



GUÍA PARA EL REQUISITADO DE ANEXOS DEL SMI DE ENDOPRÓTESIS Y OSTEOSÍNTESIS

➤ **ANEXO T4. REPORTE DE VALE DE USO DE INSUMOS POR PROCEDIMIENTO DE OSTEOSÍNTESIS Y ENDOPRÓTESIS**

Objetivo: Registrar de manera completa y oportuna los insumos utilizados durante cada procedimiento de osteosíntesis o endoprótesis realizado al paciente, con la finalidad de comprobar la utilización de los insumos proporcionados por el proveedor del Servicio Médico Integral. Anexos T4.pdf

INSTRUCCIONES GENERALES

- El formato deberá llenarse para cada procedimiento quirúrgico realizado.
- Toda la información deberá registrarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- Todos los campos son de llenado obligatorio, salvo aquellos que por la naturaleza del procedimiento no resulten aplicables.
- La información asentada deberá coincidir con el expediente clínico, programación quirúrgica y documentación de comprobación del servicio.
- El formato deberá integrarse al expediente administrativo del Servicio Médico Integral.

INSTRUCCIONES POR CAMPO:

✓ FOLIO:

Registrar el número de control o consecutivo asignado por la Unidad Médica.

✓ FECHA:

Anotar la fecha en que se realizó el procedimiento (día, mes y año).





✓ HORA:

Registrar la hora de inicio del procedimiento o la hora en que se utilizaron los insumos.

✓ LOCALIDAD:

Especificar la localidad donde se ubica la Unidad Médica.

✓ UNIDAD MÉDICA:

Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde se realizó el procedimiento.

✓ NO. DE SALA:

Registrar el número de quirófano o sala donde se efectuó la cirugía.

✓ PROVEEDOR:

Indicar la razón social del proveedor del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis.

✓ NOMBRE DEL PACIENTE:

Registrar el nombre completo del paciente.

✓ CURP:

Anotar la Clave Única de Registro de Población del paciente.

✓ GÉNERO:

Marcar la opción correspondiente (Masculino o Femenino).

✓ AÑO, MES Y DÍA:

Registrar la fecha del procedimiento.

APARTADO "ANOTAR DE LOS PROCEDIMIENTOS EL:"

✓ NÚMERO:

Registrar el número o código del procedimiento conforme al Anexo Técnico o al catálogo institucional aplicable.



✓ **NOMBRE:**

Escribir el nombre del procedimiento quirúrgico realizado.

✓ **NUMERO DE RENGLON AUTORIZADO EN LA LICITACION:**

Registrar la clave correspondiente al procedimiento (Puede utilizar catálogo de paquetes).

OBSERVACIONES

Anotar cualquier incidencia, sustitución de insumos, cambio de implantes, insumos adicionales utilizados o cualquier situación relevante durante el procedimiento.

RELACIÓN DE INSUMOS UTILIZADOS

Por cada insumo empleado registrar:

✓ **RENLÓN DE LICITACIÓN:**

Anotar el número de renglón de archivo de licitación.

✓ **DESCRIPCIÓN DE CONSUMIBLE:**

Especificar el nombre y descripción completa del consumible, implante, instrumental desechable o material utilizado durante el procedimiento.

✓ **CANTIDAD:**

Registrar la cantidad efectivamente utilizada.

✓ **LOTE:**

Registrar el número de lote correspondiente al insumo utilizado.

✓ **FIRMAS**

✓ **NOMBRE DEL EMPLEADO DEL PROVEEDOR:**

Anotar nombre completo del representante del proveedor que entrega o valida los insumos y recabar su firma.





✓ **NOMBRE DEL MÉDICO QUE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO:**

Registrar el nombre completo del médico tratante responsable del procedimiento y recabar su firma.

✓ **NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO:**

Registrar el nombre completo del Jefe del Servicio correspondiente y recabar su firma de validación.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por el personal responsable de la Unidad Médica en coordinación con el proveedor del Servicio Médico Integral, verificando que la información corresponda con los insumos efectivamente utilizados durante el procedimiento quirúrgico y con la documentación soporte correspondiente.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes según sea el caso.

➤ **ANEXO T5. SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

Objetivo: Registrar la solicitud del material de osteosíntesis y/o endoprótesis requerido para la realización de un procedimiento quirúrgico, garantizando la trazabilidad del proceso desde su solicitud, recepción y utilización.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El formato deberá elaborarse para cada procedimiento quirúrgico programado.
- Deberá llenarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- La información registrada deberá corresponder al expediente clínico del paciente y a la programación quirúrgica.
- Todos los apartados deberán requisitarse por el personal responsable de acuerdo con su participación en el proceso.
- El formato deberá conservarse como evidencia documental de la solicitud y suministro del material utilizado.

INSTRUCCIONES POR CAMPO





✓ UNIDAD MÉDICA:

Registrar el nombre completo de la Unidad Médica donde se realizará el procedimiento.

✓ VALE No.:

Anotar el número consecutivo de control asignado por la Unidad Médica.

✓ ENTIDAD FEDERATIVA:

Registrar la entidad federativa donde se ubica la Unidad Médica.

✓ FECHA Y HORA DE SOLICITUD:

Registrar la fecha y hora en que se realiza la solicitud del material.

✓ DATOS DEL PACIENTE:

- NOMBRE: Registrar el nombre completo del paciente (apellido paterno, apellido materno y nombre(s)).
- CURP: Registrar la Clave Única de Registro de Población del paciente.
- DIAGNÓSTICO: Anotar el diagnóstico que motiva el procedimiento quirúrgico.
- NÚMERO DE CAMA: Registrar el número de cama asignado al paciente.
- FECHA Y HORA DE CIRUGÍA: Registrar la fecha y hora programadas para la intervención quirúrgica.

✓ MÉDICO QUE SOLICITA:

Registrar:

- Nombre completo.
- Cédula profesional.
- Firma autógrafa.

✓ PERSONAL DEL ALMACÉN QUE RECIBE:

Registrar:





- Nombre completo.
- Cédula profesional o matrícula institucional.
- Firma de recibido.

✓ PERSONAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN QUE RECIBE:

Registrar:

- Nombre completo.
- Cédula profesional o matrícula institucional.
- Firma de recibido.

✓ MATERIAL SOLICITADO:

Registrar el material requerido para el procedimiento.

En la columna correspondiente marcar:

* E = Material existente.

* X = Material no existente.

✓ MATERIAL ALTERNATIVO:

Registrar el material alternativo autorizado para el procedimiento.

Marcar:

* E = Existe.

* X = No existe.

✓ PERSONAL DE QUIRÓFANO QUE RECIBE:

Registrar:

- Nombre completo.
- Matrícula institucional.





- Firma.
- ✓ INSTRUMENTISTA:

Registrar:

- Nombre completo.
- Matrícula institucional.
- Firma.

- ✓ MÉDICO NO FAMILIAR:

Registrar:

- Nombre completo.
- Matrícula o cédula profesional.
- Firma.

- ✓ MATERIAL UTILIZADO:

Registrar el nombre de cada uno de los materiales de osteosíntesis y/o endoprótesis efectivamente utilizadas durante el procedimiento quirúrgico.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por el Médico Tratante en coordinación con el personal de Almacén, Central de Esterilización, Quirófano y el proveedor del Servicio Médico Integral, verificando que la información registrada corresponda al material solicitado, entregado y utilizado durante el procedimiento quirúrgico, debiendo integrarse como evidencia documental para la comprobación del servicio.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes según sea el caso.

- **ANEXO T8. REPORTE SOBRE PRODUCTOS QUE PRESENTAN DEFECTOS EN SU CALIDAD.**



Objetivo: Registrar y documentar las anomalías o defectos de calidad identificados en los insumos, implantes o materiales suministrados por el proveedor del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis, con la finalidad de dar seguimiento, solicitar la sustitución del producto, implementar las acciones correctivas

correspondientes y, en su caso, determinar responsabilidades.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El formato deberá requisitarse inmediatamente cuando se detecte un defecto o anomalía en cualquier insumo o implante suministrado por el proveedor.
- Toda la información deberá registrarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- La información asentada deberá ser veraz y sustentarse con evidencia documental cuando exista.
- En caso de ser posible, deberán anexarse fotografías, etiquetas, números de lote, reportes técnicos o cualquier documento que permita identificar el producto reportado.
- El reporte deberá remitirse al Administrador del Contrato para el seguimiento correspondiente.

INSTRUCCIONES POR CAMPO

- ✓ COORDINACIÓN ESTATAL EN:

Registrar el nombre de la Coordinación Estatal responsable del contrato.

- ✓ FECHA:

Registrar la fecha en que se elabora el reporte.

- ✓ UNIDAD MÉDICA:

Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde se detectó la anomalía.

- ✓ TELÉFONO:

Registrar el número telefónico de contacto de la Unidad Médica.

- ✓ CLAVE PRESUPUESTAL:

Registrar la clave presupuestal correspondiente a la Unidad Médica.





✓ **ÁREA DEL SERVICIO QUE REPORTA:**

Indicar el servicio hospitalario donde se identificó el defecto del producto (por ejemplo: Quirófano, Traumatología y Ortopedia, Central de Esterilización, Almacén, Urgencias u otro).

✓ **NOMBRE DEL PRODUCTO:**

Registrar el nombre comercial o genérico del producto, implante o insumo que presenta la anomalía.

✓ **LOTE:**

Registrar el número de lote impreso en el producto o en su empaque.

✓ **CLAVE DEL PRODUCTO:**

Registrar la clave del producto conforme al catálogo institucional o la identificada por el fabricante.

✓ **FECHA DE CADUCIDAD:**

Registrar la fecha de caducidad indicada por el fabricante, cuando aplique.

✓ **FABRICANTE:**

Registrar el nombre del fabricante del producto.

✓ **DISTRIBUIDOR:**

Registrar el nombre o razón social del distribuidor o proveedor que suministró el producto.

✓ **DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ANOMALÍA REPORTADA:**

Describir de manera clara y precisa el defecto identificado, indicando las condiciones en que fue detectado, el tipo de falla, el momento en que ocurrió y cualquier información adicional que facilite el análisis del caso.

Ejemplos:

- Empaque violado.
- Material incompleto.





- Implante con defecto de fabricación.
- Instrumental dañado.
- Producto con fecha de caducidad vencida.
- Error en la etiqueta.
- Producto diferente al solicitado.

✓ FECHA DE RECEPCIÓN Y PROCEDENCIA:

Registrar la fecha en que el producto fue recibido en la Unidad Médica y señalar su procedencia.

✓ TIPO DE COMPRA:

Indicar el tipo de adquisición mediante la cual fue suministrado el producto (Servicio Médico Integral, contrato, licitación u otro que corresponda).

✓ FIRMAS

✓ NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA(O) QUE REPORTA:

Registrar nombre completo y firma de la persona responsable que detectó y reportó la anomalía.

✓ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REPORTA

Registrar nombre completo y firma del médico responsable que valida el reporte.

✓ DIRECTOR DE LA UNIDAD

Registrar nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica.

✓ JEFE DE LA DEPENDENCIA

Registrar nombre completo y firma del Jefe del Servicio o del área correspondiente.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por el personal de la Unidad Médica que detecte la anomalía, validado por el médico responsable del servicio y autorizado por el Director de la Unidad Médica, remitiéndose al Administrador del Contrato para el





seguimiento correspondiente y, en su caso, la aplicación de las acciones correctivas procedentes.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes según sea el caso.

➤ **ANEXO T11. NOTIFICACIÓN DE PENA CONVENCIONAL**

Objetivo: Documentar y notificar al Administrador del Contrato los incumplimientos atribuibles al proveedor del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis que den lugar a la aplicación de penas convencionales, conforme a las obligaciones establecidas en el contrato y demás disposiciones aplicables.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El presente formato deberá elaborarse cuando se identifique un incumplimiento por parte del proveedor que amerite la aplicación de una pena convencional.
- La información deberá sustentarse con evidencia documental suficiente que permita acreditar el incumplimiento.
- Toda la información deberá registrarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- Deberán anexarse los documentos que respalden el incumplimiento reportado.
- El formato deberá remitirse al Administrador del Contrato para el cálculo, notificación y aplicación de la pena convencional correspondiente.

INSTRUCCIONES POR CAMPO:

✓ **PARTIDA:**

Registrar el número de la partida contratada a la que corresponde el servicio objeto del incumplimiento.

✓ **ENTIDAD:**

Registrar la Entidad Federativa correspondiente.

✓ **UNIDAD MÉDICA:**





Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde ocurrió el incumplimiento.

✓ No. DE CONTRATO:

Registrar el número del contrato vigente correspondiente al Servicio Médico Integral.

✓ INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE:

- ✓ Registrar el mes y año en que ocurrió el incumplimiento que motiva la notificación.

✓ TABLA DE INCUMPLIMIENTOS

✓ CONCEPTO:

Describir de manera clara el incumplimiento identificado.

Ejemplos:

- Entrega extemporánea de material.
- Incumplimiento en el tiempo de respuesta.
- Falta de disponibilidad del material solicitado.
- Ausencia de personal técnico.
- Incumplimiento de las condiciones contractuales.
- Cualquier otro incumplimiento previsto en el contrato.

✓ UNIDAD DE MEDIDA:

Registrar la unidad utilizada para cuantificar el incumplimiento.

Ejemplos:

- Evento.
- Procedimiento.
- Servicio.
- Día.
- Hora.
- Pieza.
- Caso.



✓ **PENA APLICABLE (%):**

Registrar el porcentaje de pena convencional que corresponda conforme a lo establecido en el contrato.

✓ **COMENTARIO / OBSERVACIÓN:**

Describir brevemente las circunstancias en que ocurrió el incumplimiento, indicando fechas, áreas involucradas y cualquier información que facilite su análisis.

✓ **EVIDENCIA DOCUMENTAL:**

Relacionar la documentación que acredita el incumplimiento.

Ejemplos:

- Vale de solicitud.
- Reporte de servicio.
- Oficio.
- Bitácora.
- Correo electrónico.
- Acta circunstanciada.
- Fotografías.
- Reporte del administrador del contrato.
- Cualquier otra evidencia documental.

✓ **NOTA:**

Deberán anexarse todos los documentos que sustenten el incumplimiento reportado y permitan determinar la procedencia de la pena convencional.

✓ **FIRMAS**

✓ **DIRECTOR DE LA UNIDAD:**

Registrar nombre completo, cargo y firma del Director de la Unidad Médica que emite la notificación.

✓ **MÉDICO QUE RECIBE:**

Registrar nombre completo, cargo y firma del médico responsable que recibe la notificación.





RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por la Unidad Médica cuando se identifique un incumplimiento atribuible al proveedor del Servicio Médico Integral. La información registrada deberá estar sustentada con evidencia documental suficiente y remitirse al Administrador del Contrato para el cálculo, notificación y aplicación de la pena convencional correspondiente, conforme a lo establecido en el contrato.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes según sea el caso.

➤ **ANEXO T12. NOTIFICACIÓN DE DEDUCTIVAS**

Objetivo: Documentar y notificar al Administrador del Contrato los incumplimientos atribuibles al proveedor del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis que den lugar a la aplicación de deductivas, de conformidad con las obligaciones establecidas en el contrato y demás disposiciones aplicables. ANEXOS SMI OSTEOSINTESIS UNIDADES HOSPITALRIAS.pdf

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El presente formato deberá elaborarse cuando se identifique un incumplimiento que genere la aplicación de una deductiva al proveedor.
- Toda la información deberá registrarse de forma clara, completa, legible y sin tachaduras ni enmendaduras.
- La información deberá sustentarse con evidencia documental suficiente que permita acreditar el incumplimiento.
- Deberán anexarse los documentos soporte que justifiquen la aplicación de la deductiva.
- El formato deberá remitirse al Administrador del Contrato para el cálculo, validación y aplicación de la deductiva correspondiente.

INSTRUCCIONES POR CAMPO:





✓ **PARTIDA:**

Registrar el número de la partida contratada a la que corresponde el servicio objeto del incumplimiento.

✓ **ENTIDAD:**

Registrar la Entidad Federativa donde se presta el servicio.

✓ **UNIDAD MÉDICA:**

Anotar el nombre completo de la Unidad Médica donde se presentó el incumplimiento.

✓ **No. DE CONTRATO:**

Registrar el número del contrato vigente correspondiente al Servicio Médico Integral.

✓ **INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE:**

Registrar el mes y año en que ocurrió el incumplimiento que origina la deductiva.

✓ **TABLA DE INCUMPLIMIENTOS**

✓ **CONCEPTO:**

Describir de manera clara el incumplimiento detectado.

Ejemplos:

- Servicio prestado de forma incompleta.
- Material entregado fuera de las especificaciones técnicas.
- Incumplimiento en los niveles de servicio.
- Omisión de documentación requerida.
- Incumplimiento de obligaciones establecidas en el contrato.
- Cualquier otra causa que origine una deductiva conforme a las condiciones contractuales.

✓ **UNIDAD DE MEDIDA**

Registrar la unidad utilizada para cuantificar el incumplimiento.



Ejemplos:

- Evento.
- Servicio.
- Procedimiento.
- Día.
- Hora.
- Pieza.
- Caso.

✓ DEDUCCIÓN (%):

Registrar el porcentaje de deductiva que corresponda conforme a lo establecido en el contrato.

✓ COMENTARIO / OBSERVACIÓN:

Describir de forma breve las circunstancias del incumplimiento, indicando fechas, áreas involucradas y cualquier información relevante para sustentar la deductiva.

✓ EVIDENCIA DOCUMENTAL:

Relacionar los documentos que acreditan el incumplimiento.

Ejemplos:

- Reportes de servicio.
- Vales de solicitud.
- Actas circunstanciadas.
- Bitácoras.
- Oficios.
- Correos electrónicos.
- Fotografías.
- Reportes técnicos.
- Cualquier otra evidencia documental.

✓ NOTA:

Deberán anexarse todos los documentos que sustenten el incumplimiento reportado y permitan determinar la procedencia de la deductiva.





✓ FIRMAS

✓ DIRECTOR DE LA UNIDAD:

Registrar nombre completo, cargo y firma del Director de la Unidad Médica que emite la notificación.

✓ MÉDICO QUE RECIBE

Registrar nombre completo, cargo y firma del médico responsable que recibe la notificación.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por la Unidad Médica cuando se identifique un incumplimiento atribuible al proveedor que dé lugar a la aplicación de deductivas. La información registrada deberá sustentarse con evidencia documental suficiente y remitirse al Administrador del Contrato para su análisis, validación y aplicación conforme a las condiciones establecidas en el contrato.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes según sea el caso.

➤ **CONCENTRADO DE PACIENTES**

Objetivo: Registrar de manera concentrada la información de los pacientes atendidos mediante el Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis durante un periodo determinado, con la finalidad de contar con un control administrativo, estadístico y de seguimiento de los procedimientos realizados, así como facilitar la supervisión, comprobación del servicio y administración del contrato.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El presente formato deberá requisitarse por cada Unidad Médica durante el periodo de reporte establecido.
- La información deberá corresponder a los procedimientos efectivamente realizados durante el periodo reportado.





- Toda la información deberá registrarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- Los datos deberán coincidir con el expediente clínico, las notas quirúrgicas, los vales de consumo y la documentación de comprobación del servicio.
- El concentrado deberá remitirse dentro de los plazos establecidos por el Administrador del Contrato.

INSTRUCCIONES POR CAMPO:

✓ ENTIDAD FEDERATIVA:

Registrar el nombre de la Entidad Federativa donde se encuentra ubicada la Unidad Médica.

✓ ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

Registrar el nombre completo de la Unidad Médica que presenta el concentrado.

✓ CLUES:

Registrar la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente a la Unidad Médica.

✓ PERIODO REPORTADO:

Indicar el periodo que comprende la información reportada.

Ejemplo:

- Semanal.
- Quincenal.
- Mensual.
- Otro, **según corresponda.**

✓ FECHA INICIAL:

Registrar la fecha de inicio del periodo reportado.

✓ FECHA FINAL:

Registrar la fecha de término del periodo reportado.





✓ **NÚMERO DE CONTRATO:**

Registrar el número del contrato vigente correspondiente al Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis.

✓ **TIPO DE SERVICIO:**

Registrar el nombre del Servicio Médico Integral correspondiente.

Ejemplo:

Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis.

✓ **MES:**

Registrar el mes al que corresponde el reporte.

✓ **REGISTRO DE PACIENTES:**

Por cada paciente atendido deberá registrarse la siguiente información:

✓ **No.:**

Registrar el número consecutivo del registro.

✓ **CURP:**

Registrar la Clave Única de Registro de Población del paciente.

✓ **APELLIDO PATERNO:**

Registrar el apellido paterno del paciente.

✓ **APELLIDO MATERNO:**

Registrar el apellido materno del paciente.

✓ **NOMBRE(S):**

Registrar el nombre o nombres del paciente.

✓ **FECHA DE CIRUGÍA:**

Registrar la fecha en que se realizó el procedimiento quirúrgico.

✓ **PAQUETE OCUPADO:**





Registrar el nombre, código o identificación del paquete de osteosíntesis y/o endoprótesis efectivamente utilizado durante el procedimiento.

✓ **DIAGNÓSTICO:**

Registrar el diagnóstico que motivó la realización del procedimiento quirúrgico.

✓ **VALIDACIÓN DEL REPORTE**

Al concluir el llenado del concentrado deberá verificarse que:

- El número de pacientes corresponda con los procedimientos realizados durante el periodo.
- La información coincida con los vales de consumo de insumos, notas quirúrgicas y demás documentación comprobatoria.
- No existan registros duplicados o información incompleta.
- Los datos registrados sean legibles y verificables.

✓ **FIRMAS**

✓ **JEFE DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD:**

Registrar nombre completo, cargo y firma del servidor público responsable de validar el concentrado.

✓ **DIRECTOR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:**

Registrar nombre completo, cargo y firma del Director de la Unidad Hospitalaria.

✓ **SUPERVISOR(A) ESTATAL DEL CONTRATO:**

Registrar nombre completo, cargo y firma de la persona responsable de la supervisión del contrato, cuando corresponda.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

El presente formato deberá ser requisitado por la Unidad Médica con base en la información contenida en los expedientes clínicos, notas quirúrgicas, vales de uso de insumos y demás documentación generada durante la prestación del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis. La información registrada deberá ser veraz,



completa y remitirse al Administrador del Contrato para el seguimiento, control, supervisión y comprobación del servicio prestado.

FECHA DE ENTREGA: Del 26 al 30 de cada mes **sin excepción.**

➤ **CARTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Objetivo: Formalizar el compromiso de confidencialidad de las personas que, con motivo de sus funciones, tengan acceso a información, documentación, datos personales o cualquier otro elemento relacionado con la evaluación, supervisión, administración y seguimiento del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis, obligándose a resguardar dicha información conforme a la normatividad aplicable.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- La Carta de Confidencialidad deberá ser requisitada antes de que la persona inicie actividades relacionadas con el Servicio Médico Integral.
- El formato deberá llenarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- Toda la información deberá ser veraz y completa.
- La firma deberá ser autógrafa.
- La carta deberá integrarse al expediente correspondiente para su resguardo.

INSTRUCCIONES POR CAMPO:

✓ **NOMBRE DE LA PERSONA:**

Registrar el nombre completo de la persona que suscribe la Carta de Confidencialidad.

✓ **CARGO:**

Registrar el cargo que desempeña dentro de la institución.

✓ **INSTITUCIÓN:**

Registrar el nombre completo de la institución o Unidad Médica a la que pertenece.

✓ **NOMBRE DEL CUERPO COLEGIADO:**





Registrar el nombre del Comité, Comisión, Grupo de Trabajo o cuerpo colegiado del que forme parte la persona que suscribe el documento, cuando aplique.

✓ CIUDAD:

Registrar la ciudad donde se firma la Carta de Confidencialidad.

✓ FECHA:

Registrar el día, mes y año en que se firma el documento.

✓ DECLARACIÓN:

La persona que suscribe manifiesta conocer las obligaciones relativas a la protección de datos personales, reserva, custodia y confidencialidad de la información a la que tenga acceso con motivo de sus funciones, comprometiéndose a utilizarla únicamente para el cumplimiento de las actividades inherentes a su encargo, en términos de la normatividad vigente.

✓ FIRMA

✓ NOMBRE Y FIRMA:

Registrar el nombre completo y la firma autógrafa de la persona que suscribe la Carta de Confidencialidad.

✓ CARGO:

Registrar el cargo que desempeña al momento de la firma.

✓ INSTITUCIÓN:

Registrar el nombre completo de la institución a la que pertenece.

RESPONSABILIDAD DEL LLENADO:

La Carta de Confidencialidad deberá ser requisitada y firmada por toda persona que participe en actividades relacionadas con la evaluación, supervisión, administración, seguimiento o cualquier proceso vinculado al Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis y que, con motivo de dichas funciones, tenga acceso a información





confidencial o datos personales. El documento deberá resguardarse en el expediente correspondiente para fines de control administrativo y cumplimiento normativo.

FECHA DE ENTREGA: Por única ocasión al inicio de la prestación del servicio.

DISPOSICIONES GENERALES PARA LA ENTREGA DE ANEXOS

Con la finalidad de mantener un adecuado control, seguimiento y comprobación de la prestación del Servicio Médico Integral de Osteosíntesis y Endoprótesis, los formatos contenidos en el presente manual deberán ser remitidos por las Unidades Médicas dentro de los plazos establecidos.

Los anexos que, por su naturaleza, requieran integración y entrega periódica, deberán remitirse del día 26 al día 30 de cada mes.

La información deberá enviarse debidamente requisitada, validada y firmada por los servidores públicos responsables, acompañada de la documentación soporte correspondiente cuando aplique.

El incumplimiento en la entrega oportuna de la información podrá afectar los procesos de supervisión, seguimiento, comprobación y administración del contrato.

AT E N T A M E N T E

DRA. LUZ ESTELA SILVA CASTELLA
TITULAR DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD
DE LA COORDINACIÓN ESTATAL DE HIDALGO
DE SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS BIENESTAR).

