



INSTRUCTIVO PARA LA OPERACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO DEL FOPESIBAN EN 2022

I. ANTECEDENTES

El Fideicomiso Fondo de Pensiones del Sistema Banrural (FOPESIBAN) se constituyó el 30 de junio de 2003 por las Sociedades Nacionales de Crédito que integraban el Sistema Banrural (en liquidación), en su carácter de Fideicomitentes, en apego a lo dispuesto en el artículo Décimo Quinto Transitorio de la Ley Orgánica de la Financiera Rural.

Para efectos de los actos de administración y disposición del patrimonio, los Fideicomitentes designaron a Nacional Financiera, S.N.C., I.B.D. (NAFIN) como Fiduciaria, para el debido cumplimiento de las obligaciones que este precepto establece a favor de jubilados y pensionados del Sistema Banrural, utilizando las reservas constituidas para dicho fin por las sociedades nacionales de crédito que se liquidaron.

El FOPESIBAN tiene como objeto, con base en la cláusula TERCERA de su contrato constitutivo, el pago de pensiones y jubilaciones, así como el otorgamiento de diversas prestaciones como son la atención médico- quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y beneficios a derechohabientes por fallecimiento, contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo del extinto Banrural, en la Ley Orgánica de la Financiera Rural y convenios jubilatorios.

Dichas prestaciones a favor de jubilados, pensionados y sus derechohabientes podrán cubrirse directamente o bien mediante la celebración de contratos con terceros, con representación médica y administrativa en el país a través de oficinas regionales coordinadas por las oficinas centrales.

En ese sentido, el pasado 23 de febrero de 2022, con fundamento en lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, se adjudicaron los contratos abiertos derivados del procedimiento de Licitación Pública Nacional Electrónica N.ºLA-006HIU002-E2-2022 para la "Contratación del Servicio Médico Integral y de Hospitalización para los Fideicomisarios y sus Derechohabientes del Fondo de Pensiones del Sistema Banrural a través de un prestador de servicio que proporcione los tres niveles de atención que incluye: Prevención, Detección y Diagnóstico de Diversas Enfermedades, así como el Tratamiento, Hospitalización, Servicio de Urgencias, Aparatos Ortopédicos, Atención Quirúrgica, Servicio Odontológico, Abastecimiento y Dispensación de Medicamentos, Material de Curación y Laboratorio y Gabinete, todo ello para conservar y proteger su salud".

II. FUNDAMENTO LEGAL

La operación del servicio descrito en el presente Instructivo tiene fundamento en:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- La Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento.
- La Ley de Instituciones de Crédito.
- La Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.
- La Ley Orgánica de Nacional Financiera. En específico, en:
- Los Artículos 41, 44 y 45 de las Condiciones Generales de Trabajo Banrural.



- El Artículo Décimo Quinto Transitorio de la Ley Orgánica de la Financiera Rural (Hoy, Ley Orgánica de la Financiera Nacional de Desarrollo Agropecuario, Rural, Forestal y Pesquero).
- Las Cláusulas Séptima y Décima Tercera del Contrato Constitutivo de Fideicomiso Irrevocable. Banrural.

Cabe destacar que, el alcance y las características del servicio médico que se otorga a Fideicomisarios y sus Derechohabientes se encuentran en estricto apego a lo dispuesto en las REGLAS DE OPERACIÓN DEL FOPESIBAN.

III. OBJETIVO DEL INSTRUCTIVO

Lo estipulado en el presente Instructivo tiene como objeto brindar instrucciones y recomendaciones para la ejecución de actividades, procesos, trámites y el cumplimiento de obligaciones enfocadas en la mejor administración del servicio médico del FOPESIBAN.

IV. VIGENCIA

La duración de los contratos correspondientes, del 25 de febrero al 31 de diciembre de 2022.

V. OBJETO DEL SERVICIO MÉDICO

Otorgar los tres niveles de atención, que incluyen: Prevención, detección y diagnóstico de diversas enfermedades, así como el tratamiento, hospitalización, servicio de urgencias, atención quirúrgica y oftalmológica; servicio odontológico, abastecimiento y dispensación de medicamentos, así como material de curación, y servicios de laboratorio y gabinete para conservar y proteger la salud de los Fideicomisarios y Derechohabientes del FOPESIBAN.

VI. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La prestación del servicio médico del FOPESIBAN se llevará a cabo en las instalaciones propuestas por el FOPESIBAN o por el prestador del servicio correspondiente, de acuerdo con los lugares descritos a continuación:

- Zona Noroeste, que incluye la región 901 en Cd. Obregón, Sonora y las localidades adscritas a ella.
- Zona Norte, que incluye las regiones: 902 en Chihuahua, 903 en Torreón, 904 en Cd. Victoria, 905 en Mazatlán y 914 en Tepic, así como en las localidades adscritas a ellas.
- Zona Centro, que incluye las regiones: 906 en Guadalajara, 907 en Querétaro, 909 en Puebla y 913 en la CDMX, así como en las localidades adscritas a ellas.
- Zona Sur, que incluye las regiones: 908 en Zamora, 910 en Veracruz, 911 en Mérida, 912 en Tuxtla y 915 en Villahermosa, así como en las localidades adscritas a ellas.

Lo anterior, en cumplimiento a el Contrato Constitutivo de Fideicomiso Irrevocable así como las Reglas de Operación del Fondo de Pensiones del Sistema Banrural. De igual forma, en estricto apego a lo establecido en el Anexo Técnico del procedimiento de contratación público y disponible N.º LA-006HIU002-E2-2021.

En el Anexo 1. Se presentan las empresas prestadoras de servicio y los números de atención.



VII. DISPOSICIONES

1. COORDINADOR MÉDICO

El prestador del servicio contratado por el Fideicomiso para ello, designará un Coordinador Médico Regional que se encargará de supervisar y realizar funciones médico-administrativas en cada una de las regiones para que se cumpla adecuadamente con el servicio, supervisando y verificando la atención a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes, así como brindar orientación sobre los servicios de salud a los que se tiene derecho. Además, será quien solicite la autorización y programación para cirugías y tratamientos especiales.

2. CONSULTORIO U OFICINA

El prestador del servicio dispondrá un cubículo u oficina al supervisor médico hospitalario y al coordinador administrativo designados con la finalidad de verificar que todos los servicios suministrados, incluyendo el estado de las instalaciones, se ajusten a lo requerido por el FOPESIBAN, además de agilizar la validación, gestión y el pago de los servicios proporcionados por parte de NAFIN.

3. CONSULTA MÉDICA DE PRIMER NIVEL

Por consulta médica se entiende a la atención médica brindada por el profesional de la salud, y no el pase y/o cita otorgada por la prestadora de servicios.

- Las consultas se otorgarán al Fideicomisario y/o Derechohabiente:
- Siempre y cuando presenten la credencial del Fideicomiso
- En caso de no contar con esta, será válida cualquiera de los siguientes documentos que son aceptados como documento oficial:
- Credencial para votar vigente, expedida por el Instituto Nacional Electoral (antes Instituto Federal Electoral).
- Pasaporte vigente.
- Cédula profesional vigente con fotografía. Quedan exceptuadas las cédulas profesionales electrónicas.
- Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores vigente.
- En el caso de menores de edad, la credencial emitida por Instituciones de Educación Pública o Privada con reconocimiento de validez oficial con fotografía y firma, o la Cédula de Identidad Personal emitida por el Registro Nacional de Población de la Secretaría de Gobernación, vigente.

La consulta médica se otorgará a todo Fideicomisario y/o Derechohabiente que se encuentre inscrito en el padrón otorgado por la Gerencia de Vigencia de Derechos.

Los Fideicomisarios y/o Derechohabientes contarán con una tolerancia de máximo 10 minutos posteriores a la hora de su cita médica para ser atendidos, transcurrido este tiempo el médico decidirá si otorgar la consulta o indicar al paciente reagendar.

1.2 Consultas de Medicina General (Primer Nivel) en las REGIONES:

El horario de consulta deberá ser en la Clínica del Fideicomiso ubicada en cada una de las regiones de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 horas y los sábados de 9:00 a 13:00 horas. El



prestador del servicio se obliga a proporcionar los recursos humanos mínimos (médicos, enfermeras y recepcionistas) para la operatividad de la clínica y la gestión de la agenda de consultas médicas de la clínica del FIDEICOMISO desde el inicio de la prestación del servicio y hasta la conclusión de este. El personal deberá de contar con el material necesario para otorgar la atención médica y administrativa correcta.

La coordinación médica nacional se reserva el derecho de solicitar, mediante oficio con causa fundada, en cualquier momento la sustitución de los profesionistas asignados por el proveedor, obligándose este a llevar a cabo la sustitución, en un plazo no mayor de 20 días hábiles, contados a partir del requerimiento.

En el caso de las inasistencias del personal médico las consultas no realizadas deberán ser otorgadas de ser posible dentro del mismo turno o excepcionalmente hasta en un plazo máximo de 24 horas.

Las inasistencias del personal médico deberán ser cubiertas en un plazo que no exceda las 24 horas

La solicitud para la consulta médica podrá solicitarse:

Acudiendo físicamente a las instalaciones de la clínica del Fideicomiso con una anticipación de por lo menos 24 horas.

- En caso de no poder acudir físicamente a solicitar su consulta médica, podrán solicitarse vía telefónica a los teléfonos de la clínica y/o al CAT que proporcione el prestador de servicio, igualmente con una anticipación de 24 horas.
- En caso de que el derechohabiente solicite consulta médica para ser atendido el mismo día, este se deberá ajustar a la disponibilidad de la agenda de los médicos de la red, caso contrario realizar lo mencionado en el punto 1 y 2 de este apartado.
- En caso de que el paciente refiera tener un caso de urgencia deberá llamar al CAT para su respectiva orientación y/o canalización.

El prestador deberá otorgar la consulta médica en un plazo que no exceda las 72 horas posteriores a la solicitud.

Cuando por alguna razón a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes, no les sea posible acudir a una consulta médica programada, ésta deberá cancelarse cuando menos con veinticuatro horas de antelación. La reincidencia en la omisión de este trámite deberá ser justificada por el Fideicomisario y/o Derechohabiente ante el FOPESIBAN para su registro y control respectivos.

a. Consultas de Medicina General (1er Nivel) LOCALIDADES:

La consulta deberá ser en la clínica y/o en el consultorio que designe el prestador de servicio ubicado en las mismas o en caso de no contar con el servicio en la localidad, se enviará a la localidad más cercana con una distancia no mayor a 50km y de acuerdo con sus respectivos horarios. Los Médicos deberán de contar con el material diagnóstico necesario para proveer la atención médica correcta.

Deberán solicitarse al CAT (número que proporcionará el prestador del servicio) vía telefónica al prestador del servicio con una anticipación de por lo menos 24 horas y el prestador deberá otorgar la consulta médica en un plazo que no exceda las 72 horas posteriores a la solicitud.



Cuando por alguna razón a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes, no les sea posible acudir a una consulta médica programada, ésta deberá cancelarse cuando menos con 24 horas de antelación. La reincidencia en la omisión de este trámite deberá ser justificada por el Fideicomisario y/o Derechohabiente ante el FOPESIBAN para su registro y control respectivos.

b. Consulta Médica (primer nivel) a domicilio:

El prestador de servicio deberá acudir a otorgar consulta médica a los domicilios de los Fideicomisarios y/o Derechohabientes que estén medicamente impedidos para acudir a consulta presencial a la clínica del Fideicomiso y/o consultorios designados por el prestador.

Los Coordinadores Médicos o Administrativos regionales avisaran al inicio del contrato mediante oficio al prestador de servicios, la condición del paciente que amerite y justifique la consulta médica, sin que esta sea limitativa.

Cuando el prestador tenga conocimiento de la condición del paciente, y sea solicitado por el Fideicomisario y/o Derechohabiente, contara con un plazo que no exceda las 72 horas para otorgar la atención.

4. CONSULTA MÉDICA DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

4.1 CONSULTAS DE 2DO NIVEL Y 3ER NIVEL REGIONES:

El horario de consulta deberá ser en la Clínica del Fideicomiso ubicada en cada una de las regiones de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 horas y los sábados de 9:00 a 13:00 horas (de acuerdo con la agenda conciliada y disponibilidad de cada especialista). El licitante deberá acreditar y proporcionar los recursos humanos mínimos para la operatividad de la clínica desde el inicio de la prestación del servicio y hasta la conclusión de este. Los Médicos deberán de contar con el material diagnóstico necesario para proveer la atención médica correcta.

Cada especialista deberá acudir la cantidad de turnos que sean necesarios para cumplir con la demanda de atención, basada en la propia información que envía el prestador de servicio de manera mensual.

En caso de que las instalaciones del establecimiento del Fideicomiso no cuenten con capacidad suficiente para otorgar la totalidad de las especialidades (mencionadas a continuación), el prestador se obliga a proporcionar dichas consultas en los consultorios externos de los médicos pertenecientes a la red.

Las siguientes especialidades se otorgarán de acuerdo con lo ya descrito:

- Cardiología
- Gastroenterología
- Geriátría
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna
- Nutrición
- Ortopedia y Traumatología
- Psiquiatría
- Psicología
- Oftalmología



Las demás consultas de especialidades no mencionadas anteriormente y que se requieran, se realizarán en los Hospitales y/o consultorios de los médicos de la red contratados por el prestador de servicio en el horario que establezca el mismo, cubriendo al menos tres días de la semana comprendidos entre el lunes y el sábado, como mínimo, un turno (matutino y/o vespertino).

La solicitud para la consulta médica podrá solicitarse:

Acudiendo físicamente a las instalaciones de la clínica del Fideicomiso con una anticipación de por lo menos 24 horas.

- En caso de no poder acudir físicamente a solicitar su consulta médica, podrán solicitarse vía telefónica a los teléfonos de la clínica y/o al CAT que proporcione el prestador de servicio, igualmente con una anticipación de 24 horas.
- En caso de que el derechohabiente solicite consulta médica para ser atendido el mismo día, este se deberá ajustar a la disponibilidad de la agenda de los médicos de la red, caso contrario realizar lo mencionado en el punto 1 y 2 de este apartado.
- En caso de que el paciente refiera tener un caso de urgencia deberá llamar al CAT para su respectiva orientación y/o canalización.

El prestador deberá otorgar la consulta médica en un plazo que no exceda las 72 horas posteriores a la solicitud.

Cuando por alguna razón a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes, no les sea posible acudir a una consulta médica programada, ésta deberá cancelarse cuando menos con veinticuatro horas de antelación. La reincidencia en la omisión de este trámite deberá ser justificada por el Fideicomisario y/o Derechohabiente ante el FOPESIBAN para su registro y control respectivos.

4.2 CONSULTAS DE 2DO NIVEL Y 3ER NIVEL EN LAS LOCALIDADES:

El horario de consulta deberá ser de acuerdo con lo establecido por la clínica y/o consultorios designados por el prestador de servicios ubicados en cada una de las localidades o en caso de no contar con el servicio en la localidad, se enviará a la localidad más cercana con una distancia no mayor a 100km.

Los consultorios en las localidades deberán ofrecer como mínimo las siguientes especialidades, siendo estas enunciativas más no limitativas:

- Cirugía General
- Medicina Interna
- Ortopedia y Traumatología

Las demás consultas de especialidades no mencionadas anteriormente y que se requieran, se realizarán en los Hospitales y/o consultorios contratados por el prestador de servicio en el horario que establezca el mismo, cubriendo al menos tres días de la semana comprendidos entre el lunes y el sábado, como mínimo, un turno (matutino y/o vespertino). Las consultas deberán solicitarse al CAT vía telefónica al prestador del servicio con una anticipación de por lo menos 24 horas.

El CAT deberá otorgar la cita, siempre y cuando el Fideicomisario y/o Derechohabiente proporcione el pase con el número de autorización; el tiempo de espera desde que se solicita la cita y la fecha de consulta médica será de máximo 15 días.



4.3 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Los Fideicomisarios y/o Derechohabientes deberán acudir a consulta de primer nivel y si a criterio del médico tratante de la red es necesaria la referencia con médico especialista, prescribirá los pases de estudios de laboratorio y/o gabinete e incluirá el pase a segundo o tercer nivel de atención.

El Fideicomisario y/o Derechohabiente acudirá a los servicios médicos de la red ofertados por el prestador de servicios.

El prestador deberá otorgar un formato especial de pases de acuerdo con la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO; además incluir un número de autorización.

Mismo número de autorización servirá para que el CAT tenga constancia del servicio que solicitó el Fideicomisario y/o Derechohabiente y a su vez tener registró.

Dicha consulta será otorgada siempre y cuando presenten la siguiente documentación:

- Credencial que los identifica como Fideicomisarios y/o Derechohabientes con derecho al Servicio Médico Integral validado de acuerdo con el padrón actualizado y/o identificación oficial.
- Pase con el formato autorizado del Prestador del Servicio Médico.

Los pases tendrán una vigencia de 30 días a partir de su expedición y podrán ser utilizados solo una vez.

5. MEDICINA PREVENTIVA

El prestador del Servicio deberá implementar campañas de medicina preventiva para detección oportuna y diagnóstico de diversas enfermedades como crónico-degenerativas no transmisibles, dislipidemias y alteraciones nutricionales; salud bucal, salud mental, control de enfermedades prevenibles por vacunación las cuales son enunciativas y no limitativas.

3.1 En la REGIONES: Estas campañas se programarán mensualmente de acuerdo con un calendario anual el cual deberá ser autorizado a cargo del Coordinador Médico Nacional, los horarios y días establecidos para la realización de las campañas se avisarán a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes por parte del Coordinador Médico del Prestador de Servicio, con 7 días hábiles de anticipación y se realizarán en la Clínica del Fideicomiso.

Si la campaña no puede darse en la Clínica, el prestador deberá informar los motivos y propondrá un lugar, notificando mediante oficio al Fideicomiso.

3.2 En las LOCALIDADES: El prestador de servicio realizará campañas mensualmente en cada una de sus localidades (previo aviso al Fideicomisario y/o Derechohabiente en el calendario programado), donde se encargara de brindar las Campañas de Medicina Preventiva (estas consistirán en ofrecer algunas de las siguientes opciones: orientación de enfermedades prevenibles mediante platicas impartidas por personal médico, otorgamiento de trípticos con información necesaria para la prevención de enfermedades, folletos, carteles, correos electrónicos).



6. ATENCIÓN DE URGENCIAS

El horario de urgencias será las 24 (veinticuatro) horas los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, durante la vigencia del contrato.

En caso de urgencia médica, el Fideicomisario y/o Derechohabiente deberá comunicarse vía telefónica al CAT y/o acudir a la clínica ofertada en la Localidad, donde recibirá la atención médica correspondiente sin la necesidad de pedir autorización y pase médico, con solo presentar la credencial del FIDEICOMISO (en caso de no contar con ella, con identificación oficial) que los acredita como Fideicomisarios y/o Derechohabientes del servicio médico y/o la corroboración de la vigencia.

En caso de no contar en la Localidad con clínica de urgencias, el familiar del Fideicomisario y/o Derechohabiente se comunicará con el coordinador médico del Prestador del Servicio y este se encargará de realizar el traslado (sin costo alguno) a los Hospitales ofertados en la regional y/o localidades para su atención y seguimiento.

En los excepcionales casos en los que no se localice al médico especialista de la red del prestador de servicio del cual se haya solicitado una interconsulta por el médico tratante de la red, este deberá asignar en tiempo y forma otro médico de la misma especialidad que atienda la interconsulta solicitada y prescrita.

7. ATENCIÓN HOSPITALARIA

El servicio de hospitalización se prestará en los casos en que, por la naturaleza del tratamiento, sea necesario el internamiento (de corta o larga estancia) de Fideicomisarios y/o Derechohabientes. Dicha hospitalización procederá a juicio del médico tratante de la red del prestador del servicio e incluye tratamiento por enfermedad temporal, evolutiva, degenerativa, traumática u otras, hasta su restablecimiento parcial, total o término de vigencia.

7.1. CIRUGÍAS

El médico tratante deberá solicitar la autorización de cirugías o procedimientos programados al Coordinador Médico del prestador de servicio, quien lo hará del conocimiento del FOPESIBAN para su autorización.

La realización de las cirugías programadas (corta y/o larga estancia) no deberá exceder el plazo de 30 días hábiles a partir de la expedición del formato de programación de cirugía y autorización del FOPESIBAN. Si el paciente deja vencer dicho formato autorizado, requerirá una nueva solicitud de autorización por parte del médico especialista y reiniciará el periodo de espera.

La hospitalización incluye el otorgamiento de los servicios, de manera enunciativa y no limitativa, de: atención médica otorgada por personal de salud, oxígeno terapia, inhala terapia, ventilación mecánica, ventilación invasiva, fisioterapia pulmonar, rehabilitación respiratoria, traslado de pacientes con ventilador, pruebas de función respiratoria (espirometría) con o sin broncodilatador y aplicación de aerosol a pacientes externos.

7.2. BANCO DE SANGRE



El prestador del servicio cuenta con capacidad en su banco de sangre para cubrir las necesidades de transfusiones de sangre y sus derivados.

Se exceptúa el pago por apoyos de banco de sangre, éstos correrán por parte del paciente. El reembolso será generado hasta su devolución en especie. No habrá cargo alguno en caso de llevar donadores durante su internamiento.

7.6. MEDICAMENTOS

En atenciones hospitalarias, el prestador del servicio proporcionará a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes los medicamentos genéricos, de uso general, especializado, controlado e intercambiable prescritos por los médicos de la red. Además de considerar el suministro de medicamentos de padecimientos crónicos y terminales, y medicamentos para abatir el dolor. Ver numeral 11 del presente Instructivo.

7.7. ESTANCIA HOSPITALARIA

En caso de requerir estancia hospitalaria, ésta será en un cuarto privado estándar, individual con baño, con sofá o cama extra para acompañante, con los siguientes apoyos y equipos complementarios de tratamiento hospitalario que requiera el paciente, de forma enunciativa y no limitativa: esponja, jabón, pañales, etc., así como los alimentos del paciente (incluye agua embotellada).

No se cubrirán gastos efectuados por el Fideicomisario y/o Derechohabiente que no tengan relación con el tratamiento de la enfermedad y/o accidente, así como servicios, renta o compra de aparatos para la comodidad y recreación personal. De manera enunciativa: llamadas telefónicas de larga distancia, flores, estacionamiento, caja fuerte, toallas faciales, artículos para bebé (aceite, shampoo, jabón neutro, esponja, talco, tira leche y pañales), pañales para adultos no prescritos por el médico tratante, protectores para cama, cobertor térmico, pantuflas, amenidades de ningún tipo ni gastos realizados por acompañantes del paciente durante la hospitalización.

7.8. SERVICIO DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería será otorgado por el mismo hospital de la red del prestador del servicio, cumpliendo con las reglas de operación y funciones contempladas en el contrato correspondiente.

9. SERVICIO DE AMBULANCIA

El servicio de ambulancia se otorgará en los siguientes supuestos y de acuerdo con las condiciones que se precisan:

El Fideicomisario y/o Derechohabiente deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica (CAT), en el cual solicitará el servicio de ambulancia.

- En caso de urgencias el prestador de servicio se compromete a proporcionar en el momento que se requiera, los servicios de ambulancia.
 - El Traslado se realizará cuando la Urgencia del Fideicomisario y/o Derechohabiente lo amerite.
 - El Traslado podrá ser de la siguiente manera:
-



En caso de Urgencia, del domicilio del paciente hacia el Hospital, y del Hospital hacia el domicilio Justificado por el Médico Tratante de la Red.

En caso de que el Fideicomisario y/o Derechohabiente no se encuentre en su domicilio, solicitara el servicio al CAT y este se otorgara siempre y cuando se encuentre dentro los 100km cercanos a la regional.

De manera programada: aplica para los pacientes postrados en estado vegetativo o terminal a los cuales por su condición necesitan de atención especializada por el servicio de ambulancia o en aquellos con previa dictaminación médica que lo amerite. El paciente o el familiar responsable deberán acudir o enviar vía correo electrónico al Servicio Médico de FOPESIBAN el informe médico reciente en el cual se dictamine su condición, para el ingreso de esta categoría. Una vez haciendo de conocimiento su condición, se podrá solicitar al CAT el traslado en ambulancia.

El prestador del servicio, en los casos en que existan circunstancias apremiantes que pongan en riesgo la integridad física del paciente o por indicación médica, se compromete a proporcionar en el momento que se requiera, los servicios de ambulancia en las localidades de la región, en todos los casos el servicio deberá ser aprobado por el prestador del servicio.

10. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

La atención se proporcionará por personal de salud del área odontológica. Los odontólogos deberán contar con el material, estudios de laboratorio y gabinete, y medicamentos para la atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento correspondiente.

Las consultas de Odontología en las regiones deberán solicitarse vía telefónica al número que proporcione la Clínica del FOPESIBAN o acudiendo físicamente con una anticipación de por lo menos 24 horas y el prestador del servicio deberá otorgarlas en un plazo que no exceda de 72 horas posteriores a la solicitud.

Dicha consulta será otorgada presentando la credencial de identificación de Fideicomisarios y/o Derechohabientes, o identificación oficial, validando la vigencia contra el último padrón general de derechohabientes.

El horario de consulta deberá ser en el consultorio dental de la clínica y/o consultorio del odontólogo de la red. En caso de no contar con el servicio en la localidad, se enviará a la localidad más cercana con una distancia no mayor a 100 km.

En caso de requerir atención odontológica especializada, se necesitará el pase del odontólogo tratante y el Fideicomisario y/o Derechohabiente acudirá al consultorio del especialista en los horarios establecidos por este mismo, donde se le otorgará la atención sin omisión de material para atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. En caso no contar con el especialista en las localidades, se dará la opción de acudir con el especialista más cercano dentro de la red.

La atención dental consiste en lo siguiente: Tratamiento médico-quirúrgico de padecimientos intrínsecos de las encías, labios, paladar, maxilar y dientes, como obturaciones de cemento, porcelana, resinas o amalgamas de plata, así como extracciones y radiografías, quedando excluidos cualquier tipo de trabajos de prótesis y atenciones dentales distintas de las señaladas.



11. ABASTECIMIENTO Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

La receta médica es una orden escrita expresada por el médico (prescripción) para que se surta o dispense uno o varios medicamentos y otros insumos para la salud, destinados al tratamiento del paciente. La receta médica constituye la decisión del profesional de la salud autorizado fundada en un diagnóstico y que procede de la eficiencia terapéutica. En la receta se constituye la relación formal con el paciente y se indica el tratamiento para mitigar o curar los síntomas y signos con el propósito de restituir la salud.

En todos los casos, la receta médica debe utilizar las denominaciones genéricas de los medicamentos, incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud (y sólo en su caso, la denominación distintiva) en apego a lo dispuesto por el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 225 y 226 de la Ley General de Salud, Reglamento de Insumos para la Salud, las Normas Oficiales Mexicanas NOM-072-SSA1-2012, NOM-220-SSA1-2012 y NOM-240-SSA1-2012, el Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que está sujeta la venta y dispensación de Antibióticos (D. O. F. 27 de mayo de 2010) y la Guía para comercialización de medicamentos controlados en farmacias.

Cabe destacar que, el medicamento genérico es la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante las pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacopéicas, perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento de referencia.

Los medicamentos serán intercambiados únicamente por las recetas correspondientes membretadas del prestador del servicio. Las recetas otorgadas por parte de Urgencias de los hospitales se deberán intercambiar en la farmacia ubicada en las instalaciones de la Clínica del FOPESIBAN y/o en las farmacias designadas por el prestador del servicio.

El médico tratante expedirá una receta en la que anotará, además de los datos básicos del paciente, hasta un máximo de 3 productos, especificando su presentación y el número de envases requeridos para el tratamiento del diagnóstico.

Las recetas tendrán una vigencia de 10 días naturales contados a partir de la fecha de expedición, el prestador del servicio deberá entregar la cantidad de envases (cajas o frascos) equivalentes para cubrir el tratamiento hasta por 30 días, independientemente de la duración del tratamiento indicado por el médico, a fin de evaluar su continuidad.

Los medicamentos deberán ser entregados de forma inmediata. En caso el caso excepcional en que no se cuente con algún medicamento en el momento, se darán otras opciones de lugares en los cuales pueda surtir o se acordará su entrega posterior en un plazo no mayor a 24 horas.

El prestador del servicio realizará las acciones necesarias para que todo paciente hospitalizado sea egresado con el tratamiento farmacológico ambulatorio al menos para las 72 horas posteriores a su salida.

11.1 GRUPOS DE MEDICAMENTOS

Deberá incluir dentro de la iguala, los siguientes grupos de medicamentos:



- Medicamentos genéricos, de patente, especializados y de control, que prescriban los médicos tratantes de la red.
- Especiales (incluyendo oncológicos y antivirales que se encuentren autorizados por la COFEPRIS).
- Dermatológicos (Formulas de preparación dermatológica). No se incluyen productos dermocosméticos.
- Fórmula láctea: Se otorgará durante un periodo de 6 meses contados a partir de la fecha de nacimiento del hijo (a), una dotación mensual de máximo 8 (ocho) latas de 500g previa prescripción por médico pediatra tratante dentro de la red.
- Suplementos alimenticios previa autorización y prescripción del Médico Tratante (especialista). La prescripción de dieta polimérica es de uso exclusivo de médicos especialistas donde se señalarán el número de latas necesarias según sea el requerimiento, los casos se revisarán de manera cuidadosa para su autorización por parte de la coordinación médica del FOPESIBAN.
- Queda estrictamente prohibido realizar transcripciones de recetas de médicos de la red realizando cambios en sustancia y/o principio activo, salvo en los casos en los que algún medicamento que por razón medica fundamentada o escasos se requiera su revaloración médica.

11.2 RESTRICCIONES

Los Fideicomisarios y/o Derechohabientes no podrán solicitar la transcripción de recetas médicas ni de órdenes para estudios de laboratorio y/o gabinete provenientes de médicos no contratados por el prestador del servicio, tampoco podrán exigirle al médico tratante de la red el suministro de medicamentos de su preferencia personal o la orden de servicios no necesarios para su tratamiento.

11.3 FARMACIAS

Se proporcionará un espacio en las instalaciones de la Clínica del FOPESIBAN para la atención en las regiones, donde el prestador del servicio acondicionará una farmacia para el surtimiento de medicamentos prescritos por los médicos generales o especialistas de la red, debiendo cubrir un horario de lunes a viernes de 08:00 a 19:00 horas y sábados de 09:00 a 13:00 horas.

En caso de no contar con el servicio de farmacia en las instalaciones, el prestador del servicio realizará el surtimiento en su red externa o bajo el esquema de entrega a domicilio en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la prescripción médica.

12. VACUNAS

El prestador del servicio proveerá las vacunas que prescriba el médico especialista tratante de la red, acompañadas de la justificación que acredite la necesidad. El documento de justificación lo enviará el Coordinador Médico del prestador del servicio al FOPESIBAN para su visto bueno.

El Coordinador Médico del prestador del servicio se encargará de realizar y gestionar las campañas de vacunación como medicina preventiva con la Secretaría de Salud.

13. INSUMOS MÉDICOS Y MATERIAL DE CURACIÓN



Los insumos médicos para el otorgamiento de la consulta médica en la Clínica del FOPESIBAN se solicitarán mensualmente al prestador del servicio por medio de Oficio, los insumos deberán ser otorgados en un lapso no mayor a 72 horas posteriores a la solicitud. El abasto oportuno y permanente del material de curación para el consumo en los consultorios de la Clínica del FOPESIBAN es responsabilidad del prestador del servicio.

En caso de que el Fideicomisario y/o Derechohabiente requiera material extra para realizar algún procedimiento médico, el personal responsable será el médico tratante adscrito a la Clínica del FOPESIBAN o de la red del prestador del servicio, quien deberá solicitar el material por medio de receta médica, el cual se surtirá en un lapso no mayor a 72 horas posteriores a la solicitud.

En las localidades, los médicos de la red solicitarán el material vía receta, la cual deberá ser autorizada por el Coordinador Médico del prestador del servicio vía correo electrónico (toda solicitud de material de curación deberá ser plenamente justificada en la propia receta), el surtimiento de dicho material se realizará en las farmacias de las localidades designadas por el prestador del servicio en un lapso no mayor a 72 horas posteriores a la solicitud.

14. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO Y GABINETE

Únicamente se practicarán análisis o estudios que sean requeridos con base en la historia clínica y en el diagnóstico presuntivo o establecido por el médico tratante de la red. El médico de la red tendrá conocimiento de los estudios que requieran autorización, los cuales deben de correlacionarse al diagnóstico y a las facultades que le otorga la especialidad que ejerce.

El médico de la red será el único facultado para emitir la solicitud a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes que requieran el estudio de laboratorio y/o gabinete, por lo que no se realizará la transcripción de solicitudes de médicos que se encuentran fuera de la red.

El prestador del servicio está obligado a cubrir todos los estudios de análisis clínicos y/o gabinete derivados de las consultas de medicina general y de especialidad.

15. SERVICIO DE PRÓTESIS Y APARATOS ORTOPÉDICOS

La autorización de este servicio se sujetará a los siguientes lineamientos:

- A) A los Fideicomisarios se les autorizaran las prótesis internas que requieran para el restablecimiento de su salud, siempre que estas sean recomendadas por el médico tratante y valoradas a su necesidad por el Fideicomiso
- B) A los derechohabientes se les otorgaran aparatos de prótesis solo cuando se indispensable para preservar la vida del paciente.

19. CREDENCIALIZACIÓN

El prestador del servicio podrá implementar un proceso de credencialización para controlar el acceso de Fideicomisarios y/o Derechohabientes a los servicios, sin costo adicional, incluyendo fotografía, datos personales como número de referencia, nombre, sexo, edad, parentesco (en caso de Derechohabientes), estatus en nómina (jubilado o pensionado) y fecha de terminación de vigencia, además de contar con el logotipo del FOPESIBAN y con elementos de seguridad suficientes que impidan su falsificación.



20. EXCLUSIONES

A continuación se enlistan los servicios cuyos gastos no serán cubiertos por el prestador del servicio:

- I. Internamientos, tratamientos y rehabilitación de pacientes con adicciones (cigarro, alcohol y drogas).
- II. Gastos generados por los estudios diagnósticos de infertilidad (primaria y secundaria), esterilidad o disfunción sexual, así como tratamientos quirúrgicos de estos, tanto para sexo masculino como para el femenino.
- III. Las hijas y en su caso las madres de los fideicomisarios que siendo derechohabientes del servicio médico llegarán a encontrarse embarazadas, no tendrán derecho a la atención gineco-obstétrica ni a los servicios de pediatría para el recién nacido.
- IV. Procedimientos de ortodoncia.
- V. Auxiliares auditivos, a menos que sean bajo prescripción del médico especialista de la red del prestador de servicio.
- VI. Dermocosméticos no considerados medicamentos de acuerdo con la normatividad vigente por la SSA o COFEPRIS, soluciones, cremas, jabones dermolimpiadores, cosméticos antialérgicos, cremas reductivas.
- VII. Medicamentos que no tengan registro de COFEPRIS.
- VIII. Interrupciones voluntarias del embarazo, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean las causas.
- IX. Cualquier tratamiento, intervención o medicamento de carácter estético o plástico, salvo que se trate de reconstrucción requerida por las secuelas de un accidente o enfermedad.
- X. Tratamientos de calvicie y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
- XI. Gastos y estudios erogados por el donador de órganos, así como sus complicaciones y secuelas.
- XII. Lesiones producidas en riñas en las cuales el derechohabiente sea el provocador, lesiones sufridas como consecuencia de la participación del derechohabiente en actos delictivos como sujeto activo del delito.
- XIII. Gastos y honorarios médicos por tratamientos en los que el médico sea el mismo derechohabiente, familiar directo del derechohabiente por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
- XIV. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis. Se otorgará el reemplazo siempre y cuando de acuerdo con el dictamen del médico especialista tratante de la red determine que, la prótesis ha agotado los años y/o tiempo de vida útil de la prótesis, previa autorización del coordinador médico del prestador.
- XV. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir trastornos de refracción ocular y sus complicaciones, cuando el defecto cuente con menos de 5 dioptrías en cada ojo.
- XVI. Aplicación de sustancias de uso preventivo en eventos quirúrgicos (incluyendo plasma rico en plaquetas, células madre, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos, proteínas morfogenéticas, entre otros).
- XVII. Tratamientos a base de hipnotismos y quelaciones.
- XVIII. No se cubren medicamentos homeopáticos.
- XIX. Tratamiento realizado por acupunturistas, naturistas y herbolarios.
- XX. Cualquier gasto de transporte, hospedaje, alimentación o cualquier otro distinto de la atención médica de un paciente, ya sea erogado por el mismo o por sus acompañantes.
- XXI. Conservación de cordón umbilical.



- XXII. Procedimientos y tratamientos médico-quirúrgicos que no se encuentren disponibles y/o implementados en las instituciones públicas o privadas, de reconocido prestigio en el país o que no hayan sido aprobadas por la Secretaría de salud y los consejos médicos correspondientes, o bien, que para su realización requieran insumos y componentes específicos no disponibles en el territorio nacional.
- XXIII. Gastos derivados de perforación de lóbulos.
- XXIV. Productos de tocador e Higiene personal.
- XXV. Artículos y complementos para el aseo dental.
- XXVI. Reembolsos: No están autorizados los reembolsos a derechohabientes por uso de servicios distintos a los que está obligado a otorgar el prestador del servicio en la regional.
- XXVII. En caso de que durante la vigencia del contrato se requiera la atención de algún derechohabiente que no esté inscrito desde el inicio de la prestación del servicio en las Regiones incluidas en el CUADRO 1, dicha atención deberá ser otorgada por el prestador del servicio de origen responsable de la atención del derechohabiente, el cual solicitará autorización a la Coordinación Médica Nacional del FIDEICOMISO, para otorgar la atención y cobrará las atenciones de acuerdo con el tabulador que en su caso haya ofertado en su región de origen.
- XXVIII. Únicamente se otorgará el certificado de defunción en los casos que ésta, se dé en las unidades de atención médica de la red de acuerdo con lo establecido en cada una de ellas; En los casos de que la defunción se dé fuera de las condiciones antes mencionadas, será cubierto de acuerdo con lo establecido en las reglas de operación del "FONDO DE PENSIONES DEL SISTEMA BANRURAL" cláusula decimacuarta.
- XXIX. El pago por apoyos de banco de sangre, correrán por parte del paciente y hasta su devolución en especie, se generará el reembolso, o si durante su internamiento lleva sus donadores, no habrá cargo alguno.

Los gastos derivados de los servicios antes descritos serán responsabilidad del Fideicomisario y/o Derechohabiente que los requiera y/o solicite.

21. CONSIDERACIONES GENERALES

No están autorizados los reembolsos a Fideicomisarios y/o Derechohabientes por uso de servicios distintos a los que está obligado a otorgar el prestador del servicio en la regional y localidades.

El servicio médico proporcionado a los Fideicomisarios y/o Derechohabientes se prestará en el lugar donde establezcan su domicilio o, en su defecto, en el más cercano en el que se encuentre disponible.

Los casos de movilidad o reubicación de domicilio de Fideicomisarios deberán ser solicitados por escrito a la Coordinación de Regionales del FOPESIBAN, a través de la Regional correspondiente, considerando que el cambio con el prestador del servicio que corresponda entrará en vigor hasta el siguiente mes de realizada la solicitud.

En caso de que durante la vigencia del contrato se requiera la atención de algún Derechohabiente que no esté inscrito desde el inicio de la prestación del servicio en la regional, dicha atención deberá ser otorgada por el prestador del servicio de origen, quien solicitará autorización al FOPESIBAN para otorgar el servicio y cobrará las atenciones de acuerdo con el tabulador que, en su caso, haya ofertado en su región de origen.



En caso de que el Fideicomisario y/o Derechohabiente o algún familiar decidan el Alta Voluntaria, se realizará siguiendo el protocolo del Hospital; así mismo el Coordinador Médico del Prestador del Servicio avisará a la Gerencia Médica vía correo electrónico y posteriormente en un lapso no mayor a 3 días hábiles mediante oficio. En este caso, al firmar el Fideicomisario y/o Derechohabiente o el familiar, la alta voluntaria aún en contra de las indicaciones médicas se deslindará de responsabilidades al establecimiento y al médico tratante, así como al FOPESIBAN y al prestador del servicio de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Por otra parte, únicamente se otorgará el certificado de defunción en los casos en que ésta se dé en las unidades de atención médica de la red, de acuerdo con lo establecido en cada una de ellas. En los casos en que la defunción se dé fuera de las condiciones antes mencionadas, será cubierto de acuerdo con lo establecido en la cláusula decimocuarta de las Reglas de Operación del Fondo de Pensiones del Sistema Banrural.

Los casos extraordinarios, relacionados con lo antes descrito, serán resueltos por las Coordinaciones de Oficinas Centrales en el ámbito de sus responsabilidades.

VIII. REEMBOLSOS

Se realizarán de acuerdo a la regla de acuerdo a la regla DECIMA.- De los servicios de atención médica en su párrafo IV.

IV.- Cuando una urgencia de atención médica, impida a los "Fideicomisarios o a sus "Derechohabientes" trasladarse a los centros hospitalarios contratados o tramitar el acceso a servicios complementarios, podrán contratar privadamente los servicios médicos que requieran y cubrir el importe de los mismos.

Para solicitar a la "Fiduciaria" el reembolso de estos gastos, deberán realizar los siguientes trámites.

A. Notificar el caso a la "Fiduciaria" dentro de las veinticuatro horas siguientes o bien, al siguiente día hábil.

B. Presentar por escrito a la "Fiduciaria" la relatoría del caso, así como los comprobantes de pago, los antecedentes médicos, el diagnóstico y sus apoyos documentales y si se hubiere realizado alguna cirugía, el examen histológico de la pieza quirúrgica correspondiente.

C. Con estos elementos, la "Fiduciaria" emitirá su dictamen y si a su juicio procediera el reembolso, se reintegrara hasta un importe igual al que él hubiera erogado, de acuerdo con sus tabuladores médicos para eventos similares.

D. Los reembolsos señalados con anterioridad solicitados por los "Fideicomisarios" o sus "Derechohabientes" que rebasen los tabuladores médico-quirúrgicos actualizados y autorizados en esa fecha por la "Fiduciaria" deberán ser analizado y resueltos por la propia "Fiduciaria".

E. Cuando por razones personales que no correspondan a una urgencia médica, los "Fideicomisarios" y "Derechohabientes" decidan contratar en forma privada algún servicio de atención médica, al margen de la plantilla oficial de prestadores, la "Fiduciaria" no estará obligada a rembolsar el importe de esos costos, ni tendrá responsabilidad media o de otra índole sobre sus resultados.



F. "La Fiduciaria" no cubrirá reembolsos solicitados por los "Fideicomisarios" o sus "Derechohabientes" por ningún tipo de servicio médico otorgado fuera de la República mexicana.

Y DECIMA TERCERA de las reglas de operación del Fideicomiso. - Del otorgamiento de los servicios de atención médica en localidades distintas a las de residencia original:

IV.- Cuando para la atención de los "Fideicomisarios" o de sus "Derechohabientes", no se cuente en plaza con la infraestructura médica adecuada o se carezca de los elementos terapéuticos suficientes, podrá realizarse su canalización a otra plaza en donde la "Fiduciaria" tenga a su vez contratados servicios médicos, para proporcionarle los servicios que requieran, siempre y cuando:

- A.- La canalización la efectúe el médico tratante y se cuente con la autorización de la "Fiduciaria".
- B.- Se presente el resumen clínico completo y si los hubiera, los resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete y la impresión diagnóstica motivo de la canalización.
- C.- La atención médica al interesado canalizado, se proporcionará exclusivamente para el padecimiento que dio origen a la derivación.
- D.- Solo con base en el criterio del médico tratante, la "Fiduciaria" podrá autorizar un acompañante para el paciente que es canalizado a otra plaza para recibir la atención médica requerida.
- E.-. Los gastos que se generen por el traslado y estancia del paciente y en su caso, el de su acompañante, correrán por cuenta de la "Fiduciaria".

Al respecto debe considerarse que, si el paciente es canalizado para una intervención quirúrgica o tratamiento hospitalario, procederá únicamente la autorización de gastos de traslado para el propio paciente de traslado y estancia para su acompañante. Si el tratamiento fuera ambulatorio para ambos procederán gastos de traslado y estancia.

En estos casos, la "Fiduciaria" otorgará los servicios médicos que el paciente requiera y a su juicio determinará el tiempo que dure su tratamiento o su continuación en la plaza de origen, ratificándose que los gastos correrán por cuenta de la "Fiduciaria", conforme a las tarifas que autorice la propia "Fiduciaria".

IX. MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y MEJORA

El FOPESIBAN se reserva el derecho de solicitar, mediante Oficio, en cualquier momento y siempre que exista una causa fundada, la sustitución de los profesionistas asignados por el prestador del servicio, quien estará obligado a llevar a cabo la sustitución o cobertura por ausencia en un plazo no mayor a 20 días hábiles a partir del requerimiento, en tanto se haga dicha sustitución, el prestador del servicio deberá enviar a los pacientes con otros médicos de su red. En el anexo 2. Se encuentra el formato para la presentación de queja.



ANEXO 1.

**EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIO
Y NUMEROS DE ATENCION TELEFONICA**

ZONA 1. NOROESTE "ASESORIA MÉDICA RADIOLÓGICA Y FARMACEÚTICA S.A. DE C.V."

6444131137

**ZONA 2. NORTE "HEALTH & PHARMA CONTROL S.A. DE C.V. EN PROPOSICIÓN
CONJUNTA CON SOLUGLOB IKON S.A. DE C.V."**

55 4423 8869

**ZONA 3. CENTRO "SOLUGLOB IKON S.A. DE C.V. EN PROPOSICIÓN CONJUNTA HEALTH
& PHARMA CONTROL S.A."**

55 47 48 15 60

**ZONA 4 SUR "ATLANTIS OPERADORA SERVICIOS DE SALUD, S.A. DE C.V., CHALLENGE
CONSULTING, S.C. Y 3TI, S.A. DE C.V."**

ZAMORA: 5592256226
VERACRUZ: 5592256378
MÉRIDA: 5592251973
TUXTLA: 5592252054
VILLAHERMOSA: 5592256894



ANEXO 2.

SERVICIO MÉDICO DEL FIDEICOMISO "FONDO DE PENSIONES DEL SISTEMA BANRURAL"

FORMATO DE QUEJA

FECHA: ___/_____/___

NOMBRE COMPLETO DEL FIDEICOMISARIO Y/O
DERECHOHABIENTE: _____

NO. DE DERECHOHABIANCIA: _____

REGION: _____

TELEFONOS DE CONTACTO:

FIJO: _____

MOVIL: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

MOTIVO DE LA QUEJA:

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

Nombre del personal en turno de la empresa que otorgo el servicio:

Números de teléfono a los que se solicitó el servicio: _____

Folio de atención del CAT: _____ Fecha: ___/_____/___ hora: ___:___

Para dar seguimiento oportuno a esta solicitud, favor de llenar todos los campos.