

| | |
|-----------------------|--|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de Verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO: | Coadyuvar a la disminución de accidentes en las vías generales de comunicación, mediante la implementación de políticas, normas y programas en materia de protección y medicina preventiva en el transporte. . |

OBJETIVO

Evaluar mediante visitas de verificación que los Médicos Terceros Autorizados cumplan con las Leyes, Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas aplicables, la calidad técnica y las condiciones bajo las cuales fue otorgada la autorización, a fin de garantizar la calidad de los Servicios de Medicina Preventiva en el Transporte.

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

1. La Dirección Médica elaborará el Programa de Visitas de Verificación, en forma cuatrimestral y lo presentará a la Dirección General Adjunta de Operación para su aprobación.
2. El personal que interviene en el procedimiento deberá contar con la competencia necesaria para desarrollar las actividades encomendadas.
3. El personal que interviene en las visitas de verificación, deberá utilizar de manera obligatoria los documentos y **formatos** establecidos en el presente procedimiento.
4. Las evaluaciones se realizarán tomando como criterios de actuación los dispuestos en las Leyes, Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas, aplicables a los servicios de medicina preventiva en el transporte.
5. Los servidores públicos comisionados a la visita de verificación, deberán cerciorarse de haber obtenido la evidencia documental suficiente, relevante, pertinente y competente que sustente la opinión que se emite. En este sentido deberán realizar su trabajo con sentido crítico y profesional, asegurándose que sus listas de verificación, cédulas, papeles de trabajo, oficios, notas informativas u hojas de ayuda estén completos y debidamente requisitados.
6. Se deberá evitar el extravío de los papeles de trabajo y de la documentación que le sea suministrada; por lo que durante su estancia en las áreas evaluadas deberá mantenerlos bajo su estricto control, debiendo documentar, en caso de ser necesario mediante recibos, la documentación que le sea entregada, así como conservar la constancia de su devolución.
7. Cada miembro del equipo evaluador será responsable de la tramitación de sus viáticos y pasajes con tres semanas de anticipación ante la instancia administrativa correspondiente, así como de su comprobación, a más tardar tres días hábiles después de concluida la comisión y en su caso, de existir algún remanente, reintegrarlo a la Tesorería de la Federación.

| | |
|-----------------------|--|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de Verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO: | Coadyuvar a la disminución de accidentes en las vías generales de comunicación, mediante la implementación de políticas, normas y programas en materia de protección y medicina preventiva en el transporte. . |

8. En caso de requerirse, la gestión de pasajes aéreos o de vehículo oficial estará a cargo de la Dirección Médica.
9. Para la justificación de las inasistencias de los servidores públicos comisionados, deberán entregar copia del oficio de comisión al Departamento de Recursos Humanos.
10. Los verificadores deberán tener plena conciencia de que el elemento más importante de su labor lo constituye el Acta Circunstanciada levantada en la visita, la cual reflejará imparcialmente el resultado de la misma, asentando claramente las irregularidades cometidas y el incumplimiento a la normatividad correspondiente.
11. El informe del resultado de la visita deberá entregarse por parte de los **Servidores Públicos** comisionados a más tardar al tercer día hábil de concluido el plazo programado de la verificación. Los participantes de las verificaciones deberán cumplir con las disposiciones administrativas de austeridad presupuestal que apliquen, en la realización de comisiones fuera del lugar de residencia.

| | |
|-------------------|---|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de Verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados |
| DURACIÓN TOTAL | 11 días 5 horas |

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Actv. N° | Responsable | Descripción | Tiempo |
|----------|---|--|--------|
| 01 | Dirección Médica | Prepara Programa de Visitas de Verificación, atendiendo las variables de Orden de prelación: <ul style="list-style-type: none"> • Número de exámenes realizados • Número de no aptos • Quejas • Eficiencia administrativa • Verificaciones anteriores • Fecha de autorización • Otros | 2 días |
| 02 | | Turna a la Dirección General Adjunta de Operación para su revisión y Vo. Bo. | 1 día |
| 03 | Dirección General Adjunta de Operación | Da visto bueno del calendario de las visitas de verificación. | 1 día |
| 04 | | Determina al Personal Médico adscrito a la Dirección Médica que realizará la visita, considerando la agenda disponible. | 1 día |
| 05 | | Asigna al Personal Médico el análisis estadístico de los expedientes electrónicos de los médicos autorizados a los que se les realizará la visita de verificación. | |
| 05 | | Elabora oficios de “Visita” y de “Comisión” conforme a los Formatos MP-313-PR15-P01-F01 “Oficio notificación de Visita de Verificación” y MP-313-PR15-P01-F02 “Oficio de Comisión y Orden de Visita” y turna a firma de la Dirección General. | 1 hora |
| 06 | Dirección General | Firma oficios de comisión | 1 día |
| 07 | Personal Médico adscrito a la Dirección Médica comisionados | Elaboran oficio de comisión administrativo para la tramitación de viáticos | 1 hora |
| 08 | | Realizan visita de verificación, de conformidad | 1 día |

| | |
|--------------------------|---|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de Verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados |
| DURACIÓN TOTAL | 11 días 5 horas |

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Actv. N° | Responsable | Descripción | Tiempo |
|----------|------------------|--|---------|
| 09 | | <p>con la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y evaluando los rubros contenidos en la Lista de Verificación MP-313-PR15-P01-F03</p> <p>Instalaciones y equipo médico</p> <p>Documentación administrativa</p> <p>Recaba evidencia documental de los cumplimientos e incumplimientos detectados, incluyendo fotografías que evidencien las condiciones del domicilio autorizado; levantan acta circunstanciada.</p> | |
| 10 | | <p>Integra expediente con toda la documentación generada durante la visita, de preferencia a través de medios electrónicos (scanner) o copias fotostáticas simples.</p> | 1 día |
| 11 | | <p>Informa al visitado su garantía de audiencia, recaba su firma en Acta circunstanciada y le entrega un tanto en original.</p> | |
| 12 | | <p>Resguarda carpeta generada en la verificación, elabora el informe de visita anexando original del acta levantada en la visita y entrega a la Dirección Médica.</p> | 3 días |
| 13 | Dirección Médica | <p>Recibe carpeta derivada de la verificación, revisa y analiza las evidencias encontradas turna a la Dirección de Autorización y Evaluación a Terceros.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p> | 3 horas |

**DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y
MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE**

"2011, Año del Turismo en México"

Asunto: Notificación de visita de verificación



CANCELADO

Nº. 4.4.- 583 1

México, D. F., a 24 de Junio de 2011

C. Mario Eduardo Rasgado Chiñas 2
Médico Dictaminador Autorizado
 Calle 51, no.108 entre calle 36 y 38, Col. Santa Margarita
 CP 24120, Ciudad del Carmen, Campeche
 Presente

Con fundamento legal en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 36 fracciones XV y XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 16, 19, 28, 35, 36, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 81, 82 y demás relativos 3 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 24, fracciones II y VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y 8, 10, 50 y 55 del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, se le notifica que será objeto de una visita a fin de verificar las condiciones en que se prestan el servicio autorizado de medicina preventiva, su realización y la emisión de la constancia así como la calidad técnica del equipo e instrumental médico con los que se practica el examen psicofísico integral y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte y en la Autorización referida, misma que tendrá lugar los días **19, 20 y 21 de julio** 4 del presente año.

Para tal efecto, le agradeceré se sirva proporcionar a los servidores públicos facultados mediante oficios de comisión **4.4. 584 y 585** las facilidades que el caso amerita para el debido cumplimiento de su cometido. 5

En caso de existir alguna queja en contra del personal comisionado, puede manifestarla comunicándose al número (0155) 5482-4100 ext. 21024 de la Dirección de Autorización y Evaluación de Terceros.

Atentamente
El Director General

 6

José Vaignte Aguilar Zinser

c.c.p. C. Roberto Ramírez Villanai - Director General Adjunto de Operación de la DGPMPPT.- Presente
 C. Candelario Isabel Cortés Yah.-Directora de Autorización y Evaluación a Terceros.- Presente



| | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-------|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica | | |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados | | |
| FORMATO: | Oficio de notificación de visita de verificación | RESGUARDO: | 1 Año |

GUÍA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse |
|-------|--|
| 1 | Anotar la fecha y número de oficio de visita de verificación. |
| 2 | Anotar el nombre del médico dictaminador que será objeto de la visita de verificación, incluyendo calle, no. exterior e interior, colonia, delegación, municipio, población, código postal y entidad federativa. |
| 3 | Asentar el fundamento legal que origina la visita de verificación. |
| 4 | Anotar la fecha en la que se realizará la visita de verificación. |
| 5 | Escriba los números de los oficios de comisión de los servidores públicos designados para la visita. |
| 6 | Escribir el nombre, cargo y firma del Director General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte |



SUBSECRETARÍA DE TRANSPORTE
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y
MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE

"2011, Año del Turismo en México"

Asunto: Comisión y orden de visita

Nº. 4.4.- 584

México, D.F., 24 de Junio de 2011

C. MARIO RAMÍREZ ZÚNIGA
SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO
PRESENTE

Con fundamento en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 36 fracciones XV y XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 1,2,3,9,12,13,14,16,19,28,35,36,62,63,64,65,66,67,68,69, y demás relativos de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 24 fracciones II y VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes 58 y 59 del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, se le instruye realice Visita de Verificación al **C. Mario Eduardo Rasgado Chiñas** Tercero Autorizado bajo el Expediente No. **AMD016/2010**, con Oficio No. **4.4.-1297**, de fecha **20/12/2010** como Médico Dictaminador, en el domicilio que señalo para la prestación de sus servicios el ubicado en **51, número 108, entre calle 36 y 38 Col. Santa Margarita, Ciudad del Carmen, Campeche, CP 24120**, los días **19, 20 y 21** del mes de **Julio** del año en curso. Lo anterior con el objeto de verificar las condiciones en que se prestan el servicio autorizado de medicina preventiva y la emisión de la constancia, la realización y la calidad técnica del equipo e instrumental médico con los que se practica el examen psicofísico integral y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte y en la Autorización referida.

De su actuación deberá levantar acta circunstanciada con motivo de la visita de verificación, dejando copia a la persona con la que se atendió la diligencia e informará a sus superiores del resultado de su cometido.

Sin otro en particular, le envié un cordial saludo.

Atentamente
El Director General

C. José Vicente Aguilar Zinser

c.c.p. C. Roberto Ramírez Villarreal.- Director General Adjunto de Operación de la DGPMP.- Presente
C. Candelaria Isabel Cortés Yah.-Directora de Autorización y Evaluación a Terceros.- Presente

DCT/3002/601

cl

| | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-------|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica | | |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados | | |
| FORMATO: | Oficio de comisión y orden de visita | RESGUARDO: | 1 Año |

GUÍA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse |
|-------|---|
| 1 | Asentar fecha y número del oficio |
| 2 | Anotar nombre del servidor público comisionado para la visita de verificación. |
| 3 | Insertar la fotografía del Servidor Público designado para efectuar la verificación |
| 4 | Anotar nombre del médico dictaminador autorizado, así como número de la misma. |
| 5 | Anotar el domicilio del autorizado incluyendo calle, número, colonia y ciudad. |
| 6 | Asentar la fecha en que se realizará la vista de verificación. |
| 7 | Escribir el Nombre, Cargo y Firma del Director General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte |

LISTA DE VERIFICACION

FECHA:

1

MEDICO TERCER AUTORIZADO:

2

HOJA ___ DE ___

3

| A | Verificación | Descripción de Información | Cumple | No Cumple | Observaciones |
|---|---|---------------------------------|-----------|--------------|---------------|
| 1 | Domicilio que obra en las constancias de aptitud | | | | |
| 2 | Horario de funcionamiento visible | | | | |
| 3 | Documento de notificación de tarifas a la Dirección | 4 | | | |
| 4 | Tarifas registradas visibles | | | 5 | |
| A | Verificación | Descripción de Información | Cumple | No Cumple | Observaciones |
| 5 | Cartel SCT visible para los usuarios | | | | |
| 6 | Aviso de Protección de Datos Personales visible | | | | |
| B | Proceso Administrativo | Documentación | Entregado | No Entregado | Observaciones |
| 7 | Proceso Administrativo | Oficio de notificación original | | | |

| | | | |
|--------------------------|---|-------------------|-------|
| ÁREA RESPONSABLE: | Dirección Médica | | |
| PROCEDIMIENTO: | Visita de verificación a Médicos Dictaminadores Autorizados | | |
| FORMATO: | Lista de verificación | RESGUARDO: | 1 Año |

GUÍA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse |
|-------|---|
| 1 | Anotar fecha de la visita de verificación |
| 2 | Asentar nombre del médico tercero autorizado verificado. |
| 3 | Anota el número de hojas consecutivas utilizadas en la visita. |
| 4 | Asentar la descripción de la información solicitada. |
| 5 | Anotar una marca en la columna correspondiente al cumplimiento o no de la actividad evaluada. |