

PERIODICO OFICIAL

ORGANO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT

Registrado como Artículo de Segunda Clase el 1o. de Diciembre de 1921

Directora: Lic. Sandra Luz Romero Ríos

Sección Tercera

Tomo CC

Tepic, Nayarit; 26 de Abril de 2017

Número: 082

Tiraje: 030

SUMARIO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO MARAKAME

INSTITUTO MARAKAME
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN.....	4
I. OBJETIVO DEL MANUAL.....	5
II. PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	6
1.- Ingreso de paciente a tratamiento residencial.....	6
a. Objetivo del procedimiento.....	6
b. Normas de operación.....	6
c. Descripción del procedimiento.....	7
d. Diagrama del procedimiento.....	10
e. Formas y guías de llenado.....	14
2.- Registro y control de ingresos propios.....	33
a. Objetivo del procedimiento.....	34
b. Normas de operación.....	34
c. Descripción del procedimiento.....	34
d. Diagrama del procedimiento.....	35
e. Formas y guías de llenado.....	36
3.- Transferencias bancarias.....	39
a. Objetivo del procedimiento.....	40
b. Normas de operación.....	40
c. Descripción del procedimiento.....	40
d. Diagrama del procedimiento.....	42
e. Formas y guías de llenado.....	45
4.- Elaboración denomina de personal de confianza y lista de raya.....	46
a. Objetivo del procedimiento.....	47
b. Normas de operación.....	47
c. Descripción del procedimiento.....	48
d. Diagrama del procedimiento.....	51
e. Formas y guías de llenado.....	56
5.- Adquisición de Bienes y Servicios (compras Ordinarias).....	58
a. Objetivo del procedimiento.....	59
b. Normas de operación.....	59
c. Descripción del procedimiento.....	60
d. Diagrama del procedimiento.....	62
e. Formas y guías de llenado.....	65

6.- Adquisición de Bienes y Servicios (compras extraordinarias)..	71
a. Objetivo del procedimiento.....	72
b. Normas de operación.....	72
c. Descripción del procedimiento.....	73
d. Diagrama del procedimiento.....	75
e. Formas y guías de llenado.....	77
7.- “Entradas y salidas de mercancías y consumibles del almacén.”.....	83
a. Objetivo del procedimiento.....	84
b. Normas de operación.....	84
c. Descripción del procedimiento.....	85
d. Diagrama del procedimiento.....	86
e. Formas y guías de llenado.....	87
III. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	89
IV. AUTORIZACIÓN.....	90

COPIA DE INTERNET

INTRODUCCIÓN:

El Instituto MARAKAME, es un Organismo rector de la Asistencia Social, así como basa su quehacer en el plan estatal de Desarrollo 2005-2011, donde vierte sus políticas de asistencia social con enfoques holísticos para combatir los factores condicionantes de la marginación, la pobreza y la vulnerabilidad social, como las adicciones, salud física y mental.

Asimismo, orienta prioritariamente a la atención de la familia, como base fundamental del desarrollo social en el estado, a través de la cual se consolidaran los diferentes programas de asistencia social, enfocando sus objetivos hacia la promoción de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo a su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Esta es una labor ardua que requiere una adecuación oportuna de procedimientos y programas que defina propósitos y delimiten responsabilidades, observando los criterios de racionalidad y precisando los procesos que se llevan a cabo.

Por lo que se ha elaborado el presente Manual de Procedimientos como una herramienta administrativa que apoye el desarrollo cotidiano de actividades consolidando criterios de contenido que permiten la realización de las funciones de Dirección, Coordinación y Evaluación a través de la sistematización de las actividades, la identificación de los procesos, la definición del método para efectuarlas, agrupando procedimientos precisos con un objetivo común y poder crear un protocolo que describe en su secuencia lógica las distintas actividades de que se compone cada uno de los procedimientos que lo integran, señalando su fundamento legal, quién, cómo, dónde, cuándo y para qué han de realizarse

Este documento es de observancia general, como instrumento de información y consulta, en todas las Áreas que conforman el Instituto, por lo que deberá ser actualizado de manera permanente, aportándose la información necesaria a ésta, respecto a cambios y ajustes de las diversas coordinaciones de manera conjunta y coordinada, por quien corresponda.

I. OBJETIVO DEL MANUAL.

Proporcionar una herramienta técnica-administrativa que marque los procedimientos con uniformidad, contenido y presentación que permita mejorar el cumplimiento de las acciones y el funcionamiento de las Unidades Administrativas que permitan, a quienes laboran en el, conocerlos a mayor profundidad para una mejor práctica en sus funciones laborales; mejorando los sistemas de información a la que accedan los usuarios de manera oportuna y calidad

COPIA DE INTERNET

II. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS**DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO**

"Ingreso de paciente a tratamiento residencial"

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Jefe del Departamento de Admisiones Lic. Karla Janet Gil Dávalos		Director General Del Instituto MARAKAME Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales.

Nombre del procedimiento:

Ingreso de paciente a tratamiento residencial.

Objetivo:

Crear cambios positivos y duraderos a nivel físico, mental, emocional y espiritual para lograr su recuperación integral y mejorar su calidad de vida, que les permita reincorporarse a la sociedad

Normas de Operación:

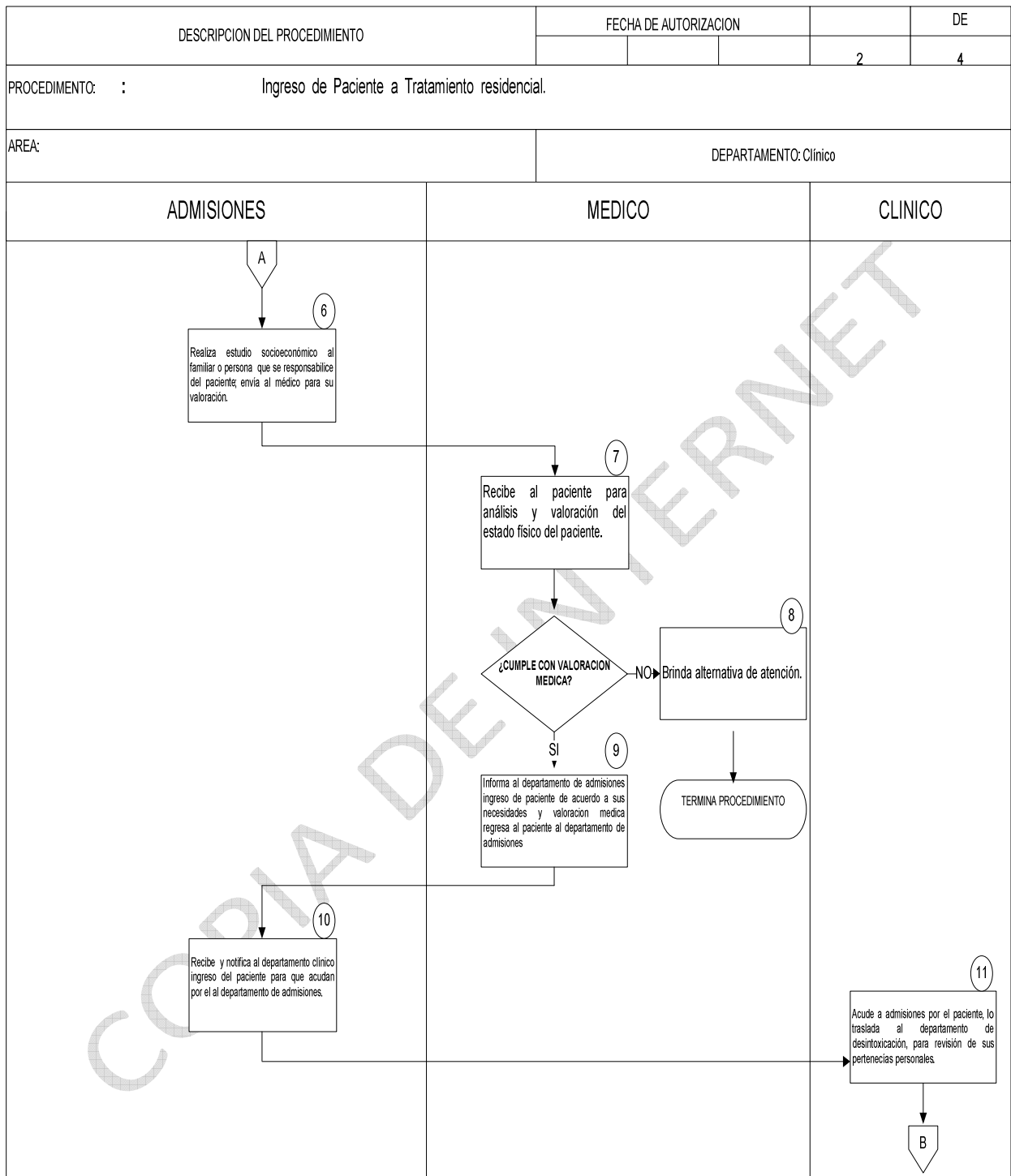
- Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.
- Todo paciente deberá asistir acompañado de un familiar.
- El paciente deberá presentarse con sus artículos personales.

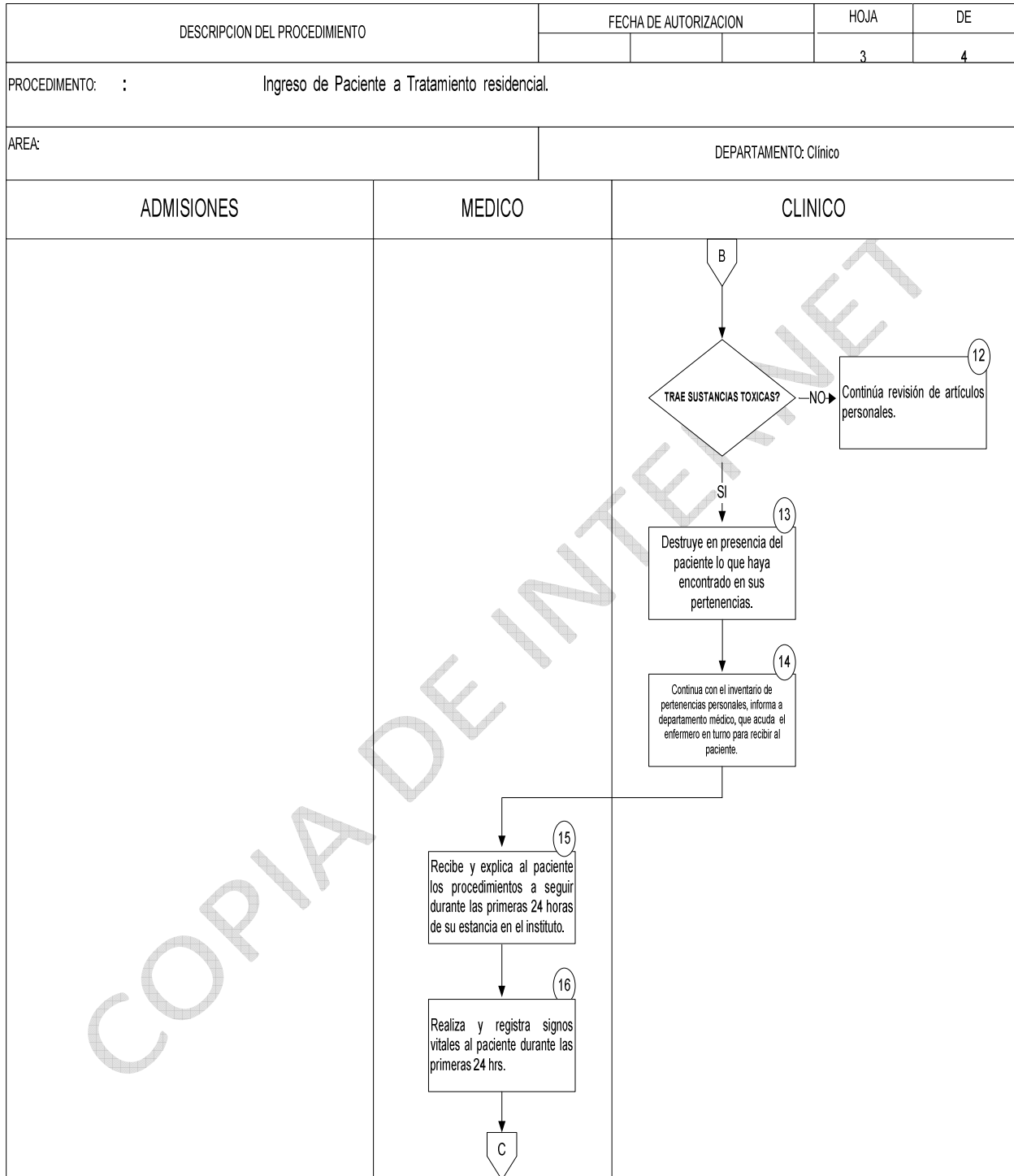
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	3
PROCEDIMIENTO: Ingreso de paciente a tratamiento residencial.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Clínico.		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Departamento de admisiones	1	Informa al solicitante vía telefónica o personalmente los requisitos para ingreso del paciente.			
	2	Orienta y agenda fecha y hora para valorar al paciente.			
	3	Notifica al departamento médico y clínico que el paciente acudió a la cita programada para estar al pendiente al llamado.			
	4	Realiza valoración diagnóstica inicial al paciente para saber si es apto para el tratamiento. Elabora expediente clínico individual.			
	5	<p>NO ES APTO PARA TRATAMIENTO? Brinda alternativa de atención en otra institución.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO ES APTO PARA TRATAMIENTO?</p>			
Departamento medico	6	Realiza estudio socioeconómico al familiar o persona que se responsabilice del paciente; envía al médico para su valoración.			
	7	Recibe al paciente para análisis y valoración del estado físico del paciente.			

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				2	3
PROCEDIMIENTO: Ingreso de paciente a tratamiento residencial.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Clínico.		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Departamento medico	8	NO CUMPLE CON VALORACIÓN MEDICA? Brinda alternativa de atención. TERMINA PROCEDIMIENTO.			
Departamento de admisiones	9	CUMPLE CON LA VALORACIÓN MEDICA? Informa al departamento de admisiones ingreso de paciente de acuerdo a sus necesidades y valoración medica regresa al paciente al departamento de admisiones			
Departamento clínico	10	Recibe y notifica al departamento clínico ingreso del paciente para que acudan por el al departamento de admisiones.			
	11	Acude a admisiones por el paciente, lo traslada al departamento de desintoxicación, para revisión de sus pertenencias personales.			
	12	NO TRAE SUSTANCIA TOXICAS? Continúa revisión de artículos personales.			
	13	TRAE SUSTANCIAS TOXICAS? Destruye en presencia del paciente lo que haya encontrado en sus pertenencias.			

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				3	3
PROCEDIMIENTO: Ingreso de paciente a tratamiento residencial.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Clínico.		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Departamento clínico	14	Continúa con el inventario de pertenencias personales, informa a departamento médico, que acuda el enfermero en turno para recibir al paciente.			
Departamento medico	15	Recibe y explica al paciente los procedimientos a seguir durante las primeras 24 horas de su estancia en el instituto.			
	16	Realiza y registra signos vitales al paciente durante las primeras 24 hrs.			
		NO SE ENCUENTRA ESTABLE EL PACIENTE?			
	17	Asigna y acompaña al paciente a la habitación. Notifica al médico en turno.			
		SE ENCUENTRA ESTABLE EL PACIENTE?			
	18	Realiza valoración médica integral, incorpora al expediente los estudios realizados y se archiva.			
		Nota: incluye valoración psiquiátrica, nutricional, y de salud.			
	19	Informa al paciente que durante su estancia recibirá la atención requerida de acuerdo a su diagnostico inicial, hasta terminar su tratamiento.			
		TERMINA PROCEDIMIENTO			

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACION			DE
				1 4
PROCEDIMIENTO: : Ingreso de Paciente a Tratamiento residencial.				
AREA:		DEPARTAMENTO: Clínico		
ADMISIONES		MEDICO	CLINICO	
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> S1[1 Informa al solicitante via telefónica o personalmente los requisitos para ingreso del paciente.] S1 --> S2[2 Orienta y agenda fecha y hora para valorar al paciente.] S2 --> S3[3 Notifica al departamento médico y clínico que el paciente acudió a la cita programada para estar pendiente al llamado.] S3 --> S4[4 Realiza valoración diagnóstica inicial al paciente para saber si es apto para el tratamiento. Elabora expediente clínico individual.] S4 --> D1{5 ¿ES APTO PARA TRATAMIENTO?} D1 -- NO --> S5[Brinda alternativa de atención en otra institución.] S5 --> T1([TERMINA PROCEDIMIENTO]) D1 -- SI --> A{A} </pre>				





DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				4	4
PROCEDIMIENTO: : Ingreso de Paciente a Tratamiento residencial.					
AREA:			DEPARTAMENTO: Clínico		
ADMISIONES	MEDICO		CLINICO		
	<pre> graph TD C[C] --> D{SE ENCUENTRA ESTABLE EL PACIENTE?} D -- NO --> P17[Asigna y acompaña al paciente a la habitación. Notifica al médico en turno.] D -- SI --> P18[Realiza valoración médica integral, incorpora al expediente los estudios realizados y se archiva.] P18 --> DS[Expedientes de estudios] DS --> P19[incluye valoración psiquiátrica, nutricional, y de salud.] P19 --> P20[Informa al paciente que durante su estancia recibirá la atención requerida de acuerdo a su diagnostico inicial, hasta terminar su tratamiento.] P20 --> T[TERMINA PROCEDIMIENTO] </pre>				

REGISTRO DE LLAMADA / VISITA / PRE-DX

1) FECHA: _____ 2) ATENDIÓ: _____

3) HORA: _____

FUENTE DE REFERENCIA:	INTERNET	EX PACIENTE	FAMILIAR	REVISTA
	ANUNCIO	PROF./SALUD	OTRO: _____	

DATOS DE SOLICITANTE:

4) NOMBRE: _____ 5) LUGAR: _____

6) DIRECCION: _____

7) TEL CASA: _____ 8) CELULAR: _____

9) OCUPACIÓN: _____

PROSPECTO:

10) PAPA	MAMA	ESPOSO (A)	HIJO (A)	TIO (A)	OTRO: _____
SOBRINO(A)	AMIGO	PRIMO (A)	ABUELO (A)	EL MISMO	

11) NOMBRE: _____

12) EDAD: _____ 13) EDO. CIVIL: _____ 14) HIJOS: _____

15) DIRECCION: _____

16) ESCOLARIDAD: _____ 17) ORIGEN: _____ 18) TEL: _____

19) OCUPACIÓN: _____

SUSTANCIAS DE CONSUMO:

20) ALCOHOL	COCAINA	MARIHUANA	BASE	ÉXTASIS	CRISTAL	TABACO
BZD	INHALANTES	TCA	LUDOPATÍA	ÁCIDOS	OTROS: _____	

21) ESTA DISPUESTO A INTERNARSE: SI _____ NO _____ DUDA _____

22) SE REALIZO INTERVENCIÓN: SI _____ NO _____ CONCLUSIÓN: _____

23) HA ESTADO EN TRATAMIENTO: SI _____ NO _____ DONDE _____

24) POSIBILIDADES ECONÓMICAS: _____

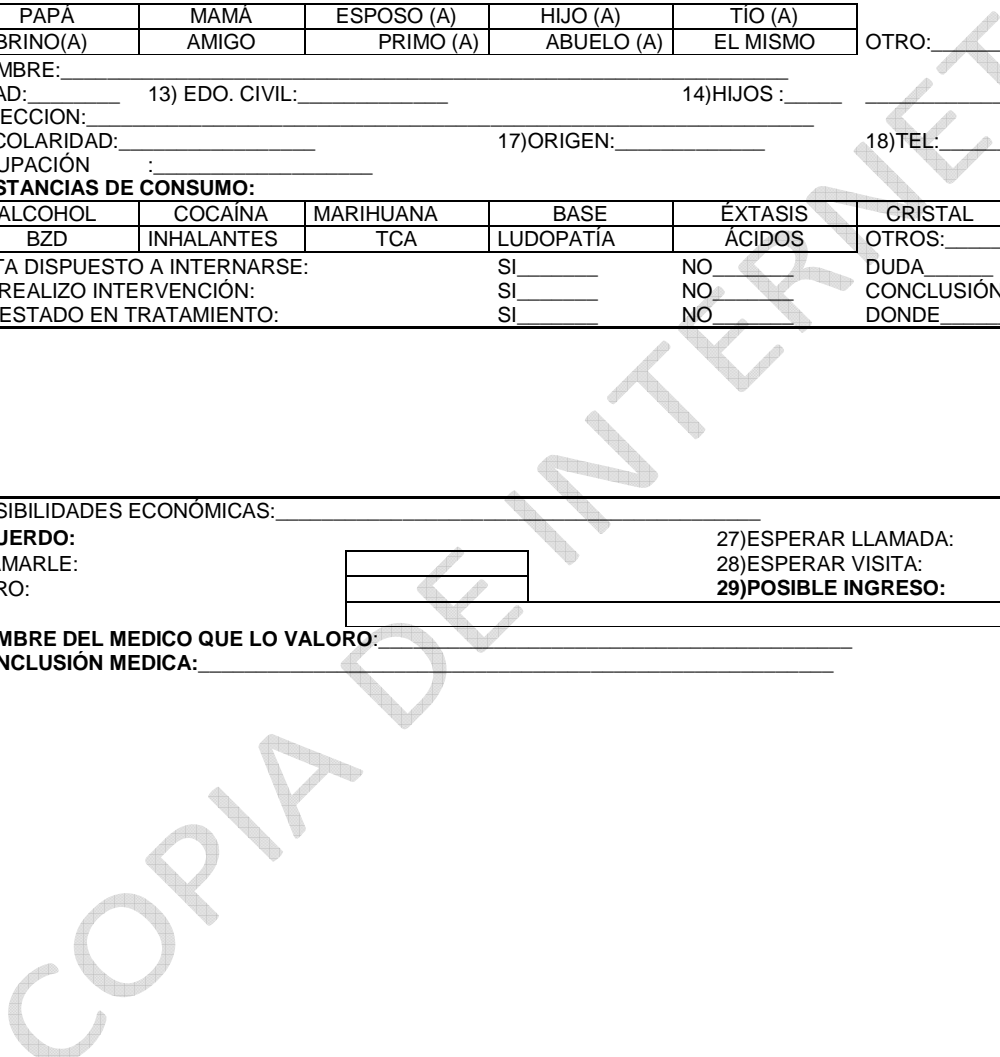
ACUERDO:

25) LLAMARLE:	
26) OTRO:	

27) ESPERAR LLAMADA:	
28) ESPERAR VISITA:	
29) POSIBLE INGRESO:	

30) NOMBRE DEL MEDICO QUE LO VALORO: _____

31) CONCLUSIÓN MEDICA: _____



GUÍA DE LLENADO DE REGISTRO DE PACIENTES

REGISTRO DE VALORACIÓN DIAGNOSTICA

- 1) Fecha en la que se atiende al solicitante
- 2) Nombre completo de quien atiende al solicitante
- 3) Día en el que se atendió al solicitante

Datos del solicitante:

- 4) Nombre completo del quien solicita la información de tratamiento
- 5) Lugar de donde nos visitan
- 6) Domicilio particular del solicitante
- 7) Numero Teléfono
- 8) Numero celular
- 9) A que se dedica el solicitante
- 10) Que parentesco tiene
- 11) Nombre completo del paciente
- 12) Edad del paciente
- 13) Estado civil del paciente
- 14) Cuantos hijos tiene el paciente
- 15) Domicilio particular del paciente
- 16) Escolaridad del paciente
- 17) de donde es el paciente
- 18) Número telefónico particular del paciente
- 19) A que se dedica el paciente
- 20) Que droga o drogas usa el paciente con esta información se determina si el paciente reúne los criterios para internarse (valoración)
- 21) Si el paciente acepta internarse
- 22) Si se requiere de intervenir con el paciente para convencerlo de que se internara siempre y cuando este se negara a internarse.
- 23) si ha estado en algún internamiento anterior
- 24) Que posibilidades económicas tiene el paciente para su internamiento
- 25) llamarle al paciente
- 26) en que se acordó con el paciente para su internamiento
- 27) en espera de la llamada del paciente
- 28) en espera de la visita de ingreso del paciente
- 29) día y hora del internamiento del paciente
- 30) nombre completo del médico que valoro al paciente
- 31) observaciones de la valoración medica del paciente



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA: (2)

(3)

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre: (4)

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: (5) Lugar (6)
Día/Mes/Año

Edad: (7) Sexo: M () (8) F () Escolaridad: (9)

Ocupación: (10) Estado Civil: (11)

Dirección actual: (12)
 Calle No. Ext. No. Int.

Colonia Mpio. ó Delegación C.P. Ciudad ó
Estado

No. Telefónico: (13) Teléfono Celular:

Cuenta con alguna tarjeta? (crédito, débito, ahorro): (14)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Referencias:

(15)

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: (16)
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento: (17) Lugar (18)
Día/Mes/Año
(20)

Edad: **(19)** Sexo: M() F() Escolaridad: **(21)**

Ocupación: **(22)** Estado Civil: **(23)**

Dirección actual: **(24)**
 Calle No. Ext. No. Int.

Colonia Mpio. ó Delegación C.P. Cuidad ó Estado

No. Telefónico: **(25)** Teléfono Celular:

Estructura familiar: (Personas que habitan en el domicilio)

Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil	Ocupación/Lugar
(26)					

II. INGRESO Y EGRESO FAMILIAR (27)

¿Cuenta con empleo actual? Si () No () Empresa en la que labora: **(28)**

Antigüedad: **(29)** Puesto que ocupa: **(30)**

Horario de trabajo: **(31)** No. de dependientes económicos: **(32)**

Ingreso mensual neto: **(33)** Otros ingresos: **(34)**

OCUPACIÓN	
Desempleado	0
Empleo Temporal	1
Obrero/Empleado	2
Profesional	3
Empresario	4

(35)

Datos del cónyuge

Ocupación: **(36)** Empresa donde labora: **(37)**

Antigüedad: _____ **(38)** Ingreso mensual neto: _____ **(39)**

¿Otro miembro de su familia aporta al ingreso familiar? Si () No () **(40)**

En el caso de ser afirmativa favor de especificar:

Parentesco	Cantidad mensual aportada
(41)	

1 integrante	0
2 integrantes	1
3 integrantes	2
4 integrantes	3

(42)**III. INGRESOS MENSUALES****EGRESOS MENSUALES**

Solicitante	\$
Esposo (a)	\$
Hijos (as)	\$
Otros	\$ (43)
Total	\$

Alimentación	
Renta o Predio	
Luz	
Agua	
Combustible	
Transporte	(44)
Educación	
Teléfono	
Gastos médicos	
Esparcimiento	
Otros	
TOTAL	

Déficit	0
Superávit	1

(45)**TRANSPORTE**

¿Cuenta con automóvil? Si () No () **(46)** Cantidad: _____ **(47)**

Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____ **(48)**

Marca: _____ Modelo: _____ Propietario: _____

Ninguno	0
1-2 auto	1
Más de 2 autos	2

(49)**III. SALUD Y ADICCIONES****ASISTENCIA MÉDICA**

ISSSTE **(50)** IMSSS _____ Seguro Popular _____

Consulta particular _____ Monto en consultas **(51)** Otros **(52)**

¿Cuántos miembros de la familia cuentan con asistencia médica? _____ **(53)**

ADICCIONES:

Alcoholismo (54)
Cantidad y Frecuencia

TCA/Ludopatía _____

Drogadicción _____
Cantidad y Frecuencia

Otros _____
Cantidad y Frecuencia

Relación Familiar (Describe): (55)

IV. VIVIENDA

RÉGIMEN DE VIVIENDA

Sin vivienda Familiar Prestada Rentada	0
Propia	1
Más de 1 vivienda	2

(56)

Tipo de vivienda

Vecindad Condominio Interés Social Casa habitación	0
Residencial M.	1
Residencial A.	2

(57)

Espacio (Habitaciones):

1 solo cuarto 2 dormitorios	0
3 dormitorios 4 dormitorios	1
Más de 4	2

(58)

Características de la vivienda

¿Cómo está conformada su vivienda? (marque con una X).

() Sala **(59)**

() Comedor

() Cocina

Baños: (1) (2) (3) (4) Otro (60)

() Jardín

() Otros (Especifique): _____ (61)

Material de construcción:

PISO	
Tierra	0
Concreto	
Mosaico	
Vitropiso	1
Otros	2

(62)

MUROS	
Adobe	0
Tabique	
Concreto	1
Otros	

TECHO	
Lámina cartón	0
Lámina asbesto	
Concreto	1
Otros	

(64)

V. ALIMENTACIÓN

TIPO DE ALIMENTO	FRECUENCIA CON QUE LO CONSUME				
	DIARIO	C/ TERCER DIA	1 VEZ A LA SEMANA	1 VEZ AL MES	OCASIONALMENTE
Carne de res					
Carne de pollo			(65)		
Carne de cerdo					
Pescado					
Leche					
Cereales					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Leguminosas (Frijol, lentejas, etc.)					

V. REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Teléfono	Relación	Tiempo de conocerse
(66)			

VI. DIAGNÓSTICO

(67)

VII. OBSERVACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

(68)

COPIA DE INTERNET

VIII. OBSERVACIONES DE LA VISITA DOMICILIARIA

(69)

NOTA: El proporcionar información falsa es motivo suficiente para anular el trámite, Marakame se reserva el derecho de investigar la veracidad de lo antes declarado.

(70)

Nombre y Firma del Solicitante

(71)

Nombre y firma del Trabajador Social

GUÍA DE LLENADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

- 1) Poner una fotografía del responsable del pago de tratamiento.
- 2) Anotar la fecha de la aplicación del estudio socioeconómico.
- 3) Anotar el número subsecuente del folio a aplicar.
- 4) Anotar el nombre completo del solicitante.
- 5) Anotar la fecha de nacimiento del solicitante.
- 6) Anotar lugar de nacimiento del solicitante.
- 7) Anotar la edad cumplida del solicitante.
- 8) Marcar con una (X) el sexo del solicitante.
- 9) Anotar el grado de escolaridad terminada del solicitante.
- 10) Anotar la ocupación actual del solicitante.
- 11) Anota el estado civil del solicitante.
- 12) Anotar la dirección actual completa del solicitante.
- 13) Anotar números telefónicos del solicitante.
- 14) Anotar si cuenta con alguna tarjeta de crédito, debito o ahorro.
- 15) Anotar e indicar en el plano lugares de referencia cercanos al domicilio del solicitante.
- 16) Anotar el nombre completo del beneficiario a tratamiento (paciente).
- 17) Anotar la fecha de nacimiento del paciente.
- 18) Anotar el lugar de nacimiento del paciente.
- 19) Anotar la edad cumplida del paciente.
- 20) Marcar con una (x) el sexo del paciente.
- 21) Anotar el grado de escolaridad terminada del paciente.
- 22) Anotar la ocupación actual del paciente.
- 23) Anotar el estado civil del paciente.
- 24) Anotar la dirección actual completa del paciente.
- 25) Anotar números telefónicos del paciente.
- 26) Anotar las personas que habitan en el domicilio del solicitante con los datos completos que se solicitan.
- 27) Marcar con una (x) si cuenta o no con empleo el solicitante.
- 28) Anotar el lugar de trabajo del solicitante.
- 29) Anotar el tiempo de antigüedad laboral del solicitante.
- 30) Anotar el puesto laboral del solicitante.
- 31) Anotar el horario de trabajo establecido del solicitante.
- 32) Anotar el número de dependientes económicos del solicitante.
- 33) Anotar el ingreso mensual neto del solicitante.
- 34) Si el solicitante percibe ingresos extra, anotar la cantidad.
- 35) Anotar el número correspondiente a la ocupación del solicitante basándose en la tabla anexa.
- 36) Anotar la ocupación actual del cónyuge del solicitante en caso de tenerlo.
- 37) Anotar la empresa donde labora el cónyuge en caso de que cuente con empleo.
- 38) Anotar el tiempo de antigüedad laboral del cónyuge.
- 39) Anotar el ingreso mensual neto del cónyuge.
- 40) Marcar con una (x) si otro miembro de la familia aporta al ingreso familiar del solicitante.
- 41) Anotar en la tabla parentesco y cantidad mensual aportada en caso de que otro miembro familiar aporte al ingreso.

- 42) Anotar en el recuadro la numeración correspondiente a la cantidad de integrantes, en caso de que algún miembro de la familia aporte al ingreso familiar.
- 43) Anotar los ingresos mensuales del solicitante y suma total.
- 44) Anotar los egresos mensuales del solicitante y suma total
- 45) Anotar en el recuadro la numeración correspondiente si el ingreso es déficit o superávit a los egresos mensuales.
- 46) Marcar si el solicitante cuenta o no con automóvil.
- 47) Anotar la cantidad de vehículos que posee el solicitante.
- 48) Anotar la marca, modelo y propietario del o los vehículos que refiera el solicitante.
- 49) Anotar la numeración correspondiente a la tabla anexa de acuerdo a la cantidad de vehículos del solicitante.
- 50) Marcar con una (x) el lugar donde recibe la asistencia médica el solicitante y los miembros de su familia.
- 51) En caso de ser consulta particular especificar en cantidad el monto en consultas.
- 52) Anotar en "otros" si la asistencia médica es en un lugar no mencionado en las opciones asignadas.
- 53) Anotar cuantos miembros de la familia cuentan con asistencia médica.
- 54) Anotar tipo de adicción, cantidad y frecuencia de consumo que padece tanto el paciente como algún otro miembro cercano del solicitante o en su caso del mismo.
- 55) Describir en resumen la relación familiar del solicitante y la familia con el paciente.
- 56) Anotar el número correspondiente a la tabla anexa de acuerdo al régimen de vivienda donde habita el solicitante.
- 57) Anotar el número correspondiente al tipo de vivienda en el que habita el solicitante de acuerdo a la tabla asignada.
- 58) Anotar la numeración de acuerdo a la tabla, del total de habitaciones con las que cuenta la vivienda del solicitante.
- 59) Marcar con una (x) si la vivienda cuenta con las características presentadas y marcar la cantidad donde lo señale.
- 60) En caso de no contar con baño, anotar que otro tipo de servicio utilizan.
- 61) En caso de contar la vivienda con otras características no mencionadas, especificarlas.
- 62) Anotar en el recuadro el número correspondiente al tipo de material de construcción de la vivienda del solicitante, de acuerdo a la tabla anexa.
- 63) Anotar en el recuadro el número correspondiente al tipo de material de los muros o especificar en otros si es algún otro tipo de material no anexado.
- 64) Anotar en el recuadro el número correspondiente al tipo de material del techo o especificar en otros si es algún otro tipo de material no anexado.
- 65) Marcar con una (x) en la tabla el tipo de alimentos y frecuencia con que los consume el solicitante.
- 66) Anotar dos referencias personales del solicitante, nombre completo, teléfono, relación con el solicitante y tiempo de conocerse.
- 67) Anotar el total de puntos obtenidos en el estudio en base a cada apartado y anotar el costo total de tratamiento de acuerdo al puntaje y la valoración del estudio basándonos en el tabulador de costos.
- 68) Anotar las observaciones del trabajador social, escribiendo un resumen de la entrevista y datos importantes que se deban mencionar.
- 69) En caso de realizarse un estudio de campo, esto es acudir a la vivienda para evaluar las condiciones de la misma, se anotarán todas las observaciones del trabajador social durante la visita.

- 70) Pedir al solicitante escribir su nombre.
- 71) El trabajador social debe escribir su nombre y firma.

INVENTARIO DE PERTENENCIAS

Nombre del Paciente: 1
 Clave 2 Unidad 3 Cama 4 Fecha de Ingreso 5

ROPA DE USO DIARIO 6	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Pantalón, shorts o pants	8	
Bóxer y/o Trusa	8	
Pantaletas	8	
Calcetines	8	
Calcetas	8	
Toalla	2	
Camisa o Playera	8	
Camisetas interiores	8	
Brassier	8	
Sweter, chamarra o sudadera (dependiendo temporada)	2	
Short y blusa para baño (Traje de baño completo)	1	
Pijama	1	
CALZADO 7		
Zapatos	1	
Tenis	1	
Sandalias	1	
Pantufias	1	
OTROS ARTÍCULOS 8		
Desodorante sin alcohol	1	
Cepillo dental	1	
Pasta dental	1	
Cepillo o peine para el cabello	1	
Jabón de baño	3	
Shampoo	1	
Gel para cabello	1	
Enjuague Bucal sin alcohol	1	
Crema corporal y /o para la cara	2	
Rastrillo	10	
Cinto	1	
Gorro y /o cachucha	1	
Lentes o gafas	2	
Reloj de pulso (evitando ser ostentoso)	1	
Corta uñas	1	
Cotonetes	1pq	
Talco	1	
Estropajo	1	
Toallas sanitarias/tampones y Panti protectores	2paq	
Brillo Labial o gloss ó labial	1	
Pertenecias autorizadas por área medica		

9
Nombre y firma del paciente

10
Nombre y firma del Terapeuta de Campo

GUIA DE LLENADO DE FORMATO INVENTARIO DE PERTENENCIAS

CONSIDERACIONES: 1) El formato debe ser llenado con tinta color negra. 2) En el caso de no haber pertenencias, en la casilla cantidad se registra “ - “ (guión). Debe ser clara la información y cantidades descritas.

PASOS A SEGUIR:

- 1) Escribir nombre o nombres, apellido paterno y apellido materno.
- 2) Escribir clave del paciente con número, la cual le fue asignada en el área de admisiones.
- 3) Escribir el dormitorio donde queda ubicado el paciente; puede ser: Dtox, Unidad 1 (dormitorio de hombres), ó Unidad 2, (dormitorio de mujeres).
- 4) Escribir el número de cama donde queda asignado, (el cual asigna Enfermero en turno en el caso de que el paso 3 sea Dtox, y en el caso de que el paso 3 sea “unidad 1” ó “unidad 2” lo asigna el terapeuta de campo).
- 5) Escribir fecha completa del día que el paciente ingresa a su tratamiento.
- 6) Escribir la cantidad de ropa de uso diario.
- 7) Escribir la cantidad de calzado.
- 8) Escribir la cantidad de otros artículos.
- 9) Nombre y firma del paciente.
- 10) Nombre y firma del terapeuta de campo.

ANTECEDENTES PERSONALES

13

Alergias: _____

Enfermedades exantemáticas _____ **Amigdalitis de repetición** _____ **F.**
Reumática _____

Otras

Antecedentes Quirúrgicos

Transfusiones Sanguíneas:

Antecedentes Sexuales:

Número de parejas sexuales en los últimos tres años: _____

Enfermedades venéreas: _____

Métodos contraceptivos: _____ HIV Test _____

Disfunción Eréctil _____ Acepta realizar el Test HIV Si: _____ No: _____

Antecedentes Suicidas:

Ideas Suicidas _____

Planes Suicidas _____

HISTORIA FAMILIAR

Padre _____ Patología _____

Madre _____ Patología _____

Hermano/a _____ Patología _____

Hermano/a _____ Patología _____

Hermano/a _____ Patología _____

Esposa _____ Patología _____

Hijos _____ Patología _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

14

Cabeza:

Si No
 Cefalea
 Lentos
 Fosfenos

Sí No
 Visión Borrosa
 Tinitus
 Epistaxis

Cardiorrespiratorio:

Si No
 Palpitaciones
 Dolor Precordial
 Edema Maleolar
 Tos Seca

Si No
 Disnea
 Mareos
 Hipertensión
 Expectoración

Gastrointestinal: **Apetito** **Intolerancias** **# de Evacuaciones**

Si No
 Vomito
 Gastritis
 Dolor Abdominal
 Melena

Si No
 Nauseas
 Colitis
 Diarrea
 Estreñimiento

Genitourinario:

Menarca
Días
Vida Sexual
Activa
Gestas

Abortos
Cesáreas
FUR
Menopausia
Partos

Si No
 Secreciones
 Disuria
 Hematuria
 Poliuria

Endocrino Neuropsiquiatrico:

Si No
 Intolerancia frío o calor
 Perdida del conocimiento

Sí No
 Convulsiones
 Alucinaciones

Pérdida del Equilibrio Lagunas Mentales

Presión Arterial Frecuencia Cardiaca X'
 Frecuencia Respiratoria X' Temperatura C
 Peso Kg. Estatura Mts.

Habitus Exterior:

Cabeza:

	Si	No		Sí	No
Normocéfalo			Cicatrices		
Pupilas Isocóricas			Isométricas		
Reflejos a la luz			Movimientos Oculares		
Y acomodación			Fondo de Ojo		

ORL:

	Si	No
Oídos Secreción Seropurulenta		
Tapones en Conductos		
Nariz con Mucosa Congestionada		

Orofaringe:

	Si	No
Hiperemias		
Hipertrofia amigdalina		
Caries		

Cuello:

	Si	No
Corto		
Adenopatías Cervicales		

Tórax:

	Si	No
Normolineo		
Deformidades		
Cicatrices		

Pulmones:

	Si	No
Murmullos claros, limpios y bien ventilados		
Sibilancias		
Crepitantes		

Corazón:

	SI	NO
Ritmo Regular Sinusal		
Arritmias		

Abdomen:

	Si	No		Si	No
Blando			Plano		
Globo			Cicatrices		
Dolor			Tumoración		
Ascitis			Peristalsis		

Extremidades:

Isométricas
Edema

Si No

Si No

Cianosis
Varices

Deformidad _____
Pulso Periférico _____

Reflejos _____
Movimientos _____

Neurológico:

Nervios Craneales Normales _____
Reflejos Tendinosos Superficiales _____
Profundo _____

Función Cerebral _____

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Orientado _____ Lenguaje _____ Afecto _____
Pensamiento _____ Alteraciones Sensorio-perceptivas _____
Juicio _____ Memoria _____ Cognición _____

Diagnostico:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____
- 11.- _____

Recomendaciones y plan:

- 1.- _____
- 2.- _____

GUÍA DE LLENADO DEL FORMATO HISTORIA MEDICA

- 1) Fecha y hora de llegada del paciente.
- 2) Nombre del paciente.
- 3) Expediente del paciente.
- 4) Edad del paciente.
- 5) Sexo del paciente.
- 6) Estado civil del paciente.
- 7) Religión del paciente.
- 8) Lugar de residencia.
- 9) Lugar de origen.
- 10) Ocupación.
- 11) Escolaridad.
- 12) Escribir el historial de consumos iniciando cronológicamente la primer sustancia que consumió y cuanta cantidad.
- 13) Registro de los antecedentes personales.
- 14) Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- 15) Examen del estado mental del paciente.
- 16) Firma del médico y cedula.

COPIA DE INTERNET

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

“Registro y control de ingresos propios”

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Financieros MARAKAME	Jefe del Departamento de Administración	Director General Del Instituto MARAKAME
Carla Paola Beltrán Talamantes	C.F. Enrique Ulloa Villaseñor	Lic. Josefina Livier Alcántar Rosales

Nombre del Procedimiento:

Registro y control de ingresos propios.

Objetivo:

Mantener debidamente actualizados los registros de la captación y captura de ingresos recaudados por los servicios que otorga la institución a las personas que tengan problemas de adicciones, de acuerdo a la normativa vigente.

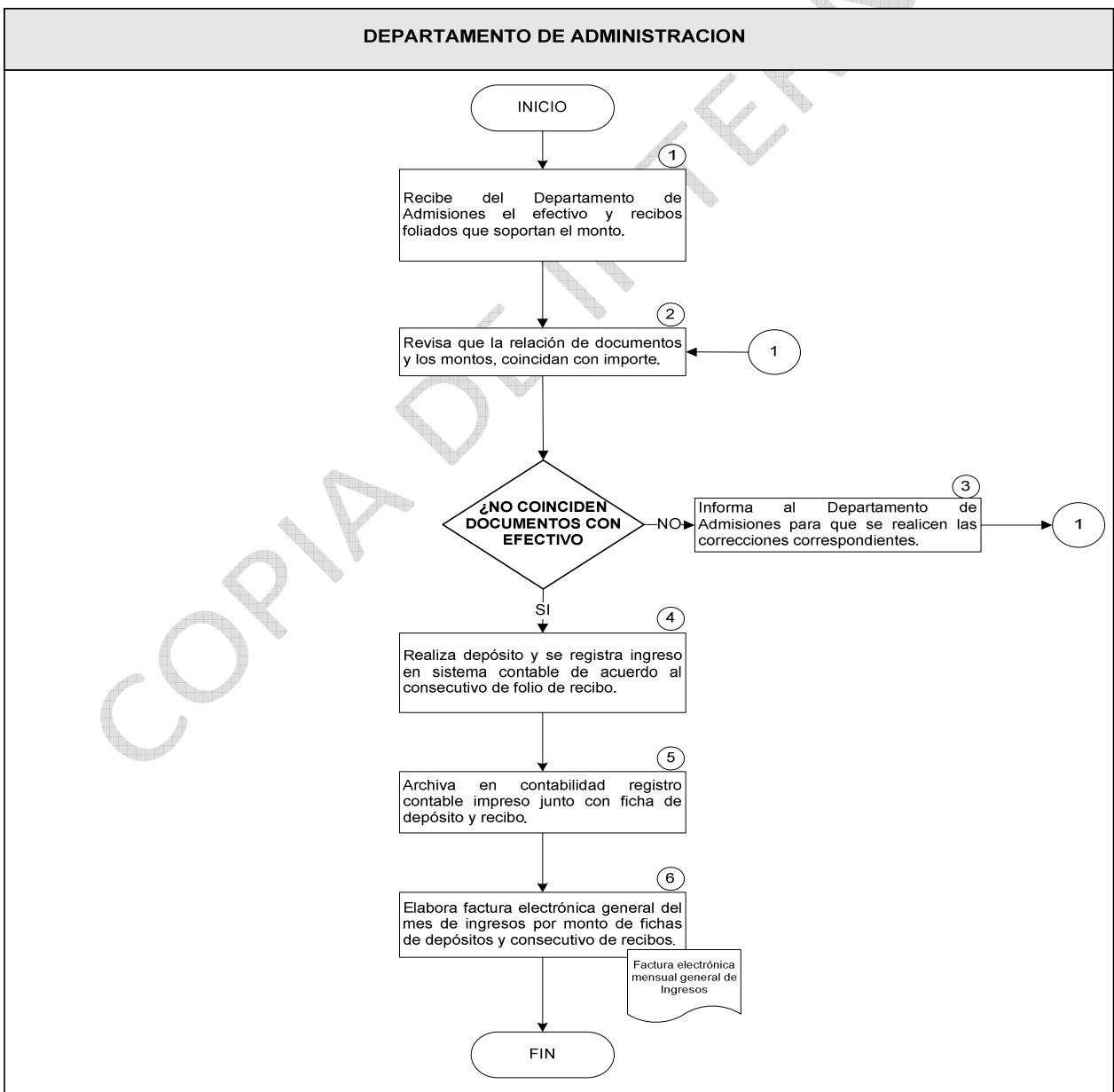
Normas de operación:

- Los ingresos se deben de recibir diariamente en horario de 8:00 a.m. a 16:00 p.m.
- Registro y control de ingresos de lunes a domingo.
- Cada fin de mes se deberá elaborar una factura electrónica.
- Se aplican las normas de operación que contempla el Manual de Ingresos Propios para su control señalado en el artículo 4 de la fracción V.
- Estará sujeto a la normativa vigente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
					1	1
PROCEDIMIENTO: Registro y control de ingresos propios.						
ÁREA:		DEPARTAMENTO: Departamento de Administración (Recursos Financieros)				
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			FORMATO O DOCTO.	
Recursos Financieros	1	Recibe del Departamento de Admisiones el efectivo y recibos foliados que soportan el monto.				
	2	Revisa que la relación de documentos y los montos, coincidan con el importe.				
	3	NO COINCIDEN DOCUMENTOS CON EFECTIVO? Informa al Departamento de Admisiones para que se realicen las correcciones correspondientes.				
	4	COINCIDEN DOCUMENTOS CON EFECTIVO? Realiza depósito y se registra ingreso en sistema contable de acuerdo al consecutivo de folio de recibo.				

	5	Archiva en contabilidad registro contable impreso junto con ficha de depósito y recibo.	
	6	Elabora factura electrónica general del mes de ingresos por monto de fichas de depósitos y consecutivo de recibos	Factura electrónica mensual general de ingresos
		TERMINA PROCEDIMIENTO.	

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN	HOJA	DE
		1	1
PROCEDIMIENTO: REGISTRO Y CONTROL DE INGRESOS PROPIOS			
ÁREA: DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN (RECURSOS FINANCIEROS).			





INSTITUTO MARAKAME

R.F.C. MAR-080325-RRR
 CARRETERA PRESA AGUAMILPA KILOMETRO 7
 No. 10 COL. VISTAS DE LA CANTERA C. P. 63173
 TELÉFONOS: 211 81 86 Y 219 72 63 TEPIC, NAYARIT.



RECIBO

Nº 0295

NOMBRE: _____	1	FECHA: _____	2
DOMICILIO: _____	3		
C.P.: _____	4	R.F.C.: _____	5
		TEL: _____	6
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	7		
CLAVE: _____	8		
CONCEPTO:		PAGOS: 10	
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">9</div>		TRATAMIENTO: _____	
		PROGRAMA FAMILIAR: _____	
CANTIDAD CON LETRA	11	TOTAL: _____	12
_____	13	_____	14
NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DE ADMISIONES		NOMBRE Y FIRMA AVAL	

GUÍA DE LLENADO DE RECIBO

1. Nombre de persona que realiza el pago
2. Fecha en que se realiza el pago
3. Dirección de la persona que realiza el pago
4. Código postal
5. RFC
6. Teléfono de la persona que realiza el pago
7. Nombre del paciente por quien paga tratamiento
8. Clave del paciente
9. Concepto por el que realiza el pago
10. Pagos especificar si es pago de tratamiento, programa familiar o ambos con la cantidad aportada
11. Cantidad con letra del importe que se pago
12. Total de la suma de pago a tratamiento y programa familiar
13. Nombre y firma de la persona que recibe el pago
14. Nombre y firma de la persona que realiza el pago

Página 1 de 1



MARAKAME
INSTITUTO CONTRA LAS
ADICIONES NAYARIT

Factura
SERIE:
FOLIO:
FECHA:

Documento
Válido

MARAKAME

CARRETERA PRESA AGUAMILPA
KILOMETRO 7 No. 10

VISTAS DE LA CANTERA TEL: (311) 211-81-88

MAR080325RRA 63173, TEPIC NAYARIT

Lugar de Expedición: CARRETERA PRESA AGUAMILPA KILOMETRO 7 10, VISTAS DE LA CANTERA, 63173, TEPIC, TEPIC, NAYARIT, MEXICO

Cliente: PUBLICO EN GENERAL
R.F.C.: XAXX010101000

Domicilio:		Teléfono:	
Colonia:		Ciudad:	
C.P.:		PAIS:	Datos Requeridos
ESTADO:			

Cantidad	Unidad	Concepto/Descripción	Valor Unitario	Importe
1.00	No aplica	TRATAMIENTOS		

Importe total con letra	
C	
Método de Pago	
No Identificada CUENTA	

SUBTOTAL:
I.V.A. 0.00
TOTAL:

OBSERVACIONES:

INGRESO CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ SEGUN RECIBOS
DEL _____ SEGUN RELACION ANEXA



Este documento es una representación impresa de un CFDI
*Efectos fiscales al pago *Pago en una sola exhibición

Serie del Certificado del emisor:	00001000000001713108
Folio fiscal:	909802A-4375-4FES-BECC-CE7654AE1886
No de Serie del Certificado del SAT:	00001000000002864883
Fecha y hora de certificación:	Octubre 15 2014 - 15:17:30

Sello digital del CFDI

1+u0K600awTpx0FJ80H8yFlu8+hu0Cd81+eT0L8D5Lru80fJH88tu]v8qgqkP871y8t81Ck9k80T33+e]e01
z11NaDy8XA53A7Q85Aqoc814t8K8Dn2192k8dgg89vM8cJ8H8v8X8e8TJy8e92H8c81Jy8hL8Q8s8588h8t8E=

Sello del SAT

OchbSpCpP285LEvb7HT88ND8P8a8hr1V88f16cLw0J8Q8e99]f1f8q8888X8Cq78518x01eTP8Lh8K8g
Och85F8vT4J8w7/ja1z8e88v8K87Q+0AdzJ8eA18D8e8d8q80Yf8k7LFe88q858887411F8c8I8R8a8P+78
m8W8dTH8R1g=

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

|||..0|909802A-4375-4FES-BECC-CE7654AE1886|2014-10-15T15:17:30|1+u0K600awTpx0FJ8
8yFlu8+hu0Cd81+eT0L8D5Lru80fJH88tu]v8qgqkP871y8t81Ck9k80T33+e]e01z11NaDy8XA5
3A7Q85Aqoc814t8K8Dn2192k8dgg89vM8cJ8H8v8X8e8TJy8e92H8c81Jy8hL8Q8s8588h8t8E=|0000
1000000202864883||

GUÍA DE LLENADO DE FACTURA ELECTRÓNICA MENSUAL GENERAL DE INGRESOS

- 1) Se anota el número de folio de factura electrónica.
- 2) Fecha de elaboración.
- 3) Se anota el importe de la suma de ingresos de recibos del mes.
- 4) La cantidad con letra del importe del punto 3)
- 5) Se anota el mes al que corresponde el ingreso de los recibos consecutivos.
- 6) Se anota el número de recibo inicial.
- 7) Se anota el número de recibo final.

COPIA DE INTERNET

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

“Transferencias bancarias”

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Financieros MARAKAME Carla Paola Beltrán Talamantes	Jefe del Departamento de Administración C.F. Enrique Ulloa Villaseñor	Director General Del Instituto MARAKAME Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales

Nombre del procedimiento:

Transferencias bancarias.

Objetivo:

Revisar que las compras realizadas por la institución cumplan con lo que marca la normativa vigente y programar según la disponibilidad presupuestaria los pagos a proveedores.

Normas de operación:

- Horario para realizar trasferencias bancarias es de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas.
- Todo comprobante fiscal de bienes y/o servicios deberá contener requisición, orden de compra debidamente autorizada ser presentada en tiempo y forma dentro del mes y deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Ley del Código Fiscal de la Federación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	2
PROCEDIMIENTO: Transferencias bancarias.					
ÁREA:		DEPARTAMENTO: Departamento de Administración (Recursos Financieros)			
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Recursos Financieros	1	Recibe de Oficina de Recursos Materiales comprobantes fiscales y soporte original. Nota: La orden de compra, solicitud de requerimiento, cotizaciones y validación de factura.		Comprobante fiscal y soporte	
	2	Sella y firma de recibido el oficio que ampara las facturas para pago.		Oficio para pago de facturas	
	3	Revisa que el comprobante fiscal cumpla con los requisitos fiscales y concuerde con soporte anexo..			
	4	NO CUMPLE CON COMPROBANTE FISCAL? Informa a la Oficina de Recursos Materiales las irregularidades y regresa comprobante fiscal y soporte.		Comprobante fiscal y soporte	

		CONECTA CON ACTIVIDAD No. 3	
	5	SI CUMPLE CON COMPROBANTE FISCAL? Registra movimiento correspondiente en Sistema SAACG. net y se contabiliza.	
	6	Imprime movimiento contable y archiva con comprobante fiscal y soporte anexo.	Movimiento contable
	7	Elabora relación de comprobantes fiscales pendientes de pago para su programación	Relación de comprobante fiscales

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				2	2
PROCEDIMIENTO: Transferencias bancarias.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Departamento de Administración (Recursos Financieros)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Recursos Financieros	8	Realiza transferencia bancaria para pago a proveedores.		Transferencia bancaria	
	9	Imprime 2 comprobantes de transferencias bancarias. Se distribuyen los documentos de la siguiente manera: 1ra. copia Recursos Materiales para informar al proveedor. 2da. copia para archivo. TERMINA PROCEDIMIENTO.			

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
				1	2

PROCEDIMIENTO: TRANSFERENCIAS BANCARIAS.

ÁREA: DEPARTAMENTO: ADMINISTRACIÓN (RECURSOS FINANCIEROS)

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION

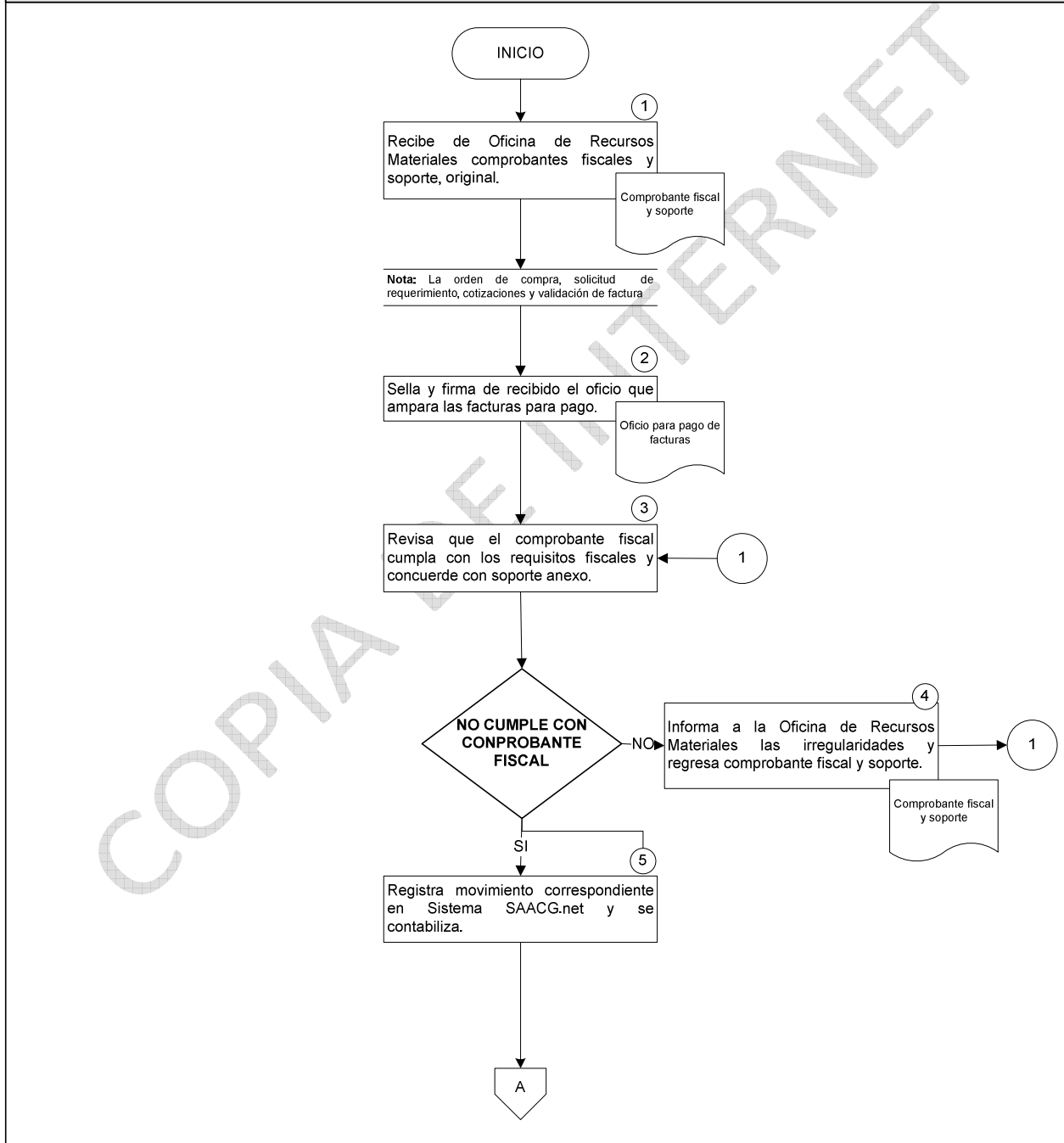
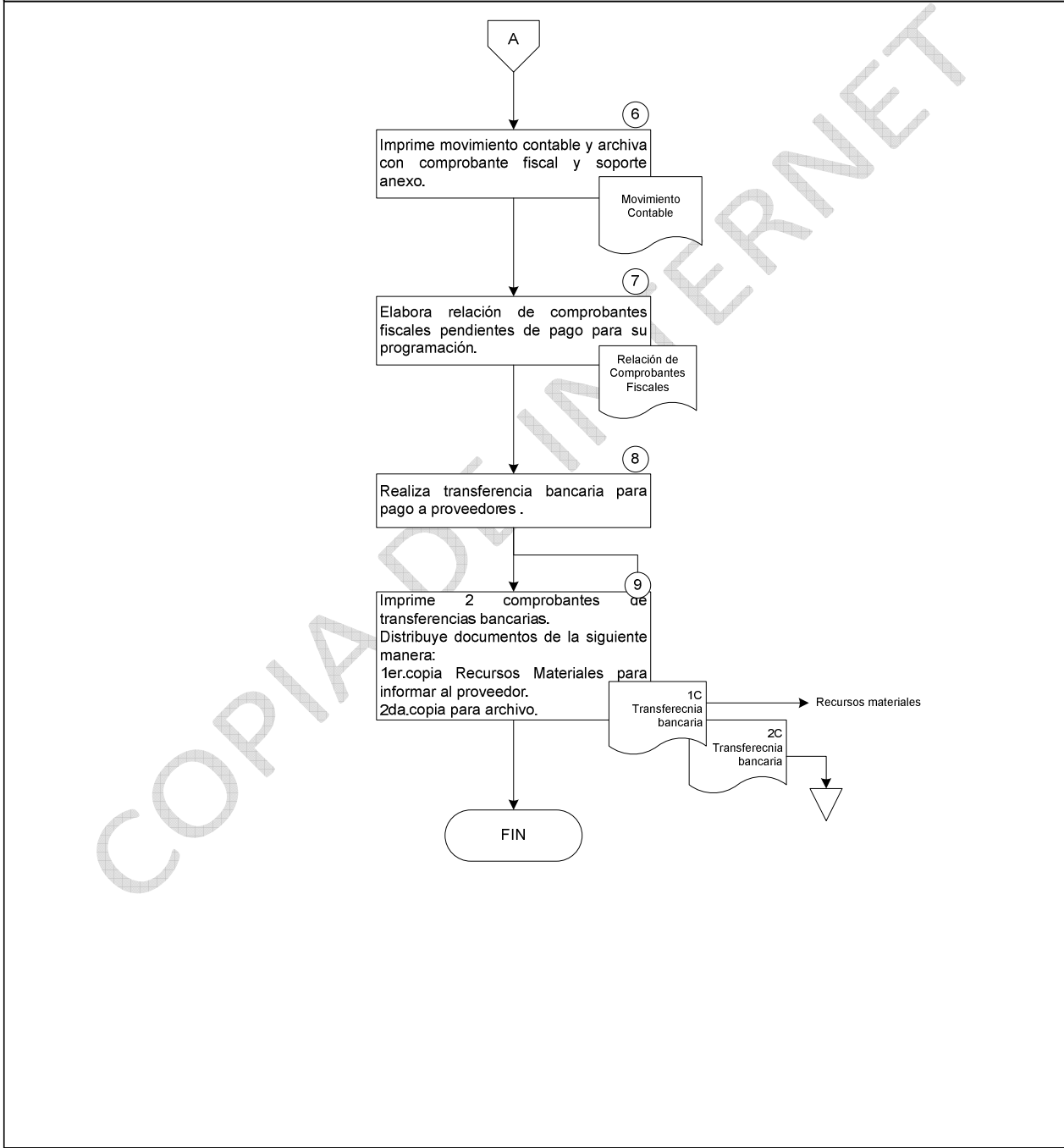


DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACIÓN			HOJA	DE
				2	2
PROCEDIMIENTO: TRANSFERENCIAS BANCARIAS.					
ÁREA:	DEPARTAMENTO: ADMINISTRACIÓN (RECURSOS FINANCIEROS)				

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION



Impresión NBXI

<https://nbem.banorte.com/NBXI/Corporativa/Transferencias/>

Transferencias a Cuentas de Terceros Banorte / Ixe

BANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.
RFC: BMN-930209-927

Cuenta/ CLABE Ordenante	1)
Nombre del Ordenante	2)
RFC Ordenante	3)
Moneda	4)
ID Tercero	5)
Nombre del Beneficiario	6)
Cuenta/ CLABE Beneficiario	7)
Titular de la Cuenta	8)
RFC Beneficiario	9)
Importe a Transferir	10)
IVA	11)
Fecha Aplicación	12)
Número de Referencia	13)
Concepto de Pago	14)
Clave de Rastreo	15)
Confirmación	16)
Comisión	17)
IVA Comisión	18)
Capturó	19)
Fecha Captura	20)
Ejecutó	21)
Fecha de Ejecución	22)
Autorizó 1:	
Fecha Autorización 1:	
Autorizó 2:	
Fecha Autorización 2:	
Autorizó 3:	
Fecha Autorización 3:	
AutExcepción 1:	
Fecha AutExcepción 1:	
AutExcepción 2:	
Fecha AutExcepción 2:	
Modo de Ejecución	
Nombre del Archivo	

Operación realizada a través de los equipos de cómputo que procesan las peticiones de la Banca por Internet y que se ubican en la ciudad de México, D.F.
Para el caso de aclaración respecto a la operación celebrada, se podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Aclaraciones de la Institución, según corresponda al lugar de celebración de la operación, o solicitarla a través de los siguientes teléfonos, en un lapso no mayor a 90 días naturales a partir de la fecha señalada en el presente comprobante:
México D.F. (55) 5140 5600 - Monterrey (81) 8156 9600 - Guadalajara (33) 3669 9000 - Resto del país 01 800 226 6783

GUÍA DE LLENADO DE FORMATO DE TRANSFERENCIA

- 1) Número de cuenta de donde se realizará la transferencia bancaria.
- 2) Razón social del contribuyente que realizará la transferencia.
- 3) Registro federal de contribuyentes del que realizará la transferencia.
- 4) Tipo de moneda con el que se pagará.
- 5) Nombre del Id con el que está registrado el contribuyente beneficiario.
- 6) Nombre del contribuyente beneficiario.
- 7) No. de cuenta o CLABE bancaria del contribuyente beneficiario.
- 8) Razón social del contribuyente que realizará la transferencia.
- 9) Registro federal de contribuyentes del beneficiario.
- 10) Cantidad a transferir.
- 11) IVA del importe a transferir.
- 12) Fecha en que quedará aplicada la transferencia.
- 13) Número de referencia del contribuyente beneficiario.
- 14) Concepto por lo que se le está realizando transferencia bancaria.
- 15) El banco automáticamente escribirá una clave de rastreo para que el beneficiario identifique la transferencia bancaria.
- 16) El banco arroja un mensaje de confirmación o de rechazo de transferencia bancaria.
- 17) El banco arroja el importe por concepto de comisión de transferencia bancaria.
- 18) IVA de comisión por transferencia bancaria.
- 19) Nombre del responsable de las cuentas bancarias de la Institución que realiza la transferencia.
- 20) Fecha en que se realiza la transferencia bancaria.
- 21) Nombre del responsable de las cuentas bancarias de la Institución que realiza la transferencia.
- 22) Fecha en que se realiza la transferencia bancaria.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO*Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya”*

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Humanos	Jefe del Departamento de Administración	Director General del Instituto MARAKAME
Francisco Serrano Amezcua	C.F. Enrique Ulloa Villaseñor	Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales

Nombre:

“Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.”

Objetivo:

Proporcionar en tiempo y forma el pago a los trabajadores de Confianza y Lista de Raya que laboran en el Instituto MARAKAME de forma oportuna, en apego a la Ley Federal del Trabajo.

Normas de Operación:

- El pago al trabajador se realizara de manera quincenal.
- El trabajador deberá firmar cada quincena el formato de nomina.
- Los trabajadores que conforman la plantilla de personal son los siguientes regímenes:
 - 1.- Confianza
 - 2.- Lista de Raya.
- Se generara una nomina de acuerdo al régimen del trabajador
- Los trabajadores podrán justificar sus retardos, inasistencias, entradas y salidas con los formatos autorizados por los Jefes del Departamento, y siempre con el Vo.Bo. de Dirección General.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				1	3
PROCEDIMIENTO: Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Recursos Humanos	1	Registra en el Sistema Nomipaq prestaciones y deducciones de la quincena correspondiente.			
	2	Calcula pre-nomina en el Sistema Nomipaq, e imprime.			
	3	Envía por correo electrónico a Recursos Financieros, entrega pre nomina impresa			
Recursos Financieros	4	Recibe y elabora formato de Solicitud de Recurso (subsido) y envía al Depto. de Administración.		Formato de Subsido	
Depto. de Administración	5	Recibe formato de solicitud para su revisión. entrega a Dirección General.		Formato de Subsido	
Dirección General	6	Recibe formato de Solicitud para su autorización.			
	7	Elabora oficio para solicitar subsidio, el oficio se distribuye de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Director de Tesorería de la Sria. de Finanzas del gobierno del estado. Original. • Director General de Contabilidad y Presupuesto de Gobierno del Estado. 1ra copia. • Minutario. 2da. Copia. 		Oficio de petición de Subsido	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				3	3
PROCEDIMIENTO: Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Trabajador	14	Recibe Nomina y Revisa que se haya realizado la Transferencia de Secretaría de Finanzas para su pago correspondiente.			
	15	Realiza transferencia bancaria de pago de nomina a cada trabajador e informa que acuda por su comprobante de pago.			
	16	Acude a la oficina de Recursos Humanos firma Nomina correspondiente recibe copia de pago.			
17	Entrega nomina y recibos firmados a Recursos Financieros. Archiva nomina				
Recursos Humanos		Termina procedimiento			

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
PROCEDIMIENTO: : Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.				1	5
AREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)		
Recursos Humanos	Recursos Financieros	Depto. de Administración	Dirección General	Trabajador	
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> S1[1. Registra en el Sistema Nomipaq prestaciones y deducciones de la quincena correspondiente] S1 --> S2[2. Calcula pre-nomina en el Sistema Nomipaq, e imprime] S2 --> S3[3. Envía por correo electrónico a Recursos Financieros, entrega pre nomina impresa] S3 --> S4[4. Recibe y elabora formato de Solicitud de Recurso (subsidio) y entrega a Jefe del Depto. de Administración.] S4 --> A{A} </pre>					

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO			FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
PROCEDIMIENTO: : Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.					2	5
AREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)			
Recursos Humanos	Recursos Financieros	Depto. de Administración	Dirección General		Trabajador	
		<pre> graph TD A{{A}} --> 5[5] 5[5] --> 6[6] 6[6] --> 7[7] 7[7] --> 0[0] 7[7] --> 1C[1C] 7[7] --> 2C[2C] 0[0] --> DT[Director de Tesorería Sna. De Finanzas] 1C[1C] --> DCP[Director Gral de Contabilidad y Presuuesto] 2C[2C] --> M[Minutario] 0[0] --> B{{B}} 1C[1C] --> B 2C[2C] --> B </pre>				

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
PROCEDIMIENTO: : Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya				3	5
AREA:		DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)			
Recursos Humanos	Recursos Financieros	Depto. de Administración	Dirección General	Trabajador	
<pre> graph TD B{B} --> 8[8] 8[8] --> 9[9] 9[9] --> 10[10] 10[10] --> 11{ESTAN JUSTIFICADOS O AUTORIZADOS?} 11 -- SI --> C{C} 11 -- NO --> 11[11] 11[11] --> 0[0] 11[11] --> 1C[1C] 11[11] --> 2C[2C] 0[0] --> JD[Jefe del Dpto.] 1C[1C] --> DG[Direccion Gral.] 2C[2C] --> RH[Rec. Humanos] </pre>		<p>Notifica a Recursos Humanos la autorización de la petición del subsidio.</p>			

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	
			4	5
PROCEDIMIENTO: : Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.				
AREA:		DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)		
Recursos Humanos	Recursos Financieros	Depto. de Administración	Dirección General	Trabajador
<pre> graph TD C{C} --> 12[12. Elabora la nomina en el sistema Nomipaq e Imprime el formato de nomina asi como dos copias de impresiones de los recibos.] 12 --> 13[13. Envía nomina para su firma de Revisión y Autorización a Recursos Financieros, Depto. de Administración y Dirección General. Regresa nomina autorizada a Recursos Humanos] 13 --> 14[14. Recibe Nomina y Revisa que se haya realizado la transferencia de Secretaría de Finanzas para su pago correspondiente.] 14 --> 15[15. Realiza transferencia bancaria de pago de nomina a cada trabajador e informa que acuda por su comprobante de pago.] 15 --> D{D} </pre>				

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				5	5
PROCEDIMIENTO: : Elaboración de Nómina de Personal de Confianza y Lista de Raya.					
AREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Humanos)		
Recursos Humanos	Recursos Financieros	Depto. de Administración	Dirección General	Trabajador	
<p>(17) Entrega nomina y recibos firmados a Recursos Financieros. Archiva nomina</p> <p>Nomina</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>				<p>(16) Acude a la oficina de Recursos Humanos firma nomina correspondiente, recibe copia de pago.</p> <p>D</p>	

FORMATO REGISTRO Y CONTROL DE NOMINA

CONTPAQ i
NÓMINAS

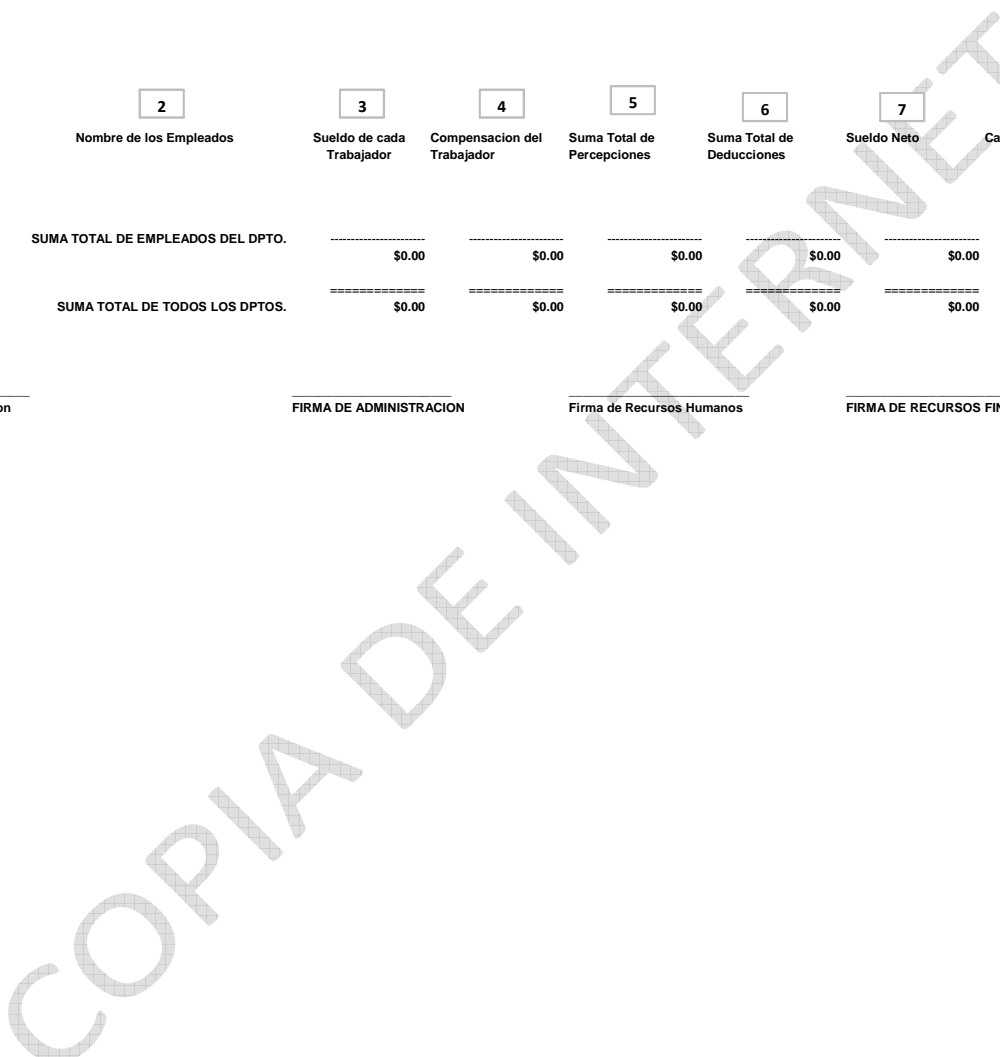
INSTITUTO MARAKAME

Lista de Raya (forma tabular)
Período # de **DÍA** a **DÍA** del **AÑO**
Reg Pat IMSS: D3548268100
RFC: MAR -080325-RRR

Código	Empleado	Sueldo	Compensacion	*TOTAL* *PERCEPCIONES*	*TOTAL* *DEDUCCIONES*	*NETO*	2% Impuesto estatal
--------	----------	--------	--------------	---------------------------	--------------------------	--------	---------------------

1							
Departamento 1 Departamento 2 Departamento 3	2	3	4	5	6	7	8
	Nombre de los Empleados	Sueldo de cada Trabajador	Compensacion del Trabajador	Suma Total de Percepciones	Suma Total de Deducciones	Sueldo Neto	Caulculo de Impuestos
Total Depto.	SUMA TOTAL DE EMPLEADOS DEL DPTO.	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Total Gral.	SUMA TOTAL DE TODOS LOS DPTOS.	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

9		
Firma de Direccion	FIRMA DE ADMINISTRACION	Firma de Recursos Humanos
		FIRMA DE RECURSOS FINANCIEROS



GUÍA DE LLENADO FORMATO REGISTRO Y CONTROL DE NOMINA

1. Registra en el Sistema Nomipaq cada uno de los Departamentos.
2. Se registra el nombre de cada uno de los trabajadores.
3. Se registra el sueldo Bruto que percibe cada trabajador de manera quincenal.
4. Se añade el monto de efectivo que percibe el trabajador por concepto de Compensación.
5. El Sistema Nomipaq, realiza de manera automática el cálculo total de las percepciones obtenidas por el trabajador.
6. El Sistema Nomipaq, realiza de manera automática el cálculo total de las deducciones obtenidas por el trabajador.
7. El Sistema Nomipaq, realiza de manera automática el cálculo entre la suma total de percepciones menos la suma total de deducciones para llegar al monto neto que percibirá el trabajador en el pago de su quincena correspondiente.
8. El Sistema Nomipaq, realiza el cálculo automático del ISR que se le retuvo al trabajador en su quincena.
9. Se realiza y se imprime la nómina para sus firmas correspondientes de autorización.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO
"Adquisición de Bienes y Servicios (compras Ordinarias)"

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Materiales	Jefe del Departamento de Administración.	Director General Del Instituto MARAKAME
L.A.E. Silvana Fuentes Guerra	C. F. Enrique Ulloa Villaseñor	Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales.

Nombre del Procedimiento:

Adquisición de Bienes y Servicios (compras Ordinarias)”

Objetivo:

Realizar compras de consumibles y servicios de manera eficiente y oportuna, garantizando una operatividad eficaz de los departamentos solicitantes, en apego las leyes y reglamentos vigentes.

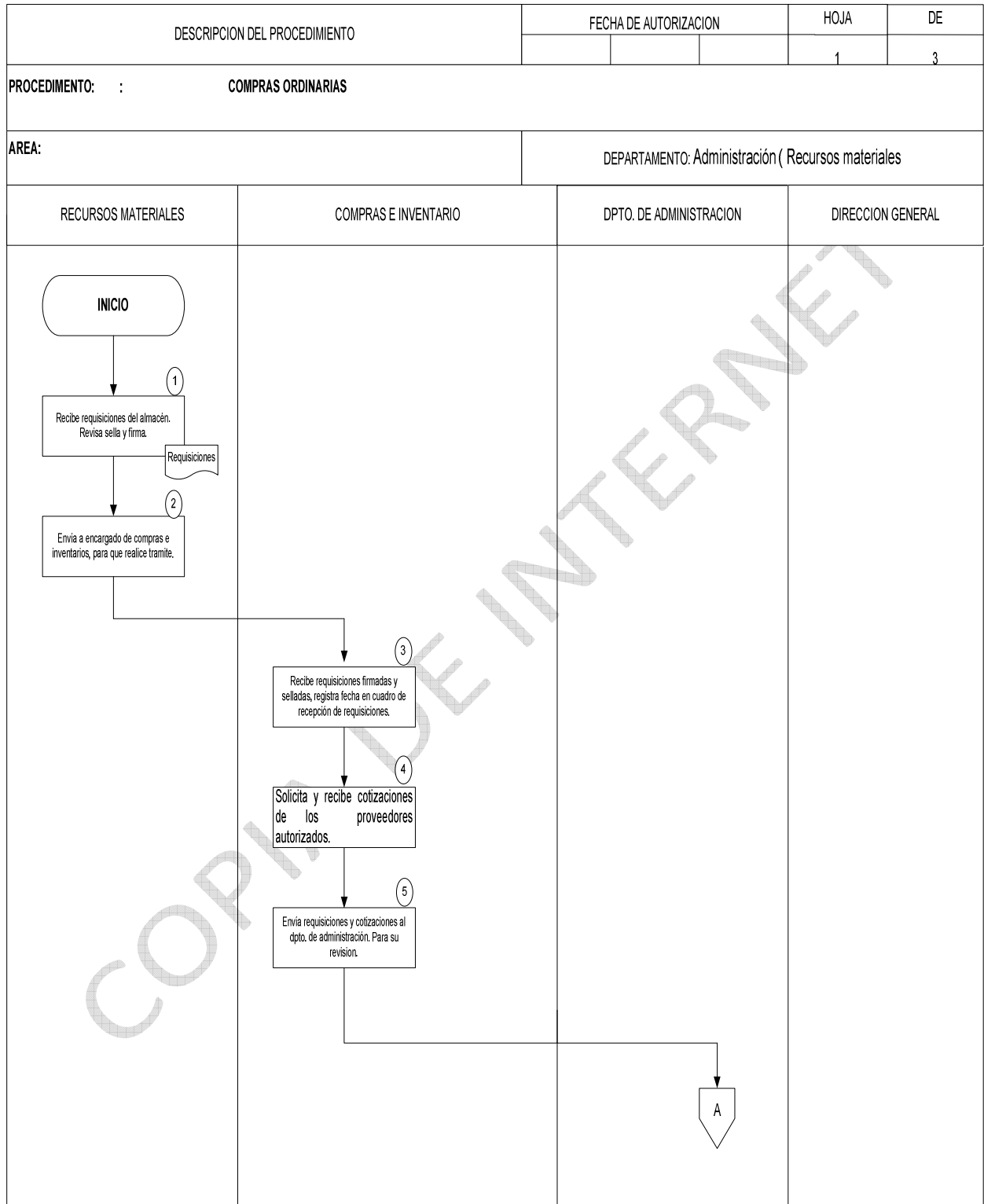
Normas de Operación:

- Recepción de formato de requisición será solo los martes de 9:00 a 15:00 hrs.
- Deberá especificar con claridad las características de los bienes o servicios solicitados incluida su cantidad y unidad de medida. Así como, asegurarse que no incluyan marcas, salvo en los casos que se justifique.
- Sin excepción, toda solicitud de requerimiento y cotizaciones corresponde a una orden de compra.
- Se deberá Aplicar y ajustarse al Presupuesto de Egresos del Estado de Nayarit del ejercicio correspondiente.
- Se deberá consultar el Catalogo de Proveedores autorizados para pedir las cotizaciones.
- Toda requisición que se recibe de las áreas para su compra, deberá estar sellada y firmada por el encargado de recursos materiales.
- La adquisición de Alimentos, papelería e insumos para el aseo, se considera una compra ordinaria así como objetos que se requieran para el funcionamiento de MARAKAME que se efectúan periódicamente.
- Toda requisición que se reciba deberá pasar a revisión del Área de Administración y autorizada por Dirección General.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	2
PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes y servicios (Compras Ordinarias)					
ÁREA:		DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales)			
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCTO.		
Encargado de recursos materiales	1	Recibe requisiciones del almacén. Revisa, Sella y firma requisiciones.	Requisiciones		
	2	Envía a encargados de compras e inventarios, para que realice tramite.			
Compras e inventarios	3	Recibe requisiciones firmadas y selladas. Registra fecha en cuadro de recepción de requisiciones.			
	4	Solicita y recibe cotizaciones de los proveedores autorizados.	Cotizaciones		
	5	Envía requisiciones y cotizaciones a la jefatura de administración para su revisión.			
departamento de administración	6	Recibe requisiciones y cotizaciones, analiza y verifica la documentación envía a Dirección General para su autorización.			
Dirección General	7	Recibe y envía requisiciones, autorizadas al encargado de compras e inventarios para que proceda con el trámite.			
Compras e inventarios	8	Recibe requisiciones autorizadas efectúa trámite correspondiente, elabora orden de compra realiza pedido, envía copia autorizada al almacén.			
	9	NO ES COMPRA MAYOR? Recibe facturas e integra al expediente correspondiente. TERMINA PROCEDIMIENTO			
	10	ES COMPRA MAYOR? Recibe facturas e integra al expediente correspondiente, anexando tres cotizaciones.			

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				2	2
PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes y servicios (Compras Ordinarias)					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES			FORMATO O DOCTO.
Compras e inventarios	11	Elabora y Envía reporte integrado por el expediente de cada proveedor a encargado de recursos financieros. TERMINA PROCEDIMIENTO			



COPIA DE INTERNET



DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				2	3
PROCEDIMIENTO: : COMPRAS ORDINARIAS					
AREA: Instituto Marakame		DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales			
RECURSOS MATERIALES	COMPRAS E INVENTARIO	DPTO. DE ADMINISTRACION	DIRECCION GENERAL		
	<pre> graph TD A{{A}} --> 6[6] 6 --> 7[7] 7 --> 8[8] 8 --> 9{ES COMPRA MAYOR?} 9 -- NO --> 8 9 -- SI --> 9[9] 9 --> B{{B}} </pre>				

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				3	3
PROCEDIMIENTO: : COMPRAS ORDINARIAS					
AREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales		
RECURSOS MATERIALES	COMPRAS E INVENTARIO	DPTO. DE ADMINISTRACION	DIRECCION GENERAL		
	<pre> graph TD B{B} -- SI --> 10[Recibe facturas e integra al expediente correspondiente, anexando tres cotizaciones] 10 --> 11[Elabora y Envía reporte integrado por el expediente de cada proveedor a encargado de recursos financieros.] 11 --> END([TERMINA PROCEDIMIENTO]) </pre>				

COPIA DE INTERNET

  MARAKAME INSTITUTO CONTRA LAS ADICCIONES NAYARIT		SELLO DE RECEPCION DEL DOCUMENTO			HOJA 1 DE 1								
		10			FECHA DE ELABORACION 1								
AREA SOLICITANTE 2					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO											
					NO. DE FOLIO								
No	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD			JUSTIFICACION							
			SOL.	ENT.	PEN.								
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
3	4	5	6	6	6	7							
SOLICITA	RESPONSABLE DE AREA	AUTORIZO			REVISÓ	RESPONSABLE DE LA ADQUISICIÓN Y ENTREGA DE INSUMOS							
8	9	13			12	11							
LIC. SILVANA FUENTES GUERRA	LIC. SILVANA FUENTES GUERRA	LIC. JOSEFINA LIVIER ALCANTAR ROSALES			C.F. ENRIQUE ULLOA VILLASEÑOR	LIC. SILVANA FUENTES GUERRA							

**GUÍA DE LLENADO DE REQUISICIÓN
(COMPRAS ORDINARIAS)**

- 1.- Fecha de la requisición. (Día – mes – año).
- 2.- Área solicitante.
- 3.- Numero consecutivo del artículo.
- 4.- Artículo requisitado.
- 5.- Unidad del articulo (piezas, cajas, paquetes etc.).
- 6.- Numero de artículos solicitados entregados y pendientes.
- 7.- Justificación de la compra.
- 8.- Quien solicita
- 9.- Responsable del área.
- 10.- Sello de recibido por el área encargada de recibir la requisición.
- 11.- Firma de responsable del área encargada de recibir la requisición.
- 12.- Firma de la Administradora del Instituto.
- 13.- Firma de autorización de la Directora General del Instituto.

COPIA DE INTERNET

FORMATO DE PAGOS DE COMPRA ORDINARIA



Fecha 1
 Folio 2

Asunto: envío de facturas para pago

C.
 JEFE DEL DEPARTAMENTO
 PRESENTE

ORDEN DE PAGO

FECHA DE ORDEN	ORDEN DE COMPRA	FACTURA	PROVEEDOR	CANTIDAD
3	4	5	6	7
TOTAL				8

COPIA DE INTERNET

AUTORIZO

REVISO

EJECUTO

11

10

9

GUÍA DE LLENADO PARA PAGOS COMPRA ORDINARIA

- 1.- Fecha de elaboración del oficio.
- 2.- Número de oficio.
- 3.- Fecha de la orden de compra.
- 4.- número de orden de compra.
- 5.- Número de factura.
- 6.- Nombre o razón social del proveedor.
- 7.- Cantidad total del proveedor.
- 8.- Total general a pagar de los proveedores.
- 9.- Firma de quien realiza el pago.
- 10.- Firma de revisión del oficio por la Administradora del Instituto.
- 11.- Firma de autorización de pago de la Directora General.

COPIA DE INTERNET

ORDEN DE COMPRA ORDINARIA

ORDEN DE COMPRA

Fecha 1

Folio 2

Proveedor o razón social: 3

N°	PRODUCTO	UNID.	CANT.	JUSTIFICACIÓN
4	5	6	7	8

REVISO
10

ELABORO
9

AUTORIZO
11

GUÍA DE LLENADO DE ORDEN DE COMPRA ORDINARIA

- 1.- Fecha de la orden de compra
- 2.- Numero de orden de compra.
- 3.- Proveedor o razón social.
- 4.- Numero consecutivo.
- 5.- Artículos
- 6.- Unidad del articulo (piezas, kilos, cajas, etc.)
- 7.- Números de artículos pedidos
- 8.- Justificación de la compra
- 9.- Firma de quien elaboro la orden por el Encargado de Compras e Inventarios
- 10.- Firma de autorización de la Administradora
- 11.- Firma de autorización de la Directora.

COPIA DE INTERNET

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO
“Adquisición de Bienes y Servicios (compras Extraordinarias)”

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Materiales	Jefe del Departamento de Administración.	Director General Del Instituto MARAKAME
L.A.E. Silvana Fuentes Guerra	C. F. Enrique Ulloa Villaseñor	Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales.

Nombre del Procedimiento:

Adquisición de Bienes y Servicios (compras Extraordinarias)”

Objetivo:

Realizar compras de consumibles y servicios de manera eficiente y oportuna, garantizando una operatividad eficaz de los departamentos solicitantes, en apego las leyes y reglamentos vigentes.

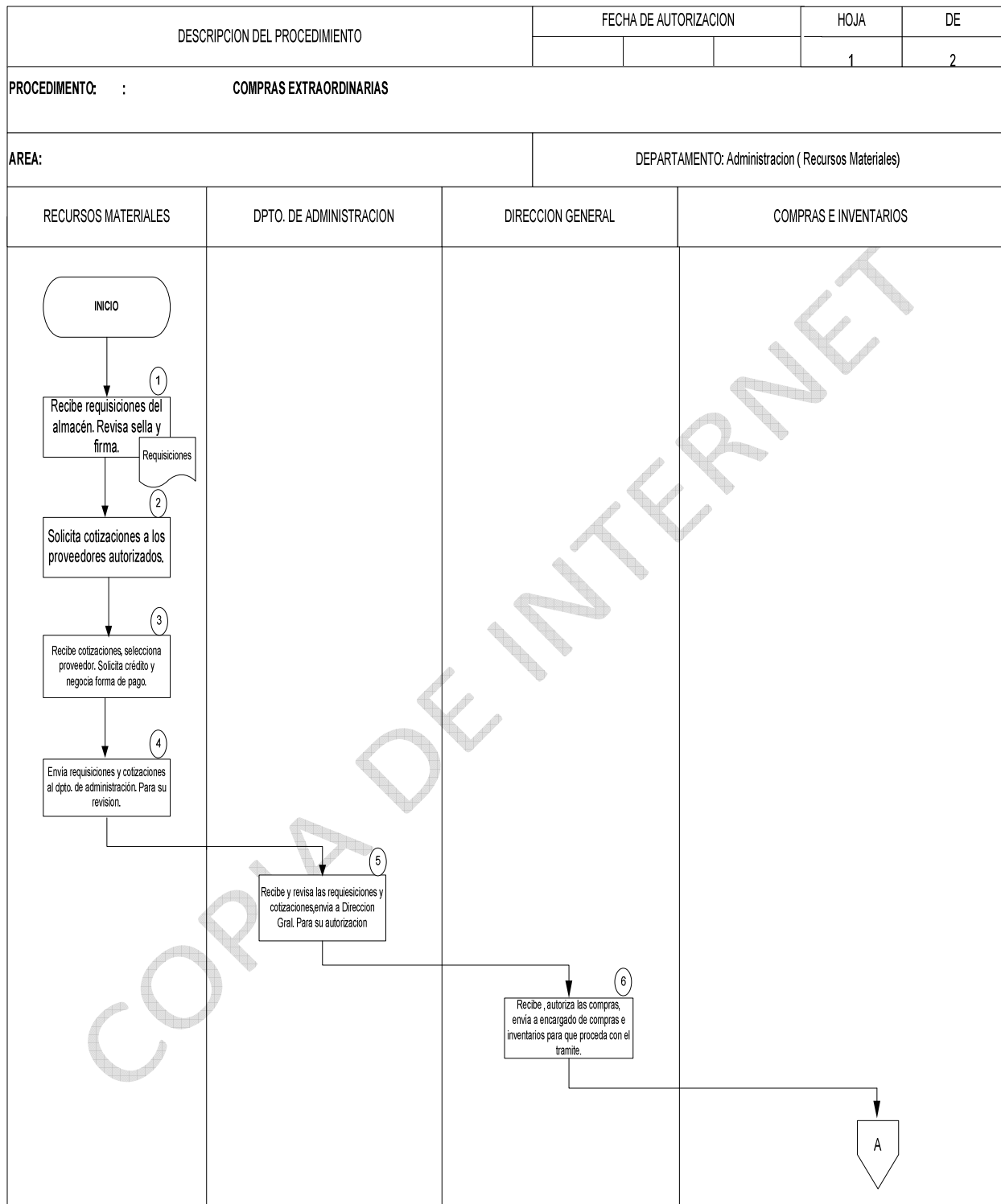
Normas de Operación:

- Recepción de formato de requisición será solo los martes de 9:00 a 15:00 hrs.
- Deberá especificar con claridad las características de los bienes o servicios solicitados incluida su cantidad y unidad de medida. Así como, asegurarse que no incluyan marcas, salvo en los casos que se justifique.
- Sin excepción, toda solicitud de requerimiento y cotizaciones corresponde a una orden de compra.
- Se deberá Aplicar y ajustarse al Presupuesto de Egresos del Estado de Nayarit del ejercicio correspondiente.
- Se deberá consultar el Catalogo de Proveedores autorizados para pedir las cotizaciones.
- Toda requisición que se recibe de las áreas para su compra, deberá estar sellada y firmada por el encargado de recursos materiales.
- La adquisición de Literatura, medallas, reactivos (antidoping) son consideradas compras extraordinarias.
- Toda requisición que se reciba deberá pasar a revisión del área de administración y autorizada por Dirección General.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	2
PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes y servicios (compras extraordinarias)					
ÁREA:		DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales)			
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	FORMATO O DOCTO.		
Encargado de recursos materiales departamento de administración Dirección General Compras e inventarios	1	Recibe requisiciones del almacén. Revisa, Sella y firma.	Requisiciones		
	2	Solicita cotizaciones a los proveedores autorizados.	Cotizaciones		
	3	Recibe cotizaciones, selecciona proveedor. Solicita crédito y negocia forma de pago.			
	4	Envía requisiciones y cotizaciones al Dpto. de administración para su revisión.			
	5	Recibe y Revisa las requisiciones y cotizaciones, envía a Dirección General para su autorización.			
	6	Recibe y autoriza para su compra, envía a encargado de compras e inventarios para que proceda con el trámite.			
	7	Recibe requisiciones autorizadas para realizar el trámite correspondiente, elabora orden de compra realiza el pedido, envía copia autorizada al almacén.			
	8	NO ES COMPRA MAYOR? Recibe facturas e integra al expediente correspondiente. Termina procedimiento.			
	9	ES COMPRA MAYOR? Recibe factura e integra al expediente correspondiente, anexando tres cotizaciones.			



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				2	2
PROCEDIMIENTO: Adquisición de bienes y servicios (compras extraordinarias)					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos materiales)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.				FORMATO O DOCTO.
Compras e inventarios	10	Elabora y envía reporte a Recursos Financieros para su pago correspondiente. TERMINA PROCEDIMIENTO			Reporte

COPIA DE INTERNET



DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACION		HOJA	DE
				2	2
PROCEDIMIENTO: : COMPRAS EXTRAORDINARIAS					
AREA:			DEPARTAMENTO: Administracion (Recursos Materiales)		
RECURSOS MATERIALES	DPTO. DE ADMINISTRACION	DIRECCION GENERAL	COMPRAS E INVENTARIOS		
			<pre> graph TD A[A] --> 7[7] 7 --> D{ES COMPRA MAYOR} D -- SI --> 9[9] 9 --> 10[10] 10 --> T1(TERMINA PROCEDIMIENTO) D -- NO --> 8[8] 8 --> T2(TERMINA PROCEDIMIENTO) </pre>		

FORMATO DE SOLICITUD DE COMPRAS EXTRAORDINARIAS

  MARAKAME INSTITUTO CONTRA LAS ADICCIONES NAYARIT		SELO DE RECEPCION DEL DOCUMENTO <div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">10</div>			HOJA 1 DE 1		
					FECHA DE ELABORACION 1		
AREA SOLICITANTE 2					DIA	MES	AÑO
					NO. DE FOLIO		
No	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD			JUSTIFICACION	
			SOL.	ENT.	PEN.		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
3	4	5	6	6	6	7	
SOLICITA		RESPONSABLE DE AREA		AUTORIZO		REVISÓ	RESPONSABLE DE LA ADQUISICIÓN Y ENTREGA DE INSUMOS
8		9		13		12	11
LIC. SILVANA FUENTES GUERRA		LIC. SILVANA FUENTES GUERRA		LIC. JOSEFINA LIVER ALCANTAR ROSALES		C.F. ENRIQUE ULLOA VILLASEÑOR	LIC. SILVANA FUENTES GUERRA

**GUÍA DE LLENADO DE REQUISICIÓN
(COMPRAS EXTRAORDINARIAS)**

- 1.- Fecha de la requisición. (Día – mes – año).
- 2.- Área solicitante.
- 3.- Numero consecutivo del artículo.
- 4.- Artículo requisitado.
- 5.- Unidad del articulo (piezas, cajas, paquetes etc.).
- 6.- Numero de artículos solicitados entregados y pendientes.
- 7.- Justificación de la compra.
- 8.- Quien solicita
- 9.- Responsable del área.
- 10.- Sello de recibido por el área encargada de recibir la requisición.
- 11.- Firma de responsable del área encargada de recibir la requisición.
- 12.- Firma de la Administradora del Instituto.
- 13.- Firma de autorización de la Directora General del Instituto.

COPIA DE INTERNET

GUÍA DE LLENADO PARA PAGOS COMPRA EXTRAORDINARIA

- 1.- Fecha de elaboración del oficio.
- 2.- Número de oficio.
- 3.- Fecha de la orden de compra.
- 4.- Número de orden de compra.
- 5.- Número de factura.
- 6.- Nombre o razón social del proveedor.
- 7.- Cantidad total del proveedor.
- 8.- Total general a pagar de los proveedores.
- 9.- Firma de quien realiza el pago.
- 10.- Firma de revisión del oficio por la Administradora del Instituto.
- 11.- Firma de autorización de pago de la Directora General.

COPIA DE INTERNET

ORDEN DE COMPRA EXTRAORDINARIA



ORDEN DE COMPRA

Fecha 1

Folio 2

Proveedor o razón social: 3

N°	PRODUCTO	UNID.	CANT.	JUSTIFICACION
4	5	6	7	8

REVISO
10

ELABORO
9

AUTORIZO
11

GUÍA DE LLENADO DE ORDEN DE COMPRA EXTRAORDINARIA

- 1.- Fecha de la orden de compra
- 2.- Numero de orden de compra.
- 3.- Proveedor o razón social.
- 4.- Numero consecutivo.
- 5.- Artículos
- 6.- Unidad del articulo (piezas, kilos, cajas, etc.)
- 7.- Números de artículos pedidos
- 8.- Justificación de la compra
- 9.- Firma de quien elaboro la orden por el Encargado de Compras e Inventarios
- 10.- Firma de autorización de la Administradora
- 11.- Firma de autorización de la Directora.

COPIA DE INTERNET

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

“Entradas y salidas de mercancías y consumibles del almacén.”

COPIA DE INTERNET

ELABORÓ	ÁREA RESPONSABLE	AUTORIZÓ
Encargada de Recursos Materiales	Jefe del Departamento de Administración.	Director General Del Instituto MARAKAME
L.A.E. Silvana Fuentes Guerra	C. F. Enrique Ulloa Villaseñor	Lic. Josefina Livier Alcantar Rosales.

Nombre del Procedimiento:

Entradas y salidas de mercancías y consumibles del almacén

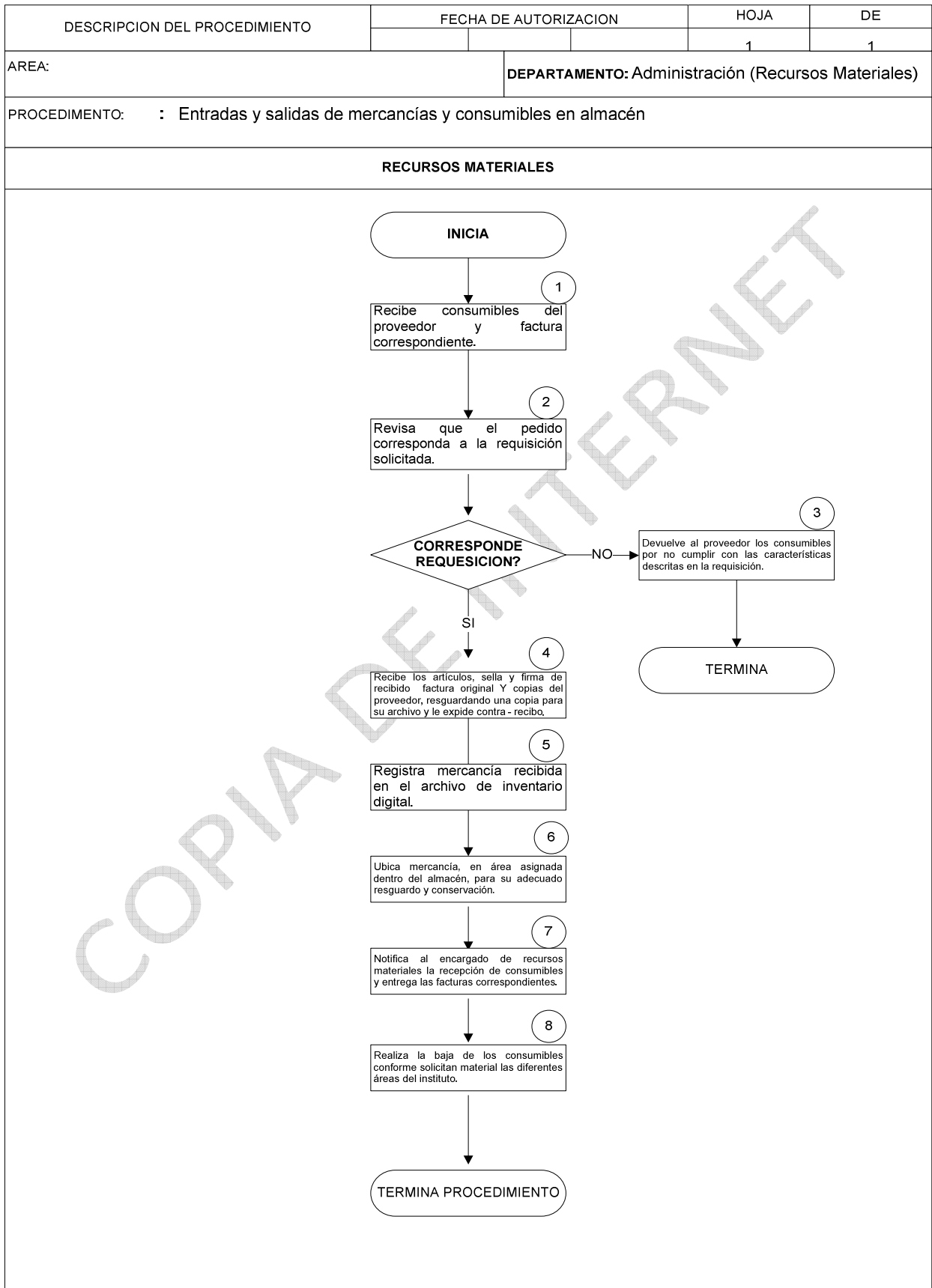
Objetivo:

Llevar el control de las mercancías y consumibles, para mantener el stock conveniente y proveer en tiempo y forma la demanda de las mismas a las diferentes áreas del Instituto.

Normas de Operación:

- Horario de recepción del almacén es todos los jueves de 9:00 a.m. a 14:00 p.m.
- Todo bien adquirido, estará sujeto a una inspección visual, verificando; condiciones de empaque, tipo de bien, cantidades, presentación, etc. Validando lo establecido en la requisición.
- La caducidad de productos alimenticios, deberán tener al momento de su recepción, al menos con 6 meses de vigencia. (caso contrario, no serán recibidos)
- Por ningún motivo, se podrán recibir bienes distintos a los determinados en las respectivas órdenes de compra o contrato.
- Una vez recibido el producto de conformidad, este deberá ubicarse el área asignada dentro almacén, para su adecuado resguardo y conservación.
- Toda salida de bienes de almacén, deberá efectuarse mediante formato correspondiente y contener la firma de autorización correspondiente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		FECHA DE AUTORIZACIÓN		HOJA	DE
				1	1
PROCEDIMIENTO: Entradas y salidas de mercancías y consumibles en almacén					
ÁREA:			DEPARTAMENTO: Administración (Recursos Materiales)		
ÁREA RESPONSABLE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		FORMATO O DOCTO.	
Almacén	1	Recibe consumibles del proveedor y factura correspondiente.		Requisición	
	2	Revisa que el pedido corresponda a la requisición solicitada.			
	¿NO CORRESPONDE REQUISICIÓN?				
	3	Devuelve al proveedor los consumibles por no cumplir con las características descritas en la requisición. Termina procedimiento.			
	¿CORRESPONDE REQUISICIÓN?		Factura y contra recibo		
	4	Recibe los artículos, sella y firma de recibido factura original Y copias del proveedor, resguardando una copia para su archivo y le expide contra - recibo.			
	5	Registra mercancía recibida en el archivo de inventario digital.			
	6	Ubica mercancía, en área asignada dentro del almacén, para su adecuado resguardo y conservación.			
7	Notifica al encargado de recursos materiales la recepción de consumibles y entrega las facturas correspondientes.				
8	Realiza la baja de los consumibles conforme solicitan material las diferentes áreas del instituto.				
		TERMINA PROCEDIMIENTO.			





RFC: MAR00325RRA
CARRETERA P. AGUAMILPA KILOMETRO 7
No. 10 VISTAS DE LA CANTERA C.P. 63173 TEPIIC, NAYARIT



CONTRA RECIBO

Nº 2795

Recibimos de: _____ 1 _____
Para su revisión y pago las Facturas y otros documentos que a continuación se indican

No.			2
Importe \$		3	

_____ 4 _____

"El presente contra-recibo se emite exclusivamente para efectos de control interno de Marakame y no constituye un título de crédito, por lo que no será transferible ni negociable y carece de valor en sí mismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 6° de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito y 44 del Reglamento de la ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. Tampoco prejuzga sobre la validez o procedencia de obligación de pago alguna, la cual en todo caso quedará sujeta a los términos y condiciones pactados o que deriven del acto que le dio origen o de la regulación específica aplicable al caso concreto."

NO NEGOCIABLE

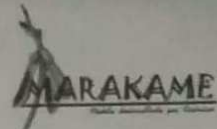
Fecha de Recepción: DIA: _____ DE _____ 5 _____ DE _____

Pago Programado: DIA: _____ DE _____ 6 _____ DE _____

Nombre: _____ 7 _____
le quien recibe



INSTITUTO MARAKAME
RFC: MAR00325RRA
CARRETERA P. AGUAMILPA KILOMETRO 7
No. 10 VISTAS DE LA CANTERA C.P. 63173 TEPIIC, NAYARIT



CONTRA RECIBO

Nº 2795

Recibimos de: _____
Para su revisión y pago las Facturas y otros documentos que a continuación se indican:

No.		
Importe \$		

"El presente contra-recibo se emite exclusivamente para efectos de control interno de Marakame y no constituye un título de crédito, por lo que no será transferible ni negociable y carece de valor en sí mismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 6° de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito y 44 del Reglamento de la ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. Tampoco prejuzga sobre la validez o procedencia de obligación de pago alguna, la cual en todo caso quedará sujeta a los términos y condiciones pactados o que deriven del acto que le dio origen o de la regulación específica aplicable al caso concreto."

NO NEGOCIABLE

Fecha de Recepción: DIA: _____ DE _____ DE _____

Pago Programado: DIA: _____ DE _____ DE _____

Nombre y firma de quien recibe

GUÍA DE LLENADO DE CONTRA RECIBO

- 1.- Nombre del Proveedor
- 2.- N° de Factura
- 3.- Importe
- 4.- Importe con letra
- 5.- Fecha de recepción
- 6.- Fecha de Programado para pago
- 7.- Firma de quien recibe

COPIA DE INTERNET

III. GLOSARIO DE TÉRMINOS

AUXILIAR DE BANCOS.- Documento donde se reflejan los movimientos bancarios ya sean mensuales o anuales, dentro del sistema denominado SAACG.net.

COMPENSACIÓN.- Gratificación extra a parte de su sueldo base que recibe un trabajador a cambio de su labor.

CONTRA-RECIBO.- Documento que se expide al proveedor al momento de recibir una factura a la cual se le da trámite para su pago.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN.- No se puede admitir personas distintas a las que requieren el servicio para el cual fue creado (trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas); pero no se negará el ingreso a personas con alguna comorbilidad que ingieran medicamentos y que tengan una condición médica y/o psiquiátrica controlada. (Norma oficial / NOM028-SSA-2009, APARTADO 9.2.2.3.8).

CRITERIO DE INCLUSIÓN DE TRATAMIENTO.- Cumplir con los criterios de dependencia a sustancias, trastorno de conducta, alimentaria o ludopatía

ENTREVISTA.- Es el proceso de comunicación para recabar los datos necesarios para la admisión del paciente al Instituto

ESTADO DE CUENTA BANCARIO.- Documento donde se registran los movimientos bancarios ejecutados.

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.- Es un proceso de entrevista presencial y de validación de referencias que tiene por objeto recabar y cotejar información socioeconómica familiar y laboral de cada candidato para determinar la situación económica que se pagará durante la estancia de tratamiento del paciente.

GRUPO DE AYUDA MUTUA.- Es la agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

INCIDENCIAS.- Es aquel acontecimiento no deseado o provocado durante el desempeño normal de las actividades laborales que se realizan normalmente y que podría desembocar en un daño físico, una lesión, enfermedad entre otros.

INGRESO DE PACIENTE.- Autorización al acceso a tomar tratamiento residencial.

INTERVENCIÓN.- Si el paciente está negado a tratarse, se lleva a cabo una entrevista por parte de un especialista profesional de la salud, (psicólogo) e interviene para convencer al paciente de internarse para su pronta atención.

MODELO MIXTO.- Es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.

PACIENTE.- Persona que asiste a recibir atención.

PACIENTE DUAL.- Persona con más de un padecimiento.

PÓLIZA.- Documento donde se registran los momentos contables de un ingreso o un egreso.

RECUPERACIÓN.- El estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

REFERENCIA.- Enviar a otro nivel de cuidado.

TRATAMIENTO.- Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

USUARIO.- es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

IV. AUTORIZACIÓN

En cumplimiento al Art. 24 de la Ley Orgánica del Poder se elaboró el presente Manual de Organización para su debida observancia y se aprobó el día 17 del mes de Febrero del 2017.

LIC. MARGARITA ELIZABETH RAMÍREZ CASTELLÓN, SUPLENTE DEL SECRETARIO DE SALUD Y PRESIDENTE DE LA JUNTA DE GOBIERNO.- *Rúbrica.*- **LIC. MARCIA IVETTE BERNAL MENDOZA**, SUPLENTE DEL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO.- *Rúbrica.*- **LIC. ANGÉLICA MARÍA GONZÁLEZ CHÁVEZ**, COMISARIO DE LA SECRETARIA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO.- *Rúbrica.*- **DRA. REYNA ROSALES ANDRADE**, SUPLENTE DEL SECRETARIO DE PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.- *Rúbrica.*- **C.P. DOMINGO MARISCAL SÁNCHEZ**, SUPLENTE DEL SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.- *Rúbrica.*- **LIC. JOSEFINA LIVIER ALCANTAR ROSALES**, DIRECTORA GENERAL DE MARAKAME Y SECRETARIA TÉCNICA DE LA JUNTA DE GOBIERNO.- *Rúbrica.*