



Resolución Directoral

Miraflores, 16 de Noviembre de 2015

VISTO :

El Expediente N° 15-008689-001, que contiene el Informe N° 174-OE-HEJCU-2015 emitido por la Oficina de Economía, el Informe N° 151-2015-OEPP-EPO-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe N° 816-2015-OEA-HEJCU, emitido por la Oficina Ejecutiva de Administración y el Informe Legal N° 178-2015-OAJ-HEJCU emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"; y,

CONSIDERACION:

Que, el numeral 62.3 del artículo 62 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece que cada entidad es competente para realizar tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos;

Que, con la finalidad de uniformizar criterios para la atención de los expedientes sobre devolución de dinero presentados por pacientes externos, resulta necesario minimizar los plazos, flujos y procedimientos a través de instrumentos normativos que regulan las actividades realizadas por los diversos órganos de la administración hospitalaria, en el ejercicio cotidiano de sus funciones, a fin de suprimir obstáculos y debilidades que ofrecen el debido cumplimiento de las mismas;

Que, con Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", estableciendo que la Directiva es el documento normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas, y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS. Puede estar referida a la actuación sanitaria, asistencial y/o administrativa;

Que mediante Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa",

Que, mediante Resolución Directoral N° 091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa",

Que, mediante Informe N° 074-OE-HEJCU-2015, la Oficina de Economía considerando las opiniones del Departamento de Farmacia remite la Directiva Administrativa para la Devolución de Dinero a Usuarios Externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

Que, mediante Informe N° 151-2015-OEPP-EOP, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, conforme sus atribuciones, emite su conformidad y opinión técnica favorable a la Directiva Administrativa para la devolución de dinero a usuarios externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", al adecuarse a los parámetros establecidos y ajustarse a los estándares para la elaboración de documentos normativos de gestión, por lo que solicita su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 816-2015-OEA-HEJCU, la Oficina Ejecutiva de Administración emite su aprobación y opinión favorable a la Directiva Administrativa para la Devolución de Dinero a Usuarios Externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa",

Estado a lo propuesto e informado por la Oficina de Economía;





Contando con las visaciones el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, el Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, el Jefe de la Oficina de Economía, el Jefe del Departamento de Farmacia y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa",

De conformidad a lo establecido en el literal d) artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", aprobado con Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA.



SE RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA Nº ...011.....-2015-DG-OE-HEJCU. V.01 PARA LA DEVOLUCION DE DINERO A USUARIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA", por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente Resolución, y cuyo texto forma parte integrante de la presente Resolución.



ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR al cumplimiento de la presente resolución a la Oficina de Economía del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", quien será responsable de la difusión, implementación, ejecución, monitoreo y supervisión de la Directiva para la devolución a usuarios externos de esta institución.



ARTICULO TERCERO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de transparencia de la página Web del Hospital de Emergencia "José Casimiro Ulloa"

Regístrese, Comuníquese y Archívese

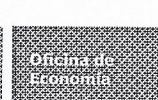
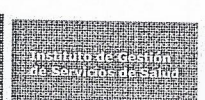


MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
DR. MANUEL A. VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
CMP 13552

MVZ/OBG/EFZ/ger

cc.

- Oficina Ejec. De Planeamiento y Presupuesto
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Economía
- Dpto. de Farmacia
- Oficina de Comunicaciones
- Area de Tesorería
- Pagaduría (e)
- Archivo



"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 011 -2015-DG-OE-HEJCU V.01

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA DEVOLUCIÓN DE DINERO A USUARIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

I. FINALIDAD

La presente Directiva tiene por objeto establecer los criterios y el procedimiento adecuado para las devoluciones de dinero a los usuarios externos, en los diferentes servicios que ofrece el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

II. OBJETIVO

Establecer un instrumento normativo que uniformice los criterios para la adecuada devolución de dinero a los usuarios externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", actualizada tomando en cuenta las recomendaciones sugeridas por el Órgano de Control Interno del HEJCU, según acción de Control N° 2-3788-2013-001.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015.
2. Ley N° 28112, Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público
3. Ley N° 27245, Ley de Responsabilidad y Transparencia fiscal y sus modificatorias.
4. Ley N° 28693, Ley General del Sistema Nacional de Tesorería.
5. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
6. Ley N° 27444, Ley del Procedimientos Administrativo General.
7. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
8. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
9. Decreto Ley N° 25632, Ley Marco de Comprobantes de Pago
10. Decreto Legislativo N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
11. Resolución de Contraloría N° 320-2006- CG, Normas de Control Interno para el sector público
12. Resolución de Superintendencia N° 007-99-SUNAT – Reglamento de Comprobantes de Pago y su modificatoria, Resolución de superintendencia N° 060-2002 SUNAT.
13. Resolución de Superintendencia N° 141-2010-SUNAT, modifican Reglamento de Comprobantes de Pago, aprobado con R.S. N° 007-99/SUNAT para ampliar la excepción de la obligación de sustentar con Guía de Remisión de Traslado de bienes desde terminales portuarios del Callao a depósitos temporales.
14. Resolución Directoral N° 002-2007-EF/77.15, que aprueba la Directiva de Tesorería N° 001-2007-EF/77.15
15. Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, se aprobó las Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud.
16. Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
17. Resolución Directoral N° 091-2012-DG-HEJCU se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1 **Responsabilidad Financiera:** Es la obligación que asume una persona que maneja fondos o bienes públicos que responde ante su superior y públicamente ante otros, sobre el cumplimiento y desempeño de sus funciones.

www.hejcu.gob.pe

Av. Roosevelt N° 6355-6375
Miraflores - Lima 18, Perú
Telf: 2040900
Telefax : (01) 444-3168



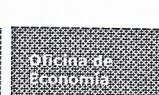


- 5.2 **Recaudación:** Es la actividad que desarrolla el personal de Caja el cual consiste en la recepción de las cantidades monetarias por los usuarios como consecuencia de las diferentes prestaciones de servicios de atención ambulatoria, hospitalización y de emergencias que se brindan en el Hospital.
- 5.3 **Arqueo:** Acto de verificar el ingreso recaudado por cada recaudador (cajero) y el consolidado en caja central. Comprobación intempestiva o regular de los fondos y caudales recaudados por el Cajero del Hospital.
- 5.4 **Acta de Arqueo:** Es el documento que describe los sucesos ocurridos durante la diligencia realizada por el cajero centralizador y/o personal encargado de la supervisión del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- 5.5 **Boleta de venta:** Es el documento que acredita o respalda la transacción de dinero realizada por la prestación de un bien y /o servicio a usuarios finales.
- 5.6 **Cajero:** Es aquel trabajador que realiza las funciones de recaudar los fondos que pagan los usuarios externos al Hospital y de registrar a los usuarios y las prestaciones de los servicios de salud brindados.
- 5.7 **Cajero Centralizador:** Es el encargado de concentrar en forma diaria la recaudación del efectivo y reporte de la recaudación en caja, determinando los saldos disponibles, la centralización se realiza en moneda nacional en nuevos soles.
- 5.8 **Devolución de dinero:** Es aquella acción o forma de reintegro monetario que se realiza a un usuario por algún servicio pagado y no realizado.
- 5.9 **Factura:** Es un documento de compra y venta que registra la transacción comercial obligatoria y aceptada por Ley. Este comprobante acredita la transferencia de bienes, la entrega en uso o la prestación de servicios, cuando la operación se realice con sujetos del impuesto general a las ventas que tengan derecho al crédito fiscal. Asimismo, cuando el comprador o usuario lo solicite a fin de sustentar gastos y costos para efecto tributario y en el caso operaciones de exportación.
- 5.10 **Notas de Crédito:** Son documentos de índole contable y tributario, que sirven para sustentar el otorgamiento de un descuento o bonificación, anulación total o parcial de la devolución de los bienes vendidos.

VI. MOTIVOS O CAUSALES DE DEVOLUCIÓN DE DINERO EN EFECTIVO

- 6.1 **ERROR DE DIGITACIÓN DEL CAJERO**
Es aquella situación producida por el ingreso de datos equivocados en el sistema informático por el cajero.
- 6.2 **ERROR DE DIGITACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA**
Es aquella situación producida por el ingreso de datos equivocados en el Sistema informático por el técnico de farmacia.
- 6.3 **PRESTACION DE SERVICIOS NO ATENDIDOS EN EL HEJCU**
Situación en la cual un servicio programado y pagado, no se brinda por problemas internos atribuibles al hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", puede incluir insumos y/o medicamentos.
- 6.4 **DEPÓSITOS EN GARANTÍA**
Depósito en efectivo como garantía para cubrir gastos de hospitalización.





VII. TIPOS DE DEVOLUCIONES

7.1 DEVOLUCIÓN DE DINERO DEL PAGO REALIZADO EL MISMO DÍA DE LA ATENCIÓN Y/O EL DIA DE LA CITA PROGRAMADA POR SERVICIOS NO ATENDIDOS.

Es la devolución de dinero en efectivo por concepto de la prestación del servicio solicitado, pagado y no atendido; debiendo contar con los requisitos expuesto en el numeral 9.1 y serán atendidas en cualquier ventanilla de caja donde se realizó el pago.

Las devoluciones proceden considerando lo expuesto en el numeral 6 de la Directiva y se atenderán dentro del mes de emitido el ticket de pago.



7.2 DEVOLUCIÓN DE DINERO DEL PAGO REALIZADO SOLICITADO CON FECHA POSTERIOR AL DIA DE LA ATENCIÓN PROGRAMADA POR SERVICIOS NO ATENDIDOS

Es la devolución de dinero en cheque solicitado después de la cita programada del servicio solicitado y no atendido, teniendo un plazo máximo de 72 horas para solicitar la devolución de dinero, éste trámite deberá ser revisado por el fiscalizador previa solicitud adjuntando los requisitos expuestos en el ítem 9.1., para su verificación y en caso de proceder será atendido por el responsable de pagaduría del Equipo de Tesorería.

VIII. DISPOSICIONES GENERALES

8.1 Los Jefes de los Departamentos y/o Servicios estructurales deberán informar oportunamente a la Dirección Médica y Dirección Ejecutiva Administrativa la no atención de los servicios que oferta el Hospital, para su atención respectiva; debiendo estos informar a las instancias respectivas la falta del recurso.

8.2 El Jefe del Equipo de Tesorería deberá informar al responsable de la Caja, los servicios que no atenderán transitoriamente, comunicándoles el motivo; el personal de caja no deberá informar el motivo a los usuarios.

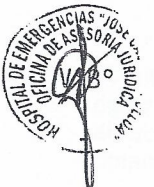
8.3 Los Jefe de los Departamentos y/o servicios estructurales confirmarán a través de su firma y sello el motivo de la no atención del servicio ofertado en el Hospital en el reverso del comprobante de pago.

8.4 Para la atención de cambio de terapéutica y/o tratamiento el médico jefe del servicio es el que confirmará a través de su firma las devoluciones respectivas, iniciándose el trámite para la atención de la nueva receta. En caso de ausencia del Jefe del Departamento o Servicio, firmará el Sub Director o Jefe de Guardia.

8.5 En caso de no contar con el comprobante, deberá solicitar una constancia de pago previa solicitud y pago respectivo por derecho al trámite administrativo.

8.6 Todos los Expedientes de las devoluciones de dinero solicitadas y atendidas, deberán contar con el V°B° del Equipo de Control Previo-Presupuesto de la Oficina de Economía.

8.7 Las devoluciones podrán ser solicitadas solamente por los pacientes, en caso de menores de edad, de pacientes con alguna discapacidad o de aquellos que se encuentren hospitalizados o estén en riesgo su vida los familiares deberán presentar una solicitud acreditando el grado de parentesco, presentando el DNI adjuntando fotocopia de este, además de los requisitos mencionados en el ítem 9.1 de la presente Directiva.





PERU

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Economía

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

IX. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

9.1 Toda devolución de dinero en efectivo deberá tener los siguientes requisitos :

- El original y las copias completas del comprobante de pago (boleta de venta, ticket, factura, etc.)
- El motivo y/o causa de la devolución escrita por el médico responsable del servicio, con su respectiva firma y post firma.
- Fecha de la devolución (día/mes/año)
- Nombre, Firma y DNI del paciente, como señal de conformidad de la devolución recibida

9.1.1 En caso de error de digitación del cajero:

Se considera que no es necesario hacer el movimiento del dinero, y el cajero efectúa lo siguiente:

- Verificar y reconocer el error cometido ante el usuario.
- Anular el comprobante de pago estampando el sello de anulado en todos los ejemplares.
- Emitir un nuevo comprobante de pago con los datos correctos y entregar a paciente las copias correspondientes

9.1.2 En el caso de error de digitación del técnico de farmacia:

Se considera que tampoco es necesario hacer el movimiento del dinero, el Técnico efectúa lo siguiente:

- Verificar y reconocer el error cometido ante el usuario
- Anular el comprobante de pago estampando el sello de anulado en todos los ejemplares y el VºBº del profesional Químico Farmacéutico.
- Emitir un nuevo comprobante de pago con los datos correctos y entregar al paciente las copias correspondientes.

9.1.3 En caso de medicamentos e insumos:

El cambio en la prescripción no requiere devolución de dinero, el médico tratante puede prescribir un medicamento diferente y el cajero proceda a anular el comprobante de pago estampando el sello de anulado en todos los ejemplares, escribiendo el motivo de la anulación y emitir un nuevo comprobante con el nombre y precio correcto del medicamento o insumo.

El personal de Farmacia (Químico Farmacéutico) deberá colocar su firma de conformidad que el producto devuelto se encuentra en buenas condiciones y corresponde a lo dispensado en la Farmacia del Hospital.

9.2 Previo al reembolso, el personal de caja entregará al paciente el Formulario de conformidad de la devolución (Anexo N° 04), registrando el número de la boleta de venta, el monto a devolver, apellidos y nombre del paciente, el número de DNI, firma y en caso de analfabetos colocará su huella digital.

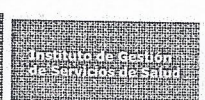
9.3 Las devoluciones de dinero que sean solicitadas el mismo día se realizarán en la misma caja donde se realizó la transacción, y las solicitadas el día de la cita programada se realizarán en las dos cajas.

9.4 Las devoluciones de dinero que sean solicitadas mayores a 72 horas de la cita programada.

www.heicu.gob.pe

Av. Roosevelt N° 6355-6375
Miraflores - Lima 18, Perú
Telf: 2040900
Telefax : (01) 444-3168





"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

En lo concierne a este evento, la inasistencia del paciente a la cita programada, no es responsabilidad del Hospital, no obstante, dicha inasistencia acarrea consecuencias que afectan al hospital. Tales como:

- El Hospital deja de atender a otro paciente
- El Hospital deja de percibir el monto que correspondería a dicha atención.
- El Hospital desperdicia la disponibilidad de tiempo del personal asistencial Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería y otros)



9.5 En caso de pérdida de comprobantes de pago, el usuario solicitará una constancia de pago (Anexo N° 02) por cada Boleta emitida, previo pago por concepto de gastos administrativos, asimismo la constancia deberá contar con los requisitos para la devolución expuesto en el punto 9.1.

X. DE LA DOCUMENTACION Y CONTROL

10.1 De la documentación requerida para efectuar la devolución:

10.1.1 DEVOLUCIONES EN EL DIA

Comprobante de pago: USUARIO Y SERVICIO, con los requisitos del numeral 9.1

10.1.2 DEVOLUCIONES DESPUÉS DEL DIA DEL SERVICIO OFERTADO:

- Se adjuntará una solicitud (Anexo N° 01)
- Fotocopia de DNI del paciente.
- Comprobante de pago: USUARIO y SERVICIO, con los requisitos del numeral 9.1.

Para los pacientes menores de edad con discapacidad, hospitalizados o que se encuentren en el servicio de emergencia, el familiar deberá adjuntar una solicitud más fotocopia de DNI acreditando su grado de parentesco (Anexo N° 03) y las condiciones del paciente.

10.2 Del control

El Equipo de Tesorería llevará un registro de las devoluciones y emitirá a la Oficina de Economía un Informe mensual consignando: montos, causales y servicios responsables; previa revisión de la documentación por el Equipo de Presupuesto-Control Previo para luego ser remitido a la Dirección Ejecutiva de Administración.

XI. PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION

11.1 DEVOLUCIONES EN EL DÍA

11.1.1 ERROR DE DIGITACIÓN DEL CAJERO

PLAZO DE ATENCIÓN: 01 DIA ÚTIL

ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1° Verifica y reconoce el error ante el usuario. 2° Realiza la anulación y procede al registro correcto en el Sistema. 3° Realiza la devolución de dinero según el importe señalado. 4° Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario. 5° Emite nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva.	El Recaudador o Cajero de turno	El mismo día de la emisión del Comprobante de Pago.





PERU

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Oficina de Economía

“DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU”
“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

11.1.2 ERROR DE DIGITACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA

PLAZO DE ATENCIÓN: 01 DIA ÚTIL

ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1° Verifica y reconoce el error ante el usuario. 2° Comunicar al Químico Farmacéutico de turno para el V° B° y firma en el Comprobante de Pago. 3° Realiza la anulación en el Sistema y procede al registro correcto en el sistema. 4° Informa al usuario los pasos a seguir. 5° Emite nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva.	Técnico de Farmacia	El mismo día de la emisión del Comprobante de Pago.
6° Revisa y verifica el error según el ítem 6.2. 7° Realiza la anulación y procede al registro correcto en el Sistema. 8° Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario. 9° Emite nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva.	El Recaudador o Cajero de turno	El mismo día de la emisión del Comprobante de Pago
10° Recibe el nuevo Comprobante de Pago y realiza la dispensación de los medicamentos y/o insumos. 11° Informa y refuerza las indicaciones médicas del usuario.	Técnico de Farmacia	



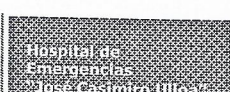
11.1.3 EN CASO DE PRESTACION DEL SERVICIO NO ATENDIDO

PLAZO DE ATENCIÓN: 01 DIA ÚTIL

ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1° Confirma y coloca el motivo de la no atención del servicio ofertado en el dorso del Comprobante de Pago (Servicios y usuarios), firma y fecha respectiva.	Jefe del Departamento y/o Servicio.	El mismo día de la emisión del Comprobante de Pago.
2° Verifica las causas según ítem 6.3 3° Realiza la devolución de dinero teniendo en cuenta la documentación según ítem 9.1. 4° Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario.	El Recaudador o Cajero de turno	

www.hejcu.gob.pe

Av. Roosevelt N° 6355-6375
Miraflores - Lima 18, Perú
Telf: 2040900
Telefax : (01) 444-3168



11.1.4 EN CASO DE CAMBIO DE TERAPÉUTICA Y/O TRATAMIENTO

El familiar del paciente realizará el trámite respectivo.

PLAZO DE ATENCIÓN: 01 DIA ÚTIL

ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1° Confirma y refrenda el motivo del cambio de terapéutica y/o tratamiento en el dorso del comprobante de pago (Servicios y usuarios), firma y fecha respectiva.	Jefe del Departamento y/o Servicio.	El mismo día de la prestación en el HEJCU
2° Verifica las condiciones de los productos, previa aprobación del Químico Farmacéutico. 3° Realiza la anulación en el Sistema y procede al registro correcto en el Sistema. 4° Informa al usuario los pasos a seguir. 5° Verifica el cumplimiento del ítem 9.1.2	Técnico de Farmacia	
5° Verifica el cumplimiento del ítem 9.1.2 6° Realiza la anulación del comprobante de pago, impregnando el sello de anulado en todos los ejemplares y anotando el motivo de la anulación. 7° Emitir un nuevo comprobante de pago por el concepto real y entregar al paciente las respectivas copias para su tratamiento.	El Recaudador o Cajero de turno	



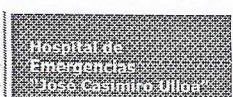
11.1.5 EN CASO DE SERVICIOS NO ATENDIDOS Y/O INSUMOS CARGADOS A LA CUENTA CORRIENTE

El familiar del paciente realizará el trámite respectivo

PLAZO DE ATENCIÓN: 01 DIA ÚTIL

ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1° Revisa Historia Clínica y verifica consumos 2° Refrenda y corrige error de consumo en el Estado de Cuenta Corriente manual	Enfermera de turno en Sala de Hospitalización.	El mismo día de la emisión del estado de Cuenta y Alta.
3° Emite nuevo Estado de Cuenta Corriente del paciente de alta y lo entrega al personal de caja	Personal de Cuentas Corrientes.	
4° Realiza el cobro respectivo correspondiente al Estado de Cuenta. 5° Verifica las causas según ítem 6.3	Recaudador o Cajero de Turno	





11.2 DEVOLUCIONES DE DINERO POSTERIORES A LA FECHA DEL SERVICIO OFERTADO.

El paciente presenta una solicitud en Trámite Documentario.

PLAZO DE ATENCIÓN: 04 DIA ÚTILES

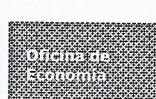
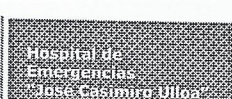
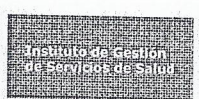
ACCION	RESPONSABLE	PLAZO
1º Verifica el llenado correcto de la solicitud de Devolución, el cual deberá tener adjunto los requisitos mencionados en el ítem 9.1. 2º Registra informa al usuario y lo deriva para el trámite respectivo.	Trámite documentario	El mismo día de la presentación de la solicitud.
2º Recibe, registra y deriva la solicitud.	Secretaria Dirección Administrativa.	
3º Recibe y deriva la solicitud	Jefe del Equipo de Tesorería.	03 Días a partir de la recepción del expediente.
4º Recibe la solicitud y requisitos, y verifica la información de acuerdo a lo solicitado en el Sistema.		
5º Registra las devoluciones en el SIAF 6º Realiza los trámites para la Nota de Crédito y la emisión del cheque. 7º Conformidad para la devolución respectiva.		



XII. RESPONSABILIDADES

- 12.1 El personal de informes deberán orientar sobre el procedimiento de devolución de dinero a los usuarios.
- 12.2 El Fiscalizador es el responsable de verificar el correcto llenado de la solicitud para la devolución de dinero y la solicitud de la constancia de pago, así como de los requisitos obligatorios que se deberán adjuntar, además deberán informar al usuario el plazo del trámite.
- 12.3 El área de Cuentas Pacientes es responsable del informe del estado de cuenta del paciente hospitalizado que solicite su devolución.
- 12.4 Las jefaturas de los departamentos Servicios y Unidades, deberán refrendar los comprobantes de pago según corresponda para viabilizar el proceso de devolución de dinero.
- 12.5 El Equipo de Tesorería, realiza las devoluciones, de acuerdo a la presente Directiva.
- 12.6 El Jefe de la Oficina de Economía, será responsable de velar por el cumplimiento de la presente Directiva.
- 12.7 El Director de la Oficina de Ejecutiva de Administración, será el responsable de hacer cumplir la presente Directiva.





"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
 "Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

XIII. DISPOSICIONES FINALES

13.1 Toda solicitud de devolución será atendida en horario de lunes a viernes de 08.00 am. a 04.00 pm.

XIV. ANEXOS:

- Instructivo del llenado del Formulario de Devolución de Dinero
- ANEXO N° 01: Formulario de solicitud para devolución de dinero.
- Instructivo de llenado del Formulario de Solicitud para la Atención de Constancia de Pago (en caso de Perdida de Comprobante de Pago por el Paciente)
- ANEXO N° 02: Formulario de solicitud para constancia de pago.
- Instructivo del llenado del Formulario de Solicitud de donde se acredita el grado de parentesco del paciente.
- ANEXO N° 03: Formulario de solicitud que acredite grado de parentesco.
- Instructivo de conformidad de la devolución de dinero.
- ANEXO N° 04: Formulario de solicitud de conformidad de devolución de dinero.
- ANEXO N° 05: Comprobantes de pago originales.





ANEXO N° 01

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA DEVOLUCION DE DINERO

Expediente N°.....

Señor Director Ejecutivo de Administracion del Hospital José Casimiro Ulloa



Nombres y Apellidos del paciente:

Cón DNI N°..... H. Clínica () Ficha de Atención () N°.....

Solicito la devolución de dinero en efectivo, por el siguiente motivo:

- () Cambio y/o suspensión imprevisto de terapéutica y/o tratamiento (*)
- () Ausencia del personal programado responsable de la atención (*)
- () Falta de Medicamentos e insumos en Farmacia (*)
- () Falta de energía eléctrica
- () Equipo inoperativo (*)
- () Falta de reactivos en los Serv. Patolog. Clínica (Laboratorio, Bco. de Sangre, A. Patolog.) (*)
- () Procedimiento no realizado y/o insumos no utilizados y cargados al estado de cuenta corriente
- () Especificar el Detalle (Concepto de pago):

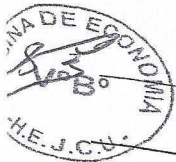
Por el importe de S/.nuevos soles.

Area donde se solicito el servicio C. Externa () Hospitalización () Emergencia ()

Adjunto: Comprobante de pago (Usuario y Servicio) (**)
Copia del DNI del paciente

En caso de familiares: Solicitud donde acredita grado de parentesco del paciente más DNI del familiar.

(**) En caso de pérdida de comprobante de pago, el paciente adjuntara la constancia del pago previo trámite respectivo.



Firma del solicitante

Expediente N°.....

Nombres y Apellidos del Solicitante:

.....

Detalle de Devolución:

Monto de la Devolución:nuevos soles.

Plazo de Entrega: (04) cuatro días hábiles





PERU

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"

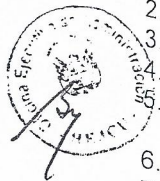
OFICINA DE
ECONOMIA

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE DEVOLUCION DE DINERO

Este formulario se utilizara cuando el servicio no se brinde en la fecha indicada por causas atribuibles al Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

Este formulario será llenado de la siguiente manera:

1. Colocar nombres y apellidos del paciente.
2. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del paciente
3. Colocar número de historia clínica o número de ficha de atención de emergencia del paciente.
4. Marcar el motivo de la devolución
5. Especificar el detalle de la devolución (Nombre del servicio no atendido, nombre del medico que no atendió, nombre del medicamento y/o insumos)
6. Indica el Area donde se solicito el servicio.
7. colocar el importe en cifras
8. Marcar los documentos adjuntos obligatorios según directiva.
9. Si el Solicitante es el familiar del paciente, adjuntar solicitud donde acredita el grado de parentesco y fotocopiado de DNI del paciente.
10. Colocar firma y sello del solicitante



DESGLOSABLE

1. Colocar el nombres y apellidos del paciente
2. Colocar la descripción de la devolución
3. Colocar el monte de la devolución en letras

IMPORTANTE

Tramite documentario al decepcionar la solicitud deberá verificar el correcto llenado de esta, colocando el sello fechador u numero de expediente en la solicitud y en el desglosable.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

OFICINA DE ECONOMIA

ANEXO N° 02

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA ATENCION DE CONSTANCIA DE PAGO (EN CASO DE PÉRDIDA DE COMPROBANTE DE PAGO POR EL PACIENTE)



Expediente N°

Señor Director Ejecutivo de Administracion del Hospital de Emergencias "Jose .CasimiroUlloa",

Yo
Con DNI N° Historia Clinica () Ficha de atención () N°
Habiendo extraviado el comprobante de pago (usuario- servicio), solicito constancia de haber pagado el servicio de con fecha por el importe de S/ nuevos soles.

Adjunto: - Fotocopia del DNI del paciente ().
- Comprobante de pago por derecho a constancia de pago.

En caso de familiares: solicitud donde se acredita el grado de parentesco del paciente y fotocopia de DNI del familiar ()



Firma del solicitante



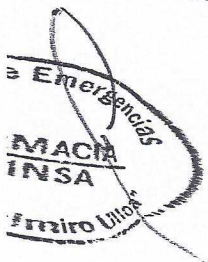
Expediente N°

Nombres y apellidos del solicitante:



Solicito constancia de pago del servicio:

Plazo de Entrega: (01) un día hábil.



INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA ATENCIÓN DE CONSTANCIA DE PAGO (EN CASO DE PÉRDIDA DE COMPROBANTE DE PAGO POR EL PACIENTE)

Este formulario se utilizará solo cuando no se cuente con el comprobante de pago y se llenará individualmente por cada procedimiento y/ o insumo cargado a la cuenta, y/o servicio ofertado pagado y no haya sido atendido.

Este formulario será llenado de la siguiente manera:

1. Colocar nombres y apellidos del paciente.
2. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del paciente.
3. Colocar número de Historia Clínica y/o número de ficha de atención de emergencia del paciente.
4. Colocar el nombre del servicio que fue pagado.
5. Colocar la fecha de pago del servicio.
6. Colocar el importe en letras del servicio que fue cancelado.
7. En caso de familiar y/o apoderado, deberá adjuntar fotocopia de su DNI y carta poder simple.
8. Colocar los nombres y apellidos del familiar, N° DNI y grado de parentesco.
9. Colocar firma y sello del solicitante.
10. Cuando se le entregue la Constancia, deberá firmar la conformidad de la recepción.

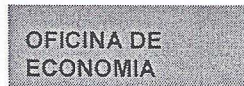
DESGLOSABLE

1. Colocar los nombres y apellidos del paciente.
2. Colocar el concepto del servicio, que solicita la constancia de pago.

IMPORTANTE

Trámite documentario al recepcionar la solicitud deberá verificar el correcto llenado de esta, colocando el sello fechador y número de expediente en la solicitud y en el desglosable.





ANEXO N° 03

SOLICITUD DE ACREDITACION DE GRADO DE PARENTESCO DEL PACIENTE

Señor Director Ejecutivo de Administracion del Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa"

Yo.....

Con D.N.I. N°.....

Declaro ser familiar del paciente:

Con Historia Clinica N°..... el cual no puede realizar el tramite de devolucion de dinero

Por encontrarse en la siguiente situación:

Menor de Edad (), discapacitado (), Hospitalizado (), en Emergencia (), fallecido ()

Grado de parentesco: Padre () Madre () Hermano (a) () Abuelo (a) () Nieto(a) ()

Esposo(a) () Primo (a) () Tio (a) () Empleadot ()

En caso de representante legal () Adjuntar carta poder

IMPORTANTE: adjuntar Fotocopia del DNI del familiar

Lima, de Del



Firma del Solicitante





INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DONDE SE ACREDITA EL GRADO DE PARENTESCO DEL PACIENTE



Este formulario se utilizará para acreditar que el paciente no puede realizar el trámite de la devolución de dinero.

Este formulario será llenado de la siguiente manera:



1. Colocar nombres y apellidos del solicitante (familiar)
2. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del solicitante (familiar)
3. Colocar los nombres y apellidos del paciente.
4. Colocar número de Historia Clínica y/o número de ficha de atención de emergencia del paciente.
5. Colocar la situación y/o motivo en que se encuentra el paciente.
6. Colocar el grado de parentesco del paciente.
7. Adjuntar fotocopia de DNI del familiar o Representante legal.
8. Colocar firma y huella digital del solicitante.



IMPORTANTE

Trámite documentario al recepcionar la solicitud deberá verificar el correcto llenado de esta, el cual es parte del expediente del trámite de la devolución de dinero para los casos de familiares que realicen el presente trámite.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital de Emergencias "Jose Casimiro Ulloa"

OFICINA DE ECONOMIA



ANEXO N° 04

FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE DEVOLUCION DE DINERO



Expediente N°.....

Nombres y apellidos del solicitante:.....

Nombres y apellidos del paciente:.....

Numero de D.N.I. del solicitante:.....

Descripción del servicio de la devolución.....

.....

.....

Importe S/..... Numero de Boleta de venta:.....



Fecha: Lima, de del



Conformidad del paciente

Cajero



Instructivo del Formulario de Conformidad de la devolución de dinero



1. Colocar los nombres y apellidos del paciente
2. Colocar los nombres y apellidos del solicitante
3. Colocar el N° del documento de identidad del solicitante
4. Colocar el detalle de la devolución
5. Colocar el Monto en Soles del importe según Boleta
6. Colocar el N° de Boleta de Venta
7. Colocar la fecha de devolución
8. Colocar la firma del paciente y/o solicitante
9. Colocar la firma del Cajero que realiza la devolución

DECLARATION OF THE BOARD OF DIRECTORS

I, the undersigned, being a duly qualified and authorized officer of the above-named corporation, do hereby certify that the foregoing is a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the corporation.

