



FICHA TÉCNICA

Denominación del Sistema

- **SISTEMA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES DE PAGO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MUNICIPAL**

Marco Normativo

- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
- CODIGO FISCAL DE LA FEDERACION ART. 29 (Cuando las leyes fiscales establezcan la obligación de expedir comprobantes fiscales, por los actos o actividades que realicen, por los ingresos que perciban. ART. 29 A (Los comprobantes fiscales deberán contener los siguientes datos: la clave de registro federal de contribuyentes/Lugar y fecha de expedición/o cumplir con los requisitos que señale el servicio de administración tributaria.
- LEY DE INGRESOS DEL MUNICIPIO DE ATlixco.- CAP. XVI ART. 32 (de los derechos por los servicios prestados por el hospital municipal) VIGENTE

a) Finalidad del sistema

- Cobrar por los servicios prestados en el hospital municipal.

Usos previstos

- Cuantificar el cobro por el servicio prestado
- Identificar al paciente que recibió la atención en el hospital.
- Elaborar un informe de los pagos diarios que reciben los pacientes.
- Identificar a la persona que quedo como deudor de la cuenta no pagada en su totalidad

b) Personas o grupos de personas sobre los que se pretende obtener los datos de carácter personal o que resulten obligados a suministrarlos

- De las que pagan por la atención.
- De los deudores de pago quienes firman un pagaré
- De las que requieren un recibo fiscal por la atención que recibió en el hospital.

c) Procedimiento de recolección de datos de carácter personal y directo

	Físico	Automatizado
.- De la persona que paga. .- Por transmisión de datos del expediente clínico. .- De la persona que queda como deudor. .-De la persona que queda como aval.		

d) Estructura básica del Sistema de Datos personales

Categoría y tipos de datos incluidos en el sistema

Modo de tratamiento

Físico

Automatizado

Mixto

Datos de identificación:

- Nombre completo.
- Registró federal de contribuyentes en caso de requerir recibo fiscal.
- Domicilio en caso de deudor y aval.
- Comprobantes de domicilio en caso de deudor y aval.

X

X

X

X



Datos electrónicos: Datos sensibles de características personales o biométricas:	<ul style="list-style-type: none"> Copia de su documento de identificación en caso de deudor y aval. 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> Correo electrónico en caso de requerir recibo fiscal 	X		
	<ul style="list-style-type: none"> Huella digital (si no sabe firmar el deudor y aval) 	X		
e) La transmisión de que puede ser objeto los datos	Transmisión interna		Transferencia	
			Se envía informe con copia de recibos de pago a la dirección de ingresos, junto con la ficha del depósito diario.	
f) Instancia responsable del tratamiento del Sistema de datos Personales g) La unidad administrativa ante la que podrán ejercitarse los derechos de acceso, rectificación cancelación u oposición h) El nivel de protección exigible	DIRECCION DE SALUD COMUNITARIA			
	DIRECTOR ENCARGADA DE CAJA			
	DIRECCION DEL AREA DE CONTRALORIA Tel. (01-244) 5-69-69 PLAZA DE ARMAS NO. 1 COL. CENTRO ATLIXCO PUE. HORARIO DE 8:00 AM A 3:00P.M.			
	ALTO			