

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Página No. 1
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

1. Introducción

Se diseñó el procedimiento “Para solicitar reembolso de depósito por préstamo de aparatos o accesorios ortopédicos” con el fin de definir las instancias que intervienen en este proceso.

Este procedimiento identifica la actividad general del proceso y el grado de detalle del mismo, describe en orden cronológico el conjunto de operaciones que deben realizarse para efectuar el proceso, identificando al responsable de cada actividad.

El grado de detalles con que fue elaborado, es útil para actividades de capacitación e inducción, sobre todo cuando se trata de empleados de reciente ingreso al Instituto y permite tener un instrumento homogéneo de aplicación uniforme a nivel Institucional

2. Objetivo

Establecer el mecanismo idóneo para solicitar reembolso de depósito por préstamo de Aparatos o accesorios ortopédicos.

Contar con un proceso administrativo que identifique las instancias y defina la norma para realizar el procedimiento antes descrito.

3. Alcance

Este procedimiento es aplicable a Nivel central en Tegucigalpa y Nivel Regional de San Pedro Sula.

4. Definiciones

ACCESORIOS: El término accesorio hace referencia a todo aquel elemento u objeto que se utiliza para complementar otra cosa y que es opcional tener en cuenta. El accesorio es siempre un auxiliar de aquello que es central y esto puede aplicarse a un sinnúmero de elementos de diferente tipo.

APARATOS: Es un conjunto de piezas organizadas en distintos dispositivos o mecanismos, mecánicos, eléctricos o electrónicos, que realizan una función específica.

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clínica Especializada de Medicina Física y Rehabilitación, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 2
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

DEPOSITO: El depósito consiste, por lo general, en poner efectivo o bienes bajo la custodia de una persona o de una organización que deberá responder de ellos cuando se le pidan.

GESTIONAR: Hacer las acciones o los trámites necesarios para conseguir o resolver una cosa.

IHSS: Instituto Hondureño de seguridad social.

MONTO: Cantidad de dinero que se tiene que pagar o que se recibe al finalizar el plazo pactado.

ORTOPÉDICOS: Que sirve para prevenir o corregir las deformaciones o desviaciones de los huesos y de las articulaciones del cuerpo.

PRÉSTAMO: Un préstamo es la acción y efecto de prestar, un verbo que hace referencia a entregar algo a otra persona, quien debe devolverlo en un futuro.

REEMBOLSO: Este concepto, implica el hecho de volver a obtener aquello que se había entregado o prestado.

5. Referencias

INTERNA

- Reglamento para prótesis acuerdo 016-JD-1981
- Hoja de Vigencias de Derechos
- Receta médica Extendida por médico tratante del IHSS

Externa

- ✓ Tarjeta de Identidad

5. Responsabilidad y Autoridades

Es responsable por la supervisión y velar por el cumplimiento de este procedimiento la Dirección Medica Nacional de Tegucigalpa y la Dirección Regional Nor Occidental de San Pedro Sula.

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS  INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 3
	PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
	CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

Es responsable por la correcta implementación del proceso el Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación de Tegucigalpa y San Pedro Sula, y los empleados operativos que participan en el proceso

La unidad de Auditoria Interna de Tegucigalpa y San Pedro Sula, efectuara fiscalizaciones para verificar que el procedimiento se realice correctamente

7 Procedimiento

Derechohabiente/Responsable

7.1 Devuelve aparato o accesorio Ortopédico

7.1.1 Al expirar la fecha para devolver el accesorio o aparato ortopédico, se presenta a la Clínica de Medicina Física y Rehabilitación a hacer la respectiva devolución.

DIRECCIÓN MEDICA NACIONAL

Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación

Trabajo Social

7.2 Recibe accesorio o aparato ortopédico y llena solicitud de reembolso (*Solicitud de reembolso, Formato de entrega y recepción de bienes*)

7.2.1 Retira del Archivo la notificación de Depósito y Formato de Entrega y Recepción de Bienes.

7.2.2 Verifica las condiciones en que se recibe el bien, haciendo la respectiva anotación en el Formato de Entrega y Recepción de Bienes y fecha en que se recibe.

7.2.3 Llena el formulario " Solicitud de Reembolso" en donde registra:

- ❖ Nombre del paciente o responsable
- ❖ Número de identidad
- ❖ Número de carnet de afiliación
- ❖ Valor que se reembolsa
- ❖ Fecha y número del recibo con que realizó el depósito
- ❖ Detalle del bien retornado
- ❖ Fecha de solicitud de reembolso
- ❖ Lugar, fecha, firma y sello

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 4
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

7.2.4 Entrega el formato de solicitud de reembolso a paciente o responsable, guarda una copia en archivo y le indica presentarlo a la Coordinación de Negociación de Convenios.

Derechohabiente/Responsable

7.3 Presenta solicitud de reembolso en coordinación de convenios (**Solicitud de reembolso**)

7.3.1 En la Coordinación de Negociación de Convenios, presenta la solicitud de reembolso.

GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Sub-Gerencia Recaudación y Recuperación Vía Administrativa

Área de Coordinación de convenios

7.4 Recibe, revisa notificación de reembolso y elabora memorando solicitando emisión de orden de pago (**Memorando de solicitud de reembolso, copia de recibo de pago, copia de tarjeta de identidad**)

7.4.1 Verifica los datos de "Solicitud de Reembolso", recibo de Pago de Depósito y fotocopia de identidad

7.4.2 Informa al derechohabiente o responsable que deberá presentarse en el término de veinte (20) días hábiles a reclamar su cheque al Departamento de Tesorería.

7.4.3 Elabora memorándum solicitando emisión de orden de pago adjuntando Solicitud de Reembolso, copia de recibo de pago y copia de la tarjeta de identidad dirigido a la Sub-Gerencia de Registros Contables.

Sub-Gerencia de Registros Contables

7.5 Recibe, revisa documentación y realiza el registro contable (**Memorando de solicitud de reembolso, copia de recibo de pago, copia de tarjeta de identidad**)

7.5.1 Recibe y Revisa documentación

7.5.2 Realiza el Registro contable cargando la cuenta Depósitos en garantía por el valor total del arrendamiento y acredita la cuenta Otros ingresos con el valor del 20% del total y la cuenta, Cuentas por pagar con el 80% del valor, cuya cantidad es el valor a pagar por reembolso al Derechohabiente.

7.5.3 Envía con memorando documentación a la Gerencia Administrativa y financiera sin Solicitud de reserva presupuestaria ya que para este tipo de trámite no se realiza.

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clínica Especializada de Medicina Física y Rehabilitación, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 5
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

Gerencia Administrativa y Financiera

7.6 Recibe y revisa documentación y elabora memo ordenando emisión de cheque (**Memorando de emisión de cheque**)

7.6.1 Recibe y revisa documentación.

7.6.2 Asigna a un Analista para revisión el cual revisa la documentación vigilando cumpla con los requisitos para proceder el pago, de cumplirlos se realiza el desbloqueo del pago en el sistema SAP, y se procede a remitir mediante memorando firmado por el Gerente Administrativo a la oficina de Tesorería para realización del pago.

Departamento de Tesorería

Cajero Pagador

7.7 Efectúa pago de cheque (**Cheque**)

7.7.1 El método de pago establecido por Tesorería es a través de cheque

7.7.2 Previa presentación de tarjeta de identidad y comprobante hace entrega del cheque al Derechohabiente o responsable.

Derechohabiente/Responsable

7.8 Recibe cheque de pago (**Cheque**)

7.8.1 El interesado firma copia del cheque y copia azul de la Orden de Pago, anotando Número de tarjeta de identidad.

Cajero Pagador

7.9 Ordena comprobantes de pago (**Comprobante de pago**)

7.9.1 Una vez ordenadas las copias y Boucher del cheque, los remite a Sub-Gerencia de Registros Contables.

Sub-Gerencia de Registros Contables

7.10 Recibe copias y Boucher de cheques (**Copias y Boucher de cheques**)

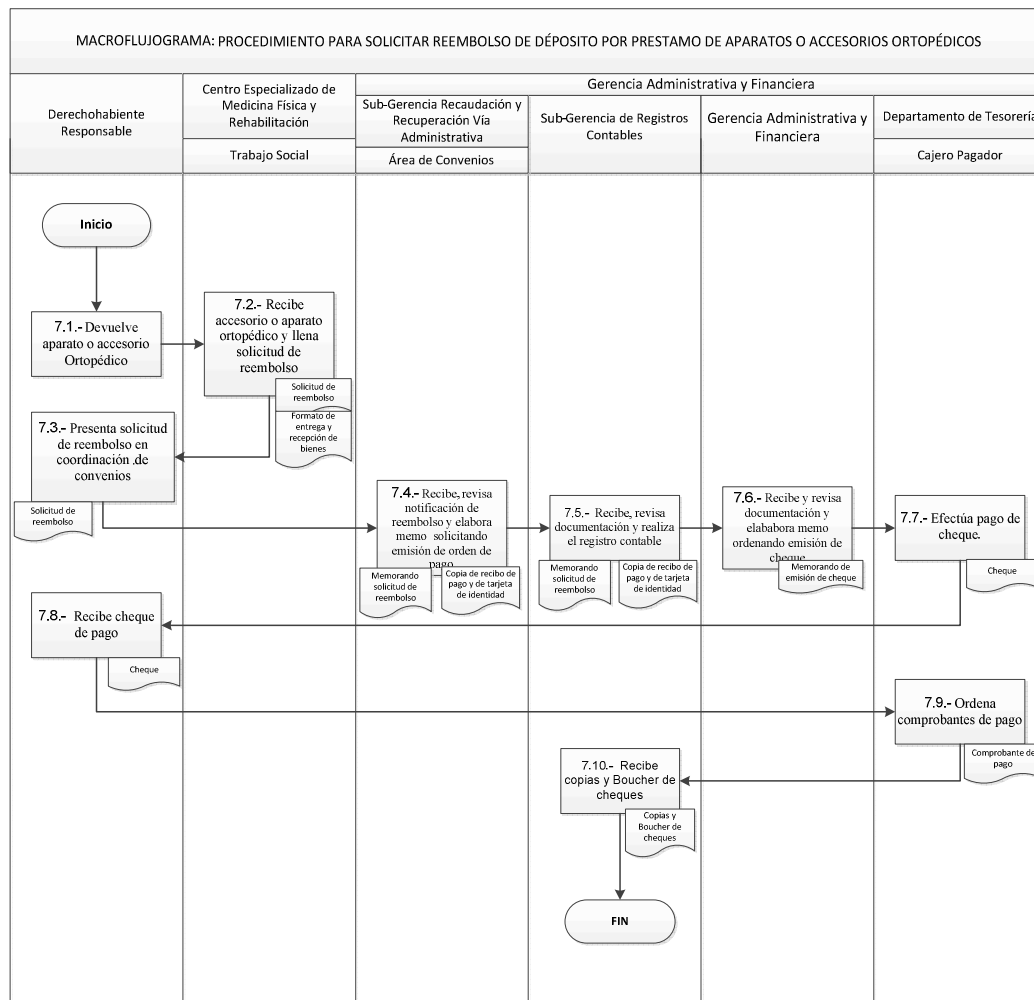
7.10.1 Recibe Copias u Boucher de cheques y archiva documentación.

7.11 Fin de procedimiento

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Página No. 6
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

8. Diagrama de flujo



9 Anexos

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 7
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

9.1 Notificación de Depósito


INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
NOTIFICACION DE DEPOSITO

SIRVASE RECIBIR DEL SEÑOR(A): _____ NOMBRES Y APELLIDOS _____

CON CARNET DE AFILIACION No. _____

LA CANTIDAD DE: _____ LEMPIRAS

(LPS. _____) EN CALIDAD DE DEPOSITO, POR EL USO DE _____

QUE, EN CALIDAD DE PRESTAMO, EL I.H.S.S. ENTREGA EN ESTA.

FECHA DE DEVOLUCION: _____ DE _____ DEL 200 _____

TEGUCIGALPA, M.D.C., _____ DE _____ DEL 200 _____

FIRMA Y SELLO: _____ POR MEDICINA FISICA Y REHAB.

NUMERO Y FECHA DE RECIBO: _____

ORIGINAL: TESORERIA
COPIA: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
COPIA: ARCHIVO

No. Código 520611

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Página No. 8
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

9.2 Solicitud de reembolso


INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

TRABAJO SOCIAL
SOLICITUD DE REEMBOLSO

Sirvase reembolsar al señor (a): _____
 con carnet de afiliación: _____ la cantidad de _____
 _____ Lempiras, que dejara en deposito el día
 _____ del 200____, por préstamo de: MULETAS (): _____
 BASTONES (): ANDADORES () _____
 TEGUCIGALPA, M.D.C., _____ DE _____ DEL 200____

FIRMA Y SELLO: _____
 POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Cod. No. 520612

Original: Tesorería
 CC: Medicina Física y Rehabilitación
 Derechohabiente
 Archivo

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345- UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855- SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS- 15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	Página No. 9 Código:
--	---	------------------------------------

9.3 Contrato de Préstamo

01/07/2015

IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

FORMATO No 2

CONTRATO DE PRESTAMO DE ANDADOR

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) mediante la Coordinación de Negociación de Convenios, entidad autónoma con personería jurídica creada mediante Decreto Legislativo No. 140 del 19 de mayo de 1959 y quien para los efectos de este contrato se denominará "El INSTITUTO" y el Sr. (Sra.) NANCY WALESKA DURON RODRIGUEZ Con numero de identidad, 0801-1971-05500, y afiliación al Instituto Hondureño de Seguridad Social No. 0801-1971-05500 quien se denominará "EL PRESTATARIO", hemos convenido en celebrar como en efecto el presente contrato de préstamo conforme a las cláusulas y condiciones siguientes: PRIMERA: Manifiesta "El INSTITUTO" en su condición con que actúa que ha convenido con el NANCY WALESKA DURON RODRIGUEZ darle en préstamo, un Andador color... (Descripción del aparato), que es propiedad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), tomando en consideración que es una derechohabiente del sistema SEGUNDA: El préstamo se hará bajo las siguientes condiciones: a) Que el Andador se le darán en préstamo por un término de tres meses (hasta el 30/09/15) Pero si se diere el caso que su médico tratante determinate que antes del tiempo que se le dio en préstamo el referido aparato, el derechohabiente recupera su capacidad se obliga a restituir un Andador a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, en buen estado; b) Si estando en tratamiento el paciente, el médico tratante diagnostica que su patología es irreversible, los familiares deben regresar las muletas a la mayor brevedad posible si la enfermedad es permanente; c) "EL PRESTATARIO" se compromete a entregar en depósito la cantidad de SEISCIENTOS LEMPÍRAS EXACTOS (L.600.00) en la tesorería del Instituto ubicado en el Barrio Abajo del Edificio Administrativo. d) se cobrará un 20% por depreciación para mantenimiento del mismo. TERCERA: "EL PRESTATARIO" acepta todo lo que refieren las cláusulas de este contrato.

En fe de lo cual para constancia y seguridad de las partes se firma el presente contrato en la ciudad de Tegucigalpa Municipio del Distrito Central el día miércoles 01 de julio del 2015.

RECIBO No. 356102

Hermana: **CLAUDIA REGINA DURON**
0801-1966-08202 (Parentesco)
Tel 2227-9191 / cel: 9873-3376

Por: **NANCY WALESKA DURON RODRIGUEZ**

"EL PRESTATARIO"

Abogada, **Zaira Elizabeth Sánchez**
Coordinación de Cobranzas.

Interesado
UMFR (Unidad de Medicina Física y Rehabilitación)
(Negociación de Convenios)

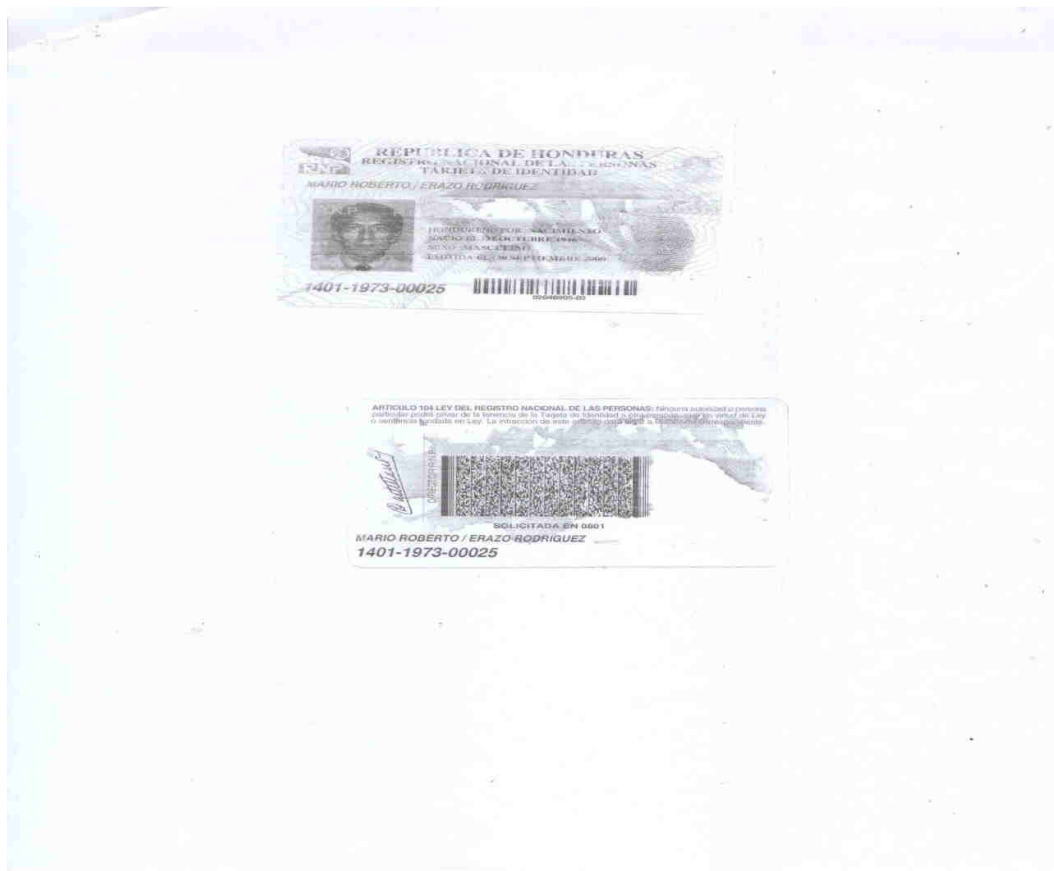
UN SEGURO PARA TODOS... MAS SEGURO

Edificio Administrativo, Barrio Abajo, Tegucigalpa. Teléfonos: 237-4736

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clínica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Página No. 11
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

9.5 Copia tarjeta de identidad



Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clínica Especializada de Medicina Física y Rehabilitación, en memorando No. 345- UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855- SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS- 15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS	 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL IHSS	INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIDAD DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACION DE LA GESTION ORGANIZACIÓN Y METODOS	Pagina No. 12
		PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DEPÓSITO POR PRÉSTAMO DE APARATOS O ACCESORIOS ORTOPÉDICOS	Código:
		CENTRO ESPECIALIZADO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	

10 Historial y revisiones

Revisión No.	Fecha	Descripción y/o ítems modificados	Actualizado por	Autorizado por:
1	14-07-2015		Ing. Emigdio Zuniga	
2	30-07-2015	Memorando No. 2621 GAYF-2015	✓	
3	28-07-2015	Visto bueno de la Gerencia de la clinica especializada de medicina física y rehabilitación	✓	

Elaborado por: Ing. Emigdio Martin Zuniga		Supervisado por: Lic. Mercedes Midence		Refrendado por: Dra. Sonia Flores Lic. Edwin Medina		Aprobado por: Dra. Miriam Chávez		Autorizado para su socialización por: Ing. Sergio Romero		Edición No.
Cargo: Analista de Organización y Métodos		Cargo Jefe Departamento Organización y Métodos		Cargo: Gerente Clinica Especializada de Medicina Física y Rehabilitacion, en memorando No. 345-UMFR-2015 Sub-Gerente Recaudación y Recuperación, en memorando No. 855-SGRYR-2015		Cargo: Directora Médica Nacional, en memorando No. 4402-DMN-IHSS-15		Cargo: Jefe Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, en memorando No. 017-UPEG-2016		
Fecha de Elaboración 20-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración 22-07-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 28-07-2015 09-09-2015	Firma	Fecha de Elaboración : 30-12-2015	Firma	Fecha de Elaboración: 11-01-2016	Firma	