

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA DESCONCENTRAR
PROCESOS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD A LOS HOSPITALES**

Y

**PROCEDIMIENTOS DE ENFERMEDAD QUE SE PRESENTARAN EN SECRETARIA
GENERAL**

NOVIEMBRE 2004

I.- OBJETIVO

- UNIFICAR Y NORMATIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE SIGUEN ANTES, DURANTE Y DESPUES DE REALIZADOS LOS PROCESOS, PARA LA PRESENTACION Y RESOLUCION DE DIFERENTES TRAMITES EN EL INSTITUTO.
- PERMITIR A LOS SECTORES INVOLUCRADOS, CONOCER LA FORMA DE PROCEDER EN CADA UNA DE LAS INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS QUE CONLLEVA LA PRESENTACION DE SOLICITUDES Y DEFINE LAS DIFERENTES INSTANCIAS Y ACCIONES QUE DEBEN EFECTUARSE PARA DAR UNA RESOLUCION AL CLIENTE

II.- METODOLOGIA

PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO SE PROCEDIO DE LA SIGUIENTE MANERA:

- REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS EXISTENTES
- ENTREVISTAS Y VISITAS DE OBSERVACION DIRECTA EN LAS AREAS DONDE SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES
- ACTUALIZACION DE NORMAS O REGLAS NECESARIAS PARA EL MEJOR DESARROLLO DE LOS PASOS Y ACTIVIDADES DE CADA PROCEDIMIENTO
- CONCERTACION CON LOS JEFES O ENCARGADOS DE AREAS RESPONSABLES DE SU EJECUCION
- VALIDACION DEL DOCUMENTO POR LA SECRETARIA GENERAL
- APROBACION DEL DOCUMENTO POR DIRECCION EJECUTIVA

**III.- PERSONAL QUE REVISO Y ELABORO EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
PARA DESONCENTRAR PROCESOS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD A LOS HOSPITALES Y
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD QUE SE PRESENTARA EN SECRETARIA GENERAL**

VALIDACION:

ABOG. JORGE ENRIQUE MONTES
SECRETARIO GENERAL

COORDINACION:

DR. JORGE A. VALLE
GERENTE PLANIFICACION ESTRATEGICA

SUPERVISION Y REVISION:

LIC. MERCEDES ELIZABETH MIDENCE ZAVALA
SUB-GERENTE ORGANIZACIÓN Y METODOS

ENTREVISTAS Y REDACCION:

LIC. MARIA LILIANA CASTILLO ZUNIGA
ANALISTA SUB-GERENCIA ORGANIZACIÓN Y METODOS

LIC. MERCEDES ELIZABETH MIDENCE
SUB-GERENTE ORGANIZACIÓN Y METODOS

TRABAJO SECRETARIAL:

S.E. EMMA LASTENIA HERNANDEZ TURCIOS
SECRETARIA SUB-GERENCIA ORGANIZACIÓN Y
METODOS

APROBACION:

OFICIO NO.:_____

DR. RICHARD ZABLAH
DIRECTOR EJECUTIVO

**IV.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA DESCONCENTRAR PROCESOS DE ENFERMEDAD
MATERNIDAD DE LOS HOSPITALES.**

UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ES UN CONJUNTO DE PASOS O ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN UN ORDEN LOGICO O SECUENCIAL PARA LA CONSECUCION DE UN OBJETIVO.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA REFRENDAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES			
OBJETIVO: NORMATIZAR LOS PASOS A SEGUIR PARA REFRENDAR LAS INCAPACIDADES EXTENDIDAS POR MEDICO PRIVADO U HOSPITALES PUBLICOS			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TRABAJADOR ASEGURADO O INTERESADO	1	SOLICITA INFORMACION PARA EL REFRENDAMIENTO DE INCAPACIDAD EXTENDIDAS POR MEDICO PRIVADO U HOSPITAL PUBLICO	.- La información que solicita es por incapacidades extendidas por Médico Privado u Hospitales Públicos las cuales pueden ser por: <ul style="list-style-type: none"> * Enfermedad Comùn o Accidente Comùn * Enfermedad Profesional o Accidente de Trabajo * Maternidad
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL O ADMINISTRACIONES REGIONALES	2	ENTREGA SOLICITUD	.- El empleado receptor del IHSS, entrega al interesado solicitud de Trámite de Incapacidades, para que sea llenado y le indica los documentos que deben adjuntar y que se describen así: <ul style="list-style-type: none"> * Solicitud de trámite de Incapacidad debidamente llenada * Certificación Médica extendida por el Médico Privado (original), debidamente firmada y sellada o Cons-

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	ORIENTA AL ASEGURADO O INTERESADO, SOBRE LOS TIEMPOS EN QUE DEBE PRESENTAR LA SOLICITUD DESCRITA	<p>tancia extendida por Clínicas y Hospitales Estatales</p> <ul style="list-style-type: none"> * Exámenes de Laboratorio y de Gabinete, que apoyen el Diagnóstico (Artículo No. 10 Reglamento de Incapacidades) * Carnet de Afiliación del Asegurado (fotocopia) * Copia de boleta de Inscripción del Recién Nacido (por Incapacidad Post-Natal) * Fotocopia de Identidad * Hoja de Vigencia de Derechos <p>- La solicitud podrá ser presentada por el interesado, un Gestor Oficioso, apoderado Legal o personas particulares, siempre que acredite la documentación necesaria (Artículo No. 10 del Reglamento de Incapacidades)</p> <p>- En la solicitud, se indicará que se requiere refrendar y ratificar la incapacidad que extendió el Médico Privado y Hospital Público.</p> <p>- Los plazos que establece el Reglamento , para la extensión de Incapacidades, son las siguientes: ARTICULO No.11 (Reglamento de Incapacidades)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p data-bbox="1376 289 2198 440">.- La solicitud para la ratificación o refrendo de una incapacidad temporal laboral , extendida por un Médico en el ejercicio privado de su profesión, deberá presentarse dentro de los plazos siguientes:</p> <p data-bbox="1376 483 2198 824">a).- Si se trata de un paciente, que ha recibido atención médica ambulatoria, en regiones donde el Instituto proporcione dicha atención, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de la consulta que originó la incapacidad, con derecho al goce de subsidio y cinco días adicionales a la fecha de vencimiento de este plazo, para que pueda presentarla ante su Patrono, sin derecho al subsidio por incapacidad por parte del I.H.S.S.</p> <p data-bbox="1376 868 2198 979">b).- Para los pacientes de atención médica hospitalaria y cirugía dentro de los cinco días siguientes del egreso hospitalario</p> <p data-bbox="1376 1023 2198 1094">c).- Para aquellos pacientes de Cuidados Intensivos, dentro de los cinco días siguientes del egreso hospitalario</p> <p data-bbox="1376 1138 2198 1398">d).- Cuando el paciente hubiere recibido tratamiento en cualquier lugar distinto de la república o en el exterior del país, presentando en este caso la solicitud acompañada de los documentos debidamente autenticados, que acrediten la asistencia médica y el período de reposo recomendado por el médico tratante, dentro de los cinco (5) días siguientes a la</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>TRABAJADOR ASEGURADO O INTERESADO</p>	<p>4</p>	<p>PRESENTA SOLICITUD DE REFRENDAMIENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL</p>	<p>fecha de su arribo al territorio nacional.</p> <p>En los incisos b) y d), se le otorgará diez días adicionales; en el caso del inciso c), veinticinco días adicionales, para extenderles el refrendamiento de la incapacidad sin derecho al goce del subsidio por parte del Seguro Social y sólo para efecto que la presente ante su Patrono</p> <p>- Entrega solicitud al trabajador asegurado o interesado y le informa que el IHSS, refrendará únicamente las incapacidades mayores de tres (3) días y las incapacidades hasta tres (3) días, tendrá validez por sí misma ante el Patrono</p> <p>- En caso que sea extendida nueva Certificación, comprendida dentro de los 35 días de la incapacidad anterior debe adjuntar fotocopia del Certificado de Incapacidad de los tres (3) primeros días de incapacidad más el Certificado Original del nuevo periodo</p> <p>- El solicitante presenta la solicitud que contiene los datos siguientes:</p> <p>a).- No. DE SOLICITUD Es el número de control que asigna el empleado Receptor de trámites (correlativo)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>b).- YO Anota, Nombres y Apellidos del Solicitante</p> <p>c).- No. DE AFILIACION Anota, número de afiliación del Trabajador</p> <p>d).- EMPLEADO DEL PATRONO Anota el nombre de la Empresa con quien trabaja</p> <p>e).- No. PATRONAL anota número Patronal de la Empresa</p> <p>f).- MUY RESPETUOSAMENTE SOLICITO LO SIGUIENTE: Especifica el motivo de la solicitud</p> <p>g).- ADJUNTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS Anota los documentos soporte que acompañan la solicitud</p> <p>h).- DIRECCION EXACTA Anota dirección y teléfono (NO SE ACEPTA CELULAR)</p> <p>i).- FECHA Anota fecha de presentación de solicitud</p> <p>j).- FIRMA LA SOLICITUD</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL O ADMINISTRACIONES REGIONALES</p>	5	ANALIZA SOLICITUD	<p>.- La solicitud se entrega junto con la documentación soporte que requiere el trámite</p> <p style="text-align: center;">Anexo No. 1</p> <p>.- El empleado receptor, comprueba los datos consignados y los documentos soporte, que requiere el trámite</p> <p>.- Analiza si la solicitud presentada, está en tiempo o fuera del tiempo, si está fuera de tiempo orientará al trabajador, que su solicitud será declarada extemporánea.</p>
	6	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<p>.- La tarjeta de recepción de documentos, se le entrega al interesado y consta de la información siguiente:</p> <p>a.- No. DE REGISTRO Anota el número de tarjeta que se asignó</p> <p>b.- SOLICITANTE Es el nombre de la persona que solicita la incapacidad.</p> <p>c.- CAUSANTE Nombre de la persona que originó la solicitud</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>d.- SOLICITUD Descripción de la solicitud</p> <p>e).- FECHA DE PRESENTACION Es la fecha en la que hace la solicitud</p> <p>f.- FECHA DE ENTREGA O REGRESO Es la fecha en la que se puede presentar a obtener una respuesta a su solicitud</p> <p>Esta tarjeta sirve al Asegurado para reclamar Certificado por Incapacidad, en la fecha en que se le indique</p> <p>(Anexo No. 2)</p> <p>.- Anota solicitud en Libro de Control consignando la información siguiente:</p> <p>a).- Fecha de Recepción</p> <p>b).- No. De Registro</p> <p>c).- Nombre del Solicitante</p> <p>d).- Asunto</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA HOSPITALARIA	7	ELABORA AUTO	<p>- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objeto de la solicitud * Nombre y número de afiliación del solicitante * Nombre y Número Patronal * Fecha, firma y sello del Jefe del Area de Trámites <p>- Traslada auto agregado a la solicitud, a Evaluación Médica Hospitalaria</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 3)</p>
	8	CLASIFICA SOLICITUDES	<p>- Las solicitudes se clasifican para poder darle trámite de refrendamiento así:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.- Agrupa aquellas que el considera puede efectuar análisis y evaluación b.- Agrupa las que debe remitir a otro especialista, por considerar que se requieren de un criterio más técnico del área especializada.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICO ESPECIALISTA	9	SOLICITA EXPEDIENTE A ARCHIVO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> - Mediante memorandum, solicita expediente a Archivo Clínico, anotando número de afiliación y nombre del Asegurado - Al recibir expediente clínico, procede a efectuar su evaluación
	10	EFECTUA ANALISIS Y EVALUACION DE CERTIFICACIONES MEDICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Efectúa análisis y evaluación de la certificación extendida por el Médico Privado, tomando en consideración el diagnóstico y período de reposo recomendado, así como también las Normas y Procedimientos de atención médica del I.H.S.S., donde se fijan los períodos mínimos y máximos de la duración de las incapacidades, según la naturaleza de cada diagnóstico (Artículo No. 11 y 12 del Reglamento de Incapacidades) <p style="text-align: center;">(Ver actividad No. 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el Médico Evaluador considera procedente examinar al paciente, lo cita para efectuar la evaluación especificándole lugar, día y hora. - Si el Médico Evaluador considera conveniente la opinión del Médico Especialista, le remite documentación y expediente clínico para su respectiva evaluación.
	11	REALIZA EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> - Efectua análisis y evalúa las solicitudes de incapacidad

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA HOSPITALARIA	12	ELABORA CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Para avalar el certificado mèdico extendido por el Mèdico Privado, toma en consideraciòn el diagnòstico y el periòdo de reposo recomendado, asì como las Normas y Procedimientos de Atenciòn Mèdica del I.H.S.S., donde se fijan los periodos mìnimos y màximos de la duraciòn de las incapacidades, segùn la naturaleza de cada diagnòstico. (Artículo No. 11 y 12 del Reglamento de Incapacidades) - Mèdico Especialista si lo considera proceso, cita y examina al paciente y determina periòdos de incapacidades. Si el caso lo amerita establece cita posterior para seguimiento de la evaluaciòn de la enfermedad - El certificado de incapacidad, para su respectivo refrendamiento deberà tener la firma y sello del Mèdico Evaluador o Especialista, consignado en el expediente clìnico la incapacidad otorgada. - Envìa expediente clìnico y copias de incapacidades a Evaluaciòn Mèdica
	13	RECIBE Y DISTRIBUYE EXPEDIENTE CLINICO E INCAPACIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuye original y copias de incapacidades asì: <ul style="list-style-type: none"> a.- Original y copia rosada las envìa a la Secciòn de Incapacidades

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE INCAPACIDADES	14	TRASLADA EXPEDIENTE AL ARCHIVO CLINICO	<p>b.- Copia Azul, la agrega al expediente clínico</p> <p>.- Elabora memoràndum para Seccìon de Incapacidades y Archivo Clìnico, donde especifica que devuelve tantos expedientes clìnicos de pacientes, asì como original y copia rosada del certificado de incapacidad, para que la Seccìon de Incapacidades enviè a la Seccìon de Subsidios el original y la copia sea entregada al Derechohabiente.</p> <p>.- En el memorandum, especifica el nombre del paciente y nùmero de afiliaciòn</p>
	16	ENTREGA INCAPACIDADES	<p>.- Entrega incapacidades al asegurado previa firma en Libro de Control</p>
	17	FIN DEL PROCESO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO A SEGUIR EN EL TRAMITE DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS QUE SOLICITA EL ASEGURADO

RESPONSABLE	NO.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TRABAJADOR ASEGURADO	1	REPORTA HABER RECIBIDO ATENCION MEDICA U HOSPITALARIA FUERA DEL IHSS	<ul style="list-style-type: none"> - El trabajador se aboca a la Oficina de Trámites del Hospital, Autoridades Administrativas Hospitalarias o Administradores Regionales del IHSS - El aviso que estipula el Artículo No. 142 del Reglamento de aplicación de la Ley del IHSS, se refiere al caso en que un afiliado recibió atención médica u hospitalaria fuera del Instituto, debido a una gravedad y/o emergencia - El aviso deberá darse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes de ocurrido el suceso, que puede ser dado por el Asegurado, familiares o cualquier persona - Al Asegurado se le extenderá Constancia de haber presentado el Aviso en las instalaciones del IHSS
	2	SOLICITA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Se presenta al Area de Trámites del Hospital, Autoridades Administrativas o Administradores Regionales

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL, O ADMINISTRACIONES REGIONALES</p>	<p>3</p>	<p>ENTREGA FORMULARIO DE SOLICITUD</p>	<p>del IHSS, a solicitar formulario, para presentar el Reembolso de Gastos Médicos</p> <p>- El Reembolso de Gastos Médicos, puede ser por medicamentos, exámenes y hospitalización</p> <p>- Entrega solicitud e instruye al Asegurado, indicando que el formato debe presentarse debidamente llenado especificando con claridad el tipo de reembolso que se solicita, y para lo cual deberá acompañar la documentación necesaria conforme a los siguientes lineamientos:</p> <p>a).- POR GASTOS MEDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Recetas originales del IHSS * Facturas de Compra originales * Desglose de medicamentos y cantidades recetadas. <p>Este Reembolso se reconocerà, en la medida que las limitaciones financieras del IHSS, lo permitan</p> <p>b).- POR GASTOS DE EXAMENES, ATENCION MEDICA U HOSPITALIZACION FUERA DEL IHSS</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>TRABAJADOR ASEGURADO</p>	<p>4</p>	<p>RECIBE SOLICITUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Certificado Médico, que indica el tratamiento recibido (fotocopia) * Facturas originales desglosadas (Exámenes, - Medicamentos) * Copia del Expediente Clínico o Historial <p>c).- CONSTANCIA DE HABER DADO AVISO AL IHSS, POR ATENCION MEDICA U HOSPITALIZACION DE GRAVEDAD Y EMERGENCIA, SEGÚN ARTICULO 142 DEL REGLAMENTO DE APLICACIÓN DEL IHSS.</p> <p>d).- DOCUMENTOS PERSONALES DEL TRABAJADOR ASEGURADO</p> <ul style="list-style-type: none"> * Carnet de Afiliación * Hoja de Vigencia de Derechos <p>.- El solicitante procede a llenar Solciitud, en la cual aparecen los siguientes datos:</p> <p>a).- No. DE SOLICITUD</p> <p>Este número es el correlativo del Registro de Entrada y lo adjudica el Empleado Receptor del IHSS</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>b).- YO</p> <p>Debe anotar el nombre completo del solicitante</p> <p>c).- CON AFILIACION No.:</p> <p>Colocar el Número de Afiliación del Trabajador</p> <p>d).- EMPLEADO (A) DEL PATRONO:</p> <p>Es el nombre de la Empresa para la cual trabaja</p> <p>e) No. PATRONAL</p> <p>Es el número Patronal de la Empresa afiliada al IHSS</p> <p>f).- MUY RESPETUOSAMENTE ESTOY SOLICITANDO LO SIGUIENTE:</p> <p>Se describe la solicitud que hace</p> <p>g).- ADJUNTO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:</p> <p>Enumera los documentos que esta presentando</p> <p>h).- DIRECCION EXACTA DEL DOMICILIO</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL O ADMINISTRACIONES REGIONALES	5	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<p>i).- TELEFONOS: Casa u oficina (NO SE ACEPTAN CELULARES)</p> <p>J).- TEGUCIGALPA, M.D.C., Y LA FECHA EN LA QUE ESTA PRESENTANDO LA SOLICITUD</p> <p>K).- FIRMA DEL SOLICITANTE</p> <p>Anexo No. 1</p> <p>- Entrega solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, - adjuntando los documentos soporte que amerita el trámite.</p> <p>- El Empleado Receptor de las Oficinas del IHSS, verifica que los datos de la solicitud, estén correctamente consignados y que adjunte los documentos soporte que amerita el trámite</p> <p>- El registro de Solicitud, consiste en anotar por números correlativos la recepción de documentos, asignándole un número.</p> <p>- Anota información que especifica la Tarjeta de Recepción de Documentos y se la entrega al interesado. La Tarjeta consta de la información siguiente:</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>a).- NUMERO DE REGISTRO</p> <p>Anota el número de tarjeta que se asignò</p> <p>b).- SOLICITANTE</p> <p>Es el nombre de la persona que solicita el Reembolso</p> <p>c).- CAUSANTE</p> <p>Es el nombre de la persona que causa la solicitud (Derechohabiente o Beneficiario)</p> <p>d).- ASUNTO</p> <p>Descripción de la solicitud</p> <p>e).- FECHA DE PRESENTACION</p> <p>Es la fecha en la que hace la Solicitud</p> <p>f).- FECHA DE ENTREGA O REGRESO</p> <p>Es la fecha en la que se puede presentar a obtener una respuesta a su Solicitud</p> <p>(Anexo No. 2)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	6	ELABORA EXPEDIENTE DE SOLICITUD	<p>- El Empleado Receptor de Tràmites o Administradores Regionales, proceden a elaborar el expediente de Solicitud, debidamente foliado</p> <p>- La caràtula del expediente, contiene los siguiente datos:</p> <p>a).- SOLICITUD NO.:</p> <p style="padding-left: 40px;">Es el número con el que fuè registrado en el Libro de Recepciòn de solicitud</p> <p>b).- FECHA DE PRESENTACION:</p> <p style="padding-left: 40px;">Es la fecha en la que se ha presentado la solicitud</p> <p>c).- CAUSANTE:</p> <p style="padding-left: 40px;">Es el nombre de la persona que causa la Solicitud (Derechohabiente o Beneficiario)</p> <p>d).- ASUNTO</p> <p style="padding-left: 40px;">Descripciòn de la Solicitud</p> <p>e).- LUGAR DE PROCEDENCIA</p> <p style="padding-left: 40px;">Lugar de donde procede el solicitante</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	7	ELABORA AUTO	<p>f).- RESOLUCION NO.:</p> <p>Es el número correlativo con que se registra la Resolución emitida</p> <p>g).- FECHA DE EMISION:</p> <p>Fecha en la que es emitida la Resolución</p> <p>(Anexo No. 3)</p> <p>- En el Auto, se especifica que los documentos presentados son conforme y que se dió el aviso en el tiempo que estipula el Artículo No. 142 y se comprobó que la Empresa está Solvente con el Instituto.</p> <p>- Si no reúne unos de éstos requisitos, se elaboro Resolución denegando el derecho, la cual es firmada por la Dirección Ejecutiva (Ver actividad No. 19)</p> <p>(Anexo No. 4)</p> <p>- Si cumple los requisitos, el Auto se remite a Evaluación Médica, junto con el expediente</p> <p>- En el Auto, se especifica que debe realizarse Dictamen por parte del Médico Evaluador y la investigación de distancia, por la Sección de Seguridad e Higiene Ocupacional, si el caso lo amerita</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA HOSPITALES	8	ANALIZA DOCUMENTOS DE SOLICITUD	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe expediente y auto - Analiza y revisa informaciòn - Cuando la solicitud de Reembolso de Gastos Mèdicos es por hospitalizaciòn, a consecuencia de una emergencia o gravedad, se remite a la Secciòn de Seguridad e Higiene, para que haga la investigaciòn de las distancias. <p style="text-align: center;">(Anexo No.5)</p>
SECCION DE SEGURIDAD E HIGIENE (HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE)	9	ESTABLECE DISTANCIA Y ELABORA INFORME	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe, revisa informaciòn - Elabora informe donde establece la distancia: <ul style="list-style-type: none"> a).- Desde el lugar en que ocurrio el accidente o emergencia al Hospital Privado b).- Desde el lugar en que ocurrio el accidente o emergencia al Hospital del IHSS - El informe es firmado por el Inspector que realizò la investigaciòn y Visto bueno del Jefe de la Secciòn de Seguridad e Higiene - El Informe y Expediente se envia a Evaluaciòn Mèdica

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA	10	EMITE DICTAMEN MEDICO	<p>.- Recibe informe y expediente y elabora el Dictàmen Mèdico, que consiste en calificar los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * La Emergencia o Gravedad del caso * Dictamina la necesidad de los medicamentos y exàmenes de gabinete indicados al Paciente * Determina si los medicamentos estàn en el cuadro Bàsico Terapèutico de Medicamentos <p>.- En caso necesario solicitarà Informe escrito de los Mèdicos Especialistas.</p> <p>.- El Dictàmen Mèdico, debe llevar la firma del Mèdico Evaluador y del Mèdico Especialista si fuere necesario y lo remite al àrea de Tràmites del Hospital</p>
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL (ANALISTA LEGAL)	13	EMITE OPINION LEGAL	<p>.- Revisa que el expediente tenga consignada la informaciòn que se solicitò en el auto.</p> <p>.- Revisa Dictamen Mèdico y documentaciòn base y emite opiniòn legal</p> <p>.- Si la opiniòn es desfavorable, se emite Resoluciòn denegando el derecho y la envìa a Direcciòn Ejecutiva para firma</p> <p style="text-align: right;">(Ver actividad No. 19)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUB-GERENCIA DE REGISTRO CONTABLES	12	EFECTUA ESTUDIO DE COSTOS Y SOLICITA SOLVENCIA PATRONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1376 302 2179 375">.- Si la opiniòn legal es favorable, se remite mediante memoràndum a Sub-Gerencia de Registros Contables <li data-bbox="1376 456 2153 643">.- Si se trata de Reembolso por compra de medicamentos, los costos los estima en base a los precios especificados en la ùltima Licitaciòn, y si los mismos estàn contemplados en el Cuadro Bàsico de medicamentos <li data-bbox="1376 691 2171 797">.- En caso de exàmenes, atenciòn mèdica u hospitalizaciòn, registra precios, conforme a costos Institucionales <li data-bbox="1376 846 2085 870">.- Elabora estudio de costos y solicita la solvencia <li data-bbox="1376 919 2171 1024">.- Traslada estudio de costos a sus àreas, para conocer si la Empresa para la cual cotiza el solicitante, se encuentra solvente con el Instituto. <li data-bbox="1376 1073 2134 1146">.- Area de Ingresos, mediante memorandum indica la Solvencia o Insolvencia de la Empresa <li data-bbox="1376 1195 2188 1260">.- Remite expediente, estudio de costos y solvencia de la Empresa a Secretarìa General

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	13	EMITE RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> .- Si la Empresa no està solvente con el Instituto, se espera a que el asegurado se presenta a solicitar informaciòn sobre su tràmite, se le instruye a presentarse a su Empresa para que le entreguen la documentaciòn para obtener su derecho .- Si la Empresa està solvente, con el Instituto, se emite Resoluciòn y se traslada a la Direcciòn Ejecutiva .- Traslada Resoluciòn a Direcciòn Ejecutiva, para firma
DIRECCION EJECUTIVA	14	FIRMA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> .- Firma Resoluciòn y la devuelve a Secretaria General
SECRETARIA GENERAL	15	ELABORA RECIBO POR VALOR DEL REEMBOLSO APROBADO	<ul style="list-style-type: none"> .- Si la Resoluciòn es declarada sin lugar, se entrega directamente al Asegurado y el expediente es archivado .- Si la Resoluciòn del Reembolso es declarada con lugar, se le notifica al interesado .- Se elabora recibo en original y dos copias por el valor aprobado en concepto de Reembolso, y se le dà a firmar al interesado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO	16	ELABORA ORDEN DE PAGO	<p>- El original y una copia del recibo, se adjuntan al expediente y la segunda copia del recibo es entregada al interesado junto con una copia de la Resolución</p> <p>- Se le comunica al Trabajador Asegurado, que ocho (8) días después, deberá presentarse al Departamento de Presupuesto a solicitar el contra recibo</p> <p>- Se traslada expediente con documentación al Departamento de Presupuesto</p> <p>- La Orden de Pago, se elabora de acuerdo con el valor que establece la Resolución</p> <p>* Mediante listado, se traslada a la Unidad de Control Administrativo</p>
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	17	APRUEBA ORDEN DE PAGO	<p>- Recibe Orden de Pago, con la respectiva documentación de respaldo</p> <p>* Verifica información y la traslada a la Gerencia Administrativa y Financiera, con su respectiva aprobación.</p>
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	18	APRUEBA ORDEN MEDIANTE FIRMA	<p>- Recibe Orden de Pago y revisa información y documentación.</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUDITORIA INTERNA	19	REVISA ORDEN DE PAGO	<ul style="list-style-type: none"> - Aprueba Orden, mediante firma y sello - La traslada a revisión a Auditoría Interna - Revisa documentación y otorga Visto Bueno - Remite Orden de Pago a Sub-Gerencia Administrativa y Financiera
SUB-GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	20	ELABORA BOLETIN DE ORDEN DE PAGO	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe Orden de Pago debidamente firmada y elabora Boletín de Orden de Pago para emisión de cheque,-- traslada Boletín a la Oficina de Tesorería para su emisión.
OFICINA DE TESORERIA	21	EMITE CHEQUE DE REEMBOLSO	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe Boletín de Orden de Pago y emite cheque de Reembolso, lo traslada a firma a la Dirección Ejecutiva
DIRECCION EJECUTIVA	22	FIRMA CHEQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe, revisa y firma cheques - Los remite a Oficina de Tesorería
OFICINA DE TESORERIA	23	ANOTA CHEQUES EN LIBRO DE CONTROL Y PAGA AL ASEGURADO	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe cheques

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
lc/emma	24	FIN DEL PROCEDIMIENTO	.- Revisa si todos los cheques están debidamente firmados y los anota en Libro de Contro .- Los traslada a Cajero Pagador, quien le paga al Asegurado previa firma del comprobante de pago

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE CONSTANCIAS MEDICAS SOBRE ACCIDENTES, DECESOS, ENFERMEDADES Y PERIODOS DE INCAPACIDAD			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE TRAMITES PARA EXTENSION DE CONSTANCIAS MEDICAS			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO, PATRONO, COMPAÑIAS ASEGURADORAS MINISTERIO PUBLICO, DE SALUDO O TRABAJO	1	PRESENTA SOLICITUD PARA CONSTANCIA MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> - El Asegurado, Patrono, Compañía Aseguradora, Ministerio Público, de Salud o Trabajo, presenta solicitud de Extensión de constancias Médicas, sobre accidentes, decesos, enfermedades y/o periodos de incapacidad - Las Constancias Médicas se solicitan con la finalidad de resolver los problemas derivados en cualquiera de las causas enunciadas y que afectan la vida del asegurado, su familia y/o las Empresas e Instituciones solicitantes - Los Asegurados presentan la solicitud en el formato que el Instituto le proporcione <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el caso del Patrono, Compañías Aseguradoras, Ministerio Público, de Salud o Trabajo, lo harán en el papel membretado de su respectiva Institución - La solicitud debera especificar los datos siguientes:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL</p>	2	<p>RECIBE Y REvisa SOLICITUD DE CONSTANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Fecha * Número de Inscripción Patronal * Nombre del Asegurado * Número de Afiliación del Asegurado * Objetivo de la solicitud (exponer en forma clara la petición) * Firma y sello <p>- Recibe y revisa solicitud de Constancia. Verifica si cumple con los requisitos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Si a la solicitud le hace falta alguno de los datos especificados, se devuelve para su completación * Si la solicitud reúne los requisitos establecidos, se procede a recibirla y registrarla
	3	<p>EXTIENDE TARJETA DE CONTROL</p>	<p>- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar la Constancia solicitada y contiene la siguiente información:</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	4	EMITE AUTO DIRIGIDO A EVALUACION MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> * NUMERO Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * NUMERO DE AFILIACION * NOMBRE DEL CAUSANTE * ASUNTO * FECHA DE PRESENTACION * FECHA DE ENTREGA O REGRESO * PERSONA QUE RECIBIO <li style="text-align: center;">(Anexo No. 2) - El Auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente informaciòn: * Objetivo de la solciitud * Nombre y número de Inscripciòn Patronal del solici- tante

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA	5	SOLICITA EMISION DE CONSTANCIA MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre y número de afiliación del trabajador * Fecha, firma y sello del Jefe del área de Trámites del Hospital - Traslada Auto a Evaluación Médica, agregándolo a la Solicitud de extensión de Constancias Médicas <li style="text-align: center;">(Anexo No. 3) - Recibe y revisa solicitud - Solicita expediente a Archivo Clínico y los remite a Dirección de Unidades Médicas, Medicina Preventiva, Comisión de Invalidez y/o Seguridad e Higiene para que emitan Constancia.
DIRECCION DE UNIDADES MEDICAS, MEDICINA PREVENTIVA COMISION DE INVALIDEZ Y/O SEGURIDAD E HIGIENE	6	EMITE CONSTANCIA MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe expediente y solicitud. Emite la Constancia especificando las causas del morbo (enfermedad) o deceso, tratamiento a que ha sido (o fuè) sometido el Asegurado (o extinto), riesgo de la enfermedad y medidas de prevención, así como los períodos de incapacidad otorgados con reserva del diagnóstico, - ya que este dato es de tipo confidencial y solo puede ser brindado a solicitud del asegurado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA	7	FIRMA Y SELLA CONSTANCIA MEDICA	<p>.- La Constancia Mèdica deberà ser validada por el Director Mèdico y Certificado por el Director del Hospital o Clinica Perifèrica la envia a Evaluaciòn Mèdica</p> <p>.- El jefe de Evaluaciòn Mèdica, remite Constancia Mèdica al Area de Tràmites del Hospital, mediante oficio debidamente sellado y firmado, con copia para archivo y expediente clìnico</p>
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	8	ENTREGA CONSTANCIA MEDICA AL SOLICITANTE	<p>.- Recibe Constancia Mèdica y lo entrega al solicitante previa firma y anotaciòn en el Libro de Control</p>
	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACION DE INCAPACIDADES OTORGADAS POR EL IHSS			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA INVESTIGACION DE INCAPACIDADES			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PATRONOS, COMPAÑIAS ASEGURADORAS, MINISTERIO PUBLICO, DE SALUD O TRABAJO	1	PRESENTA SOLICITUD DE INVESTIGACION SOBRE INCAPACIDADES OTORGADAS	<ul style="list-style-type: none"> - El Patrono, compañías Aseguradoras, Ministerio Público, de Salud o Trabajo, presenta solicitud de Investigación, con la finalidad de conocer las verdaderas causas que originaron la extensión de Certificados de Incapacidad Laboral Temporal - La investigación puede obedecer al volumen de Incapacidades otorgadas a un solo empleado y la periodicidad con que se otorgan. - Si la extensión del Certificado de Incapacidad laboral Temporal, esta referida a la misma causa, puede solicitarse una Evaluación Médica, que, en caso del Patrono le servira para conocer la problemática de salud de su empleado y asignar nuevas funciones en un puesto diferente, si es necesario. - La solicitud se presenta en papel membretado de la entidad solicitante o en el formato del IHSS y debe contener la siguiente información:

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITE DEL HOSPITAL</p>	2	<p>RECIBE Y REVISA SOLICITUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Fecha * Número de Inscripción Patronal * Nombre del Asegurado * Número de Afiliación del Asegurado * Objeto de la solicitud (exponer en forma clara la petición). * Firma y sello <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <p>- Recibe y revisa solicitud de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> * Si a la solicitud le hace falta alguno de los datos especificados, se devuelve para su completación * Si la solicitud reúne los requisitos establecidos, se procede a recibirla y registrarla
	3	<p>EXTIENDE TARJETA DE PRESENTACION DE SOLICITUD</p>	<p>- La tarjeta de control, sirve al solicitante para reclamar el resultado de la investigación y contiene la siguiente información:</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	4	EMITE AUTO DIRIGIDO A EVALUACION MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> * NUMERO <li style="padding-left: 20px;">Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * NUMERO DE AFILIACION * NOMBRE DEL CAUSANTE * ASUNTO * FECHA DE PRESENTACION * FECHA DE ENTREGA O REGRESO * PERSONA QUE RECIBIO <li style="padding-left: 40px;">(Anexo No. 2) <p>- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente informaciòn:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objetivo de la solicitud * Nombre y número de Inscripciòn Patronal del solicitante

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA	5	SOLICITA INVESTIGACION DE INCAPACIDADES	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre y número de afiliación del trabajador * Fecha, firma y sello del Jefe del Area de Trámites del Hospital - Traslada auto a Evaluación Médica agregado a la Solicitud de Investigación de Incapacidades <li style="text-align: center;">(Anexo No. 3) - Recibe y revisa solicitud - Solicita expedientes a Archivo Clínico y los remite a Dirección de Unidades Médicas, Medicina Preventiva, Comisión de Invalidez y/o Seguridad e Higiene. - Si el paciente ha sido atendido por Médicos Generales el análisis del expediente lo asignará a un Médico Internista
DIRECCION DE UNIDADES MEDICAS, MEDICINA PREVENTIVA COMISION DE INVALIDEZ Y/O SEGURIDAD E HIGIENE	6	EMITE RESULTADO DE LA INVESTIGACION	<ul style="list-style-type: none"> - El resultado de la investigación deberá ser validada por el Director Médico respectivo y Certificado por el Director del Hospital o Clínica Periférica y por el Jefe de Evaluación Médica y lo enviará a Evaluación Médica

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	7	EVALUACION MEDICA	.- El Jefe de Evaluaciòn Mèdica remite el resultado de la investigaciòn al Area de Tràmites del Hospital, mediante oficio debidamente sellado y firmado, con copia para archivo y expediente clìnico.
	8	ENTREGA RESULTADO DE LA INVESTIGACION AL SOLICITANTE, PREVIA FIRMA EN LIBRO DE CONTROL	.- Recibe oficio con resultado de la Investigaciòn .- Lo anota en Libro de Control y lo entrega al solicitante
	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA OTORGAMIENTO DE DICTAMENES MEDICOS, CONSTANCIAS O RESUMENES MEDICOS			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA EXTENSION DE DICTAMENES MEDICOS			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO, PATRONOS, AUTORIDADES JUDICIALES DE TRABAJO Y/O SANITARIAS	1	PRESENTAN SOLICITUD DE DICTAMENES, CONSTANCIAS Y/O RESUMENES MEDICOS	<p>- El Dictamen, constancia y/o Resumen Médico, puede ser utilizado en alguno de los fines que se detallan:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Seguro Médico o de Vida * para uso en Tribunales de Justicia * Para la Secretaria de Trabajo * Para el Patrono por problemas de puesto de trabajo o ambiente laboral * Para seguimiento a través de Médico Privado * Para trámite de Pensiones con Institutos de Previsión <p>- La solicitud debe ser presentada en el formato que proporciona el Area de Trámites del Hospital, y que contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Solicitud No. (Este dato lo anota la persona receptora de la documentación)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Solicitante, número de afiliación, nombre de la Empresa para la cual labora y número de inscripción Patronal * Objeto de la Solicitud (exponer en forma clara la petición) * Dirección exacta del solicitante * Telefono del domicilio * Lugar y fecha * Firma <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adjunta la siguiente información <ul style="list-style-type: none"> * Constancia de Trabajo * Fotocopia de tarjeta de identidad * Fotocopia de carnet de afiliación - El interesado presenta solicitud en el Area de Trámite del Hospital

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	2	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<p>.- Recibe solicitud de Dictamen, Constancia y/o Resumen Clínico</p> <p>.- Si a la solicitud le hace falta alguna de la documentación requerida, se devuelve para su completación</p> <p>.- Si la solicitud esta acompañada de toda la documentación se procede a recibirla y registrarla</p> <p>.- Extiende tarjeta de control, la que sirve al solicitante para reclamar resolución</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 2)</p>
	3	EMITE AUTO DIRIGIDO A DIRECCION DE UNIDADES MEDICAS, MEDICINA PREVENTIVA, COMISION DE INVALIDEZ Y/O SEGURIDAD E HIGIENE	<p>.- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objeto de la solicitud * Nombre y Número de afiliación del solicitante * Nombre y número patronal * Fecha, firma y sello del jefe del Area de Trámites

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>DIRECCION DE UNIDADES MEDICAS, MEDICINA PREVENTIVA, COMISION DE INVALIDEZ Y/O SEGURIDAD E HIGIENE</p>	<p>4</p>	<p>EMITEN DICTAMENES</p>	<p>- Traslada auto agregado a solicitud de dictámenes, constancias y/o resúmenes clínicos</p> <p>(Anexo No. 3)</p> <p>- Reciben solicitud</p> <p>- En el caso de la Dirección de Unidades Médicas, se le pide al paciente presentarse al cuarto día hábil para entrega de cita</p> <p>- En caso de Medicina Preventiva, se revisa expediente, se revisa dictamen conforme a diagnóstico médico. Si el dictamen consigna algún grado de discapacidad el dictamen se trasfiere a la Comisión de Invalidez, la cual procederá conforme al procedimiento ya establecido. En caso de no reportar discapacidad, se remite al Área de Trámites del Hospital, para ser entregado el solicitante</p> <p>- Si se sospecha de Riesgo laboral, se solicita a la Sección de Seguridad e Higiene, la investigación del área laboral.</p> <p>(Anexo No. 4)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
-------------	-----	-------------	---------------

<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL</p> <p>lc/emma</p>	<p>5 ENTREGA AL INTERESADO, DICTAMEN, CONSTANCIA Y/O RESUMEN CLINICO</p> <p>6 FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente ha sido atendido por Mèdicos Generales el Director Mèdico correspondiente, asignarà la evaluaciòn a un Mèdico Especialista - El Dictamen Mèdico, deberà ser validado por el Director Mèdico del Hospital y certificado por el Gerente del Hospital - Traslada informe al Area de Tràmites del Hospital debidamente firmado y sellado, con copia para archivo y expediente clínico - Recibe Dictamen, Constancia y/o Resumen Clínico - Lo anota en libro de control y lo entrega al solicitante
--	---	---

EL DICTAMEN MEDICO ESTA CONFORMADO POR LAS SIGUIENTES PARTES :

ENCABEZADO: QUE ENUNCIA EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (TAL COMO APARECE EN SU CARNET DE AFILIACION), NUMERO DE AFILIACION, TIPO DE ASEGURADO, SEXO, EDAD, MUNICIPIO DE RESIDENCIA, EMPRESA PARA LA CUAL LABORA Y ACTIVIDAD QUE EJECUTA O EJECUTABA (EN CASO DE SER ASEGURADO DIRECTO), Y MOTIVO PRINCIPAL PARA EL CUAL EL PACIENTE SOLICITA DICTAMEN

CUERPO: DEFINE LA CAUSA BASICA DEL MORBO (ENFERMEDAD) O DEFUNCION SEGÚN SEA EL CASO Y LAS CAUSAS CONTRIBUYENTES, LA FECHA DEL DIAGNOSTICO, TIEMPO EN QUE EL PACIENTE HA ESTADO EN TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS, EN CASO DE DEFUNCION, LA FECHA DE LA MUERTE; SI ESTUVO INTERNO NUMERO DE DIAS QUE HA ESTADO O ESTUVO HOSPITALIZADO, INCAPACIDADES TEMPORALES Y TRATAMIENTO GENERAL

CONCLUSION: INCLUYE, PRONOSTICO, DISCAPACIDAD SI LA HUBIERE Y TIPO DE RIESGO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA EL TRAMITE DE COMPRA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES			
OBJETIVO: AGILIZAR EL TRAMITE PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE COMPRA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES	.- La solicitud debera ser presentada en el formato que el Instituto proporciona, acompañada de la siguiente información: * Receta extendida por el medico tratante * Carnet de afiliación * Comprobante de vigencia de derechos (Anexo No.1)
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	2	RECIBE Y REVISA SOLICITUD PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES	.- Verifica que la solicitud esté acompañada de la documentación requerida * Si a la solicitud le hiciera falta alguno de los documentos requeridos se devuelve al solicitante para su completación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TRABAJO SOCIAL	3	ELABORA TARJETA DE CONTROL	<p>* Si la solicitud viene acompañada de toda la documentación, se procede a su registro</p> <p>.- Extiende tarjeta de control, la que sirve al solicitante para reclamar la Resolución</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 2)</p>
	4	EMITE AUTO Y LO ENVIA A TRABAJO SOCIAL PARA INVESTIGACION	<p>.- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objetivo de la solicitud * Nombre y número de afiliación del solicitante * Fecha, firma y sello del Area de Trámites <p style="text-align: center;">(Anexo No. 3)</p> <p>.- El Auto se remite a Trabajo Social para la investigación</p>
	5	REALIZA ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO Y EMITE INFORME	<p>.- Realiza estudio socio-económico al asegurado y conforme a los resultados de la investigación, emite su informe</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EVALUACION MEDICA	6	EMITE DICTAMEN MEDICO	<ul style="list-style-type: none"> - Traslada informe a Evaluaciòn Mèdico - Revisa expediente clìnico - Emite Dictamen Mèdico y lo traslada a la Gerencia del Hospital
GERENCIA GENERAL DEL HOSPITAL	7	REFRENDA DICTAMEN MEDICO Y LO ENVIA AL AREA DE TRAMITES	<ul style="list-style-type: none"> - Refrenda Dictamen Mèdico y lo remite al àrea de Tràmite del Hospital
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL (ANALISTA LEGAL)	8	EMITE DICTAMEN LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a la Ley, ditamina si procede o nò la compra de medicamentos especiales - Si el Dictamen es desfavorable, emite Resoluciòn, declarando sin lugar la peticiòn, que es enviada a la Direcciòn Ejecutiva para firma. - Si el Dictamen es favorable, se traslada a Sub-Gerencia de Registros Contables e Ingresos
SUB-GERENCIA DE REGISTRO CONTABLES E INGRESOS	9	RECIBE DICTAMEN Y EFECTUA ESTUDIO DE COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Efectua estudio de costo y lo envia al area de Compras

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE COMPRAS	10	EFECTUA COMPRA DE MEDICAMENTOS	.- Realiza compra de medicamentos
			.- Envía medicamentos a Farmacia
FARMACIA HOSPITALARIA	11	RECEPCIONA MEDICAMENTOS	.- Entrega medicamentos a Asegurado , previa firma de recibido
	12	FIN DEL PROCESO	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACION DE EXAMENES ESPECIALES			
OBJETIVO: NORMATIZAR LA PRACTICA DE EXAMENES ESPECIALES A PACIENTES: a) HOSPITALIZADOS, b) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y c) EMERGENCIA. TAC (CEREBRAL, TOTAL Y/O ABDOMINAL) RESONANCIA MAGNETICA			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICO TRATANTE	1	ESTABLECE LA URGENCIA DE PRACTICAR EXAMENES ESPECIALES	.- De acuerdo al diagnóstico y estado del paciente, determina la necesidad de practicar Exámenes Especiales a pacientes que se encuentran en estado crítico en: a) Unidad de Cuidados Intensivos, b) Hospitalizados y c) en emergencia
	2	ELABORA ORDEN DE EXAMENES ESPECIALES	.- Entrega orden de Exámenes Especiales con su debida justificación. Los exámenes a ordenar pueden ser: <ul style="list-style-type: none"> * Tomografía Axial Computarizada (TAC) Cerebral * TAC Abdominal y TAC total * Resonancia Magnetica .- La orden se entrega a Personal de enfermeria y /o Ayudante de Hospital, quien la traslada al Departamento de Trabajo Social

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	3	REALIZA ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO	<p>.- Se traslada al àrea hospitalaria donde se encuentra el paciente.</p> <p>* Realiza estudio socio-econòmico del paciente (o de sus familiares), para saber de la disponibilidad econòmica para absorber el costo total o parcial de los exàmenes, o si se tiene capacidad de hacer el pago completo</p> <p>* Si el paciente no tiene acompañante y su estado es crítico, el personal de Trabajo Social, se aboca al Jefe Superior del Hospital, que se encuentra en ese momento en la Unidad Hospitalaria, para obtener la autorizacin y realizar el exàmen. En este caso el estudio socio-econòmico se hará posteriormente y los exàmenes recomendados se deberán realizar de inmediato.</p> <p>Las autoridades a las que debe abocarse el personal de Trabajo Social, para obtener la autorizacin, incluyendo días feriados o fines de semana, son las que a continuación se detallan:</p> <p>.- El Gerente General del Hospital, el Sub-Gerente General, el Director Mdico de la Unidad, el Jefe de la Unidad de Gestn, el Jefe de Servicio o el Administrador</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUTORIDAD HOSPITALARIA	4	AUTORIZA REALIZACION DE EXAMENES	<p>- En los casos en que no se disponga del apoyo de Trabajo Social, la enfermera Jefe de Sala o Servicio, acudirà en busca de la autorizaciòn, ante la autoridad correspondiente. (La Enfermera Jefe de Sala o Servicio, deberà enviar el informe a Trabajo Social, para su completaciòn, al dìa siguiente hàbil)</p> <p>- Autoriza la realizaciòn de los Exàmenes Especiales a la Trabajadora Social o Enfermera Jefe de la Sala o Servicio</p>
TRABAJADORA SOCIAL O ENFERMERA JEFE DE SALA O SERVICIO	5	RECIBE AUTORIZACION PARA EXAMENES ESPECIALES	<p>- Traslada expediente, informe de Trabajo Social y Orden de Exàmenes Especiales a Mèdico Evaluador</p>
MEDICO EVALUADOR	6	FIRMA LA APROBACION DE EXAMENES	<p>- Otorga su visto Bueno a la solicitud de Exàmenes Especiales</p> <p>- Traslada expediente de solicitud para su seguimiento a Gerencia del Hospital</p>
GERENCIA DEL HOSPIRAL	7	REFRENDA SOLICITUD	<p>- Refrenda solicitud de Exàmenes Especiales</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE TRAMITES DEL HOSPITAL (ANALISTA JURIDICO)	8	EMITE OPINION LEGAL	.- Traslada expediente con memorandum, para seguimiento al Analista Jurídico de la Sección de Trámites del Hospital, indicando la urgencia de su atención .- Ingresa el documento, registrándolo en Libro de Control, anotando: * Nombre del Asegurado * Número de Afiliación * Examen solicitado * Fecha de Solicitud .- Conforme a fundamentos legales emiten opinión .- Traslada expediente con memorandum a Sub-Dirección Ejecutiva para su respectiva autorización
SUB-DIRECCION EJECUTIVA	9	AUTORIZA SOLICITUD DE EXAMENES ESPECIALES	.- Firma solicitud de aprobación .- La traslada al área de compras

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE COMPRAS	10	AUTORIZA PRACTICA DE EXAMENES	.- Emite oficio dirigido al Centro de Diagnòstico, autorizando la pràctica del exàmen solicitado, con copia a Trabajo Social, para su respectiva informaciòn y archivo
TRABAJO SOCIAL	11	INVESTIGA SOBRE RESOLUCION DE SOLICITUD	.- Entre los pasos 9 y 10 solicita informaciòn sobre autorizaciòn de solicitud de exàmenes especiales. Al obtener la respuesta afirmativa, procede a la realizaciòn del exàmen autorizado
	12	FIN DEL PROCEDIMIENTO	.- Recibe de parte del àrea de compras, copia de la autorizaciòn y procede a anexarlo en el expediente del paciente
lc/emma			

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO SOBRE DENUNCIAS POR ABANDONO O RIESGO SOCIAL DE UN MENOR			
OBJETIVO: CONTRIBUIR A AGILIZAR EL TRAMITE SOBRE DENUNCIAS			
OPINION LEGAL OFICIO 160-UAL-15-04-04			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
BENEFICIARIO	1	SOLICITA ATENCION MEDICA A UNIDAD HOSPITALARIA	.- El padre, madre o acompañante, deberá presentarse a solicitar asistencia médica emergente a la Unidad Hospitalaria, portando la documentación siguiente: * Carnet de Afiliación (Beneficiario) * Comprobante de vigencia de derecho (Beneficiario)
ADMISION UNIDAD HOSPITALARIA	2	VERIFICA DOCUMENTACION Y ANOTA AL PACIENTE	.- Revisa que toda la documentación esté vigente
	3	REMITE AL PACIENTE AL MEDICO DE TURNO O AL QUE SE LEA ASIGNADO	.- Remite al menor al médicos de turno para que efectúe el exámen correspondiente
MEDICO DE TURNO O ASIGNADO	4	EXAMINA AL PACIENTE	.- De acuerdo con el exámen preliminar practicado, procede a ordenar los análisis correspondientes y elaborar el Resumen Clínico, donde consigna el Diagnóstico del menor, observar si se encuentra dentro de alguna causal de riesgo social o abando (Dictámenes Médicos)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TRABAJO SOCIAL	5	TRASLADA SU DIGNOSTICO A TRABAJO SOCIAL	.- De acuerdo con los resultados obtenidos, elaborará diagnóstico calificando si se trata o no de violencia doméstica
	6	REALIZA ENTREVISTA Y ELABORA INFORME	.- Se traslada hacia donde se encuentra el paciente. Sostiene breve entrevista con él y posteriormente lo hace con el pariente o acompañante. .- Elabora un informe definitivo sobre la situación del menor en riesgo social o abandono, el cual una vez estructurado, se remite al Analista Jurídico de la Sección de Trámites del Hospital, junto con los Dictámenes Médicos correspondientes y demás documentos que sean necesarios (Partida de Nacimiento del menor, padre, madre)
ANALISTA JURIDICO SECCION DE TRAMITES DEL HOSPITAL	7	PRESENTA DENUNCIA ANTE AUTORIDAD COMPETENTE	.- Con este informe, si es procedente prepara denuncia para su presentación a la autoridad correspondiente .- Presenta la denuncia a la autoridad respectiva, esta entrega comprobante de admisión de la denuncia quien resolverá de acuerdo a los plazos legalmente establecidos y los incidentes que se presenten

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUTORIDAD COMPETENTE	8	EMITE SENTENCIA	.- De acuerdo con lo denunciado, emite notas de egreso hospitalario o de ingreso al INHFA, donde establece si el menor debe ser devuelto a sus familiares o trasladado al INHFA. Una copia de la sentencia es entregado al Analista Jurídico de la Sección de Trámites del Hospital
ANALISTA JURIDICO DEL AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	9	RECIBE NOTA DE EGRESO HOSPITALARIO O NOTA DE INGRESO AL INHFA	.- Las notas se la traslada a la Gerencia General de la Unidad Hospitalaria, quien debe proceder conforme a la orden recibida
GERENTE GENERAL UNIDAD HOSPITALARIA	10	EJECUTA ORDEN DEL JUZGADO	.- Una vez recuperado y dado de alta al menor, la Gerencia General ejecuta la orden del Juzgado correspondiente.
Ic/emma	11	FIN DEL PROCESO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA TRAMITE DE SOLICITUDES DE INDEMNIZACION POR DAÑOS Y PERJUICIOS			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE ATENCION DE SOLICITUDES DE INDEMNIZACION POR DAÑOS Y PERJUICIOS PRESENTADOS CONTRA I.H.S.S.- OPINION LEGAL 173-UAL-22-04-2004			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
INTERESADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR DAÑOS Y PERJUICIOS	.- La solicitud de Indemnización por daños y perjuicios, deberá ser presentada a petición del interesado o por su representante legal debidamente colegiado al área de Trámites del Hospital La solicitud deberá ser presentada en original y copia: <ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Apoderado Legal * Número de colegiación * Nombre de la persona a la que representa * Causa de la demanda (especificar en forma clara cual es el acto demandado) * Hechos que amparan el acto demandado * Artículo legales que amparan la demanda * Petición del demandante * Lugar y fecha

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL (ANALISTA JURIDICO)</p>	2	<p>VERIFICA CONTENIDO Y FIRMA DE LA PETICION</p>	<p>* Firma y sello del apoderado legal</p> <p>- La solicitud deberá ser presentada cumpliendo los requisitos exigidos en el Artículo No. 61 de la Ley de Procedimientos Administrativos.</p> <p>- Si la solicitud no reúne alguno de los requisitos exigidos , se requiere al peticionario para que dentro de diez (10) días proceda a su cumplimiento</p> <p>- El área de Trámites del Hospital (Analista Juridico),- verifica que la solicitud de Indemnización por Daños y Perjuicios contenga claramente lo demandado y se encuentre debidamente firmada y sellada, por el representante legal del interesado</p> <p>- Con la copia simple de los documentos que acompañe el peticionario, se procede a cotejarlo con su original y deja constancia de haber sido comparados con la firma de quien recibe y el sello de la Oficina Receptora de la documentación (Artículo No. 53 de la Ley de Procedimientos Administrativos)</p>
	3	<p>REGISTRA EN LIBRO DE CONTROL</p>	<p>- Los datos que se registran son:</p> <p>* Número de Control (Este lo asigna el receptor de la solicitud)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<ul style="list-style-type: none">* Día* Mes* Año* Nombre del peticionario* Lugar al que se transferirà* Extiende tarjeta de control (Esta sirve al interesado para reclamar Resolucìon)* Firma y sello de recibido <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <p>.- Analiza la solicitud y para emitir opiniòn en base legal, debe conocer los antecedentes que originan el reclamo por lo tanto la traslada al àrea que corresponda asi:</p> <ul style="list-style-type: none">* EVALUACION MEDICA: Si se trata de mala praxis o Dictámenes Mèdicos* SEGURIDAD E HIGIENE: Si se refiere a accidente de trabajo* MEDICINA OCUPACIONAL: Si se relaciona a cambio de àrea de trabajo

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREAS INVOLUCRADAS	4	REALIZAN INVESTIGACION Y EMITEN INFORME	<p>* COMISION DE INVALIDEZ: Si se presume que el dictamen no fuè correcto</p> <p>- El traslado de la solicitud deberà hacerse a través de Auto</p> <p style="text-align: center;">(anexo No. 2)</p> <p>- Cada àrea involucrada en el proceso de reclamo, deberà hacer las investigaciones pertinentes, ofrecer el informe que corresponda de acuerdo a la documentación con que se cuente y obtener del jefe del àrea, la respectiva aprobaciòn del informe que se emita, abocandose a las especializadas cuando sea necesario y refrendada por el Jefe de la Unidad que corresponda.</p> <p>- Traslada Informe mediante Memorandum al Area de Tràmites del Hospital</p>
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	5	EMITE RESOLUCION	<p>- Analiza la documentaciòn recibida y dictamina en base legal, si la solicitud es procedente o no</p> <p>- Emite Resoluciòn con o sin lugar al acto reclamado</p> <p>- Traslada Resoluciòn a firma a la Direcciòn Ejecutiva</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DIRECCION EJECUTIVA	6	FIRMA RESOLUCION	.- Revisa y firma Resolucìon y la devuelve a Area de Tràmites del Hospital
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	7	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	.- Anota en Libro de Control la Resolucìon y se notifica al interesado, por la tabla de avisos, la parte Resolutiva de la Resolucìon, con la indicaciòn si pone fin a la via administrativa .- Las Resoluciones se notificaràn dentro de cinco (5) dìas hàbiles administrativos a partir de la fecha de la emisiòn de la misma .- Entrega Resolucìon al interesado cuando este se presenta a retirarla, previa firma de recibido
NOTA. SEGÙN LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO NO. 84, INCISO b, DE LA LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS LA INSTITUCION CUENTA CON SESENTA (60) DIAS HABILES PARA RESOLVER LAS PETICIONES PRESENTADAS, ARTICULO No. 77 DEL SEGURO SOCIAL, 53,64,87,88,89,90 Y 148 DE LA LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEJANDOSE CONSTANCIA EN EL EXPEDIENTE, LO MISMO QUE DEL LUGAR , DIA Y HORA DE LA MISMA, FIRMADA -- POR EL NOTIFICANTE.	8	FIN DEL PROCESO	
	lc/emma		

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE CERTIFICADO DE AFIRMATIVA FICTA RELACIONADAS CON EL AREA MEDICA			
OBJETIVO. NORMATIZAR LA EXTENSION DE CERTIFICADO DE AFIRMATIVA FICTA EN CASOS RELATIVOS AL AREA MEDICA			
OPINION LEGAL No. 173-UAL-22-04-2004			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE EXTENSION DE CERTIFICADO DE AFIRMATIVA FICTA	<p>.- AFIRMATIVA FICTA.- Es la decisión normativa de carácter administrativo, por el cual todas las peticiones por escrito de los ciudadanos, usuarios, empresas o entidades que se hagan a la autoridad pública, si no se contesta en el plazo que marca la ley o las disposiciones administrativas se consideran aceptadas</p> <p>La Secretarías de Estado, Organismos Descentralizados y Desconcentrados, deberán emitir las Resoluciones que pongan fin al procedimiento administrativo correspondiente, en los términos previstos por los ordenamientos jurídicos y solo que estos no contemplen un término específico, deberán resolverse en cuarenta (40) días hábiles, contados a partir de la presentación de la solicitud (Artículo No. 29 de la Ley de Procedimientos Administrativos)</p> <p>La Solicitud de Certificado de Afirmativa Ficta, debe ser presentada directamente por el asegurado y deberá contener lo siguiente:</p> <p>a).- Datos generales del reclamante</p> <p>b).- Antecedentes (histora del acto reclamado)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITE DEL HOSPITAL</p>	<p>2</p>	<p>REGISTRA SOLICITUD DE CERTIFICADO</p>	<p>c).- Fundamentos Legales</p> <p>d).- Nombre, firma, número de identidad y teléfonos del peticionario</p> <p>.- La solicitud se presentará al Area de Trámite del Hospital</p> <p>* Verifica contenido de la solicitud</p> <p>* Registra solicitud</p> <p>* Extiende tarjeta de control, la que sirve al solicitante para reclamar certificado de Afirmativa Ficta.</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <p>.- Analiza la solicitud y conforme a su contenido la traslada a :</p> <p>* EVALUACION MEDICA.- Si se trata de mala praxis, Dictámenes Médicos, Constancias Médicas, Dictámenes Médicos, Dictámenes de Comisión de Invalidez.</p> <p>* HIGIENE Y SEGURIDAD.- Si se trata de Accidente de Trabajo</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREAS INVOLUCRADAS	3	REALIZA INVESTIGACION	<p data-bbox="1373 298 2268 373">.- El traslado de solicitud de Certificado de Afirmativa Ficta a cada àrea deberà hacerse a través de Auto</p> <p data-bbox="1373 373 2268 454">(Anexo No. 2)</p> <p data-bbox="1373 454 2268 747">.- Cada àrea comprendida en el proceso de reclamo deberà hacer las investigaciones pertinentes, avocandose a las especializadas si es necesario, ofreciendo el Informe correspondiente de acuerdo con la documentación con que se cuenta avalado con la firma del Jefe de la Unidad o areas involucradas</p> <p data-bbox="1373 747 2268 948">.- Traslada Informe, mediante memoràndum al àrea de Tràmites del Hospital</p>
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	4	EMITE RESOLUCION	<p data-bbox="1373 948 2268 1104">.- Analiza la documentación recibida en base a fundamentos legales, dictamina si la solicitud es procedente o no</p> <p data-bbox="1373 1104 2268 1338">.- Emite Resolucìon declarando con o sin lugar el acto demandado y la envia a firma de la Direccìon Ejecutiva</p>
DIRECCION EJECUTIVA	5	FIRMA RESOLUCION	<p data-bbox="1373 1338 2268 1421">.- Revisa y firma Resolucìon y la devuelve al Area de Tràmites del Hospital</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL</p> <p>LC/EMMA</p>	6	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	<p>.- Anota Resolución en Libro de Control y la notifica por la Tabla de Avisos dentro de los cinco (5) días hábiles administrativos a partir de la fecha de emisión de la Resolución</p> <p>.- Entrega Resolución al interesado cuando este se presente a retirarla, previa firma de recibido</p>
	7	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

NOTA. SEGÚN LO ESPECIFICADO EN EL ARTICULO NO. 29 DE LA LEY DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, LA INSTITUCION CUENTA CON OCHO (8) DIAS HABILES PARA RESOLVER LA PETICION DE AFIRMATIVA FICTA.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE COMUNICACIONES JUDICIALES DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD			
OBJETIVO. NORMATIZAR EL PROCESO PARA DAR RESPUESTA A LAS COMUNICACIONES JUDICIALES			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUTORIDAD JUDICIAL	1	PRESENTA SOLICITUD DE INFORME	<p>.- La autoridad competente presenta su solicitud en el papel membretado de la Institución y puede referirse a:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Informe sobre expedientes clínicos * Dictámenes médicos <p>La solicitud debe ser presentada en el área de Trámites del Hospital y especificar los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fecha * Nombre del Asegurado * Número de afiliación del Asegurado * Objeto de la solicitud (exponer en forma clara la petición) * Firma y sello

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	2	REGISTRA LA SOLICITUD Y EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- Recibe y revisa solicitud de Constancia .- Registra solicitud .- La tarjeta de control sirve para reclamar el informe solicitado (Anexo No. 1)
EVALUACION MEDICA	3	EMITE AUTO DE TRASLADO	.- El auto se remite a Evaluaciòn Mèdica, agregando a la solicitud de informe (Anexo No. 2)
AREAS INVOLUCRADAS	4	SOLICITA EMISION DE INFORME	.- Solicita expediente a archivo clìnico y los remite a Direcciòn de Unidades Mèdicas, Mèdica Preventiva y/o Seguridad e Higiene
EVALUACION MEDICA	5	EMITE INFORME	Las àreas involucradas emiten el Informe solicitado, - el cual debe ser avalado por el Jefe de la respectiva Unidad y traslada a Evaluaciòn Mèdica
EVALUACION MEDICA	6	RUBRICA INFORME	.- Rubrica informe emitido y lo envìa a Area de Tràmites del Hospital

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	7	ENTREGA CONSTANCIA O INFORME SOLICITADO	.- Recibe Constancia y la entrega al solicitante, previa anotacion y firma en el Libro de Control
	8	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR SOLICITUD DE RE-EVALUACION DE PENSION POR INVALIDEZ			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL TRAMITE PARA SOLICITAR RE-EVALUACION DE PENSIONES POR INVALIDEZ			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PENSIONADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE RE-EVALUACION	.- La solicitud de re-evaluación de Pensión debe ser presentada en el área de Trámites del Hospital, debe contener lo siguiente: * Nombre del Asegurado * Número de afiliación * Fecha en la que se declara el estado y porcentaje de invalidez * Estado actual de salud * Explicar en forma clara lo que se pide * Número de Resolución (si la tiene)
	2	REGISTRA SOLICITUD	.- Revisa el contenido de la solicitud y la registra
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL			

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
COMISION DE INVALIDEZ	4	SOLICITA RE-EVALUACION	Resolución (Anexo No. 1) .- Traslada solciitud a Comisiòn de Invalidez, para re-evaluar estado de salud del pensionado
	5	EVALUA AL PACIENTE	.- La Comisiòn de Invalidez cita al paciente para evaluar su estado de salud En este caso puede suceder una (1) de dos (2) situaciones: * Si el paciente se ha recuperado del problema que originò su invalidez, la solicitud se declara con lugar pero con disminuciòn del porcentaje de invalidez y logicamente, con disminuciòn del monto de pensión a recibir. * Si el paciente ha aumentado el problema que origina la invalidez, la solicitud se declara con lugar, con incremento del porcentaje y de monto de pensión a recibir Emite su dictamen y lo traslada a Area de Tràmites del Hospital
AREA DE TRAMITES DEL HOSPITAL	6	EMITE RESOLUCION	.- La Resolución se elabora conforme a lo dictaminado por la Comisiòn de Invalidez y se traslada a firma de Direcciòn Ejecutiva

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DIRECCION EJECUTIVA	7	FIRMA RESOLUCION	.- Revisa y firma Resolucìon y la devuelve a Secciòn de Tràmites del Hospital
SECCION DE TRAMITES DEL HOSPITAL	8	ENTREGA RESOLUCION	.- Entrega Resolucìon al Peticionario, previo registro y firma en Libro de Control
lc/emma	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN CONSULTA AMBULATORIA ESPECIALIZADA EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE EXTENSION DE CERTIFICADO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL			
VALIDADO GERENCIA INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE MEMO-NO- 80 DEL 2-08-04			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
MEDICO TRATANTE (CONSULTA AMBULATORIA ESPECIALIZADA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION)	1	OTORGA ATENCION MEDICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION	.- La incapacidad será extendida de acuerdo al diagnóstico y en el documento de certificado de Incapacidad Temporal deberá consignarse: <ul style="list-style-type: none"> * Número de Afiliación del asegurado * Nombre del Asegurado * Unidad Asistencial que brindó el servicio médico * Servicio en que fue atendido (ortopedia, oftalmología, etc) * Fecha de expedición del certificado * Incapacidad del/al (fecha de inicio y de terminación de la incapacidad) * Número de días.- Especificar con exactitud el número de días que se otorgaron

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>EVALUACION MEDICA</p>	<p>2</p>	<p>EXTIENDE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Riesgo que lo origina * Nombre del Patrono * Número de Inscripción Patronal * Sello y firma del medico tratante * Firma y sello del medico evaluador <p>- Los Certificados de Incapacidad Temporal que extienden todos los medicos son remitidos a Evaluación Médica</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No.1)</p>
	<p>3</p>	<p>VERIFICA DATOS DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL</p>	<p>- Recibe certificado de Incapacidad Temporal (original copia rosada y copia azul), con su respectivo expediente</p> <p>- Revisa y verifica los datos de cada uno de los Certificados de Incapacidad Temporal con el expediente del Asegurado y el diagnóstico que origina la incapacidad</p> <p>Si alguno de los datos del Certificado de Incapacidad Temporal, no es coincidente con la información contenida en el expediente, devuelve el certificado al médico que lo emitió para su rectificación, mediante memorándum.</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE INCAPACIDADES (AREAS HOSPITALARIAS)	4	ENTREGA AL ASEGURADO CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (HOJA ROSADA)	<ul style="list-style-type: none"> - Comprueba si el número de días otorgados por incapacidad temporal es conforme con lo estipulado en el Manual de Normas de Salud - Verifica contra calendario, si el número de días consignado en el Certificado de Incapacidad Temporal, en lo que se refiera a: Incapacitado del/al (periodo de incapacidad) es igual al número de días (totales) - De existir error, devuelve el certificado de Incapacidad Temporal al médico que lo emitió para su respectiva corrección - Si toda la información que aparece en los Certificados de Incapacidad Temporal esta correcta, firma y sella los certificados - Traslada expedientes médicos con su respectivo Certificado de Incapacidad Temporal a la Sección de Incapacidades - Recibe expediente clínico con su certificado de incapacidad temporal - Extrae de cada expediente el juego de incapacidades.- Archiva en el expediente del asegurado copia azul del Certificado de Incapacidad Temporal

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	REMITE CERTIFICADOS ORIGINALES DE INCAPACIDAD TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none">- Envía expediente a archivo- Retiene las hojas blancas y rosadas para ser entregadas a los interesados- Entrega al asegurado hoja rosada del Certificado de Incapacidad Laboral Temporal debidamente fechada- La misma fecha se coloca en el original (blanco) de la Incapacidad - Diariamente los Certificados de Incapacidad Temporal (originales: hojas blancas), deben ser enviados a la Sección de Subsidios, debidamente listados para proceder conforme a su presentación para su respectivo pago- En el listado de remisión se consigna la siguiente información:<ul style="list-style-type: none">* Número correlativo* Número de afiliación* Nombre del asegurado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
LC/EMMA	6	FIN DEL PROCEDIMIENTO	* Número de días (Anexo No. 2) - El listado se elabora en original y copia. Esta última es devuelta, debidamente firmada, como comprobante de recibido

**V.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD QUE SE PRESENTARAN
EN TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL**

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECURSO DE REPOSICION			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA PRESENTACION DE RECURSO DE REPOSICION, CUANDO LAS RESOLUCIONES EMITIDAS NO SEAN SATISFACTORIAS AL PETICIONARIO			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
REPRESENTANTE PATRONAL O ASEGURADO	1	PRESENTA RECURSO DE REPOSICION	<ul style="list-style-type: none"> .-Este Recurso Legal, se aplica cuando a raíz de una solicitud presentada, la Dirección Ejecutiva del IHSS, emite Resolución declarando la misma SIN LUGAR, o la declara CON LUGAR, pero lo resuelto no satisface los requerimientos del peticionario .- El Recurso de Reposición se presentará en el plazo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la Resolución objeto de Impugnación, en la Secretaría General dirigida al Director Ejecutivo y deberá acompañarse de la documentación que sea necesaria para amparar su petición, especificando la documentación que se adjunta.
SECRETARIA GENERAL	2	ANALIZA EL CONTENIDO DEL RECURSO	<ul style="list-style-type: none"> .- El empleado receptor, recibe y revisa el Recurso de Reposición .- Si a la solicitud le hace falta alguna de la documentación especificada, se le solicita anexarlos y si es necesario, mejorar la presentación del recurso

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<p data-bbox="1376 289 2179 362">.- Si la solciitud y sus anexos estàn completos se proce- de a registrarla en el libro respectivo</p> <p data-bbox="1376 443 2153 553">.- La tarjeta de control sirve al solicitante para darle seguimiento al tràmite y para reclamar la Resoluciòn y contiene la siguiente informaciòn:</p> <p data-bbox="1376 597 2179 708">1.- NUMERO.- Este lo asigna la persona que recepciona el Recurso (correlativo) conforme a libros de control y fecha de presentaciòn</p> <p data-bbox="1376 751 1723 781">2.- NO. DE AFILIACION</p> <p data-bbox="1376 824 1634 854">3.- SOLICITANTE</p> <p data-bbox="1376 898 1596 927">4.- CAUSANTE</p> <p data-bbox="1376 971 1556 1000">5.- ASUNTO</p> <p data-bbox="1376 1044 1849 1073">6.- FECHA DE PRESENTACION</p> <p data-bbox="1376 1117 1951 1146">7.- FECHA DE ENTREGA O REGRESO</p> <p data-bbox="1376 1190 1798 1219">8.- PERSONA QUE RECIBIO</p> <p data-bbox="1376 1263 2145 1292">9.- FIRMA Y SELLO DE LA SECRETARIA GENERAL</p> <p data-bbox="1714 1365 1932 1395">(Anexo No. 1)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
UNIDAD DE ASESORIA LEGAL	4	LOCALIZA EXPEDIENTE	.- Investiga y solicita al àrea que tiene el expediente, la remision del mismo para emitir Auto de presentado
	5	EMITE AUTO ADMITIENDO O DENEGANDO LA ADMISION DEL RECURSOS DE REPOSICION	.- En dicho auto se ordena el traslado a la Unidad de Asesorìa Legal, para que emita el respectivo dictamen .- Envìa el expediente a la Unidad de Asesorìa Legal registràndolo previamente en el libro de control (Anexo No. 2)
	6	EMITE DICTAMEN LEGAL	.- Revisa la documentaciòn del expediente, analiza la Resoluciòn y hace la investigaciòn que sea conveniente, a fin de contar con todos los elementos que le permitan conocer y dictaminar en forma acertada dicho recurso de reposiciòn, pudiendo solicitar los informes que sean necesarios a las àreas o Unidades involucradas en la investigaciòn, que pueden ser: * Oficina de Ingresos * Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte * Sub-Gerencia de Pensiones * Evaluaciòn Mèdica * Comisiòn Tècnica de Invalidez

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	6	ELABORA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> * Seguridad e Higiene Ocupacional * Otras (s) que sea (n) necesaria (s) - Elabora el respectivo dictamen y remite el expediente a la Secretaria General - Conforme dictamen recibido, resuelve si el Recurso de Reposición es declarado CON o SIN LUGAR, y la envía a firma y sello de la Dirección ejecutiva
DIRECCION EJECUTIVA	7	FIRMA Y SELLA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> - Traslada Resolución a Secretaria General
SECRETARIA GENERAL	8	NOTIFICA Y EXTIENDE CERTIFICACION DE LA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> - La notificación puede ser personal. Si transcurrido el término no se da la notificación personal, procede a notificarla mediante cédula fijada en la tabla de avisos para que quede firme. - Concluido el trámite, el expediente se remite con memorandum al archivo o centro de documentación del IHSS, dejando constancia de ello en el libro de control de envío de expediente al archivo.
Ic/emma	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECURSO DE IMPUGNACION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA PRESENTACION DE RECLAMOS POR COBROS INDEBIDOS

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
REPRESENTANTE PATRONAL	1	PRESENTA IMPUGNACION	<ul style="list-style-type: none"> .- Este recurso legal se aplica cuando existe una notificación oficial sobre saldos pendientes de pago a favor del Instituto y sobre los cuales el patrono no esta de acuerdo .- Una vez recibida la notificación el Patrono tiene un plazo de diez (10) días hábiles para presentar el recurso de impugnación, acompañado de la documentación que obre en su poder y que permita al Instituto resolver sobre su petición .- El recurso de Impugnación deberá presentarlo en la Secretaría General, dirigido al Director Ejecutivo del IHSS
SECRETARIA GENERAL	2	RECIBE EL ESCRITO DE IMPUGNACION Y DEJA CONSTANCIA DE PRESENTADO	<ul style="list-style-type: none"> .- El empleado Receptor revisa la Impugnación, verifica que se acompañe toda la documentación detallada en el escrito, estampa la fecha y la firma que constata el presentado para el interesado y que se que se ha recibido dicho escrito

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> * Si a la solicitud le hace falta alguna de la documentación especificada, se devuelve para que la corrija o adjunte la documentación indicada * Si la solicitud y sus anexos están completos se procede a recibirla <p>- La tarjeta de control sirve al solicitante para darle seguimiento al trámite y reclamar Resolución y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NUMERO.- Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * NUMERO PATRONAL * NOMBRE DEL CAUSANTE (EMPRESA) * ASUNTO * FECHA DE PRESENTACION * FECHA DE ENTREGA O REGRESO * NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE LA RECIBIO <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
OFICINA DE INGRESOS	4	ELABORA AUTO DE ADMISION O NO ADMISION DE LA IMPUGNACION	<p>- El Auto de Admisiòn ademàs ordena el traslado del Expediente a la Oficina de Ingresos y contiene la siguiente informaciòn:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objeto de la solicitud * Nombre y nùmero de inscripciòn patronal del solicitante. * Fecha, firma y sello del Jefe de la Secretaria General <p>- La notificaciòn puede ser personal o mediante Cèdula de Notificaciòn fijada en la Tabla de Avisos</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 2)</p> <p>- El Auto de no admisiòn se elabora requiriendo al impugnante para que enmiende su escrito o para que presente la documentaciòn necesaria</p> <p>- El auto de admisiòn se traslada a la Oficina de Ingresos</p>
	5	REALIZA INVESTIGACION	<p>- Para realizar la investigaciòn solicita al àrea de Control Patronal, proceda a verificar la informaciòn presentada por el solicitante</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE CONTROL PATRONAL	6	ELABORA INFORME DE INVESTIGACION E INFORMA A EL AREA DE INGRESOS	<ul style="list-style-type: none"> - Lleva a cabo la investigación, tomando como base la información que maneja el área de Ingresos y la documentación presentada por el solicitante - Elabora informe detallando los hallazgos y lo devuelve Al Area de Ingresos
AREA DE INGRESOS	7	SOLICITA OPINION LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - Traslada informe y expediente a Unidad de Asesoría Legal para que emita Opinión Legal
UNIDAD DE ASESORIA LEGAL	8	EMITE OPINION LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - En base a fundamentos legales, dictamina sobre la investigación y devuelve la documentación a la Secretaría General
SECRETARIA GENERAL	9	ELABORA RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Emite Resolución sea CON O SIN LUGAR de acuerdo a opinión legal y la envía a la Dirección Ejecutiva
DIRECCION EJECUTIVA	10	FIRMA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> - Anota en el libro de control correspondiente el envío de la Resolución a la Secretaría General
SECRETARIA GENERAL	11	NOTIFICA LA RESOLUCION	<ul style="list-style-type: none"> - Procede a notificar la Resolución que puede ser personalmente o mediante Cédula fijada en la Tabla de avisos. Si la notificación del Apoderado Legal es

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE INGRESOS	12	EMITE NOTA DE DEBITO O CREDITO	<p>conforme con lo resuelto o si ya esta firme dicha Resolucìon se continua con su tramite, si la notificaciòn es no conforme y se hace uso del recurso que correspon-da se le darà el tramite correspondiente</p> <p>.- Remite la Resolucìon al àrea de Ingresos para que elabore la nota de crèdito o de dèbito.</p> <p>.- De acuerdo a la Resolucìon se elabora la Nota de Crèdito o la Nota de Debito y se devuelve el expediente a la Secretaria General</p>
AREA DE INGRESOS	13	EXTIENDE LA CERTIFICACION DE LA RESOLUCION	<p>.- Notifica al apoderado legal de la parte reclamante y le le hace entrega de la nota de crèdito o de dèbito dejando constancia de ello en el expediente</p> <p>.- Emite las copias que sean necesarias, debidamente autenticadas a las oficinas que deban efectuar algùn tràmite o registro en relaciòn a la gestiòn concluida</p>
	14	ENVIA EL EXPEDIENTE AL ARCHIVO O CENTRO DE DOCUMENTACION DEL IHSS	<p>.- Elabora memorandum, indicando el nùmero de expediente, nùmero de Resolucìon, nombre y nùmero Patronal en el libro de control de expedientes enviados al Centro de documentaciòn</p>
	15	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA RECURSO DE APELACION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA PRESENTACION DE APELACION ANTE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERESADO	1	PRESENTA RECURSO DE APELACION	<ul style="list-style-type: none"> - La Apelacion se interpondrà ante el Director Ejecutivo por el Representante Legal del Interesado, dentro de los 15 dias hàbiles siguientes a la notificaciòn de la Resoluciòn del Recurso de Reposiciòn y se presenta en Secretario General
SECRETARIA GENERAL	2	TIENE POR INTERPUESTO EL RECURSO DE APELACION	<ul style="list-style-type: none"> - En el termino de cinco dias, remite al organo superior (Junta Directiva), el expediente para su decisiòn - Se darà un plazo de 5 dias para la notificaciòn personal del Apoderado Legal de la parte que lo presentò - Transcurrido ese plazo la notificaciòn se harà mediante cèdula fijada en la tabla de avisos firmada por el Secretario General
REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERESADO	3	FORMALIZA EL RECURSO	<ul style="list-style-type: none"> - Al formular el recurso, expresa los agravios y envia -- toda la documentaciòn pertinente y la entrega a Secretaria General-

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	4	REMITE EL EXPEDIENTE A LA SECRETARIA DE LA JUNTA DIRECTIVA	- Al expediente se le agrega toda la documentación presentada por el interesado y se envía a la Secretaría de Junta Directiva
SECRETARIA DE LA JUNTA DIRECTIVA	5	SOLICITA DICTAMEN	- Solicita dictamen legal a Unidad de Asesoría Legal, trasladando expediente
UNIDAD ASESORIA LEGAL	6	EMITE DICTAMEN SOLICITADO	- La Unidad de Asesoría Legal si lo considera necesario solicitará a la Unidad o area que corresponda informe sobre el caso, y emite dictamen legal. Devuelve expediente junto con dictamen a Secretaria de Junta Directiva
SECRETARIA DE LA JUNTA DIRECTIVA	7	RECIBE EL EXPEDIENTE JUNTO CON EL DICTAMEN Y LO SOMETE A DECISION DE LA JUNTA DIRECTIVA	- Traslada expediente y dictamen legal para decisión sobre el recurso a Junta Directiva
JUNTA DIRECTIVA	8	EMITE DICTAMEN FINAL	- Declara CON O SIN LUGAR el recurso de apelación y lo envía a Secretaría de Junta Directiva para elaborar Resolución
SECRETARIA DE JUNTA DIRECTIVA	9	ELABORA LA RESOLUCION	- Envía Resolución para firma y sello del Presidente de Junta Directiva

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EL PRESIDENTE DE JUNTA DIRECTIVA	10	FIRMA Y SELLA RESOLUCION	.- Al firmar la Resolución la devuelve a la Secretaría de Junta Directiva, junto con el expediente
SECRETARIA DE JUNTA DIRECTIVA	11	ELABORA LA CERTIFICACION DE LA RESOLUCION	.- Procede a notificar personalmente o por tabla de aviso al Apoderado Legal del interesado y le entrega la Certificación de la Resolución del Recurso de Apelación. .- Devuelve o remite el expediente a la Secretaria General
SECRETARIA GENERAL	12	ENVIA EL EXPEDIENTE AL ARCHIVO O CENTRO DE DOCUMENTACION DEL IHSS	.- Recibe expediente y elabora memorandum para el Archivo o Centro de Documentación, remitiendo expediente para su custodia
lc/emma	13	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA REINTEGRO DE PAGO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL A EMPRESAS, INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y ENTES DESCENTRALIZADOS

**OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE REINTEGRO DE PAGO POR CONCEPTO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL A INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y ENTES DESCENTRALIZADOS
 VALIDADO POR SUB-GERENCIA SUBSIDIOS EN OFICIO No. 893 DEL23 DE AGOSTO 2004 Y APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA EN MEMO- 5664 DEL 27 DE AGOSTO 2004**

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EMPRESAS, INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y ENTES DESCENTRALIZADOS	1	EFECTUA PAGO DE SUBSIDIO A EMPLEADOS CON PERIODOS DE INCAPACIDAD	.- En su planilla mensual, las Empresas Instituciones Gubernamentales y Entes Descentralizados efectúan el pago completo del subsidio, asumiendo el porcentaje que le corresponde al IHSS, equivalente al 66% del -- sueldo sujeto a cotización, o sea L.4,800.00 (CUATRO MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS), (Artículo 55 B Reformado de la Ley del IHSS)
	2	REMITEN LISTADO Y CONSTANCIA PARA COBRAR SUBSIDIO, DEBIDAMENTE LLENO, CON LOS DATOS QUE EN LA MISMA SE SOLICITAN A AREA DE TRAMITES DEL IHSS	.- Cada Empresa, Institución Gubernamental o Entes Descentralizados, enviarà a Area de Tràmites, listado y constancias para cobrar subsidios ya pagados y que contiene la siguiente informaciòn: * Nombre de la Instituciòn * Nùmero correlativo * Nùmero de afiliaciòn

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	3	RECIBE SOLICITUD DE REINTEGROS	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Asegurado * Número de días (desde/hasta) * Monto pagado * Monto total de lo pagado <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <p>- Las Empresas, Instituciones Gubernamentales o Entes Descentralizados presentan en papel membretado la solicitud de reintegro, listando cada uno de los certificados</p> <ul style="list-style-type: none"> * De hacer falta un Certificado o existir datos incompletos, devuelve los comprobantes a fin de que complete la información * Si la documentación esta completa, la recibe y le anota número del registro
	4	ELABORA Y ENTREGA TARJETA DE RECEPCION DE DOCUMENTOS AL INTERESADO	<p>- La tarjeta de recepción de documentos se le entrega al interesado y consta de la información siguiente</p> <p>a.- Número de Registro anota el número de tarjeta que se asignò</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	ANOTA LA SOLICITUD EN LIBRO DE CONTROL	<p>b.- Solicitante Es el nombre de la Institució que solicita el reintegro</p> <p>c.- Causante Nombre de la persona que origina la solicitud</p> <p>d.- Solicitud Descripció de la solicitud</p> <p>e.- Fecha de presentació Es la fecha en la que se hace la solicitud</p> <p>f.- Fecha de entrega o regreso Es la fecha en la que se puede presentar a obtener una respuesta a su solicitud (30 días como mínimo)</p> <p>(Anexo No. 2)</p> <p>.- En el libro de control consignará:</p> <p>a.- Fecha de recepció</p> <p>b.- Número de Registro</p> <p>c.- Nombre del solicitante</p> <p>d.- Asunto</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE SUBSIDIOS	6	REMITE INCAPACIDADES A SECCION DE SUBSIDIOS	.- La remisiòn se realiza con la finalidad de efectuar el reintegro de los pagos efectuados
	7	RECIBE SOLICITUDES DE REINTEGRO	.- Revisa el listado para comprobar si todos los certificados para cobrar subsidio estan incluidos .- Revisa si la copia rosada (constancia para cobrar el subsidio) viene complementamente llena con la informaciòn que en ella se solicita y es: <ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Patrono * Nombre completo del asegurado * Perìodo de incapacidad * Salarios vencidos y no declarados en Planilla de Cotizaciòn (si procede) * Observaciones (si procede) * Lugar y fecha * Firma y sello del Patrono o su Representante .- Si a la Constancia para cobrar el subsidio le hace falta alguna informaciòn, se solicita a la empresa por la via telefònica la completaciòn de la informaciòn

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	8	ELABORA BOLETIN DE INCAPACIDADES RECIBIDAS	<p data-bbox="1378 287 1830 318">.- Elaboran el respectivo boletin</p> <p data-bbox="1677 363 1897 394">(Anexo No. 3)</p>
	9	EFECTUA COMPROBACION DE DERECHOS	<p data-bbox="1378 440 2188 509">.- Realiza la comprobación de derecho, conforme planilla de cotización, mora patronal y salarios</p> <p data-bbox="1378 555 2201 662">.- Si el Patrono, a la fecha de la incapacidad se encuentra en mora con el IHSS, el monto de lo que corresponde pagar al IHSS (66%), no se hace efectivo</p> <p data-bbox="1378 708 2220 932">.- Se revisa diagnóstico y si el caso lo amerita, se aplica lo establecido en el Artículo 144 del Reglamento de Aplicación de la Ley del IHSS, que textualmente expresa: " No se concederá las prestaciones pecuniarias, --- cuando la incapacidad temporal o permanente para el trabajo:</p> <ol data-bbox="1446 977 2201 1393" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1446 977 2201 1047">1.- Haya sido provocado intencionalmente por el asegurado o por otra persona a instigación suya. <li data-bbox="1446 1092 2201 1240">2.- Sea causada por la participación voluntaria del asegurado en una reyerta o a consecuencia de un delito en que cupiere responsabilidad a la víctima, y <li data-bbox="1446 1286 2201 1393">3.- Provenga de la ingestión de bebidas alcohólicas o el uso de drogas, estupefacientes o alucinógenos.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	10	EFECTUA CALCULO DE SUBSIDIO	<p>Artículo 145.- si el asegurado comete infracciones por las que se le sanciona con la suspensión de la prestación pecuniaria, el pago se reanuda tan pronto desaparezca la causa que hubiere motivado la sanción, pero no se pagarán los periodos afectados.</p> <p>.- El cálculo se hace basado en lo que establece la Ley del IHSS y su Reglamento de Aplicación en su Artículo 72 y 73 que textualmente dicen:</p> <p>" El Subsidio se concederá por día, con inclusión de domingos y feriados y se liquidará por periodos vencidos, no mayores de siete días".</p> <p>" El Subsidio será igual a sesenta y seis (66%) por ciento del salario base diario. Sin embargo cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y no tenga personas que dependan económicamente de él, el subsidio será igual al cincuenta (50%) por ciento de dichos salarios"</p>
	11	ELABORA PLANILLA DE PAGO DE SUBSIDIOS	<p>.- La planilla se elabora tres (3) a cuatro (4) veces en un año, conforme lo hayan solicitado las Empresas, Instituciones Gubernamentales o Entes Descentralizados</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p data-bbox="1378 289 2171 396">.- La planilla para pago de subsidio a Empresas. Instituciones Gubernamentales o Entes Descentralizados. - contiene la siguiente información:</p> <ul data-bbox="1378 440 2018 1317" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1378 440 2018 472">* Instituto Hondureño de Seguridad Social<li data-bbox="1378 516 1983 548">* Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte<li data-bbox="1378 592 1919 625">* Planilla No. XX, año, Tegucigalpa<li data-bbox="1378 669 1696 701">* Fecha de emisión<li data-bbox="1378 745 1714 777">* Número correlativo<li data-bbox="1378 821 1830 854">* Riesgos (E.C.; A.T.; MAT.)<li data-bbox="1378 898 1736 930">* Número de afiliación<li data-bbox="1378 974 1663 1006">* Planilla número<li data-bbox="1378 1050 1768 1083">* Nombre del asegurado<li data-bbox="1378 1127 1516 1159">* Valor<li data-bbox="1378 1203 1542 1235">* Código<li data-bbox="1378 1279 1529 1312">* Fecha <p data-bbox="1704 1365 1919 1398">(Anexo No. 4)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
GERENCIA DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	12	RECIBE PLANILLA PARA PAGO DE SUBSIDIOS	<ul style="list-style-type: none"> - Una vez digitada, revisada y corregida la planilla, en la Sección de Subsidios, se traslada a la Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte, con los respectivos expedientes para efectos de verificación - Revisa planilla y la traslada con memorándum a la Unidad de Control Administrativo, con sus respectivos expedientes para revisión y comprobación
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	13	RECIBE PLANILLA CON SUS RESPECTIVOS EXPEDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica la información de la planilla y la devuelve a Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte, con su respectiva aprobación
GERENCIA DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	14	RECIBE PLANILLA DEBIDAMENTE APROBADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Procede a digitar la planilla. Realiza trámite de aprovisionamiento (suministro) de fondos. - Traslada planilla a Departamento de Presupuesto - Remite expedientes a la Sección de Subsidios
SECCION DE SUBSIDIOS	15	RECIBE EXPEDIENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara tarjeta de Control de Subsidios, la que tiene la siguiente información: <p>* Número de afiliación</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<ul style="list-style-type: none">* Nombre completo del asegurado* Fecha de certificado* Subsidio número (correlativo)* Incapacidad (de/al)* Días otorgados* Riesgos* Días acumulados (E-R.P.)* Importe* Total acumulativo* Número Patronal <p style="text-align: center;">(Anexo No. 5)</p> <p>.- La tarjeta de control permite mantener información -- permanente sobre los subsidios otorgados y pagados. Si en un momento dado a un asegurado se le -- extienden dos (2) certificados de Incapacidad Laboral Temporal, en forma simultanea, solamente se le paga una y será la de mayor tiempo, anulando la otra (siempre y cuando se presente a tramitar su pago) evitando</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>hacer pagos duplicados</p> <p>- El objetivo de establecer este tipo de control, es para efectos de pago de subsidios, ya que los Artículos 68, 69,70 , 71 y 72 del Reglamento de Aplicación del IHSS establece que:</p> <p>* Artículo 68.- El asegurado incapacitado para trabajar a consecuencia de una enfermedad o accidente, tiene derecho a un subsidio, siempre que acredite no menos de treinta y cinco días de cotización en los tres meses calendario anteriores al de la incapacidad</p> <p>Cuando este tenga su origen en un riesgo profesional, no regirá dicho requisito de cotización Los periodos de descanso por maternidad, se tomará en cuenta para el cómputo de treinta y cinco (35) días</p> <p>* Artículo 69.- El Subsidio se otorgará solamente cuando el asegurado se encuentre trabajando a la fecha del comienzo de la incapacidad. No obstante seguirá percibiendo el subsidio dentro de las regulaciones establecida en los Artículos 70 y 71, cuando quede cesante despues de haber comenzado su incapacidad</p> <p>* Artículo 70.- el subsidio se pagará a partir del cuarto día, por todo el tiempo que dure la incapacidad, sin que exceda de veintiseis semanas. Si al término de</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>ese plazo persiste la incapacidad, el Jefe de la Unidad, previo dictamen de la Comisión Médica correspondiente, esta facultado para prorrogar el subsidio hasta por trece semanas. Si al cumplirse este nuevo plazo aún subsiste la incapacidad, la Junta Directiva con vista del informe favorable del Departamento de Servicios Médicos del Instituto, puede prorrogar el Subsidio hasta por trece semanas más</p> <p>* Artículo 71.- Para efectos de lo dispuesto en el Artículo 69 y el computo de los plazos señalados en el Artículo 70, se entenderá como un mismo caso de subsidio, la incapacidad ininterrumpida para el trabajo desde el día en que se origina la incapacidad hasta el día en que se recupere la capacidad de trabajo</p> <p>Si sobreviene una nueva incapacidad dentro de los treinta y cinco días siguientes a la fecha en que se hubiese declarado la recuperación de la capacidad de trabajo, esta nueva incapacidad se considerará que forma parte del mismo caso de subsidio. Toda incapacidad que se presente con posterioridad a los treinta y cinco días señalados, será considerado como un nuevo caso.</p> <p>* Artículo 72.- El subsidio se concederá por día con inclusión de domingos y días feriados y se liquidará por periodos vencidos no mayores de siete días</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO	16	RECIBE PLANILLA PARA REINTEGRO POR PAGO DE SUBSIDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Tramita Orden de Pago por reintegro de subsidio - Traslada Orden de Pago a la Unidad de Control Administrativo
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	17	RECIBE ORDEN DE PAGO DE REINTEGRO	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza pre-intervención del gasto, si la información contenida en la Orden es correcta, otorga el Visto -- Bueno y lo traslada a Gerencia Administrativa y Financiera - Si alguno de los datos es incorrecto, la devuelve al Departamento de Presupuesto para su corrección.
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	18	RECIBE ORDEN DE PAGO DE REINTEGRO	<ul style="list-style-type: none"> - Revisa información y documentación que acompaña la Orden de Pago, aprueba Orden mediante su firma - La traslada a revisión de Auditoría Interna
AUDITORIA INTERNA	19	REVISA ORDEN DE PAGO	<ul style="list-style-type: none"> - Revisa documentación y otorga Visto Bueno - Remite Orden de Pago a Sub- Gerencia Administrativa y Financiera
SUB-GERENCIA ADMINISTRATIVA	20	RECIBE ORDEN DE PAGO DEBIDA-	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora boletín de Orden de Pago para emisión de cheque

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
TIVA Y FINANCIERA		MENTE FIRMADA	.- Traslada Boletin a la Oficina de Tesoreria para su emision
OFICINA DE TESORERIA	21	RECIBE BOLETIN DE ORDEN DE PAGO	.- Emite Cheque de reintegro .- Lo traslada a firma de la Direcciòn Ejecutiva
DIRECCION EJECUTIVA	22	RECIBE CHEQUE DE REINTEGRO	.- Revisa y firma cheques .- Los remite a Oficina de Tesoreria
OFICINA DE TESORERIA	23	RECIBE CHEQUES DEBIDAMENTE FIRMADOS	.- Revisa si todos los cheques estan debidamente firmados y los anota en Libro de Control .- Los traslada a Cajero Receptor
INSTITUCION SOLICITANTE	24	RETIRA CHEQUE DE REINTEGRO	.- Firma comprobante y retira cheque
	25	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO RESOLUCION MONTO DE LA MORA			
OBJETIVO: NORMATIZAR LA FORMA DE RECAUDAR LOS MONTOS POR CONCEPTO DE MORA			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
CONTROL PATRONAL	1	ELABORA INFORME DE MONTO DE LA MORA	- Envía informe a Area de Ingresos, con copia a Gerencia Administrativa y Financiera
AREA INGRESOS	2	NOTIFICA AL PATRONO EL MONTO DE LA MORA	- El Patrono de no estar de acuerdo con el monto de la mora establecida puede impugnarla ante la Dirección Ejecutiva (ver Procedimiento de Impugnación) - Terminado el tiempo establecido, diez (10) días hábiles para realizar la impugnación, y no hacer uso de su derecho, se elabora auto de caducidad.
	3	ELABORA AUTO DE CADUCIDAD Y LO REMITE A FIRMA DE LA DIRECCION EJECUTIVA	- Dirección Ejecutiva, firma auto de caducidad y lo devuelve a Area de Trámites
AREA DE TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL	4	Recibe auto de caducidad	- Archiva copia de notificación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL	5	ELABORA RESOLUCION DE MONTO DE LA MORA, LO REMITE A FIRMA DE DIRECCION EJECUTIVA	.- Direccìon Ejecutiva firma y sella Resolucìon y la devuelve a Area de Tràmites
	6	NOTIFICA AL PATRONO SOBRE LA RESOLUCION	.- El Patrono tendrà tres (3) dìas hàbiles para pagar Si en el plazo establecido, no hace efectivo su compromiso, la documentaciòn se remite a la Unidad de Asesoría Legal a fin de que se realicen las gestiones pertinentes por la via judicial
AREA DE INGRESOS	7	ARCHIVA EXPEDIENTE	.- Envía copia de Resolucìon a Gerencia Administrativa y Financiera y Area de Ingresos
	8	TRASLADA INFORME A AREA DE COBRANZAS	.- Elabora tarjeta, que contiene la siguiente informaciòn: * Nombre comercial de la Empresa * Nùmero Patronal * Debitos * Crèditos * convenios (ver formato)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE COBRANZAS	9	EMITE NOTA DE DEBITO	.- Notifica al Patrono Entrega copia a Direcciòn Ejecutiva
PATRONO	10	RECIBE NOTA DE DEBITO	
AREA DE INGRESOS	11	SE PRESENTA A PAGAR A TESORERIA DEL IHSS	
	12	LLEVA CONTROL DE LA MORA PATRONAL	.- En caso de no lograr la recuperaciòn de los valores adeudados, remite los expedientes a la Unidad de Asesorìa Legal para ser ejecutados por la via judicial
	13	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE COMUNICACIONES JUDICIALES EN AREA ADMINISTRATIVA O DEL REGIMEN I.V.M.			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA DAR RESPUESTA A LAS COMUNICACIONES JUDICIALES			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AUTORIDAD JUDICIAL	1	PRESENTA SOLICITUD DE INFORME	.- La autoridad competente presenta su solicitud en papel membretado de la Institución y puede referirse a: <ul style="list-style-type: none"> * Cobro de cotización Patronal * Pago de Prestaciones * Fechas de afiliación de trabajadores * Inscripción de beneficiarios * Otros La solicitud debe ser presentada en el Area de Trámites de la Secretaria General y especificar los datos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> * Fecha * Nombre del asegurado * Número de afiliación del Asegurado

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL	2	REGISTRA LA SOLICITUD	<ul style="list-style-type: none"> * Objetivo de la solicitud (exponer en forma clara la peticiòn) * Firma y Sello
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe y revisa solicitud de Constancia - Registra la solicitud
	4	EMITE AUTO DE TRASLADO	<ul style="list-style-type: none"> - La tarjeta de control sirve para reclamar el informe solicitado (Anexo No. 1)
AREAS INVOLUCRADAS	5	EMITEN INFORME	<ul style="list-style-type: none"> -El auto se remite a: <ul style="list-style-type: none"> * Area de Ingresos * Gerencia de Recursos Humanos * Area de Afiliaciòn * Otra (Anexo No. 2) - Las àreas involucradas emiten informe solicitado, el cual debe ser avalado por el jefe de la respectiva Gerencia

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL	6	ENTREGA CONSTANCIA O INFORME SOLICITADO	.- Recibe constancia y la entrega al solicitante, previa anotaciòn y firma en el Libro de Control
	7	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

Ic/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO POR DOBLE O TRIPLE COTIZACION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO POR DOBLE O TRIPLE COTIZACION

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE REEMBOLSO POR DOBLE O TRIPLE COTIZACION	.- La solicitud debe presentarse en el formulario que entrega el Instituto acompañada de fotocopia de carnet de identificación La solicitud debe explicar claramente los periodos de cotización y la o las empresas para las cuales ha cotizado y de las cuales solicita devolución de cotización
AREA DE TRAMITES (SECRETARIA GENERAL)	2	REGISTRA SOLICITUD	.- Verifica contenido de la solicitud y procede a registrarla
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta sirve al asegurado para reclamar Resolución (Anexo No.1)
	4	SOLICITA INVESTIGACION	.- Traslada solicitud a Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte
GERENCIA DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE	5	ORDENA INVESTIGACION	.- Ordena al area de Subsidios realizar la investigación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE SUBSIDIOS	6	PREPARA CALCULOS Y BOLETIN	.- Una vez realizada la investigación prepara los respectivos cálculos y elabora boletín, mismo que traslada a la Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte
GERENCIA DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	7	OTORGA VISTO BUENO	.- Revisa información recibida de Subsidios y le coloca su Visto Bueno .- Traslada Boletín e Informe a Departamento de Presupuesto
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO	8	ASIGNA RENGLON PRESUPUESTARIO	.- Verifica los datos de los informes, asigna renglón presupuestario y elabora Orden de Pago .- La remite a Unidad de Control Administrativo
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	9	REALIZA PRE-INTERVENCION DEL GASTO	.- Comprueba operaciones y da su Visto bueno, mediante sello y firma Remite documentación a Gerencia Administrativa y Financiera
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	10	COMPRUEBA DATOS	.- Firma y sella de aprobación y lo traslada a Auditoría
AUDITORIA	11	VERIFICA INFORMACION	.- Otorga Visto bueno y lo traslada a Sub-Gerencia Admi-

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUB-GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	11	ELABORA BOLETIN PARA EMISION DE CHEQUE	nistrativa y Financiera .- Corrobora la informaciòn, firma y sella y elabora Boletìn para emisiòn de cheques y lo envìa a Tesorerìa
TESORERIA	12	ELABORA CHEQUE DE PAGO	.- Traslada cheque a firma de Direccion Ejecutiva
DIRECCION EJECUTIVA	13	FIRMA CHEQUE	.- Devuelve cheque a Tesorerìa
TESORERIA	14	REGISTRA Y ENTREGA CHEQUE	.- Registra en Libro de Control cheques recibidos y los entrega al interesado, previa firma de recibido.
lc/emma	15	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL EXTENDIDA EN CONSULTA AMBULATORIA

ESPECIALIZADA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE PAGO DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

VALIDADO GERENCIA DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE MEMO-80 DEL 2 DE AGOSTO 2004.

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE INCAPACIDADES (AREA HOSPITALARI)	1	ENVIA CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD	<p>- Diariamente los certificados de incapacidad Laboral Temporal (originales) son enviados a la Sección de Subsidios, debidamente listados para proceder conforme a su presentación para su respectivo pago</p> <p>(Anexo No. 1)</p> <p>- En el listado de remisión se consigna la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">* Número correlativo* Número de afiliación* Nombre del Asegurado* Número de días

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE SUBSIDIOS	2	RECIBE LISTADO Y ORIGINAL DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> .- Verifica si los datos contenidos en la lista son iguales a los indicados en cada uno de los certificados de incapacidad .- Archiva el original de los certificados de incapacidad por numero de afiliaciòn
ASEGURADO	3	TRAMITA PAGO DE SUBSIDIO	<ul style="list-style-type: none"> .- El asegurado se presenta a la Secciòn de Subsidios, a tramitar el pago de subsidio, con la siguiente documentaciòn: <ul style="list-style-type: none"> * Copia rosada del Certificado de Incapacidad Laboral Temporal (constancia para cobrar el subsidio), debidamente llenada por su patrono * Comprobante de vigencia de derechos * Carnet de afiliaciòn
SECCION DE SUBSIDIOS	4	REVISA INFORMACION DE CERTIFICADO	<ul style="list-style-type: none"> .- Recibe documentaciòn .- Revisa si la copia rosada (Constancia para cobrar el subsidio) viene completamente llena con la informaciòn que en ella se solicita y es: <ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Patrono

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	5	ENTREGA CONTRASEÑA DE PRESENTACION DE CONSTANCIA	<ul style="list-style-type: none"> * Nombre completo del asegurado (tal como aparece en el carnet de afiliación) * Periodo de incapacidad * Salarios vencidos y no declarados en planilla de cotización (si procede) * Observaciones (si procede) * Lugar y fecha * Firma y sello del Patrono o su Representante - Si a la constancia para cobrar el subsidio le hace falta alguna información, se devuelve al asegurado para su completación - Si la constancia para cobrar el subsidio cuenta con toda la información, se recibe para seguir su trámite (Anexo No. 2) - Elabora contraseña de presentación de Constancia, - para cobrar subsidio y se le entrega al asegurado en donde se indica: en el anverso. * Tipo de riesgo * Fecha de recibido

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<ul style="list-style-type: none"> * Fecha en que debe presentarse a la Sección de Subsidios para informarle sobre fecha de pago * Hora <p>En el reverso se indica:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Número de planilla en que va incluido su pago * Institución Bancaria en que cobrará * Fecha de cobro <p style="text-align: center;">(Anexo No. 3)</p>
	6	ELABORA BOLETIN DE INCAPACIDADES RECIBIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilan diariamente las constancias para cobro de subsidio, elaborando boletin y se archivan por número Patronal, en orden correlativo <p style="text-align: center;">(Anexo No. 4)</p>
	7	EFECTUA COMPROBACION DE DERECHOS	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza comprobación de derechos conforme planilla de cotización, mora del patrono y salarios <ul style="list-style-type: none"> * Si el Patrono se encuentra en mora con el IHSS, la incapacidad se tramita solo para efectos de descanso, pero no se paga el subsidio y corresponde

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>a la empresa hacer el pago total</p> <p>* Se revisa diagnóstico, cuando el caso lo amerita, se aplica lo establecido en el artículo 144 del Reglamento de Aplicación de la Ley del IHSS, que textualmente expresa " No se concederán las prestaciones pecuniarias cuando la incapacidad temporal o permanentemente para el trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Haya sido provocada intencionalmente por el Asegurado o por otra persona a instigación suya.2.- Sea causada por la participación voluntaria del asegurado, en una reyerta o a consecuencia de un delito en que cupiere responsabilidad a la víctima y3.- Provenga de la ingestión de bebidas alcohólicas o el uso de drogas, estupefacientes o alucinógenos <p>Artículo No. 145.- Si el Asegurado comete infracción por las que se sanciona con la suspensión de la prestación pecuniaria, el pago se reanudará tan pronto desaparezca la causa que hubiere motivado la sanción, pero no se pagaran los periodos afectados</p> <p>Artículo No. 146.- No obstante lo estipulado en el Artículo 144, el Instituto esta facultado para otorgar toda o parte de la pensión o subsidio que hubiere -- correspondido o estuviere recibiendo el causante, en</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	8	EFECTUA EL CALCULO DE SUBSIDIO	<p>beneficio directo de los familiares que dependan -- econòmicamente de èl</p> <p>- El càlculo se hace basado en lo que establece la Ley del IHSS y su Reglamento de Aplicaciòn, en su articulo No. 72 y 73 que textualmente dice:</p> <p>" El subsidio se concederà por dìa con inclusiòn de domingos y feriados y se liquidarà por periodos vendidos no mayores de 7 dìa"</p> <p>" El subsidio diario serà igual a sesenta y seis (66%) por ciento del salario base diario. Sin embargo, cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y no tenga personas que dependan econòmicamente de èl. el subsidio serà igual al cincuenta (50%) por ciento de dicho salario"</p>
	9	ELABORA PLANILLA DE PAGO DE SUBSIDIO	<p>- Se hace càlculo paroximado de 60 (sesenta) certificados de Incapacidad diaria y cuando se tiene un volumen proximado de 500 solicitudes, ya con sus respectivas asignaciones salariales, se elabora planilla de acuerdo al calendario para tramite y pago de subsidio elaborado por la Sub-Gerencia de Subsidios (la planilla se elabora 2 (dos) a 3 (tres) veces al mes)</p> <p>(Anexo 5 y 6)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p data-bbox="1376 289 2171 358">.- La planilla para pago de subsidio contiene la informacion siguiente:</p> <ul data-bbox="1376 402 2021 1284" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1376 402 2021 440">* Instituto Hondureño de Seguridad Social<li data-bbox="1376 483 1833 521">* Sub-Gerencia de Subsidios<li data-bbox="1376 565 1811 602">* Planilla No. XX- año- Teg.<li data-bbox="1376 646 1688 683">* Fecha de emision<li data-bbox="1376 727 1714 764">* Número correlativo<li data-bbox="1376 808 1752 846">* Riesgo (EC;AT;MAT)<li data-bbox="1376 889 1736 927">* Número de afiliación<li data-bbox="1376 971 1661 1008">* Planilla número<li data-bbox="1376 1052 1768 1089">* Nombre del asegurado<li data-bbox="1376 1133 1516 1170">* Valor<li data-bbox="1376 1214 1542 1252">* Código<li data-bbox="1376 1295 1526 1333">* Fecha

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS	10	REVISA PLANILLA	<ul style="list-style-type: none"> - Una vez digitada, revisada y corregida la planilla en la Sección de Subsidios se traslada a la Sub-Gerencia de Pensiones, con los respectivos expedientes para efectos de verificación - Recibe y revisa planilla para pago de subsidios y la - traslada con memorandum a la Unidad de Control Administrativo, con sus respectivos expedientes para revisión y comprobación
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	11	APRUEBA PLANILLA	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe planilla con sus respectivos expedientes - Verifica la información de la planilla y la devuelve a la Sub-Gerencia de Subsidios con su respectiva aprobación
SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS	12	DIGITA PLANILLA	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe planilla debidamente aprobada y procede a digitarla - Realiza trámite de aprovisionamiento (suministro) - de fondos - Remite diskette al Banco con la información de la planilla para el pago de los subsidios - Remite expediente a la Sección de Subsidios

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE SUBSIDIOS	13	ELABORA TARJETA DE CONTROL	<p data-bbox="1373 280 2268 402">.- Recibe expedientes revisados y prepara tarjeta de control de subsidios, la que contiene la siguiente información (posteo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1373 443 1741 479">* Número de afiliación <li data-bbox="1373 519 1911 555">* Nombre completo del asegurado <li data-bbox="1373 596 1741 631">* Fecha de certificado <li data-bbox="1373 672 1865 708">* subsidio número (correlativo) <li data-bbox="1373 748 1728 784">* Incapacidad (de/al) <li data-bbox="1373 824 1661 860">* Dias otorgados <li data-bbox="1373 901 1542 937">* Riesgo <li data-bbox="1373 977 1819 1013">* Dias acumulados (E-R-P-) <li data-bbox="1373 1053 1553 1089">* Importe <li data-bbox="1373 1130 1696 1166">* Total acumulativo <li data-bbox="1373 1206 1688 1242">* Número Patronal <p data-bbox="1373 1282 2268 1399">.- La tarjeta de control permite mantener información permanente sobre los subsidios otorgados y pagados.- Si en un momento dado, a un asegurado se le extienden</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>dos (2) certificados de Incapacidad Laboral Temporal, en forma simultanea solamente se paga una y será la de mayor tiempo anulando la otra (siempre y cuando se presente a cobrarla), evitando hacer pagos duplicados</p> <p>(Anexo No. 7)</p> <p>.- El objetivo de establecer este tipo de control, es para efectos de pago de subsidio, ya que los artículos 68, 69, 70,71 y 72 del Reglamento de Aplicación de la Ley del IHSS, establece que:</p> <p>Articulo No. 68.- El asegurado incapacitado para trabajar a consecuencia de una enfermedad o accidente, tiene derecho a un subsidio, siempre que acredite no menos de treinta y cinco días de cotización en los tres meses calendario anteriores al de la incapacidad.</p> <p>Cuando èsta tenga su origen en un riesgo profesional no regirà dicho requisito de cotización</p> <p>Los periodos de descanso por maternidad se tomarà en cuenta para el computo de los treinta y cinco (35) - dias.</p> <p>Articulo No. 69.- El subsidio se otorgarà solamente cuando el asegurado se encuentre trabajando a la -- fecha de inicio de la incapacidad . No obstante seguirà percibiendo el subsidio dentro de las regulaciones -</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>establecidas en los artículos 70 y 71 cuando quede cesante después de haber comenzado su incapacidad</p> <p>Artículo 70.- El subsidio se pagará a partir del cuarto día por todo el tiempo que dure la incapacidad, sin que exceda de veintiseis semanas. Si al término de ese plazo persiste la incapacidad el Jefe de la Unidad, previo dictamen de la Comisión Médica correspondiente esta facultado para prorrogar el subsidio hasta por --trece semanas. Si al cumplirse este nuevo plazo, aún persiste la incapacidad, la Junta Directiva con vista del informe favorable del Departamento de Servicios Médicos del Instituto, puede prorrogar el subsidio por trece semanas más</p> <p>Artículo 71.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 69 y para el cómputo de los plazos señalados en el artículo 70, se entenderá como un mismo caso de subsidio, la incapacidad ininterrumpida para el trabajo desde el día en que se origina la incapacidad, hasta el día en que recupere la capacidad de trabajo</p> <p>Si sobreviene una nueva incapacidad dentro de los treinta y cinco días siguientes a la fecha en que se hubiere declarado la recuperación de la capacidad para trabajar, esta nueva incapacidad se considerará que forma parte del mismo caso de subsidio. Toda incapacidad que se presente con posterioridad a los treinta y cinco días señalados, será considerado</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>ASEGURADO</p>	<p>14</p>	<p>SOLICITA NOTA DE AUTORIZACION DE COBRO DE SUBSIDIO</p>	<p>como un nuevo caso</p> <p>Articulo 72.- El subsidio se concederà por dia, con inclusiòn de domingos y feriados y se liquidarà por periodos vencidos no mayores de siete dias</p> <p>- En caso de que el asegurado no pueda presentarse a realizar el cobro del subsidio, podrà hacerlo a través de un representante, solicitando la respectiva autorizaciòn</p> <p>- La nota de autorizacion contiene la informaciòn siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Banco * Nombre de la persona autorizada * Nùmero de la tarjeta de identidad * Nombre del asegurado * Nùmero de afiliaciòn * Nùmero de identidad * Nùmero de planilla en que aparece el asegurado * Fecha, mes, año

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
	15	SOLICITA NOTA DE CORRECCION	<p>* Firma Jefe o encargado de la Sección</p> <p>(Anexo No. 8)</p> <p>.- De existir diferencia entre el nombre del asegurado y/o su número de afiliación, la Sección de Subsidios emitirá nota de corrección de nombre y/o número de afiliación para que el asegurado pueda cobrar su subsidio.</p> <p>La nota de corrección contiene la información siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nombre del Banco * Remitente * Asunto: Pago de Incapacidad * Nombre del asegurado * Número de afiliación * Número de listado de planilla * Error que presenta en la planilla de pago de subsidio * Nombre o número correcto de afiliación

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO	16	SE PRESENTA A COBRAR SUBSIDIO	* Firma Jefe o encargado de la Sección (Anexo No. 9) .- Presenta documentación requerida
INSTITUCION BANCARIA	17	EFECTUA PAGO DE SUBSIDIO	.- A cada asegurado que presenta la documentación correspondiente le hace el pago de su subsidio y lo hace firmar de recibido
SUB-GERENCIA DE REGISTRO CONTABLES E INGRESOS	18	REMITE A SUB-GERENCIA DE REGISTROS CONTABLES E INGRESOS INFORME DE COBRO	.- El Instituto recibe: * Orden de pago original de subsidio * Listado de subsidios pagados en el mes correspondiente
SUB-GERENCIA DE REGISTRO CONTABLES E INGRESOS	19	RECIBE INFORME DE COBROS	.- Revisa y coteja subsidios pagados .- Verifica ordenes de pago anuladas .- Revisa recibos y boletines para su respectiva contabilización

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>lc/emma</p>	<p>20</p>	<p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p>NOTA Transcurridos seis (6) meses de haberse emitido la orden de pago de subsidios, se procede a anular la misma, en aplicación del artículo No. 168 del Reglamento de -- Aplicación de la Ley del IHSS, que textualmente dice:</p> <p>Artículo No. 168.- Prescribe a los seis meses, contados a partir de la fecha de la orden de pago, el derecho a cobrar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1).- Las mensualidades de una Pensión 2).- Los subsidios por incapacidad temporal o maternidad acordados y, 3).- Las sumas globales autorizadas por cualquier concepto, conforme a la ley y el presente Reglamento <p>"Incapacidad Laboral Temporal "- Es la autorización otorgada por el Instituto a un trabajador asegurado, con el fin de que se abstenga de sus actividades laborales, por adolecer de enfermedad que, además de asistencia médica, amerita reposo para su restablecimiento. Para este fin, los descansos pre y post natal se asimilarán a la enfermedad.- (Artículo 2 del Reglamento para la Extensión de Certificado de Incapacidad Temporal Laboral).</p>

INDICE

DESCRIPCION	NO DE PAGINAS
I.- OBJETIVO	1
II.- METODOLOGIA	2
III.- PERSONAL QUE REVISO Y ELABORO MANUAL	3
IV.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA DESCONCENTRAR PROCESOS DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD EN LOS HOSPITALES	4
1.- PROCEDIMIENTO PARA REFRENDAMIENTO DE INCAPACIDADES TEMPORALES	5,6,7,,8,9,10,11,12,13,14,15
2.- PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS	16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30
3.- PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE CONSTANCIA MEDICAS SOBRE ACCIDENTES, DECESOS, ENFERMEDADES Y PERIODOS DE INCAPACIDAD	31,32,33,34,35,
4.- PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGACION DE INCAPACIDADES OTORGADAS POR EL IHSS	36,37,38,39,40,
5.-PROCEDIMIENTO PARA OTORGAMIENTO DE DICTAMENES MEDICOS, CONSTANCIAS O RESUMENES MEDICOS	41,42,43,44,45,
6.- PARTES QUE CONFORMAN UN DICTAMEN MEDICO	46
7.- PROCEDIMIENTO PARA EL TRAMITE DE COMPRA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES	47,48,49,50,
8.- PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACION DE EXAMENES ESPECIAÑES	51,52,53,54,55

DESCRIPCION	NO. DE PAGINAS
9.- PROCEDIMIENTO SOBRE DENUNCIAS POR ABANDONO O RIESGO SOCIAL DE UN MENOR	56,57,58,
10.- PROCEDIMIENTO PARA TRAMITE DE SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR DAÑOS Y PERJUICIOS	59,60,61,62,63
11.- PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE CERTIFICADO DE AFIRMATIVA FICTA RELACIONADOS CON EL AREA MEDICA	64,65,66,67
12.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE COMUNICACIONES JUDICIALES DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD	68,69,70
14.-PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR SOLICITUD DE RE-EVALUACION DE PENSION POR INVALIDEZ	71,72,73,
15.- PROCEDIMIENTO PARA EXTENSION DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN CONSULTA A4098AMBULATORIA ESPECIALIZADA EMERGENCIA Y HOSPITALIZACION	74,75,76,77,78
V.- PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD QUE SE PRESENTAN EN TRAMITES DE SECRETARIA GENERAL	79
16.- PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECURSO DE REPOSICION	80,81,82,83,
17.- PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECURSO DE IMPUGNACION	84,85,86,87,88

DESCRIPCION	NO. DE PAGINAS
18.- PROCEDIMIENTO PARA RECURSO DE APELACION	89, 90,91
19.-PROCEDIMIENTO PARA REINTEGRO DE PAGO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL A EMPRESAS, INSTITUCIONES GUBERNAMENTA+A4111LES Y ENTES DESCENTRALIZADOS	92,93.94,95,96,9798,99,100,101,102,103,104
20.- PROCEDIMIENTO RESOLUCION MONTO DE LA MORA	105106,107
21.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE COMUNICACIONES JUDICIALES EN AREA ADMINISTRATIVA O DEL REGIMEN I.V.M.	108109,110
23.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSO POR DOBLE O TRIPLE CO	.111,112,113
24.- PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL EXTENDIDA EN CONSULTA AMBULATORIA	114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,,125 226227,128
25.- PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECLAMOS ADMITIVOS.	130-131-132-
26- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REINTEGROS PATRONALES	133,134,135-136-
27- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EXTENSION DE CONSTANCIA DE COTIZACION	137138,139
28.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA	140141142143,144
29.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA A HIJOS DE EMPLEADOS DEL IHSS MAYOR DE 11 AÑOS	145,146,147,148,

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTACION DE RECLAMOS ADMINISTRATIVOS			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL SISTEMA DE PRESENTACION DE RECLAMOS DE TIPO ADMINISTRATIVOS			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO /PATRONO	1	PRESENTA RECLAMO ADMINISTRATIVO	<p>- El reclamo puede presentarse por diferentes causas entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none">* Por no habersele otorgado atención médica a un asegurado o sus hijos menores de 11 años* Por no haber sido entregados total o parcialmente los medicamentos indicados por el médico tratante* Por retención indebida de los comprobantes de vigencia de Derechos a una Empresa* Por no haber extendido carnet de Inscripción Patronal y/o individual* Otras <p>La solicitud puede ser presentada en papel blanco o en formulario que le proporcione el Instituto y se presenta en la Secretaría General</p> <p>En la solciitud debe especificarse en forma clara los</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	2	REGISTRA SOLICITUD	hechos que amparan el reclamo, adjuntando los comprobantes respectivos .- Recibe, revisa y registra la solicitud
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta de control sirve al solicitante, para reclamar la Resolución y contiene la siguiente información: * Número Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * Nombre del solicitante * Número de Inscripción Patronal y/o de afiliación * Nombre del causante * Asunto * Fecha de presentación * Fecha de entrega o regreso * Persona que recibió (Anexo No. 1)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
-------------	-----	-------------	---------------

4 EMITE AUTO DE TRASLADO

- El auto se agrega a cada solciitud y contiene la siguiente información:

- * Objetivo de la solicitud
- * Nombre y número de inscripción patronal y/o de afiliación del solicitante
- * Fecha, firma y sello de la Secretaría General

- Traslada auto a las áreas involucradas en el reclamo, que pueden ser:

- * Evaluación médica
- * Area de Farmacia
- * Area de Ingresos
- * Area de Planilla Pre-elaborada
- * Control Patronal
- * Sub-Gerencia de Registro y Control de Afiliados
- * Otras áreas involucradas

(Anexo No. 2)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREAS INVOLUCRADAS	5	REALIZAN INVESTIGACION	<p>- Solicita y evalúa toda la información generada y relacionada con el reclamo.- Emiten el informe correspondiente y lo remiten a la Jefatura respectiva para ser avalado.</p> <p>En el área hospitalaria el informe es refrendado por Evaluación Médica</p> <p>El informe es enviado a Secretaria General</p>
SECRETARIA GENERAL	6	EMITE RESOLUCION	<p>- Conforme al Informe recibido emite Resolución, declarándola CON LUGAR O SIN LUGAR, y lo envía a firma a Dirección Ejecutiva</p>
DIRECCION EJECUTIVA	7	FIRMA RESOLUCION	<p>- Firma y sella Resolución y traslada a la Secretaría General</p>
SECRETARIA GENERAL	8	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	<p>- La registra en Libro de Control y entrega al interesado la Resolución previa firma en libro de control</p>
	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REINTEGROS PATRONALES

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO DE SOLICITUD DE REINTEGROS PATRONALES

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
PÀTRONO	1	PRESENTA SOLICITUD DE REINTEGRO	.- El patrono puede presentar su solicitud en papel membretado o en el formulario que entrega el Instituto. El reintegro puede ser por doble pago de planilla de cotización, inclusión en planilla de empleados no pertenecientes a la empresa; moras o recargos incluidos por error u otro concepto y la presenta en la Secretaria General.
SECRETARIA GENERAL	2	REGISTRA SOLICITUD	.- Recibe, revisa y registra la solicitud
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar la Resolución y contiene la siguiente información: * Número Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * Número de Inscripción Patronal * Nombre del Causante

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE INGRESOS	4	EMITE AUTO DE TRASLADO	<ul style="list-style-type: none"> * Asunto * Fecha de presentaciòn * Fecha de entrega o regreso * Persona que recibì <p style="text-align: center;">(Anexo No. 1)</p> <p>- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente informaciòn:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objetivo de la solicitud * Nombre y nùmero de Inscripciòn Patronal del solicitante. * Fecha, firma y sello de la Secretaria General <p>- Traslada Auto al àrea de Ingresos</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 2)</p>
	5	REALIZA INVESTIGACION	<p>- Verifica los pagos efectuados por la Empresa solicitante, por los conceptos especificados en la solicitud. De comprobarse toda o parte de la informaciòn reque-</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	6	EMITE RESOLUCION	<p>rida emite informe.</p> <p>Una vez aprobado el informe, lo remite a àrea de Tràmites de la Secretaria General</p> <p>- La Resolucìon se declara CON LUGAR Y SIN LUGAR, de acuerdo a lo informado por la Gerencia de Afiliaciòn y Recaudaciòn. Se traslada a firma a Direcciòn Ejecutiva</p>
DIRECCION EJECUTIVA	7	FIRMA RESOLUCION	<p>- La firma y traslada a Secretaria General</p>
SECRETARIA GENERAL	8	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	<p>- La registra en Libro de Control y entrega al solicitante</p> <p>Traslada copia a Departamento de Presupuesto</p>
DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO	9	ELABORA ORDEN DE PAGO	<p>- Revisa documentos, asigna renglòn presupuestario y la traslada a Unidad de Control Administrativo</p>
UNIDAD DE CONTROL ADMINISTRATIVO	10	REALIZA PRE-INTERVENCION DEL GASTO	<p>- Verifica informaciòn y le da su Visto Bueno</p> <p>Traslada Orden de Pago a Gerencia Administrativa y Financiera</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	11	AUTORIZA PAGO	- Remite Orden de Pago a Auditoria
AUDITORIA	12	VERIFICA DOCUMENTOS	- Comprueba datos en la documentación, otorga Visto Bueno y traslada a Sub-Gerencia Administrativa y Financiera
SUB-GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	13	ELABORA BOLETIN DE ORDENES DE PAGO	- Autoriza a Tesoreria a emitir cheque de pago
TESORERIA	14	EMITE CHEQUE DE PAGO	- Remite cheques a Dirección Ejecutiva para firma
DIRECCION EJECUTIVA	15	FIRMA CHEQUE	- Regresa cheque debidamente firmados a Tesoreria
TESORERIA	16	ENTREGA CHEQUE	- Entrega cheque a interesados previo registro y firma de recibido
	17	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

lc/emma

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
 PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCIDIMIENTO PARA SOLICITAR EXTENSION DE CONSTANCIA DE COTIZACION			
OBJETIVO. NORMATIZAR EL PROCESO PARA EXTENDER CONSTANCIA DE COTIZACION			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
INTERESADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE CONSTANCIA DE COTIZACION	.- La solicitud puede ser presentada en papel blanco o en el formulario que le entrega el Instituto. En la solicitud debe especificar: * Nombre del solicitante * Nombre del asegurado o causante * Número de afiliación * Asunto Debe especificar en forma clara lo que solicita, detallando: * Periodo (s) del que solicita la constancia * Patrono (s) con el (los) que laborò * Número Patronal de la (s) empresa (s) con quien laborò

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	2	REGISTRA SOLICITUD	* Lugar y fecha La solicitud debe ser presentada en la Secretaria General .- Recibe, revisa y registra la solicitud
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar la Constancia y contiene la siguiente información: * Número Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * Nombre del solicitante * Nombre del causante * Número de afiliación * Asunto * Fecha de presentación * Fecha de entrega o regreso * Persona que recibió (Anexo No. 1)

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
GERENCIA DE INVALIDEZ,- VEJEZ Y MUERTE	4	EMITE AUTO DE TRASLADO	.- El auto se agrega a cada solicitud y contiene la siguiente información: * Objeto de la solicitud * Nombre y número de afiliación del solicitante * Fecha, firma y sello de la Secretaria General .- Traslada auto a Gerencia de Invalidez, Vejez y Muerte
	5	REALIZA INVESTIGACION	.- Solicita al área de Cuenta Individual la búsqueda de la información solicitada y la presentación del respectivo reporte .- Transcribe información y la remite a Secretaria General
SECRETARIA GENERAL	6	EMITE CONSTANCIA	.- Transcribe el informe recibido
	7	REGISTRA Y ENTREGA CONSTANCIA	.- Registra Constancia en Libro de Control y la entrega, previa firma de recibido
	8	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA

OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA A BENEFICIARIOS MAYORES A LOS ONCE (11) AÑOS DE EDAD

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
ASEGURADO	1	PRESENTA SOLICITUD DE PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA	<p>.- La solicitud se presenta cuando se trata de menores de edad (beneficiariois) que estan proximos a cumplir los once (11) años de edad y se encuentran hospitalizados o en tratamiento mèdico y que segùn el Reglamento de Aplicaciòn de la Ley del IHSS quedan desprotegidos de la Seguridad Social por razones de edad</p> <p>La solicitud debe ser acompañada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Carnet de afiliaciòn del asegurado directo (fotocopia) * Cromprobante de Vigencia de Derechos (fotocopia) * Partida de Nacimiento (original) del beneficiario * Descripciòn del problema de salud del menor, mèdicos que lo han asistido y necesidad de continuar el tratamiento. <p>La solicitud deberà ser presentada en el àrea de Tràmites de la Secretaria General</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECRETARIA GENERAL	2	REGISTRA SOLICITUD	.- Recibe, revisa y registra la solicitud
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	.- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar la Resoluciòn y contiene la siguiente informaciòn: * Nùmero Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * Nùmero de afiliaciòn del asegurado * Nombre del beneficiario * Asunto * Fecha de presentaciòn * Fecha de entrega o regreso * Persona que recibìò (Anexo No. 1)
	4	EMITE AUTO DE TRASLADO	.- El auto se agrega a la solicitud y contiene la siguiente informaciòn: * Objetivo de la solicitud

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
UNIDAD DE GESTION HOSPITALARIA DE PEDIATRIA	5	REALIZA INVESTIGACION	<p>* Nombre y número de afiliación del beneficiario</p> <p>* Fecha, firma y sello del área de Trámites de la Secretaría General</p> <p>.- Traslada auto a la Unidad de Gestión Hospitalaria de Pediatría (Anexo No. 2)</p> <p>.- Verifica con médico tratante, a través del expediente clínico, la necesidad de continuar el tratamiento u hospitalización y emite Dictamen Médico, en base a lo que establece el Artículo 36 de la Ley del Seguro Social, - que literalmente dice:</p> <p>" ARTICULO NO. 36.- El cónyuge y los hijos del asegurado hasta los once (11) años que estén debidamente acreditados dentro de la edad que estos últimos fije el Reglamento, tendrán derecho a la asistencia médica que otorga el Instituto; si alguno de ellos requiera servicios de emergencia y no estuviere acreditado, el Instituto proporcionará los servicios sujetos a la inscripción del beneficio dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al ingreso" y al Reglamento de Aplicación de la Ley del Seguro Social, aún no reformado en lo referente a la edad, que en su artículo 56 establece que</p> <p>" ARTICULO 56.- Los hijos asegurados hasta la edad de 5 años recibirán atención médica, con sujeción a</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
			<p>las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="1400 370 2179 477">1.- Los hijos de asegurados activos, por todo el tiempo que el padre o madre conserve su condición de asegurado activo;<li data-bbox="1400 524 2171 824">2.- Los hijos de asegurados cesantes, si la enfermedad se produce durante los dos meses siguientes a la fecha de cesantía del causante y siempre que éste acredite no menos de treinta y cinco días de cotización en los tres meses calendario, anteriores a esa fecha. Una vez iniciada la asistencia médica su duración no podrá exceder de veintiseis semanas;<li data-bbox="1400 872 2171 1011">3.- Los hijos de asegurados fallecidos, con derecho a prestaciones médicas en la fecha de la defunción, durante veintiseis semanas contadas a partir de esa fecha; y<li data-bbox="1400 1058 2206 1398">4.- Los hijos de asegurados que estén recibiendo asistencia médica a la fecha de cumplimiento de la edad de 5 años tendrán derecho a seguir recibiendo la por la enfermedad que estaba bajo tratamiento en esa fecha o por sus complicaciones, hasta su recuperación, por un plazo máximo de treinta días contados a partir del día de cumplimiento de los 5 años de edad. No obstante, si la enfermedad origina hospitalización y el beneficiario está hospitalizado al término

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
AREA DE TRAMITE (SECRETARIA GENERAL) DIRECCION EJECUTIVA SECRETARIA GENERAL Ic/emma			<p>del plazo señalado anteriormente, continuará siendo atendido hasta que el médico tratante ordene el egreso, sin que en ningún caso la hospitalización pueda prolongarse más allá de los noventa días de la fecha de cumplimiento de los 5 años de edad del beneficiario.</p> <p>La disposición contenida en este numeral son aplicables a los casos comprendidos en el numeral 3, cuando el beneficiario este recibiendo asistencia médica al término de su derecho.</p>
	6	EMITE RESOLUCION	<p>- Remite dictamen Médico a Areas de Trámite de la Secretaría General</p> <p>- La Resolución se declara CON O SIN LUGAR, de acuerdo al dictamen emitido. Se traslada a firma a la Dirección Ejecutiva</p>
	7	FIRMA RESOLUCION	<p>- La Registra y traslada a Secretaria general</p>
	8	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	<p>- La registra en Libro de Control y entrega al interesado</p> <p>* Si la Resolución fuere reclamada CON LUGAR, remite copia al área de Trámite del Hospital para la continuación del tratamiento</p>
	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA A HIJOS DE EMPLEADOS DEL IHSS MAYOR DE 11 AÑOS DE EDAD.			
OBJETIVO: NORMATIZAR EL PROCESO PARA SOLICITAR PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA A HIJOS DE EMPLEADOS DEL IHSS MAYORES DE ONCE (11) AÑOS DE EDAD			
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
EMPLEADOS DDEL IHSS	1	PRESENTA SOLICITUD DE PRORROGA DE ASISTENCIA MEDICA	<p>.- La solicitud se presenta cuando se trate de hijos de Empleados menores de edad (beneficiarios) que estan proximos a cumplir los once (11) años de edad y se encuentran hospitalizados o en tratamiento mèdico y que segùn el Reglamento de Aplicaciòn de la Ley del IHSS, quedan desprotegidos de la Seguridad Social por razones de edad.</p> <p>La solicitud debe ser acompañada de :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Carnet de afiliaciòn del asegurado directo (fotocopia) * Comprobante de vigencia de derechos (fotocopia) * Partida de nacimiento (original) del beneficiario * Descripciòn del problema de salud del menor, mèdicos que lo han asistido y la necesidad de continuar el tratamiento

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
SECCION DE TRAMITES (SECRETARIA GENERAL)	2	REGISTRA SOLICITUD	<p>La solicitud deberá ser presentada en el área de Trámites de la Secretaria General</p> <p>.- Recibe, revisa y registra la solicitud</p>
	3	EXTIENDE TARJETA DE CONTROL	<p>.- La tarjeta de control sirve al solicitante para reclamar la Resolución y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Número Este lo asigna la persona que recepciona la solicitud (correlativo) * Número de afiliación del asegurado * Nombre del beneficiario * Asunto * Fecha de presentación * Fecha de entrega o regreso * Persona que recibió <p>(Anexo No. 1)</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
UNIDAD DE GESTION HOSPITALARIA DE PEDIATRIA	4	EMITE AUTO DE TRASLADO	<p>.- El auto se agrega a la solicitud y contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objetivo de la solicitud * Nombre y número de afiliación del beneficiario * Fecha, firma y sello del área de Trámites de la Secretaría General <p>.- Traslada auto a Unidad de Gestión Hospitalaria de Pediatría</p> <p style="text-align: center;">(Anexo No. 2)</p>
	5	REALIZA INVESTIGACION	<p>.- Verifica con médico tratante, a través del expediente clínico, la necesidad de continuar el tratamiento u hospitalización y emite Dictamen Médico, en la base a lo que establece la Clausula 56 del Contrato Colectivo de Condiciones de Trabajo que tácitamente dice:</p> <p>" El Instituto se compromete a proporcionar servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos y servicios de hemodialisis, excepto trabajo de prótesis a los padres, hijos, conyuge o compañera (o) de hogar de sus trabajadores, no cubiertos por el Seguro Social. A los hijos beneficiarios se prestará esta atención hasta los once (11) años de edad, pudiendo prorrogarse por un año mas en aquellos casos especiales debidamente comprobados y evaluados por el Instituto pre-</p>

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDADES	REGLA O NORMA
<p>AREA DE TRAMITE (SECRETARIA GENERAL)</p>	6	EMITE RESOLUCION	<p>via solicitud del interesado</p> <p>.- Remite Dictamen Médico a área de Trámites de la Secretaría General</p> <p>.- La Resolución se declara CON LUGAR O SIN LUGAR, de acuerdo al dictamen emitido. Se traslada a firma a la Dirección ejecutiva</p>
<p>DIRECCION EJECUTIVA</p>	7	FIRMA RESOLUCION	<p>.- La registra y traslada a Secretaria General</p>
<p>SECRETARIA GENERAL</p>	8	REGISTRA Y ENTREGA RESOLUCION	<p>.- La registra en Libro de Control y notifica al interesado</p> <p>* Si la Resolución fue declarada CON LUGAR, remite copia al área de Trámite del Hospital, para continuación del tratamiento</p>
	9	FIN DEL PROCEDIMIENTO	

