoja: 6 de 15

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | 8 | audiencia. | |
| | 9 | Notifica personalmente a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) el Citatorio para Audiencia de Ley, recaba acuse de recepción y lo integra al expediente | |
| | 10 | Actualiza la información en los sistemas. | |
| | 11 | Realiza la audiencia en la fecha y hora establecida y elabora el Acta de audiencia y el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. | |
| | | Entrega copia del Acta de audiencia y el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)), archiva el acuse de recibo y registra actuación en los sistemas. | |
| | | ----- ----- En caso de que la Dirección de Área (servidor/a público/a) no se presente a comparecer, el Titular del Área de Responsabilidades lo deja asentado en el Acta de audiencia y le notifica en su domicilio el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. ----- ----- | |
| Director(a) de área (servidor(a) público(a)) | 12 | Recibe el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas y prepara elementos de prueba. | -Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. |
| | 13 | Entrega al Área de Responsabilidades los Elementos de prueba que estime pertinentes y que tengan relación con los hechos que se le atribuyen. | -Elementos de prueba |
| Titular del Área de Responsabilidades | 14 | Recibe los Elementos de prueba, elabora el Acuerdo de recepción que registra en los sistemas y archiva en el expediente. | -Elementos de prueba. -Acuerdo de recepción |
| | 15 | Analiza los Elementos de prueba y realiza | -Resolución. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Titular del Área de Responsabilidades | | diligencias hasta agotar el desahogo de las pruebas ofrecidas. | -Oficio de Notificación |
| | 16 | Elabora la Resolución y determina si hay o no existencia de responsabilidad administrativa | -Constancias de ejecución de acciones |
| | | ¿Determina existencia de responsabilidad administrativa? | |
| | 17 | No: Notifica Resolución a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) y al Área de Quejas, recaba acuse que archiva en el expediente y registra la actuación en los sistemas. TERMINA | |
| | 18 | Sí: Notifica Resolución a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) y envía copia al Área de Quejas, y solicita a la Dirección de Área que ejecute los términos de la resolución | |
| | ----- ----- La Dirección General y/o las Dirección de Área ejecutan las acciones en los términos y plazos establecidos y remiten las constancias al Área de Responsabilidades. ----- ----- | | |
| | 19 | ¿La resolución conlleva sanción económica? | |
| | 20 | No. Registra la actuación en los sistemas y archiva el acuse de la Resolución. TERMINA. | |
| | | Sí: Notifica la Resolución a la Administración Local de Recaudación del Servicio de Administración Tributaria (SAT), que corresponda al domicilio de la Dirección de Área (servidor/a público/a) | |

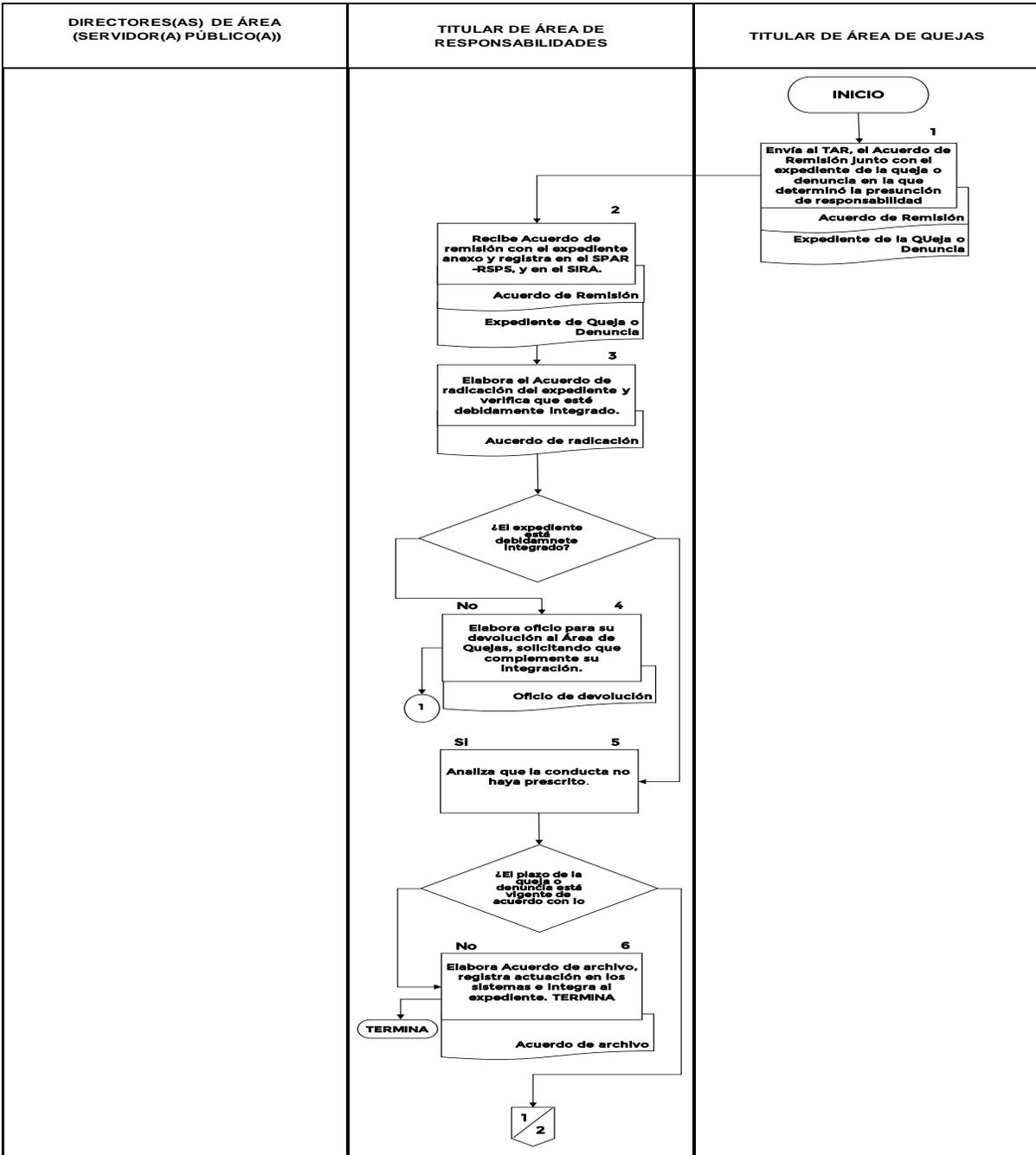
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

Hoja: 8 de 15

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|-------------------|
| Titular del Área de Responsabilidades | 21 | <p>infractor, para que ejecute la sanción económica impuesta.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>La Administración Local de Recaudación del Servicio de Administración Tributaria (SAT), ejecuta las sanciones administrativas impuestas al infractor y envía las constancias al Área de Responsabilidades.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Recibe las constancias de las acciones ejecutadas, las registra en los sistemas y archiva en el expediente.</p> <p>TERMINA</p> | |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. |

5. DIAGRAMA DE FLUJO





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

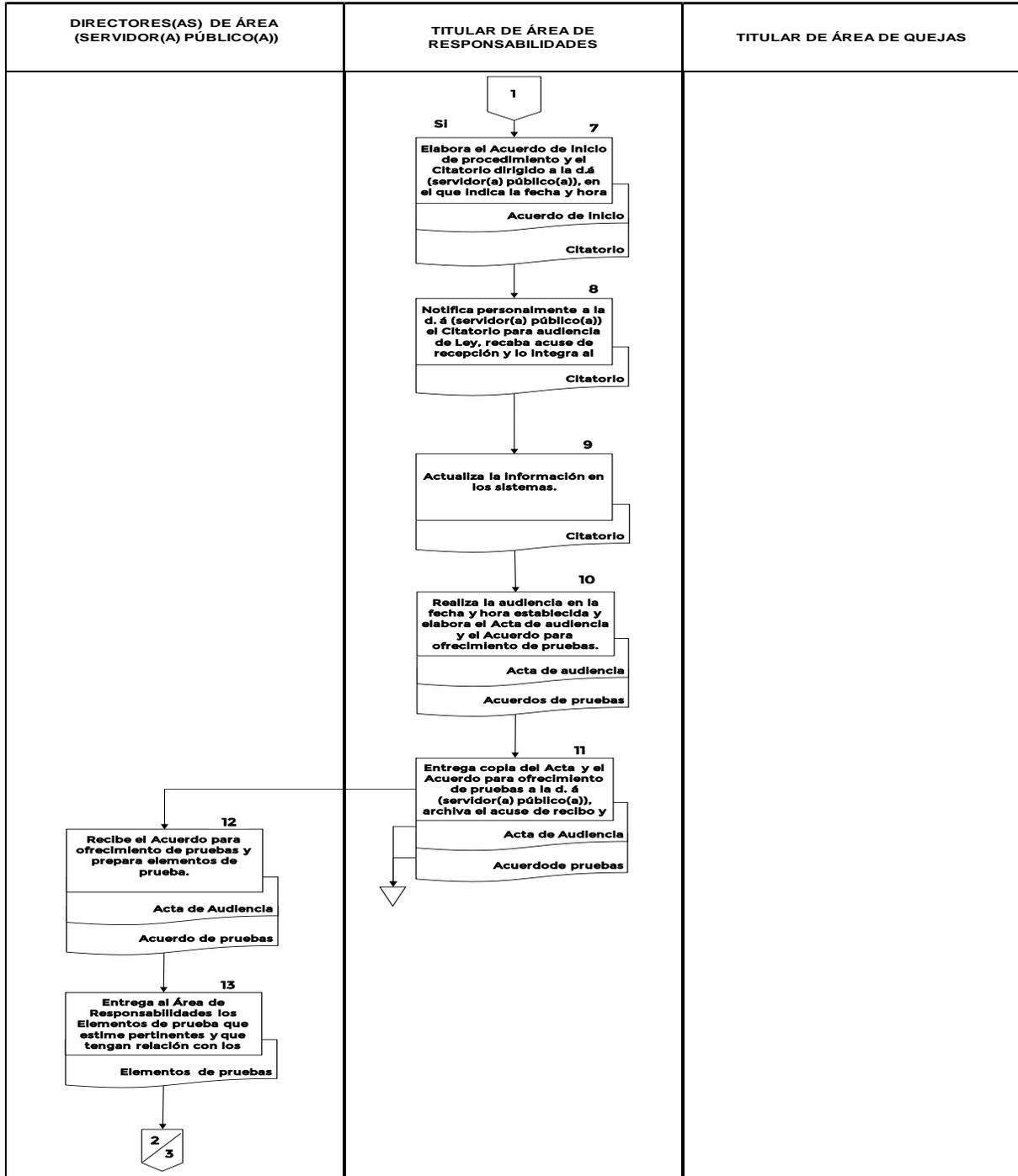
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.



Rev. 04

Hoja: 10 de 15





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

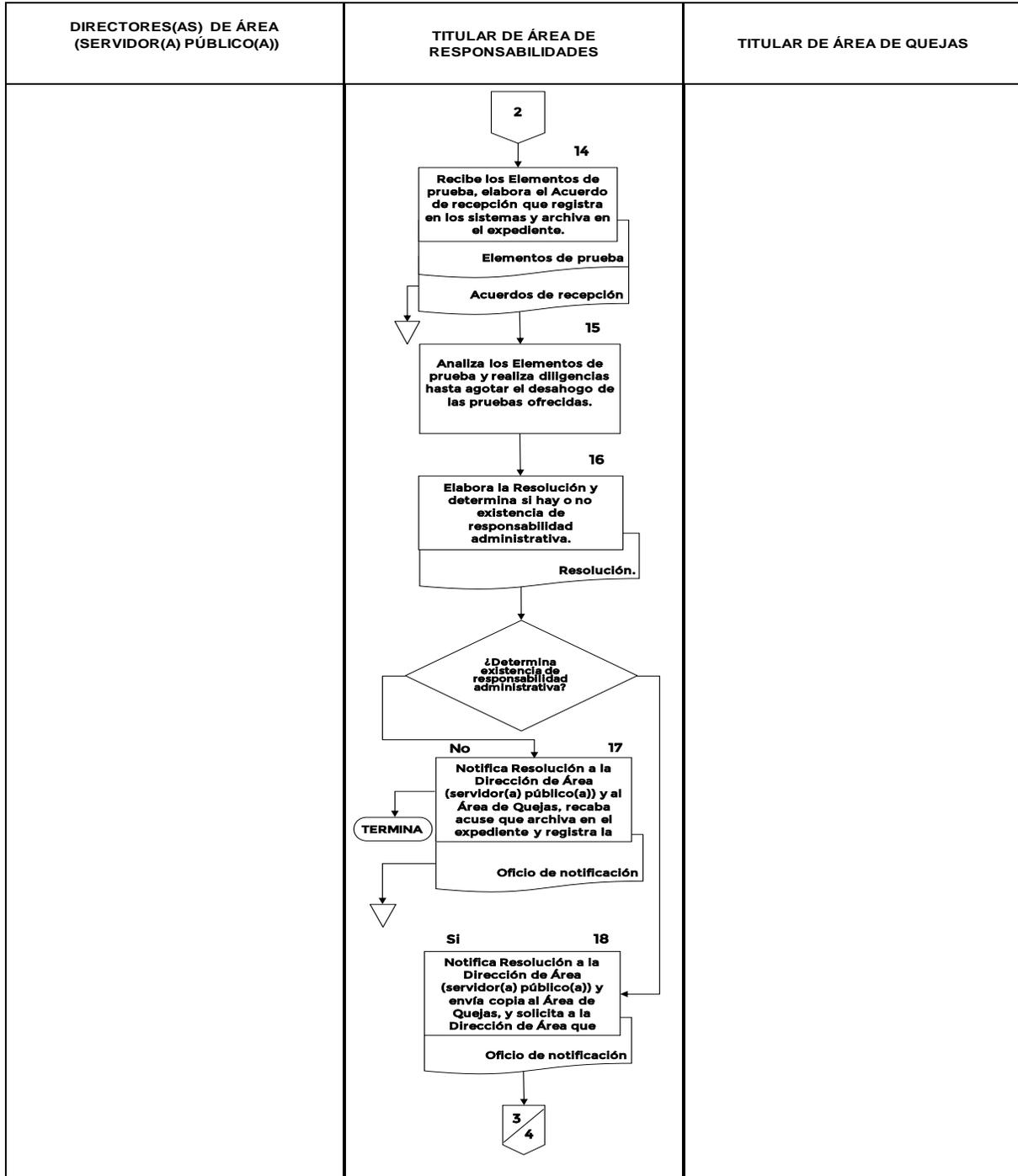
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.



Rev. 04

Hoja: 11 de 15





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

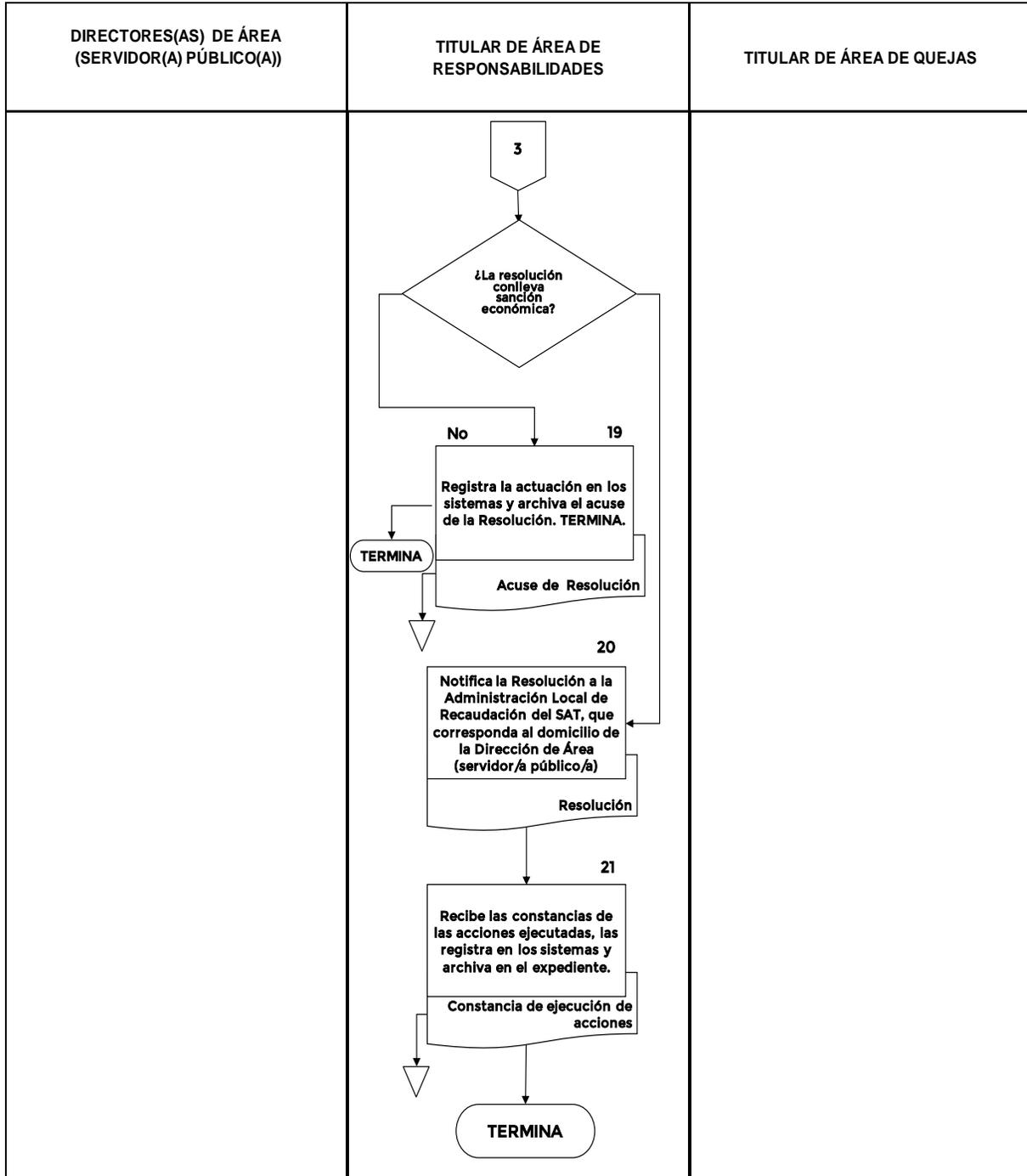
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.



Rev. 04

Hoja: 12 de 15



| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 13 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-------------------------|
| 6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. | No aplica |
| 6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.3 Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | No aplica |
| 6.4 Ley Federal de las Entidades Paraestatales. | No aplica |
| 6.5 Código Federal de Procedimientos Civiles. | No aplica |
| 6.6 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.7 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.8 Manual de organización específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.9 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|----------------------------|--|
| 7.1 Acuerdo de Remisión | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.2 Expediente de la Queja o Denuncia | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.3 Acuerdo de radicación. | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.4 Oficio de devolución | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.5 Acuerdo de archivo | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.6 Acuerdo de inicio de procedimiento | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.7 Citatorio. | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.8 Acuse de recepción de citatorio | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.9 Acta de audiencia | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.10 Acuerdo para ofrecimiento de pruebas | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 14 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

| | | | | |
|------|--------------------------------------|--------|---------------------------|-----------|
| 7.11 | Elementos de prueba | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.12 | Acuerdo de recepción | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.13 | Resolución. | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.14 | Oficio de notificación | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.15 | Constancias de ejecución de acciones | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 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.
- 8.2 Procedimiento:** Coordinación de actos ligados entre sí, que tiene como consecuencia la emisión del acto administrativo.
- 8.3 Resolución:** Es el acto de la autoridad administrativa que define o da certeza a una situación legal o administrativa.
- 8.4 Responsabilidad:** Capacidad de responder por los actos u omisiones.
- 8.5 Servidor/a Pública/a:** 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.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar la forma en que se realizan las |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 15 de 15 |
| | 62. Procedimiento para la resolución de procedimientos en materia de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. | | |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| | | actividades actualmente. |
|--|--|--------------------------|

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 16 |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

63. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, EN APEGO A LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 2 de 16 |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

1. PROPÓSITO

- 1.1. Resolver los procedimientos de responsabilidades administrativas relacionados con el presunto incumplimiento de los principios y directrices establecidos en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, para aplicar las sanciones correspondientes y propiciar que se conduzcan conforme a la normatividad aplicable.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser sujetos a la Ley General de Responsabilidades Administrativas en caso de incumplimiento, a los principios y directrices establecidos en dicha Ley; Al Titular del Área de Quejas, por ser quien turna los expedientes de presunta responsabilidad administrativa; Al Titular del Área de Responsabilidades por ser la autoridad que resuelve los procedimientos de responsabilidades.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a la Secretaría de la Función Pública por ser quien administra el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA).

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 La personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Es responsabilidad del personal del Órgano Interno de Control el identificar a las personas usuarias vulnerables, para orientarles y brindar atención de manera interdisciplinaria e integral, respetando sus valores, ideologías, creencias, origen étnico, condición física y/o mental, estado civil, edad, condición económica, sexo y preferencia sexual.
- 3.3 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.4 La documentación e información que se genere por con motivo de los procesos aquí descritos debe protegerse y conservarse en los términos que establezca la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública,

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 3 de 16 |

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para los efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.

- 3.5 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.
- 3.6 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades contar con los soportes y archivos derivados de la aplicación de este procedimiento, documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.7 El Titular del Área de Responsabilidades, debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes de los indicadores en los que participa.
- 3.8 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.9 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.10 Son sujetos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, los/las servidores públicos adscritos a las Direcciones de Área que no cumplan con los principios y directrices establecidos en la misma.
- 3.11 El Titular del Área de Responsabilidades recibe del Titular del Área de Quejas, los Acuerdos de remisión y los expedientes de las quejas y denuncias en las que haya determinado presunta responsabilidad de servidores(as) públicos(as), con base en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- 3.12 El Titular del Área de Responsabilidades debe desahogar el procedimiento administrativo de responsabilidades administrativas en apego a lo establecido en el Libro Segundo, "Disposiciones Adjetivas", Título Segundo "Del Procedimiento de Responsabilidad Administrativa" de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 16 |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | |

- 3.13 El Titular del Área de Responsabilidades debe registrar las actuaciones derivadas del desahogo del procedimiento de responsabilidades administrativas en el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA).
- 3.14 El Titular del Área de Responsabilidades verifica que la documentación que se derive de los expedientes esté foliada y se archive en orden cronológico
- 3.15 Es obligación del Titular del Área de Responsabilidades, tramitar ante la Autoridad competente y conforme a la normatividad aplicable, los medios de impugnación que se presenten en contra de los actos derivados del procedimiento de responsabilidades administrativas.
- 3.16 El presente procedimiento aplica para los asuntos aperturados con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- 3.17 El Titular del Área de Responsabilidades debe imponer las sanciones conforme a la Ley vigente al momento en que ocurrieron los hechos.
- 3.18 El Titular del Área de Responsabilidades debe informar al/la Titular del Área de Quejas la resolución de los asuntos que le turnó.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hoja: 5 de 16 |

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| Titular del Área de Quejas | 1 | Envía al Titular del Área de Responsabilidades el Informe de presunta responsabilidad junto con el Acuerdo de Remisión y el expediente de la queja o denuncia. | -Informe de presunta responsabilidad. -Acuerdo de Remisión -Expediente de la Queja o Denuncia |
| Titular del Área de Responsabilidades | 2 | Recibe el Informe de presunta responsabilidad, el Acuerdo de Remisión y el expediente de la queja o denuncia y los registra en el Sistema Integral de Responsabilidades Administrativas (SIRA) | -Informe de presunta responsabilidad. -Acuerdo de Remisión |
| | 3 | Elabora el Acuerdo de radicación del expediente y analiza su debida integración. ¿El expediente está debidamente integrado? | -Expediente de la Queja o Denuncia -Acuerdo de radicación |
| | 4 | No: Elabora oficio para su devolución al Área de Quejas, solicitando que complemente su integración. Regresa a la actividad 1. ----- De no recibir la información debidamente integrada, el Titular del Área de Responsabilidades archiva el expediente por falta de elementos y registra en el sistema. | -Oficio de solicitud. -Acuerdo de archivo. -Acuerdo de improcedencia |
| | 5 | ----- SÍ: Analiza que la conducta no haya prescrito. ----- ¿El plazo de la queja o denuncia está vigente de acuerdo con lo que establece la normatividad? | -Copia de Acuerdo de improcedencia. -Acuerdo de admisión |
| | 6 | No: Elabora Acuerdo de archivo, registra | -Acuerdo de citación de audiencia de Ley. -Oficio de notificación a la Dirección de área. |
| | | | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hoja: 6 de 16 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| Titular del Área de Responsabilidades | 7 | actuación en el sistema e integra al expediente. TERMINA | Área de Quejas -Oficio de notificación quejoso/denunciante -Copia certificada de expediente. |
| | 8 | Sí: Analiza que no se actualice ninguna causal de improcedencia o sobre seguimiento. ¿Es procedente? | |
| | 9 | No: Elabora el Acuerdo de Improcedencia o sobre seguimiento y registra la actuación en el Sistema. Entrega una copia del Acuerdo al Área de Quejas e integra el acuse en el expediente. TERMINA | |
| | 10 | Sí: Elabora y autoriza: Acuerdo de Admisión; Acuerdo de Citación de Audiencia de Ley; y oficios de notificación para la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) presuntamente responsable, para el Área de Quejas y para el/la quejoso(a) o denunciante. | |
| | 11 | Genera una copia certificada del expediente de la queja o denuncia. | |
| | 12 | Entrega personalmente a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) el Acuerdo de Citación de Audiencia de Ley junto con la copia certificada del expediente, archiva el acuse y registra la actuación en el sistema. | |
| | 13 | Entrega los oficios de notificación al Área de Quejas y el/la quejoso(a) o denunciante, archiva los acuses y registra la actuación en el sistema. | |
| | 14 | Lleva a cabo Audiencia inicial de Ley en la fecha y hora establecidas, recibe pruebas por parte de la Dirección de Área (servidor(a) público(a)). | |
| | 15 | Elabora el Acta de Audiencia y el Acuerdo | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hoja: 7 de 16 |

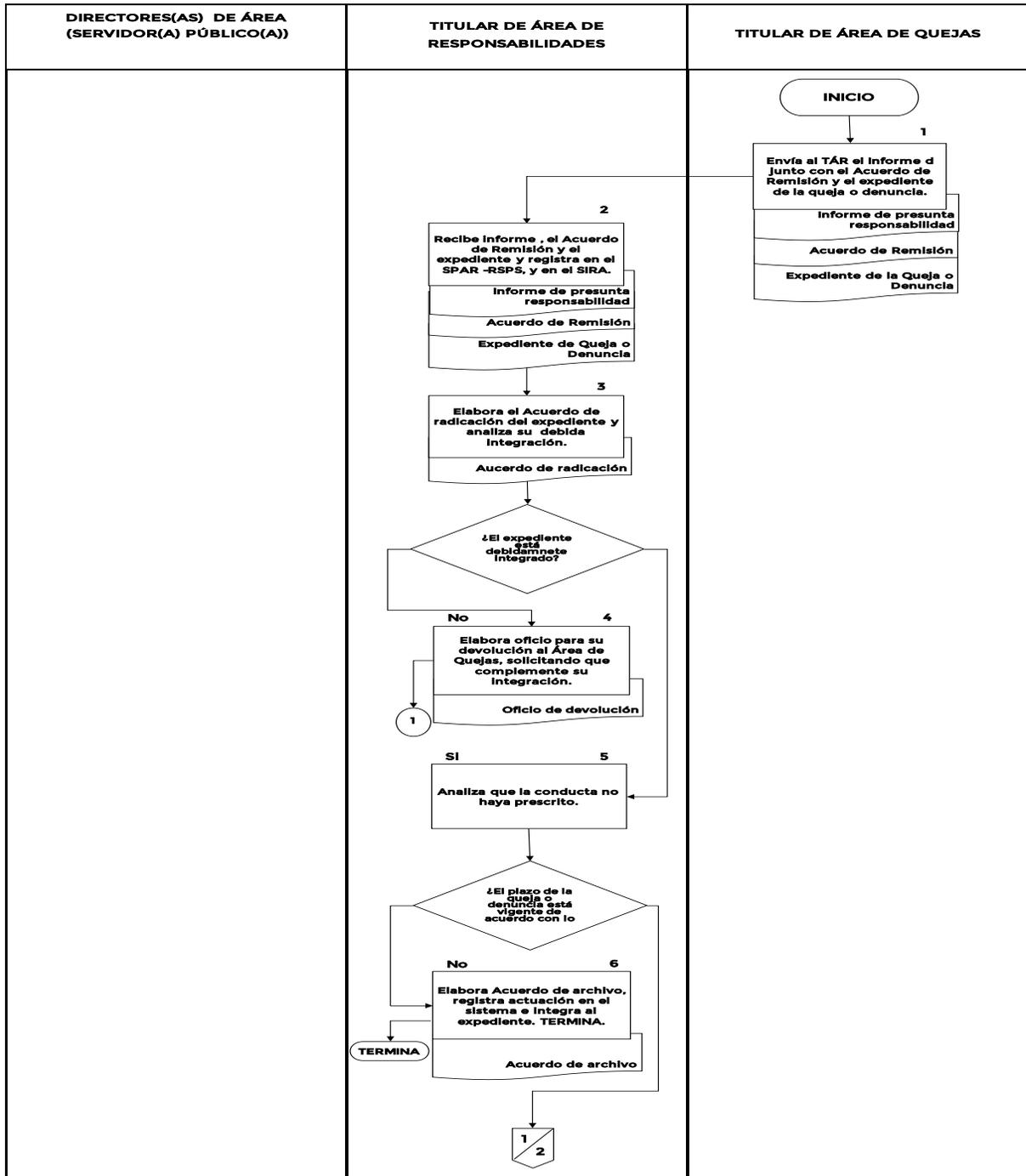
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|--|
| | | para ofrecimiento de pruebas. Entrega copia del Acta de Audiencia y el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)), archiva el acuse de recibo y registra actuación en el sistema. ----- ----- En caso de que la Dirección de Área ((servidor(a) público(a) no se presente a comparecer, el Titular del Área de Responsabilidades lo deja asentado en el Acta de audiencia y le notifica en su domicilio el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. ----- ----- | |
| Director(a) de Área (servidor(a) público(a)) | 16 | Recibe Acta de Audiencia y el Acuerdo para ofrecimiento de pruebas y prepara elementos de prueba. | -Acta de Audiencia |
| | 17 | Entrega al Área de Responsabilidades los Elementos de prueba que estime pertinentes y que tengan relación con los hechos que se le atribuyen. | -Acuerdo para ofrecimiento de pruebas. -Elementos de prueba |
| Titular del Área de Responsabilidades | 18 | Recibe los Elementos de prueba, elabora el Acuerdo de recepción que registra en el sistema y archiva en el expediente. | -Elementos de prueba |
| | 19 | Analiza los Elementos de prueba y realiza diligencias hasta agotar el desahogo de las pruebas ofrecidas. | -Resolución |
| | 20 | Elabora la Resolución y determina si hay o no existencia de falta administrativa ¿Determina falta administrativa? | |
| | 21 | No: Notifica Resolución a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) y al Área de Quejas, recaba acuse que archiva en el | |

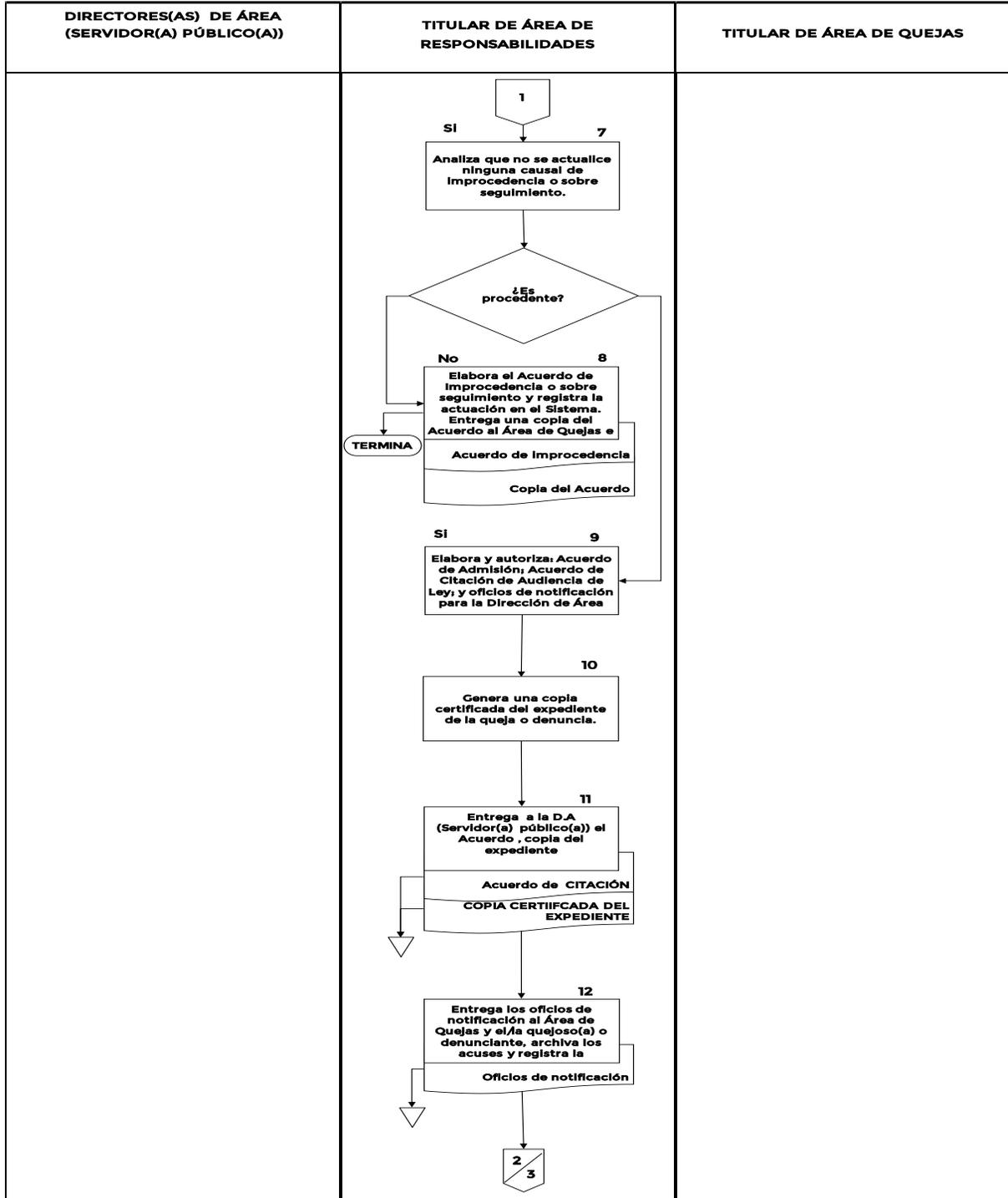
| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. Hoja: 8 de 16 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|--|----------|--|-------------------|
| | 22 | expediente y registra la actuación en el sistema. TERMINA Sí: Notifica Resolución a la Dirección de Área (servidor(a) público(a)) y envía copia al Área de Quejas y a la Dirección de Área, (servidores públicos (a)) para que esta última ejecute los términos de la Resolución | |
| Director(a) de Área (servidor(a) público(a)) | 23 | Recibe la Resolución, ejecuta las acciones en los términos y plazos establecidos y remite las Constancias al Área de Responsabilidades. | -Constancias |
| Titular del Área de Responsabilidades | 24 | Recibe las Constancias de las acciones ejecutadas, las registra en el sistema y archiva en el expediente. TERMINA | -Constancias. |

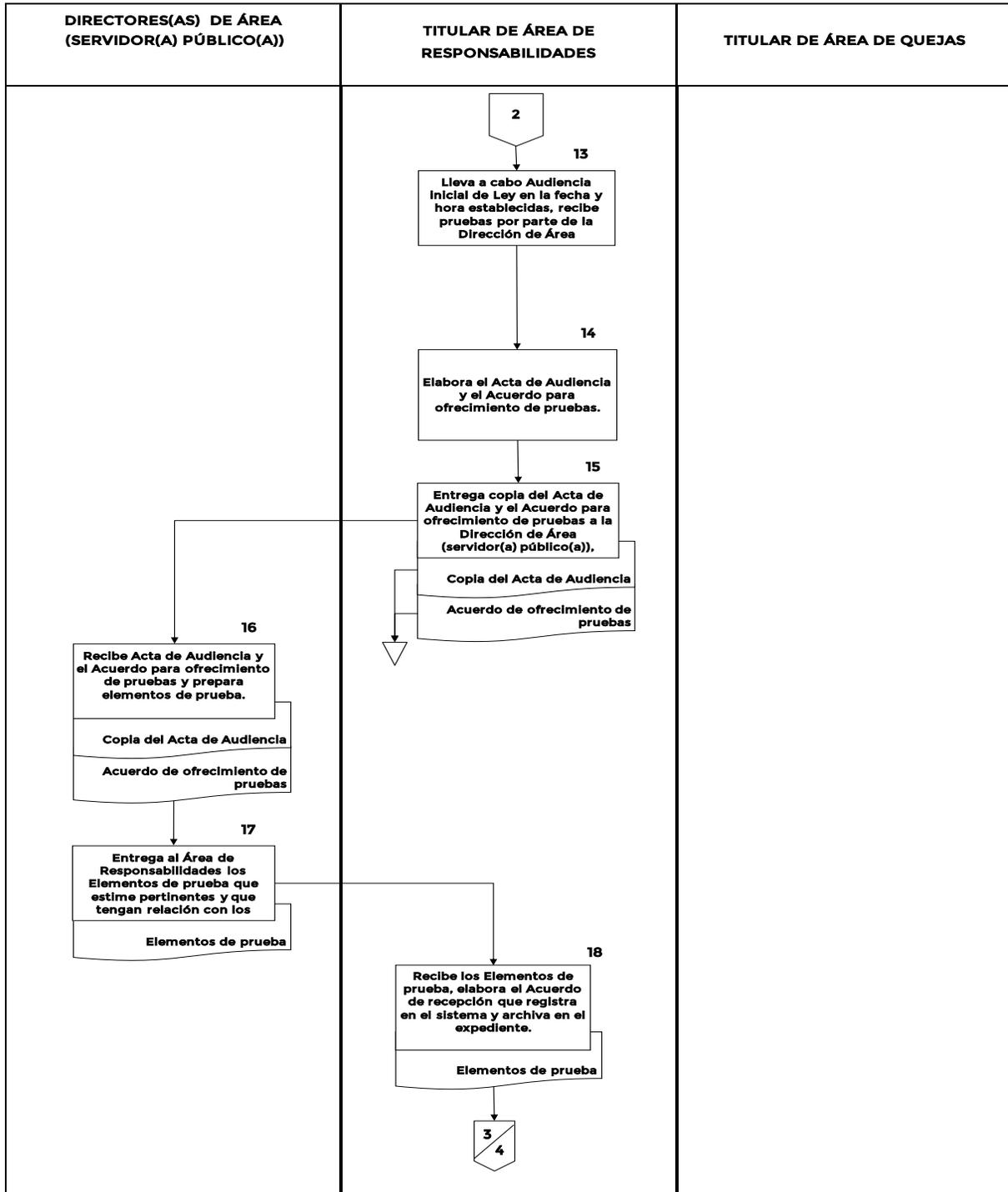
| | | | |
|--|----------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 9 de 16 |
| 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | | |

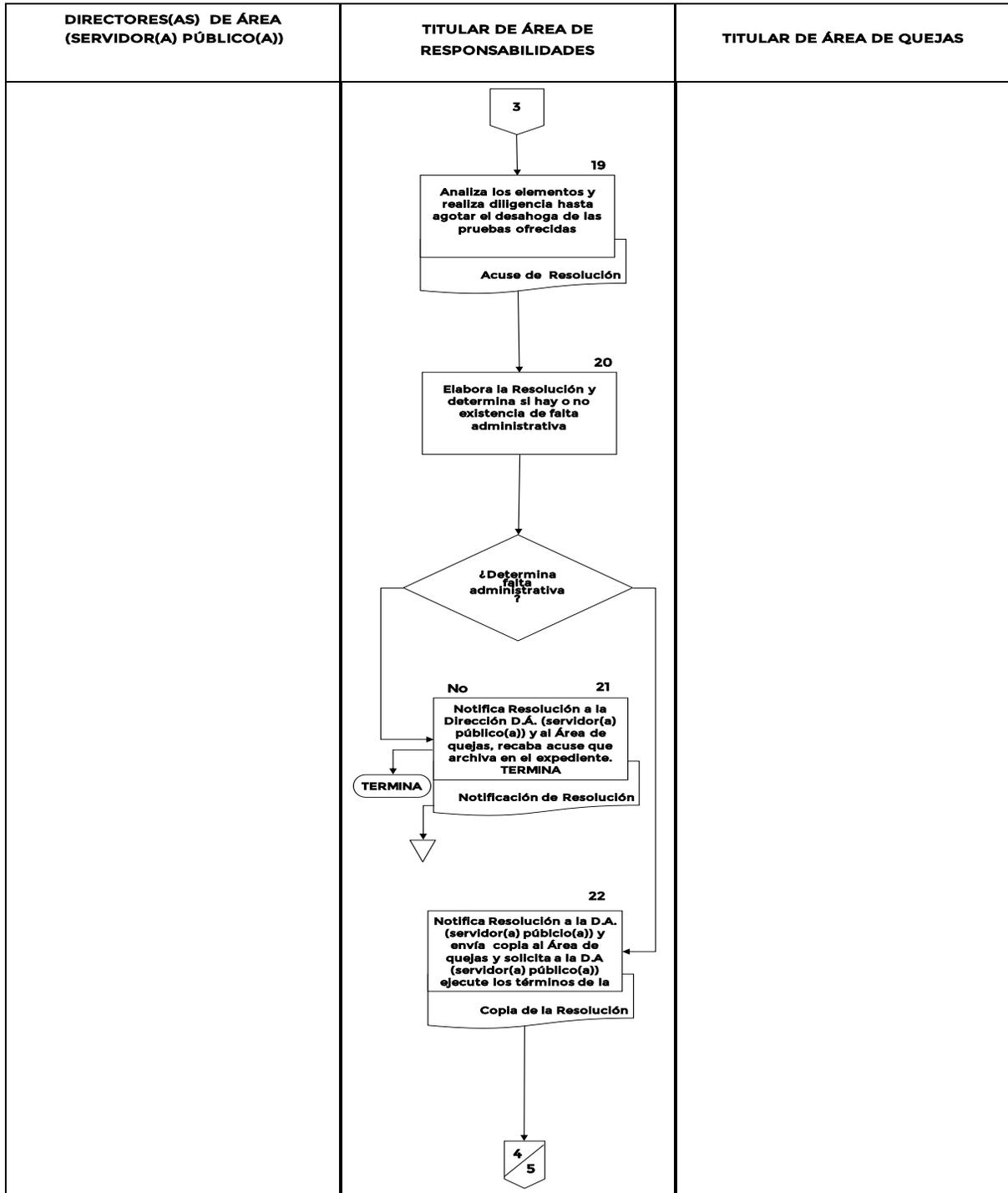
5. DIAGRAMA DE FLUJO





63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas.







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

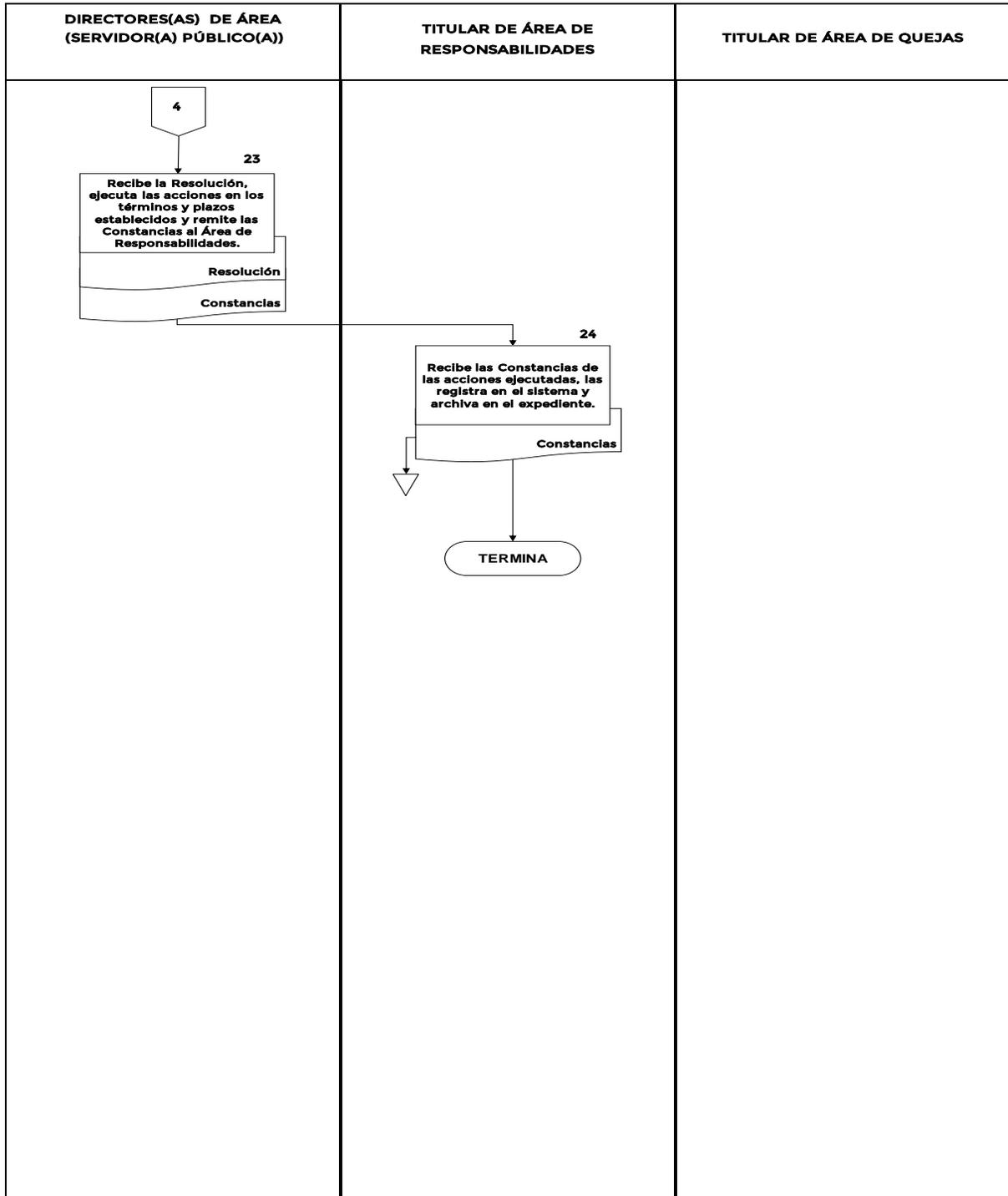
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL



Rev. 01

Hoja: 13 de 16

63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas.



| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 14 de 16 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos | No aplica |
| 6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.3 Ley General de Responsabilidades Administrativas. | No aplica |
| 6.4 Ley Federal de las Entidades Paraestatales. | No aplica |
| 6.5 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.6 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.7 Manual de organización específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.8 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud | No aplica |

7. REGISTROS.

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|--|------------------------|----------------------------|--|
| 7.1 Informe de presunta responsabilidad. | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.2 Acuerdo de Remisión | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.3 Acuerdo de Remisión | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.4 Expediente de la Queja o Denuncia | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.5 Acuerdo de radicación | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.6 Oficio de solicitud | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.7 Acuerdo de archivo | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.8 Acuerdo de improcedencia | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.9 Copia del Acuerdo de improcedencia de Remisión | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.10 Acuerdo de admisión | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.11 Acuerdo de | 8 años | Área de | No Aplica |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 15 de 16 |

| citación de audiencia de Ley | | Responsabilidades | |
|--|--------|--|-----------|
| 7.12 Oficio de notificación a la Dirección de área | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.13 Oficio de notificación al Área de Quejas | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.14 Oficio de notificación quejoso/denunciante | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.15 Copia certificada de expediente | 8 años | No aplica | No Aplica |
| 7.16 Acta de audiencia | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.17 Acuerdo para ofrecimiento de pruebas | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.18 Elementos de prueba | 8 años | Área de Responsabilidades/Dirección de área | No Aplica |
| 7.19 Resolución | 8 años | Área de Responsabilidades | No Aplica |
| 7.20 Constancias | 8 años | Área de Responsabilidades/Dirección de área. | No Aplica |

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 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.
- 8.2 Procedimiento:** Coordinación de actos ligados entre sí, que tiene como consecuencia la emisión del acto administrativo.
- 8.3 Resolución:** Es el acto de la autoridad administrativa que define o da certeza a una situación legal o administrativa.
- 8.4 Responsabilidad:** Capacidad de responder por los actos u omisiones.
- 8.5 Servidor/a público/a:** Toda persona que desempeñe un empleo, cargo o omisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Federal,

| | | | |
|--|--|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 01 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 63. Procedimiento para la atención de procedimientos de Responsabilidades Administrativas en apego a la Ley General de Responsabilidades Administrativas. | | Hoja: 16 de 16 |

quien será responsable por los actos y omisiones en que incurra en el desempeño de sus respectivas funciones.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|--|
| 01 | Octubre 2020. | <p>Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno.</p> <p>Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar la forma en que se realizan las actividades actualmente.</p> |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

No aplica.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | Hoja: 1 de 13 |

64. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE INCONFORMIDADES EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Resolver las inconformidades que promuevan los licitantes contra de los actos de los procedimientos de licitación pública o invitación a cuando menos tres personas realizados por el Hospital Juárez de México, para darles certeza en apego a la normatividad vigente.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al Titular del Órgano Interno de Control, por ser responsable de recibir por escrito las inconformidades que interponen las empresas licitantes; al Titular del Área de Responsabilidades, por ser quien resuelve las inconformidades; a la Dirección de Administración, por ser quien proporciona la información solicitada para el desahogo de las investigaciones sobre las inconformidades.
- 2.2 A nivel externo: EL procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública, porque administra el Sistema Integral de Inconformidades (SIINC); a las empresas licitantes porque participan en los procedimientos de licitación pública o invitación a cuando menos tres personas y formulan inconformidades;

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.
- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | Hoja: 3 de 13 |

sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.

- 3.5 El Titular del Órgano Interno de Control, es responsable de contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Órgano Interno de Control y el Titular del Área de Responsabilidades, deben informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participan.
- 3.7 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades, la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 El Titular del Órgano Interno de Control, recibe por escrito las inconformidades que interponen los proveedores y contratistas, en contra de los actos de los procedimientos de licitación pública o invitación a cuando menos tres personas que realiza el Hospital Juárez de México como área convocante y las turna al Titular del Área de Responsabilidades.
- 3.9 El Titular del Área de Responsabilidades, debe dar trámite a las inconformidades conforme a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y a su Reglamento.

En el caso de inconformidades en materia de obra pública, el Titular del Área de Responsabilidades, se apega a la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas y a su Reglamento.
- 3.10 El Titular del Área de Responsabilidades, verifica que las inconformidades interpuestas por las empresas licitantes (proveedores y contratistas) cumplan con lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o en la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas, según corresponda.
- 3.11 Los escritos de inconformidad que no cumplan con el requisito de procedibilidad previsto en el artículo 65 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, son desechados por el Titular del Área de Responsabilidades, sin que previamente se aperciba a la empresa inconforme.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 4 de 13 |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | |

- 3.12 En el caso de inconformidades en materia de obra pública, el Titular del Área de Responsabilidades, está a lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas.
- 3.13 Para realizar las investigaciones correspondientes a las inconformidades recibidas, el Titular del Área de Responsabilidades, solicita información a la Dirección de Administración, toda vez que es la facultada en el Hospital Juárez de México, para realizar procedimientos de contratación, de bienes servicios y de obra pública.
- 3.14 La Dirección de Administración, debe dar respuesta a las solicitudes de información que formule el Titular del Área de Responsabilidades, en la forma y plazos que la misma establezca.
- 3.15 El Titular del Área de Responsabilidades, puede formular solicitudes de información a la empresa licitante inconforme, con el fin de realizar las investigaciones correspondientes.
- 3.16 El Titular del Área de Responsabilidades debe:
- a) Glosar la documentación en los expedientes respectivos, asimismo, debe foliarla en orden cronológico.
 - b) Notificar los oficios y acuerdos generados durante la integración de los expedientes, de manera personal a sus destinatarios cuando así proceda.
 - c) Observar las disposiciones jurídicas aplicables para la atención, trámite y resolución de inconformidades, dándoles seguimiento hasta su conclusión.
 - d) Elaborar la carátula de clasificación de los expedientes.
- 3.17 Como resultado de las investigaciones, el Titular del Área de Responsabilidades puede ordenar a la Dirección de Administración, la suspensión provisional del procedimiento licitatorio o de invitación a tres personas en materia de adquisiciones o de obra pública, en tanto se reciba el informe previo de la convocante.
- 3.18 El cumplimiento de la resolución que dicte el Titular del Área de Responsabilidades con motivo de una inconformidad, debe constar con el soporte documental en el expediente.
- 3.19 El Titular del Área de Responsabilidades, debe registrar en el Sistema Integral de Inconformidades (SIINC), todas las actuaciones derivadas del desahogo de las inconformidades recibidas.

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. |

Hoja: 5 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|---|
| Titular del Órgano Interno de Control | 1 | Recibe de la empresa licitante (proveedor o contratista), escrito de Inconformidad y Anexos y los turna al Titular del Área de Responsabilidades para su atención. | - Inconformidad. -Anexos. |
| Titular del Área de Responsabilidades | 2 | Recibe Inconformidad con Anexos y la registra en el Sistema Integral de Inconformidades. | - Inconformidad. -Anexos. |
| | 3 | Verifica que la Inconformidad cumpla con los requisitos establecidos en la Ley. ¿Cumple con los requisitos? | -Acuerdo de desechamiento. -Oficio de notificación |
| | 4 | No: Elabora el Acuerdo de desechamiento y el Oficio de notificación, el cual entrega a la empresa licitante inconforme, recaba el acuse de recibo del Oficio de notificación, lo archiva junto con el Acuerdo de desechamiento y registra la actuación en el Sistema Integral de Inconformidades. TERMINA | -Acuerdo de admisión. -Oficio de notificación. -Oficio de solicitud de informe previo y circunstanciado |
| | 5 | Sí. Elabora el Acuerdo de admisión y el Oficio de notificación el cual entrega a la empresa licitante inconforme. | |
| | 6 | Recaba el acuse de recibo del Oficio de notificación, lo archiva junto con el Acuerdo de admisión y registra el acto en el Sistema Integral de Inconformidades. | |
| | 7 | Verifica el sentido de la Inconformidad y elabora el Oficio de solicitud de Informe previo y Circunstanciado dirigido a la Dirección de Administración. | |
| | 8 | Entrega el Oficio de solicitud, archiva el acuse en el expediente y registra la actuación en el Sistema Integral de Inconformidades. | |
| Dirección de Administración | 9 | Recibe el Oficio de solicitud de Informe previo y Circunstanciado y elabora ambos | -Oficio de solicitud de |

| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. |

Hoja: 6 de 13

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| | 10 | documentos en la forma y plazos solicitados. Elabora Oficio de envío de los informes, los entrega al Titular del Área de Responsabilidades y archiva el acuse de recibo junto con el Oficio de solicitud. | informe previo y circunstanciado -Oficio de envío - Informe previo -Informe Circunstanciado |
| Titular del Área de Responsabilidades | 11 | Recibe el Oficio de envío con el Informe previo y el Informe Circunstanciado. | -Oficio de envío. - Informe previo |
| | 12 | Analiza si la inconformidad es fundada o infundada. ¿La inconformidad se resuelve como fundada? | -Informe Circunstanciado. -Inconformidad |
| | 13 | No. Elabora la Resolución, el Oficio de notificación a la empresa licitante (proveedor o contratista) y el Oficio para la Dirección de Administración, para su conocimiento. Entrega los Oficios, y registra las actuaciones en el Sistema Integral de Inconformidades. TERMINA | -Resolución. -Oficio de notificación empresa. -Oficio de notificación Dirección de Administración. |
| | 14 | Sí. Elabora la Resolución y el Oficio de notificación a la empresa licitante (proveedor o contratista). | |
| | 15 | Elabora el Oficio de notificación dirigido a la Dirección de Administración, en el que indica las acciones a realizar para corregir las deficiencias detectadas en el proceso de contratación, solicitando que las informe para su debido seguimiento. | |
| | 16 | Entrega el oficio, archiva el acuse en el expediente y registra las actuaciones en el Sistema Integral de Inconformidades. | |

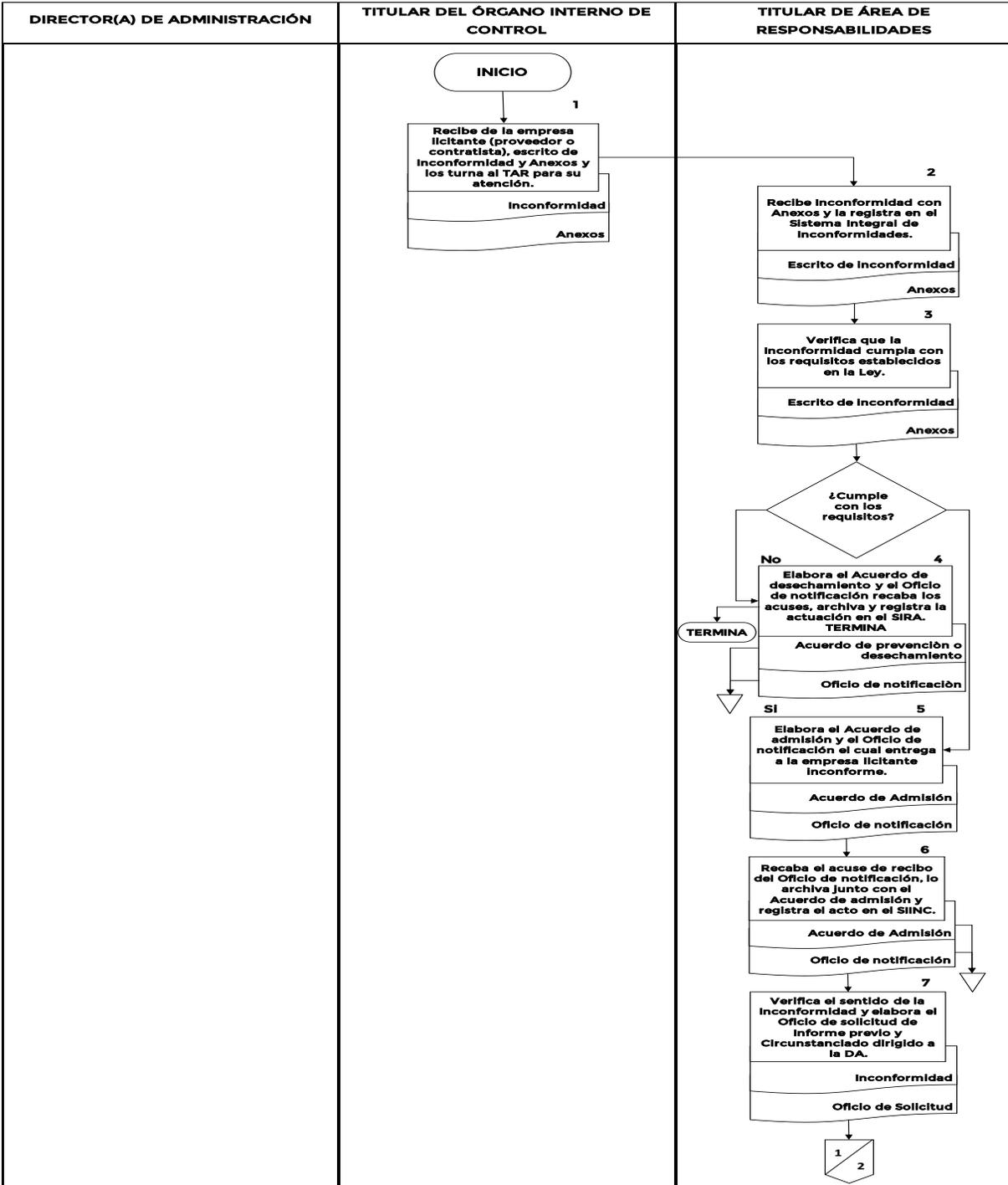
| | |
|--|---|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. |

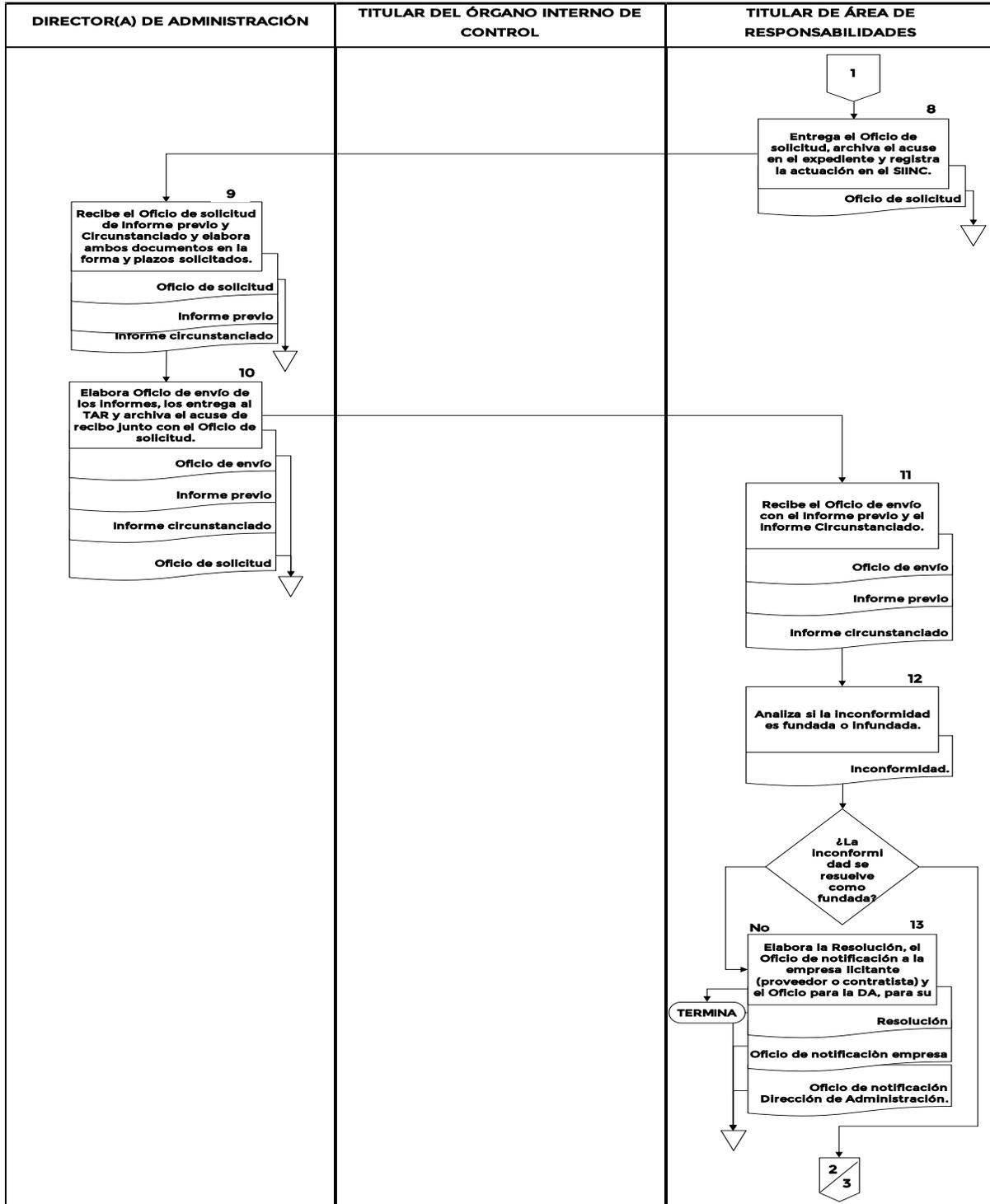
Hoja: 7 de 13

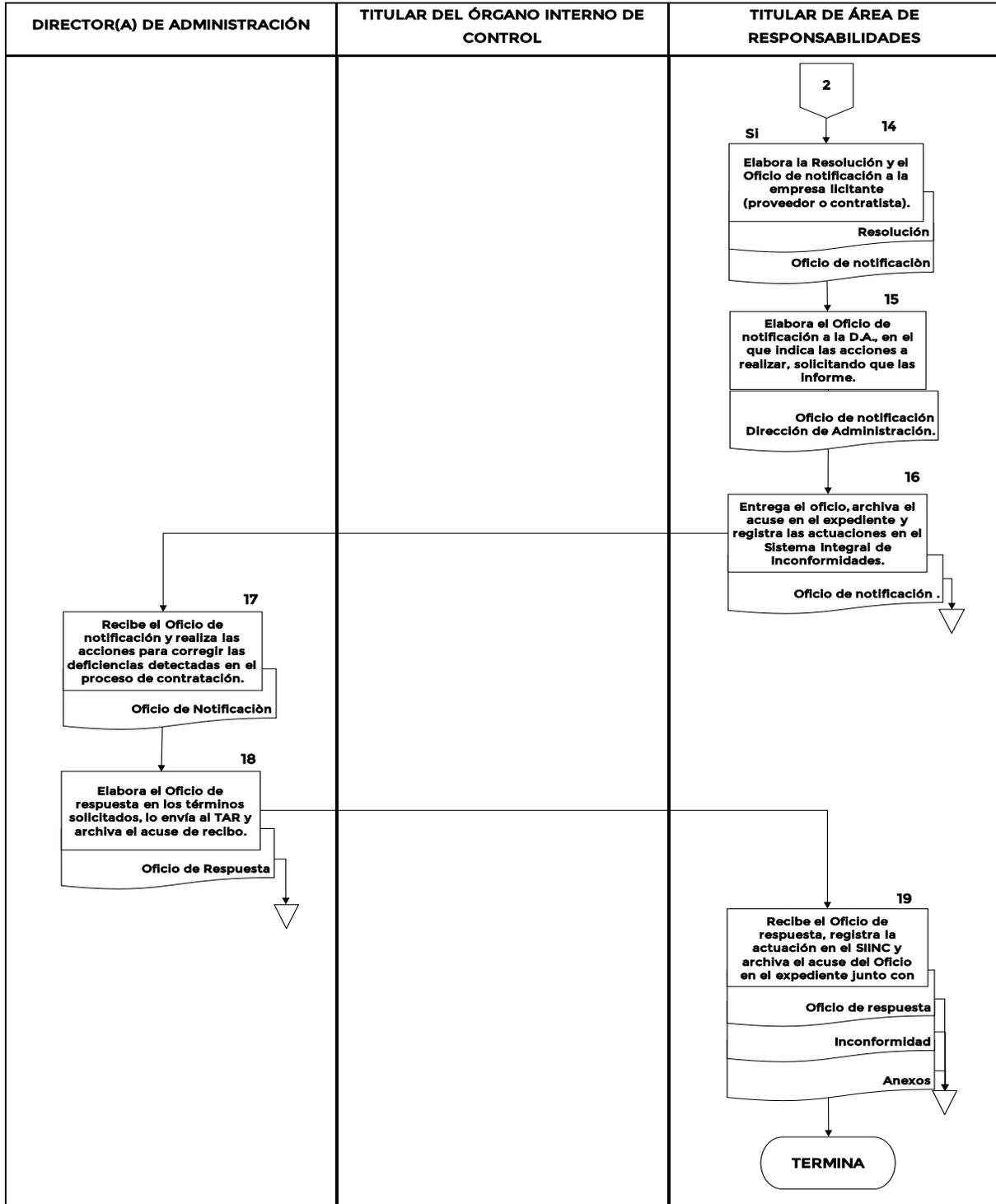
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| Dirección de Administración | 17 | Recibe el Oficio de notificación y realiza las acciones para corregir las deficiencias detectadas en el proceso de contratación. | -Oficio de notificación Dirección de Administración |
| | 18 | Elabora el Oficio de respuesta en los términos solicitados, lo envía al Titular del Área de Responsabilidades y archiva el acuse de recibo. | -Oficio de respuesta. |
| Titular del Área de Responsabilidades | 19 | Recibe el Oficio de respuesta, registra la actuación en el Sistema Integral de Inconformidades y archiva el acuse del Oficio en el expediente junto con la Inconformidad y los Anexos. TERMINA | -Oficio de respuesta. |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 8 de 13 |
| 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO







| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | Hoja: 11 de 13 |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. | No aplica |
| 6.2 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. | No aplica |
| 6.3 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública | No aplica |
| 6.4 Código Federal de Procedimientos Civiles. | No aplica |
| 6.5 Estatuto orgánico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.6 Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México. | No aplica |
| 6.7 Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|---|------------------------|---|--|
| 7.1 Inconformidad | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.2 Anexos | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.3 Acuerdo de desechamiento. | 3 años | Área de Responsabilidades/Dirección de Administración | No aplica |
| 7.4 Oficio de notificación | 3 años | Área de Responsabilidades/Dirección de Administración | No aplica |
| 7.5 Acuerdo de admisión | 3 años | Área de Responsabilidades/Dirección de Administración | No aplica |
| 7.6 Oficio de notificación | 3 años | Área de Responsabilidades/Dirección de Administración | No aplica |
| 7.7 Oficio de solicitud de informe previo y circunstanciado | 3 años | Área de Responsabilidades/Dirección de Administración | No aplica |
| 7.8 Oficio de envío | 3 años | Área de Responsabilidades/ | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | Hoja: 12 de 13 |

| | | | |
|------|--|-----------------------------|---|
| | | Dirección de Administración | |
| 7.9 | Informe previo | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No Aplica |
| 7.10 | Informe Circunstanciado | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No aplica |
| 7.11 | Inconformidad | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No aplica |
| 7.12 | Resolución | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No aplica |
| 7.13 | Oficio de notificación empresa | 3 años | Área de Responsabilidades |
| | | | No aplica |
| 7.14 | Oficio de notificación Dirección de Administración | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No aplica |
| 7.15 | Oficio de respuesta. | 3 años | Área de Responsabilidades/ Dirección de Administración |
| | | | No aplica |

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:** Derecho que tienen las personas físicas o morales para manifestar su desacuerdo, en contra de los actos de los procedimientos de licitación pública o invitación a cuando menos tres personas.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 13 de 13 |
| | 64. Procedimiento para la atención de inconformidades en materia de contrataciones públicas. | | |

8.5 Notificación: Acto a través del cual se da a conocer a los/las interesados(as) una determinación emitida por la autoridad.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

| Número de Revisión | Fecha de actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|------------------------|---|
| 04 | Octubre, 2020 | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar como se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

No aplica

| | | | |
|---|--|---|---------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 1 de 13 |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | |

65. PROCEDIMIENTO PARA LA SANCIÓN A LICITANTES, PROVEEDORES Y CONTRATISTAS EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | Hoja: 2 de 13 |

1. PROPÓSITO

- 1.1 Resolver los procedimientos de sanción a licitantes, proveedores y contratistas por presuntas infracciones 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 determinar la existencia de responsabilidad y en su caso aplicar las sanciones correspondientes

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: Aplica al Titular del Área de Responsabilidades, por ser el responsable de resolver los procedimientos administrativos de sanción a licitantes, proveedores y contratistas. Aplica a la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración, por ser quienes pueden denunciar a las empresas por incumplir en los contratos celebrados.
- 2.2 A nivel externo: Aplica a licitantes, a las empresas proveedoras y contratistas contra los que se presenten denuncias, ya que pueden incumplir en los contratos celebrados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

- 3.1 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control en el Hospital Juárez de México deben conducirse con apego a los Derechos Humanos, con la finalidad de prevenir y disminuir la violación de estos.
- 3.2 Las personas servidoras públicas del Órgano Interno de Control, en el ejercicio de sus funciones deben conducirse en estricto apego a los principios de legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficiencia, eficacia, transparencia, economía e integridad, que rigen el servicio público y aquellos enmarcados en el Código de Conducta de la Secretaría de la Función Pública.
- 3.3 La documentación e información que se genere con motivo de los procesos aquí descritos, debe protegerse y conservarse en los términos que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y Ley General de Archivos, para efectos de fiscalización y de rendición de cuentas.
- 3.4 La Secretaría de la Función Pública a través de su área competente, es la responsable de ejecutar las medidas de control y apremio, así como de las sanciones que pudieran derivarse del incumplimiento o desviación del presente procedimiento.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | Hoja: 3 de 13 |

- 3.5 El Titular del Área de Responsabilidades debe contar con los sistemas de información, soportes y archivos correspondientes a este procedimiento; documentar, vigilar su cumplimiento y efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias que permitan reorientar el quehacer operacional.
- 3.6 El Titular del Área de Responsabilidades debe informar oportuna y verazmente los resultados de su desempeño incluyendo, en su caso, la información y reportes correspondientes a los indicadores en los que participan.
- 3.7 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita de los archivos que se generan como parte de las funciones encomendadas.
- 3.8 Para efectos de este procedimiento, se denomina como Directores(as) de Área a los /las Titulares de la Dirección Médica, Dirección de Investigación y Enseñanza, Dirección de Planeación Estratégica y Dirección de Administración.
- 3.9 Las Direcciones de Área pueden presentar al Titular del Área de Responsabilidades, denuncias sobre las infracciones u omisiones en que incurran las empresas proveedoras 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
- 3.10 Las Direcciones de Área deben acompañar las denuncias con el soporte documental que evidencie el incumplimiento de las empresas proveedoras o contratistas.
- 3.11 El Titular del Área de Responsabilidades recibe de las Direcciones de Área las denuncias en contra de empresas proveedoras o contratistas, por infracciones u omisiones 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.
- 3.12 El Titular del Área de Responsabilidades puede solicitar a las Direcciones de Área mayor información sobre las denuncias presentadas.
- 3.13 Las Direcciones de Área deben atender los requerimientos que formule el Titular del Área de Responsabilidades en los plazos y términos solicitados.
- 3.14 El Titular del Área de Responsabilidades debe determinar la competencia respecto de las denuncias que le envían las Direcciones de Área.

| | | | |
|--|---|---|----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | Hoja: 4 de 13 |

- 3.15 El Titular del Área de Responsabilidades registra en el Sistema de Sanción a Proveedores y Contratistas (SANC) todas las actuaciones que realiza para resolver las denuncias de su competencia. Asimismo, debe foliar la documentación y glosarla en el expediente en orden cronológico.
- 3.16 El Titular del Área de Responsabilidades cita a la empresa proveedora o contratista para que comparezca y proporcione la información que a su derecho convenga.
- 3.17 Corresponde al Titular del Área de Responsabilidades realizar las diligencias para resolver las denuncias conforme a derecho y determinar la procedencia en la aplicación de sanción administrativa o económica a la empresa proveedora o contratista.
- 3.18 En el caso de determinar sanción administrativa, el Titular del Área de Responsabilidades informa a la Secretaría de la Función Pública, para que esta realice los trámites para la publicación de la misma en el Diario Oficial de la Federación.
- 3.19 El Titular del Área de Responsabilidades notifica al Sistema de Administración Tributaria, la sanción económica que se debe aplicar a la empresa proveedora o contratista, para que éste actúe en consecuencia.

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas. |

Hoja: 5 de 13

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|---|--|
| Director(a) de área | 1 | Detecta incumplimiento de empresa proveedora o contratista de las obligaciones establecidas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o a la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas. | -Denuncia. -Anexos. |
| | 2 | Genera Denuncia por escrito debidamente sustentada con anexos y envía al Área de Responsabilidades. | |
| Titular del Área de Responsabilidades | 3 | Recibe y revisa la Denuncia junto con los anexos. | -Denuncia. -Anexos. |
| | 4 | Elabora Oficio para solicitar a la Dirección de Área más información, indicando el plazo de entrega; recaba acuse y archiva en el expediente. | -Oficio de solicitud |
| Director(a) de área. | 5 | Recibe el Oficio de solicitud y recaba la información, y archiva oficio de solicitud. | -Oficio de solicitud |
| | 6 | Envía mediante oficio la información solicitada, recaba acuse y archiva. | -Oficio respuesta -Información solicitada |
| Titular del Área de Responsabilidades | 7 | Recibe el Oficio de respuesta junto con la Información. | -Oficio de respuesta |
| | 8 | Analiza motivo de la denuncia y determina. ¿Existen elementos para continuar el procedimiento? | -Información solicitada. -Acuerdo de archivo. |
| | 9 | No: Elabora el Acuerdo de archivo por falta de elementos y el Oficio de notificación que envía a la Dirección de Área denunciante. Recaba acuse y archiva. TERMINA | -Oficio de notificación. -Acuerdo de inicio |
| | 10 | Sí: Registra la Denuncia en el Sistema de Sanción a Proveedores y Contratistas (SANC) y elabora el Acuerdo de Inicio de | -Oficio de notificación_e mplazamiento -Acuerdo de preclusión. -Escrito. |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas. |

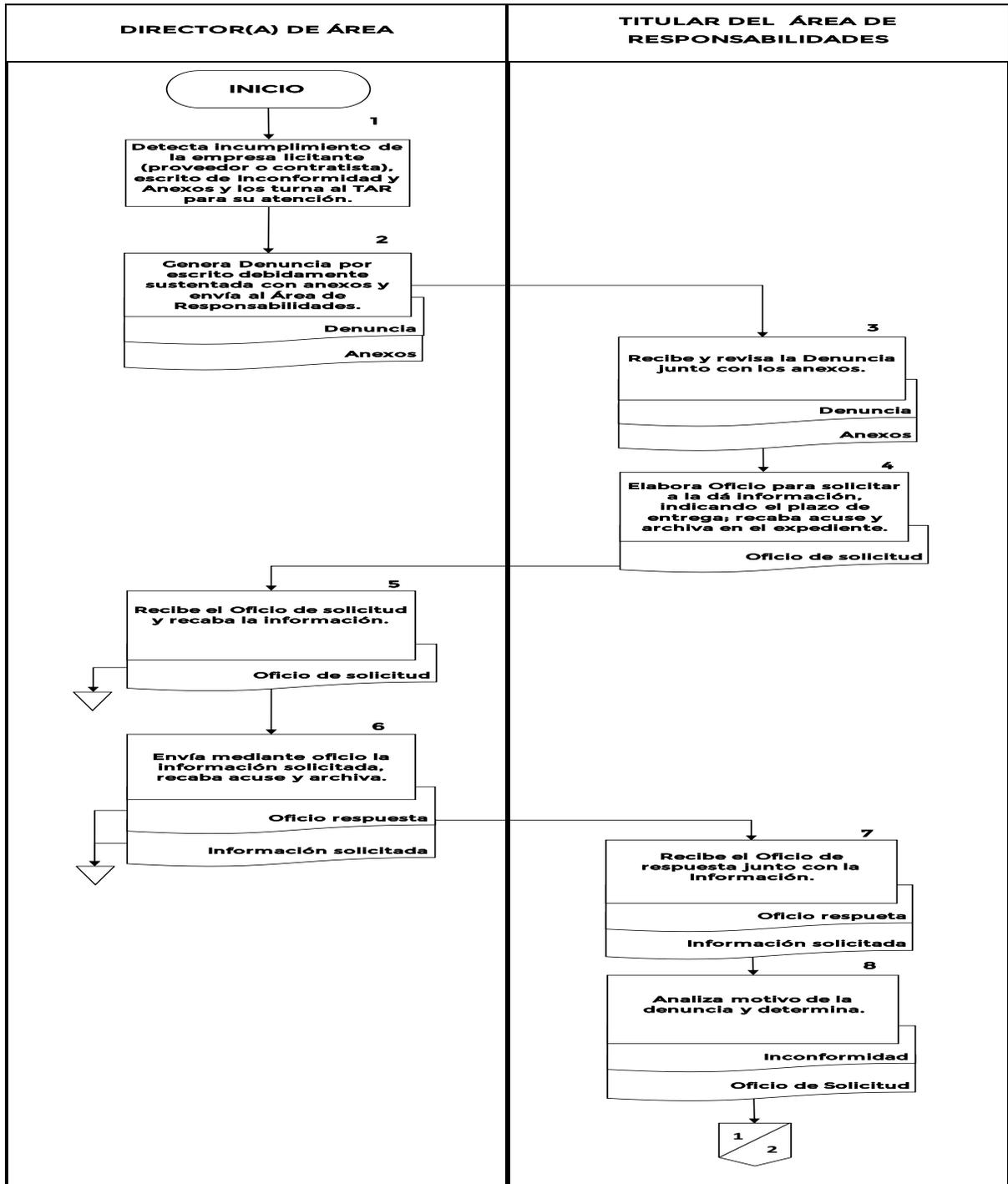
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|---------------------------------------|----------|--|---|
| Titular del Área de Responsabilidades | 11 | Procedimiento. Elabora el oficio de notificación a la empresa presuntamente infractora, emplazándola para que manifieste lo a que su derecho convenga y registra actuación en el sistema. | -Acuerdo de recepción de manifestaciones |
| | 12 | Notifica a la empresa la fecha y hora para que acuda a comparecer, archiva el acuse y registra actuación en el sistema. ----- El día y hora señalados para que la empresa se presente a comparecer. ----- | -Resolución -Acuerdo de archivo. -Oficio de notificación de improcedencia Dirección de Área -Oficio improcedencia_empresa |
| | 13 | ¿La empresa comparece el día y hora señalados? | -Oficio improcedencia_Dirección de Área. |
| | 14 | No: Elabora el Acuerdo de preclusión y registra actuación en el sistema. Regresa a la actividad 12. | -Oficio improcedencia_empresa |
| | 15 | Sí: Recibe escrito de la empresa, elabora el Acuerdo de recepción de manifestaciones y entrega copia a la empresa. Analiza expediente y elabora Resolución. | -Oficio improcedencia_SF P |
| | 16 | ¿Existen elementos para sancionar administrativamente a la empresa? | |
| | 17 | No: Elabora el Acuerdo de archivo y los oficios de notificación para la Dirección de Área y para la empresa; y notifica los oficios, glosa los acuses junto con el Acuerdo de archivo y registra las actuaciones en el sistema. TERMINA. Si: Elabora los oficios de notificación para la Dirección de Área, la empresa y la | |

| | |
|--|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | PROCEDIMIENTO |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas. |

Hoja: 7 de 13

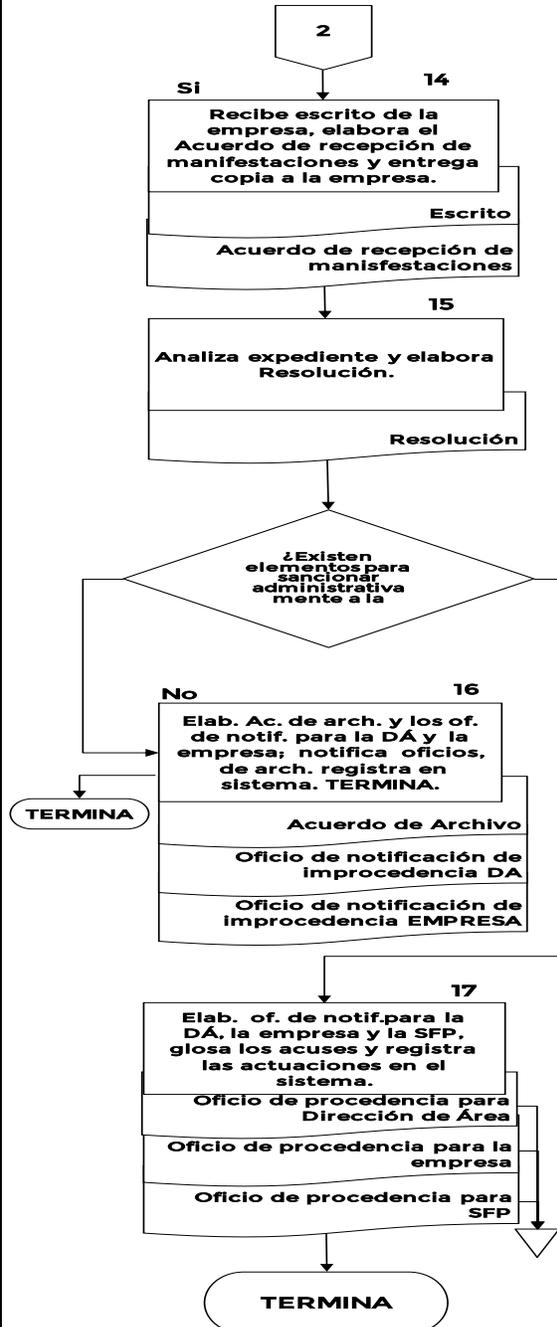
| Responsable | No. Act. | Descripción de actividades | Documento o anexo |
|-------------|----------|--|-------------------|
| | | Secretaría de la Función Pública, glosa los acuses y registra las actuaciones en el sistema. ----- ----- En caso de sanciones económicas, envía la notificación al Sistema de Administración Tributaria para que la aplique a la empresa. ----- ----- TERMINA | |

5. DIAGRAMA DE FLUJO



DIRECTOR(A) DE ÁREA

TITULAR DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES



| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | Hoja: 10 de 13 |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA.

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|-------------------------|
| 6.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. | No aplica |
| 6.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. | No aplica |
| 6.3 Ley Federal de Procedimiento Administrativo. | No aplica |
| 6.4 Ley Federal de las Entidades Paraestatales. | No aplica |
| 6.5 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. | No aplica |
| 6.6 Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. | No aplica |
| 6.7 Código Federal de Procedimientos Civiles. | No aplica |
| 6.8 Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. | No aplica |
| 6.9 Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. | No aplica |
| 6.10 Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. | No aplica |
| 6.11 Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México | No aplica |
| 6.12 Guía técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. | No aplica |

7. REGISTROS

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única. |
|-----------------------------|------------------------|----------------------------|--|
| 7.1 Denuncia. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.2 Anexos. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.3 Oficio de solicitud | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.4 Oficio respuesta | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.5 Oficio de respuesta | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.6 Información solicitada | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.7 Acuerdo de archivo. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.8 Oficio de notificación. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | Hoja: 11 de 13 |

| | | | | |
|------|--|--------|---------------------------|-----------|
| 7.9 | Acuerdo de inicio. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.10 | Oficio de notificación_emplazamiento. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.11 | Acuerdo de preclusión. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.12 | Escrito. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.13 | Acuerdo de recepción de manifestaciones | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.14 | Resolución. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.15 | Oficio de notificación de improcedencia_Dirección de Área. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.16 | Oficio improcedencia_empresa | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.17 | Oficio procedencia_Dirección de Área. | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.18 | Oficio procedencia_empresa | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |
| 7.19 | Oficio procedencia_SFP | 3 años | Área de Responsabilidades | No aplica |

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 física o moral que celebra contratos de obras públicas o de servicios relacionados con las mismas.
- 8.4 Licitante:** La persona que participe en cualquier procedimiento de licitación pública, o bien, de invitación a cuando menos tres personas.

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | Rev. 04 |
| | ÓRGANO INTERNO DE CONTROL | | |
| | 65. Procedimiento para la sanción a licitantes, proveedores y contratistas en materia de contrataciones públicas | | Hoja: 12 de 13 |

- 8.5 Notificación:** Acto a través del cual se da a conocer a los interesados una determinación emitida por la autoridad.
- 8.6 Procedimiento:** Coordinación de actos ligados entre sí, que tienen como consecuencia la emisión del acto.
- 8.7 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 |
|--------------------|------------------------|--|
| 04 | Octubre 2020. | Se incluyeron políticas transversales en materia de delimitación de responsabilidades, rendición de cuentas y control interno. Se modificó el apartado de descripción del procedimiento y en consecuencia el diagrama de flujo, para reflejar la forma en que se realizan las actividades actualmente. |

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO.

No aplica