

ACUERDO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO VI/2024, DEL COMITÉ DE GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, DE TREINTA DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTICUATRO, POR EL QUE SE REGULA EL PLAN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS COMPLEMENTARIAS DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DE ESTE ALTO TRIBUNAL.

Nuevo Acuerdo General de Administración publicado en el SJF el 11 de octubre de 2024.

CONSIDERANDO

PRIMERO. En términos del artículo 14, fracciones I, V y XIV, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, la Presidenta de la Suprema Corte de Justicia de la Nación tiene la facultad de administrar este Alto Tribunal, dictar las medidas necesarias para el buen servicio en sus oficinas, así como expedir los Acuerdos Generales que en materia de Administración se requieran.

SEGUNDO. Conforme al artículo 3o., fracción I, del Reglamento Orgánico en Materia de Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la Presidenta de este Alto Tribunal se apoyará para el ejercicio de sus atribuciones, entre otras instancias, en los Comités de Ministras y Ministros.

TERCERO. El artículo 6o., fracción X, del Reglamento Orgánico en Materia de Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, dispone que la Presidenta del Alto Tribunal podrá solicitar a los Comités de Ministras y Ministros expedir, en su caso, Acuerdos Generales en materia de Administración.

CUARTO. Las Condiciones Generales de Trabajo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, establecen que las personas servidoras públicas de este Alto Tribunal gozarán de un plan de prestaciones médicas complementarias y de apoyo económico extraordinario de acuerdo con los montos, Acuerdos Generales y lineamientos establecidos para estos efectos, conforme a la disponibilidad presupuestal. Similar disposición está prevista en las Condiciones Generales de Trabajo del personal de confianza de este Alto Tribunal.

QUINTO. El veintinueve de agosto de mil novecientos noventa y siete, la Suprema Corte de Justicia de la Nación constituyó un fideicomiso con el objeto de apoyar económicamente a las personas que gocen del plan de prestaciones médicas complementarias y de Apoyo Médico Extraordinario para las personas servidoras públicas del Alto Tribunal, mismo que se identifica como 80688 en la contabilidad de la fiduciaria.

SEXTO. El diez de abril de dos mil seis el Comité de Gobierno y Administración emitió el Acuerdo General de Administración III/2006, por el que se regula el Plan de Prestaciones Médicas Complementarias y la ayuda para lentes graduados de los trabajadores de este Alto Tribunal.

SÉPTIMO. Por otra parte, el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de reforma del Poder Judicial, publicado en el Diario Oficial de la Federación el quince de septiembre de dos mil veinticuatro, prevé en su Décimo Transitorio que los derechos laborales de las personas trabajadoras del Poder Judicial de

la Federación serán respetados en su totalidad, y que los presupuestos de egresos del ejercicio fiscal que corresponda considerarán los recursos necesarios para el pago de pensiones complementarias, apoyos médicos y otras obligaciones de carácter laboral, en los términos que establezcan las leyes o las condiciones generales de trabajo aplicables.

Dicha disposición transitoria también contempla que los órganos del Poder Judicial de la Federación llevarán a cabo los actos y procesos necesarios para extinguir los fondos, fideicomisos, mandatos o contratos análogos que no se encuentren previstos en una ley secundaria, y tendrán un plazo máximo de noventa días naturales posteriores a su entrada en vigor para enterar la totalidad de los recursos remanentes en la Tesorería de la Federación.

OCTAVO. Con el objeto de continuar otorgando a las personas trabajadoras de la Suprema Corte de Justicia de la Nación la Prestación Médica Complementaria con recursos del presupuesto de este Alto Tribunal, prevista en las condiciones generales de trabajo, se estima conveniente emitir la normativa que la regule bajo un esquema de

transición. Lo anterior, en el entendido de que actualmente se encuentran pendientes las reformas correspondientes a la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación y demás normativa aplicable, así como la definición y alcance de las atribuciones del órgano de administración judicial, derivado de la expedición del Decreto señalado en el Considerando anterior.

Por lo anteriormente expuesto y con fundamento en las disposiciones jurídicas señaladas, se expide el siguiente:

ACUERDO GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. El presente Acuerdo General de Administración tiene por objeto regular el plan de prestaciones médicas complementarias de las personas servidoras públicas de la Suprema Corte.

Artículo 2. Para los efectos del presente Acuerdo General de Administración se entenderá por:

- I. **Acta:** el documento que contiene los acuerdos específicos alcanzados en cada sesión por los integrantes del Comité Operativo;

- II. **Asuntos Jurídicos:** la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Suprema Corte;

- III. **Atención médica programada:** el cuidado o tratamiento médico que se fija de manera sistemática respecto de un padecimiento que no pone en peligro la vida o la viabilidad de algunos de los órganos de una persona de forma inmediata;

- IV. **Beneficiario (s):** las personas señaladas en el artículo 8 del presente Acuerdo General de Administración;

- V. **Comité de Gobierno:** el Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte;

- VI. **Comité Operativo:** el Comité integrado por las personas titulares de la Oficialía Mayor, de Asuntos

Jurídicos, de Recursos Humanos y de Servicios Médicos;

- VII. Diagnóstico:** la fijación de un criterio médico sobre el que se define un tratamiento y se prevé un pronóstico. Se basa en el análisis de las características anatómicas, funcionales y patológicas de una persona mediante la recopilación de datos sobre antecedentes y síntomas, a través de la anamnesis o interrogatorio y signos, por examen semiológico y estudios complementarios, análisis de laboratorio, radiológico o por imágenes, cardiológico, así como procedimientos instrumentales de diferente complejidad y riesgo;
- VIII. Emergencia médica:** la enfermedad o accidente que pone en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano de una persona, por lo cual requiere atención médica inmediata;
- IX. Enfermedad o padecimiento:** la alteración o desviación del estado fisiológico, en una o varias

partes del cuerpo, que trae aparejada la pérdida de la salud, de capacidades o de sentidos;

- X. **Enfermo:** la persona que sufre la enfermedad o padecimiento y que, en su caso, se encuentra sometido a tratamiento médico y por los cuales se solicita ayuda económica;

- XI. **ISSSTE:** el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;

- XII. **Oficialía Mayor:** la Oficialía Mayor de la Suprema Corte;

- XIII. **Pensionado:** el trabajador que se retiró del servicio activo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación por haber cumplido la edad y los años de servicio correspondientes; o bien, cuando a dicho trabajador se le diagnostique una incapacidad parcial o total permanente, que lo inhabilite; y que en todos los casos goce de una pensión del ISSSTE;

- XIV. Persona con discapacidad:** toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;
- XV. Persona trabajadora:** las personas servidores públicas de la Suprema Corte, a que hace referencia el presente Acuerdo General de Administración;
- XVI. Prestaciones médicas complementarias:** las señaladas en el artículo 4, primer párrafo, fracciones I a X, del presente Acuerdo General de Administración;
- XVII. Presupuesto y Contabilidad:** la Dirección General de Presupuesto y Contabilidad de la Suprema Corte;
- XVIII. Prótesis u órtesis:** el órgano o miembro artificial de sustitución;

- XIX. Recursos Humanos:** la Dirección General de Recursos Humanos de la Suprema Corte;
- XX. Rehabilitación:** conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno;
- XXI. Secretaría:** la Secretaría de Seguimiento de Comités de Prestaciones Complementarias de la Suprema Corte;
- XXII. Seguro:** el seguro de gastos médicos mayores contratado por o a través de la Suprema Corte;
- XXIII. Servicios Médicos:** la Dirección General de Servicios Médicos de la Suprema Corte;
- XXIV. Síndrome:** el cuadro o conjunto de síntomas y signos que definen clínicamente un estado de salud determinado;

- XXV. Suprema Corte:** la Suprema Corte de Justicia de la Nación;
- XXVI. Tesorería:** La Dirección General de la Tesorería de la Suprema Corte de Justicia de la Nación;
- XXVII. UMA:** el valor diario vigente de la Unidad de Medida y Actualización, publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, y
- XXVIII. Valoración médica:** el documento expedido por Servicios Médicos en el que se pronuncie sobre la necesidad médica del apoyo solicitado y en el que señale lo indicado en el artículo 17 del presente Acuerdo General de Administración.

Artículo 3. Las prestaciones médicas complementarias a que se refiere este Acuerdo General de Administración serán independientes y complementarias a las que otorgue el ISSSTE y a las cubiertas por el respectivo seguro para el beneficio de las personas trabajadoras.

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

Artículo 4. Son materia de este Acuerdo General de Administración las prestaciones médicas complementarias que se enumeran en el presente artículo en beneficio de las personas trabajadoras, para coadyuvar en los servicios de atención y tratamientos médicos, dentro del territorio nacional, siguientes:

- I. Gastos médicos quirúrgicos, incluyendo los hospitalarios y farmacéuticos, así como por honorarios médicos;
- II. Adquisición o renta de aparatos ortopédicos, camas especiales, andaderas, bastones, muletas, sillas de ruedas, oxígeno y equipo médico que en atención a la tecnología pueda ser de acceso comercial;
- III. Rehabilitación consistente en terapias, instrumentos o implementos prescritos médicamente, y escuelas de educación especial que cuenten con registro federal de contribuyentes;

- IV.** Adquisición de prótesis u órtesis;
- V.** Estudios médicos de gabinete o clínicos;
- VI.** Contratación de servicios auxiliares, médicos y personal capacitado para la atención del padecimiento y la rehabilitación;
- VII.** Adquisición de medicamentos que no estén dentro del cuadro básico del ISSSTE, o que éste no pueda proporcionarlos por falta de abastecimiento y que su uso sea necesario; o bien, que se trate de medicamentos que por su costo están fuera del alcance de ese Instituto o del enfermo, cuando sea de suma urgencia o necesidad para éste;
- VIII.** Para el tratamiento de:
 - a)** Síndromes neurológicos u otros similares, que ocasionen problemas graves de conducta o de lento aprendizaje;

- b)** Discapacidad motora, visual, auditiva, de lenguaje o mental;
 - c)** Enfermedades incurables y padecimientos crónicos o degenerativos, y
 - d)** Enfermedades, padecimientos o lesiones que no sean tratados adecuadamente, en tiempo o en calidad en el ISSSTE; o que en su caso, no estén cubiertos o excedan la suma asegurada por el seguro;
- IX.** Otras enfermedades, padecimientos, equipo y material médico no contemplados en las fracciones anteriores, y
- X.** Excepcionalmente, ayuda médica con carácter devolutivo, para enfrentar gastos relacionados con alguna (s) de las prestaciones médicas mencionadas en este artículo, de conformidad con lo establecido en el Capítulo Sexto del presente acuerdo.

Quedan excluidas de las prestaciones médicas complementarias, los siguientes:

- I. Tratamientos estéticos, salvo aquellos que resulten necesarios para el tratamiento de accidentes con excepción de los señalados en la fracción IV del segundo párrafo de este artículo, así como por enfermedades degenerativas, dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones;
- II. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos, de acupuntura y todos los efectuados por personas sin cédula profesional para ejercer legalmente la medicina;
- III. Tratamientos de fertilidad, esterilidad e impotencia sexual y sus complicaciones, y
- IV. Enfermedades y accidentes que sufra el beneficiario bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas en

los cuales dicho estado influya en forma directa para la ocurrencia del accidente o enfermedad.

Artículo 5. La procedencia de las prestaciones médicas complementarias previstas en el artículo anterior, estará sujeta a que:

- I. La persona trabajadora cuente con el Seguro, de acuerdo con la clasificación de su puesto; previamente a que se diagnostique el padecimiento, ocurra el accidente o se realice el primer reclamo a la compañía aseguradora con la que se tenga contratado el seguro, con motivo del evento por el cual se requiera la prestación médica;
- II. El padecimiento no esté cubierto por el seguro por negativa de la aseguradora o por no encontrarse asegurado el enfermo en dicha aseguradora y que la valoración médica expedida por Servicios Médicos revele que el ISSSTE no puede otorgar en forma adecuada u oportuna la prestación médica respectiva;

- III. No obstante que la enfermedad o padecimiento esté cubierto por el seguro respectivo, se agote la suma asegurada correspondiente;
- IV. Del estudio socioeconómico se demuestre que la persona trabajadora no cuenta con los recursos económicos disponibles para hacer frente a la enfermedad o padecimiento, y
- V. De la valoración médica se desprenda que, como consecuencia de la enfermedad o padecimiento, el enfermo puede recuperar o mejorar la salud y las capacidades o sentidos de que carece, que el abandono del tratamiento pueda agravar su estado o que, en el caso de enfermos incurables o desahuciados, pueda mejorar su calidad de vida.

Dichas prestaciones médicas complementarias no serán otorgadas mediante reembolso.

Artículo 6. El monto máximo de las prestaciones médicas complementarias que se podrá autorizar anualmente por cada persona trabajadora es hasta una cantidad equivalente

a 4,145 UMAS, considerando el valor de esta unidad al momento de presentarse la solicitud respectiva.

En caso de que no resulte suficiente el monto máximo, el beneficiario, podrá solicitar además un apoyo extraordinario con carácter devolutivo, que en caso de autorizarse, no excederá del monto señalado en el párrafo anterior.

Artículo 7. Toda prestación médica complementaria tendrá una duración máxima de un año por cada ocasión que se otorgue. En caso de que se requiera la continuidad de ésta por un tiempo mayor, se deberá presentar una nueva solicitud, sujetándose a lo siguiente:

- I. En el caso del artículo 4, primer párrafo, fracción I, del presente Acuerdo General de Administración, al restablecimiento del enfermo respecto de la intervención quirúrgica, y
- II. Con respecto a las fracciones de la II a la X del primer párrafo del artículo 4, del presente Acuerdo General de Administración, hasta en tanto se

determine mediante dictamen médico su falta de requerimiento o deceso del enfermo.

CAPÍTULO TERCERO DE LOS BENEFICIARIOS

Artículo 8. Tendrán derecho a las prestaciones previstas en el presente Acuerdo General de Administración, las personas siguientes:

- I. Las personas trabajadoras con una antigüedad mínima de un año que ocupen una plaza correspondiente a un puesto de nivel operativo;
- II. El cónyuge, concubina o concubinario de las personas trabajadoras mencionadas en la fracción I de este artículo;
- III. Las hijas e hijos de las personas trabajadoras a que refiere la fracción I de este artículo menores de dieciocho años; los menores de veinticinco años, previa comprobación, que permanezcan solteros,

que estén realizando estudios de nivel medio o superior, en planteles oficiales o reconocidos y que no tengan un trabajo remunerado; y quienes tengan alguna condición de discapacidad sin importar su edad, siempre y cuando la persona trabajadora acredite tal carácter ante el Comité Operativo;

- IV.** Los padres que dependan económicamente de la persona trabajadora por no recibir ingresos propios y lo declaren bajo protesta de decir verdad ante el Comité Operativo, independientemente si cuentan o no con seguro, y

- V.** Los pensionados de la Suprema Corte, únicamente respecto de la prestación establecida en el artículo 4, primer párrafo, fracción VII, del presente Acuerdo General de Administración.

En el caso de la prestación prevista en el artículo 4, fracción X, del presente Acuerdo General de Administración, las personas trabajadoras en activo podrán constituirse en deudores.

CAPÍTULO CUARTO

DEL COMITÉ OPERATIVO

Artículo 9. El Comité Operativo está integrado por:

- I. La o el Presidente del Comité Operativo: La persona titular de la Oficialía Mayor, y

- II. Vocales: Las personas titulares de Asuntos Jurídicos, Recursos Humanos y Servicios Médicos.

Si por alguna reorganización interna, desaparecieran los cargos de los integrantes del Comité Operativo o se modificaran las funciones del órgano o área correspondiente, sus integrantes serán sustituidos por los titulares de los nuevos cargos del órgano o área a la cual se asignen las funciones sustantivas.

Serán invitados permanentes con voz, pero sin voto las personas titulares de Presupuesto y Contabilidad y Tesorería.

Artículo 10. Fungirá como Secretario o Secretaria del Comité Operativo la persona titular de la Secretaría, la cual contará

con voz, pero sin voto y estará encargada de la elaboración de las actas. En caso de ausencia, el propio Comité podrá designar un suplente en la sesión correspondiente.

Artículo 11. Las personas integrantes del Comité Operativo contarán con voz y voto. Asimismo, designarán a sus respectivos suplentes.

Artículo 12. El Comité Operativo tendrá las atribuciones siguientes:

- I. Resolver sobre la procedencia de la prestación médica solicitada;
- II. Determinar el monto, las condiciones y, de ser necesario, la periodicidad conforme a la cual se otorgará la prestación médica, tomando en cuenta la propuesta sometida a su consideración por la persona titular de la Secretaría;
- III. Definir el monto al cual podrá ascender el apoyo con carácter devolutivo;

- IV. Ordenar que la resolución que emita sea notificada tanto a la persona interesada como a las áreas involucradas en su ejecución, por conducto de la persona titular de la Secretaría, a más tardar dentro de los diez días naturales siguientes a su emisión;
- V. Interpretar y resolver los casos no previstos en el presente Acuerdo General de Administración, y
- VI. Instruir el envío a la Tesorería de las solicitudes para el pago, con cargo a los recursos del presupuesto de la Suprema Corte, de las prestaciones médicas complementarias que se autoricen en observancia al presente Acuerdo General de Administración.

Artículo 13. El funcionamiento del Comité Operativo se regirá por las bases siguientes:

- I. Sesionar, de manera ordinaria conforme al calendario que él mismo determine o bien a petición de la o el Presidente, por lo menos una vez al mes, de manera presencial o remota para el cumplimiento de sus atribuciones;

- II. Podrá sesionar con carácter extraordinario a solicitud de alguno de sus integrantes;
- III. En ambas modalidades se enviará la convocatoria por conducto de la persona titular de la Secretaría, previa aprobación de la o el Presidente de dicho cuerpo colegiado, a todos los miembros del Comité;
- IV. Para que sesione válidamente se requerirá que estén presentes la mayoría de sus integrantes con derecho a voto y que se encuentre presente la o el Presidente del mismo o su suplente;
- V. Las resoluciones del Comité se emitirán por mayoría de votos de los miembros presentes, teniendo la o el Presidente voto de calidad en caso de empate, y
- VI. Los integrantes del Comité deberán firmar las actas de las sesiones en las que estuvieron presentes.

Artículo 14. Corresponde a la persona titular de la Secretaría lo siguiente:

- I. Convocar a las sesiones del Comité;
- II. Preparar el orden del día e integrar la carpeta de informes y asuntos a tratar en las sesiones;
- III. Concurrir a las sesiones del Comité con voz pero sin voto;
- IV. Elaborar las actas manteniendo bajo su resguardo la documentación soporte, mismas que deberán anexar al expediente respectivo;
- V. Suscribir las actas junto con los integrantes del Comité, y
- VI. Instrumentar los acuerdos del Comité, así como las indicaciones de la o el Presidente relacionadas con el cumplimiento de sus atribuciones.

CAPÍTULO QUINTO

DE LOS PROCEDIMIENTOS

Artículo 15. Las prestaciones médicas complementarias podrán otorgarse para cubrir:

- I. Atención médica programada;
- II. Emergencia médica, y
- III. Apoyo económico con carácter devolutivo.

Artículo 16. En caso de atención médica programada el procedimiento será el siguiente:

- I. La persona trabajadora y en su caso, cualquier otra persona interesada, cuando la primera se encuentre imposibilitada para ello, deberá enviar de manera electrónica a la persona titular de la Secretaría la solicitud correspondiente, en el formato respectivo.

Dicha solicitud deberá enviarse en versión PDF legible, con la firma debidamente plasmada, y acompañada de un escrito expositivo en el que se detallen las circunstancias particulares del caso, proporcionando los datos siguientes:

a) De la persona trabajadora, los relativos a:

1. Nombre;
2. Puesto, nivel y rango;
3. Área de adscripción;
4. Ubicación laboral;
5. Domicilio particular;
6. Teléfono de oficina;
7. Teléfono particular;
8. Correo electrónico, y

b) De la persona enferma, los relativos a:

1. Nombre;

2. Especificar si se trata de la persona trabajadora o de un familiar;
3. En su caso, parentesco con la persona trabajadora;
4. Edad;
5. Motivo de la solicitud;
6. Fecha de inicio del padecimiento;
7. Fecha de inicio del tratamiento;
8. En su caso, hospital en donde se encuentra internado, y
9. Antigüedad de la persona trabajadora en el seguro y monto de la suma asegurada;

II. A dicha solicitud deberán acompañarse:

- a)** Escrito de solicitud bajo protesta de decir verdad, explicando el motivo de la solicitud;
- b)** Copia simple de la identificación oficial de la persona trabajadora;
- c)** Copia simple del último recibo de pago;
- d)** Negativa de la aseguradora para cubrir la atención médica respectiva y de la documentación expedida por el ISSSTE en respuesta a la solicitud de dicha atención;
- e)** Historia clínica y de evolución del enfermo, a la que deberán anexarse, en su caso, los análisis clínicos, de laboratorio, radiológicos o por imagen, cardiológicos, sonóricos y/o de diversa naturaleza anatómicas, funcionales y patológicas que se hayan practicado al enfermo para determinar el padecimiento;
- f)** Calendario, con el soporte documental médico y económico respectivo, firmado por

las personas señaladas en la fracción I de este artículo en el que proponga el monto total solicitado y las parcialidades mensuales que, en su caso, necesitará para realizar pagos y/o devolución del apoyo extraordinario, derivados de la atención médica respectiva o la indicación de requerirla en una sola exhibición;

- g)** En su caso, copia simple de la identificación del enfermo diverso a la persona trabajadora;
- h)** En su caso, copia simple del acta de matrimonio o nacimiento, para comprobar el parentesco con la persona trabajadora;
- i)** En su caso, carta bajo protesta de decir verdad en la que la persona trabajadora manifieste el concubinato respectivo;
- j)** En su caso, documentos que acrediten la dependencia económica, tales como, recibos de pago expedidos a nombre de la persona

trabajadora, cuyo beneficiario sea el dependiente económico, así como los antecedentes de dicha dependencia económica;

k) En caso de educación especial, certificado médico y escolar recientes, y

l) En caso de haberse utilizado el seguro, carta de la aseguradora especificando el monto cubierto y si se agotó la suma asegurada;

III. En caso de que no se satisfagan los requisitos previstos en la fracción anterior, no será procedente la solicitud hasta que se subsane lo faltante;

IV. Una vez recibida la solicitud, la persona titular de la Secretaría, deberá requerir que se realice lo siguiente:

a) Un estudio socioeconómico de campo en el que, conforme al formato aprobado por el

Comité Operativo, se describa la situación económica del solicitante, y

b) Una valoración médica por parte de Servicios Médicos, y

V. Fundamentándose en la solicitud y contando con la totalidad de la documentación mencionada en el presente artículo, la persona titular de la Secretaría elaborará, en un plazo no mayor a quince días hábiles a partir de la presentación de dichos documentos, un proyecto de resolución dirigido al Comité Operativo en el que detalle el monto, condiciones y, en caso de ser necesario, la periodicidad en la cual se otorgará dicha prestación. En este proyecto, se indicarán la suficiencia presupuestal proporcionada por Presupuesto y Contabilidad, así como, el valor de la UMA conforme a la última publicación en el Diario Oficial de la Federación. De ser el caso, se propondrá el límite máximo para el apoyo con carácter devolutivo.

Artículo 17. A petición de la persona titular de la Secretaría, Servicios Médicos deberá elaborar la valoración médica en la que se incluya:

- I. El nombre del enfermo;
- II. El diagnóstico en el que de manera pormenorizada indique el padecimiento y el grado de evolución que presenta;
- III. El tratamiento y su descripción médica y/o quirúrgica y, en su caso, el procedimiento de rehabilitación;
- IV. La justificación médica de la solicitud de la prestación médica complementaria, ya sea por gravedad o por la necesidad de tratamiento a largo plazo, así como la consideración de que la interrupción del tratamiento podría exacerbar la condición del paciente o que, en situaciones de enfermedad terminal o sin expectativas de mejora, pueda contribuir a mejorar su calidad de vida, y en el caso de emergencias médicas, se deberá proponer el monto, las condiciones y el período

durante el cual se requiere brindar la prestación médica solicitada;

- V. La opinión por la cual considere que el ISSSTE no puede otorgar en forma adecuada u oportuna el servicio médico respectivo;
- VI. El diagnóstico relativo a la incapacidad física, mental, intelectual o sensorial de la persona con discapacidad o a la emergencia médica, cuando así corresponda, y
- VII. El nombre y número de cédula del médico de la Suprema Corte que la emite.

Artículo 18. La persona titular de la Secretaría realizará el estudio socioeconómico a que se refiere el artículo 16, fracción IV, inciso a), del presente Acuerdo General de Administración, en el que deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- I. Adscripción y nivel de la persona trabajadora;

- II. La antigüedad en la Suprema Corte;
- III. Dependientes económicos de la persona trabajadora;
- IV. Su situación patrimonial, incluyendo las características del inmueble que habita, bienes muebles, automóviles y adeudos, y
- V. La capacidad económica de la persona trabajadora, derivada de sus ingresos y egresos mensuales.

Artículo 19. En situaciones de emergencias médicas que no estén cubiertas por el seguro, conforme a la documentación emitida por la aseguradora, y sin considerar si se ha brindado atención médica por parte del ISSSTE, se seguirá el procedimiento siguiente:

- I. En el momento en que la persona trabajadora o sus beneficiarios sean internados, se deberá enviar de manera electrónica a la persona titular de la Secretaría la solicitud correspondiente, la cual deberá estar en formato PDF legible.

Dicha solicitud podrá ser realizada por la persona trabajadora o por otra interesada, mediante un escrito, que incluya los siguientes elementos:

- a)** Formato de solicitud, y
- b)** Escrito de bajo protesta de decir verdad que mencione:
 - 1.** Datos del enfermo;
 - 2.** El motivo de la solicitud;
 - 3.** Detalles acerca de la enfermedad o padecimiento;
 - 4.** Los datos de la institución médica donde el enfermo se encuentra internado;

5. En su caso, la razón por la que no pueda firmar dicha solicitud la persona trabajadora;
6. El saldo deudor del hospital y los honorarios médicos, y
7. Manifestación de que se encuentra informado del carácter provisional del monto otorgado y que en supuesto de que el Comité Operativo declare improcedente la prestación otorgada provisionalmente, ésta tendrá la naturaleza de apoyo extraordinario con carácter devolutivo, por lo que deberá reintegrarlo a la Suprema Corte en términos de lo previsto en la fracción VII de este artículo.

También se anexará al escrito copia simple de la identificación oficial de la persona trabajadora y del paciente, el documento en el que conste la negativa o el agotamiento de la suma asegurada por parte de

la aseguradora, último recibo de pago de nómina, historia clínica y evolución, estado de cuenta y/o sábana de gastos expedida por la institución médica y/o médico tratante, documento que contenga la cuenta bancaria de la institución hospitalaria, del médico tratante que contenga nombre del Banco, número de cuenta y CLABE, y, si es aplicable, el acta de matrimonio o de nacimiento. En caso de que no se haya establecido el vínculo para fines del seguro de gastos médicos mayores, la persona trabajadora; deberá presentar una carta bajo juramento en la que declare el concubinato correspondiente;

- II.** La persona titular de la Secretaría, una vez recibida la solicitud, de inmediato la remitirá a Servicios Médicos, la que deberá realizar la valoración médica y emitir su opinión, enviándola a la persona titular de la Secretaría, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su recepción;
- III.** Una vez recibida la valoración médica, la persona titular de Recursos Humanos aprobará de manera

provisional la prestación médica complementaria siempre y cuando:

- a)** La solicitud cumpla con lo señalado en la fracción I de este artículo, y
- b)** Servicios Médicos certifique la existencia de la enfermedad o padecimiento y la urgencia de su tratamiento.

El monto de la prestación médica complementaria por emergencia que supere el diverso previsto en el artículo 6, será autorizado en ese momento como apoyo extraordinario con carácter devolutivo y su entrega se sujetará a lo previsto en los artículos 21 y 22 del presente Acuerdo General de Administración.

En caso de ausencia de la persona titular de Recursos Humanos, autorizará quién haya sido asignado como suplente ante el Comité;

- IV.** Los recursos autorizados serán entregados mediante transferencia electrónica a la institución donde se encuentre internado el enfermo y/o a los médicos tratantes, según sea requerido;
- V.** En caso de que la solicitud resulte improcedente, la persona titular de la Secretaría notificará vía telefónica de inmediato al solicitante, suscribiéndose la negativa respectiva en un plazo que no excederá de tres días hábiles;
- VI.** Las resoluciones favorables emitidas por Recursos Humanos, tendrán carácter provisional y deberán someterse a resolución definitiva del Comité Operativo por la persona titular de la Secretaría, previa integración del expediente respectivo con la totalidad de requisitos establecidos en el presente Acuerdo, y
- VII.** En caso, de que el Comité Operativo determine la improcedencia de la solicitud, el importe otorgado adquirirá el carácter de "apoyo extraordinario con carácter devolutivo". En tal circunstancia y en un

plazo no excedente de quince días hábiles a partir de emisión de la resolución del Comité Operativo, la persona trabajadora deberá suscribir los pagarés correspondientes, de acuerdo con el número de parcialidades mensuales designadas para su liquidación. Esta cantidad puede variar desde doce hasta treinta y seis, conforme al procedimiento estipulado en el artículo 21 del presente Acuerdo General de Administración.

La prestación señalada en el presente artículo sólo será aplicable para las personas referidas en el artículo 8, fracciones I, II y III.

CAPÍTULO SEXTO

DE LOS APOYOS ECONÓMICOS CON CARÁCTER DEVOLUTIVO

Artículo 20. Cuando el monto requerido para hacerle frente a una atención médica programada supere el precisado en el artículo 6 de este Acuerdo General de Administración, las personas trabajadoras podrán solicitar un apoyo con carácter devolutivo para el pago de los gastos médicos señalados en

el artículo 4, primer párrafo, fracciones I a X, del presente Acuerdo General de Administración.

Tratándose de emergencia médica la prestación provisional se transformará en apoyo económico con carácter devolutivo sin intereses cuando se actualice el supuesto previsto en el artículo 19, fracción VII de este Acuerdo General de Administración.

Artículo 21. Cuando una persona trabajadora haya formulado una solicitud de prestación médica conforme a lo establecido en las fracciones I a X del primer párrafo del artículo 4 del presente Acuerdo General de Administración, y la persona titular de la Secretaría constate que el monto requerido excede las 4,145 UMAS que puede ser aprobada según las disposiciones de este Acuerdo General de Administración, considerando la evaluación de capacidad de pago emitida por Recursos Humanos, y en caso de que los requisitos para acceder a la prestación sean cumplidos, en la resolución mencionada en el artículo 16, fracción V, del presente Acuerdo, además de conceder la prestación por el monto al que se tiene derecho, se señalará que se comunicará a la persona trabajadora la opción de obtener un

apoyo con carácter devolutivo respecto de la porción faltante. Esta alternativa, se ajustará a lo establecido en el artículo 6 del presente Acuerdo y se confirmará la autorización de dicho apoyo por el Comité Operativo.

Dentro de los quince días posteriores a la notificación de la resolución, el solicitante deberá signar los pagarés correspondientes, atendiendo al número de parcialidades mensuales en las que se cubrirá aquél, pudiendo ser desde doce hasta treinta y seis, mismo que será determinado por el Comité Operativo atendiendo a la capacidad de pago emitida por Recursos Humanos, así como a la solicitud que haga la persona trabajadora. Además, en ese momento, autorizará que en caso de incumplir con dichos pagos le serán descontados vía nómina, de sus percepciones diversas a su sueldo mensual.

Los pagarés se mantendrán bajo el resguardo de Tesorería y se devolverán a la persona trabajadora conforme realice los pagos respectivos.

En el supuesto a que se refiere la fracción VII del artículo 19 del presente Acuerdo General de Administración, si la

persona trabajadora se niega a firmar los pagarés respectivos o incumple con los pagos correspondientes, la persona titular de la Secretaría dará aviso de inmediato a Recursos Humanos, la que deberá realizar los descuentos en términos de lo señalado en el párrafo segundo de este artículo, teniendo como tope máximo la capacidad de pago emitida por ella misma.

Artículo 22. Una vez firmados los pagarés correspondientes, la persona titular de la Secretaría notificará a la Tesorería de la ejecución de la resolución emitida por el Comité Operativo a efecto de que se proceda a la entrega del apoyo correspondiente.

CAPÍTULO SÉPTIMO

DE LA COMPROBACIÓN DE LOS GASTOS

Artículo 23. En caso de que se otorgue la prestación médica complementaria, la persona trabajadora o pensionada deberá entregar a su nombre los recibos y/o el Comprobante Fiscal Digital generado por Internet (CFDI), archivos “XML” originales y la demás documentación comprobatoria que ampare los gastos efectuados dentro de los veinte días

hábiles siguientes al en que se le hubiera entregado el apoyo. En caso de que requiera más tiempo, tendrá que solicitar por escrito al Comité Operativo la ampliación de dicho plazo, el que no podrá exceder de veinte días hábiles, contados a partir de la fecha en que sea notificada la resolución del Comité Operativo.

Artículo 24. La documentación a que se refiere el artículo anterior deberá reunir los requisitos siguientes:

- I. Estar expedida a nombre de la persona trabajadora o pensionada, así como indicar su registro federal de contribuyentes, código postal del domicilio fiscal y régimen fiscal;
- II. Nombre, denominación o razón social, código postal del domicilio fiscal, régimen fiscal en el que tributan y registro federal de contribuyentes de quien los expida;
- III. Número de folio y sello digital, lugar y fecha de expedición;

- IV.** Cantidad y clase de productos o descripción del servicio que ampare;
- V.** Valor unitario e importe total consignado en número y letra, así como el monto de los impuestos que, en su caso, y en términos de las disposiciones fiscales deban trasladarse;
- VI.** El nombre del beneficiario de la prestación, cuando así corresponda, y
- VII.** Forma, método de pago y uso del comprobante fiscal.

Artículo 25. El Comité Operativo tendrá la facultad en todo tiempo de verificar la autenticidad de los datos de la solicitud, sus anexos, recibos y Comprobante Fiscal Digital generado por Internet (CFDI) respectivos.

Artículo 26. La persona titular de la Secretaría llevará los archivos y registros adecuados de las estadísticas y montos de las prestaciones que se otorguen.

CAPÍTULO OCTAVO
DE LA CANCELACIÓN DE LAS PRESTACIONES
MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

Artículo 27. Se cancelará la prestación médica complementaria a que se refiere el presente Acuerdo General de Administración cuando:

- I. Para obtenerla la persona trabajadora o pensionada de que se trate, proporcione datos falsos que induzcan al error o se aprovechen de aquél en que el Comité Operativo hubiese incurrido;
- II. Las hijas o hijos de las personas trabajadoras cuando cumplan veinticinco años, excepto las personas con alguna condición de discapacidad, y
- III. La persona trabajadora cause baja de la Suprema Corte.

Artículo 28. La devolución de cantidades que, en su caso, hubieren sido entregadas indebidamente a la persona trabajadora será resuelta por el Comité Operativo, previo informe que al respecto rinda la persona titular de la Secretaría.

CAPÍTULO NOVENO

DEL RECURSO DE REVISIÓN

Artículo 29. Las resoluciones por las que el Comité Operativo determine negar la prestación médica complementaria, así como los términos en que se hubieren otorgado, podrán ser revisados a petición de la persona interesada ante el Comité de Gobierno vía recurso de revisión.

El recurso de revisión también podrá interponerse en contra de las resoluciones que suspendan o cancelen la prestación médica complementaria solicitada, así como las relativas a la devolución de cantidades pagadas indebidamente.

La persona titular de la Secretaría al notificar a la persona interesada de la resolución del Comité Operativo, le informará

de forma fehaciente la procedencia del recurso de revisión y del plazo para interponerlo.

Artículo 30. El plazo para interponer el recurso de revisión por parte de la persona solicitante o beneficiaria de la prestación médica complementaria será de treinta días naturales siguientes a partir de la fecha de recepción de la notificación de la resolución respectiva.

Artículo 31. El recurso de revisión deberá interponerse por la persona interesada o su representante mediante escrito dirigido al Comité de Gobierno, el que deberá ser presentado directamente o por correo certificado, en la Oficina de Certificación Judicial y Correspondencia de la Suprema Corte.

Artículo 32. El recurso de revisión se substanciará de plano por el Comité de Gobierno, quién deberá emitir la resolución que corresponda.

Artículo 33. En contra de la resolución que decida sobre el recurso de revisión no procederá medio de impugnación alguno.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo General de Administración entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Semanario Judicial de la Federación.

SEGUNDO. Se abroga el Acuerdo General de Administración III/2006, del diez de abril de dos mil seis, del Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por el que se regula el Plan de Prestaciones Médicas Complementarias y la ayuda para lentes graduados de los trabajadores de este Alto Tribunal.

TERCERO. Se derogan todas aquellas disposiciones administrativas que se opongan a lo señalado en el presente Acuerdo General de Administración.

CUARTO. Los apoyos económicos autorizados a las personas servidoras públicas por el Comité Operativo del plan de prestaciones médicas complementarias continuarán vigentes y teniendo pleno valor a la entrada en vigor del

presente Acuerdo General de Administración en los mismos términos y condiciones que fueron aprobados.

QUINTO. Publíquese el presente Acuerdo General de Administración en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, así como en medios electrónicos de consulta pública de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en términos de lo dispuesto en los artículos 70, fracción I, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 71, fracción VI, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Firman la señora y señores Ministros integrantes del Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Presidenta Norma Lucía Piña Hernández, Javier Laynez Potisek y Jorge Mario Pardo Rebolledo.