

CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ "LA SECRETARÍA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL C. COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, ASISTIDO POR EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DR. JAVIER LOZANO HERRERA, Y POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, M. EN C. ANTONIO CHEMOR RUIZ, Y POR LA OTRA PARTE EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE ZUMPANGO REPRESENTADO POR LA DRA. ANETTE ELENA OCHMANN RATSCH EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL EN LO SUCESIVO "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", A QUIENES ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA, SE LES DENOMINARA "LAS PARTES" CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

- I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en su artículo 4o., párrafos tercero y sexto, el derecho de las personas a la protección de la salud, disponiendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; así como el derecho que tienen los niños y las niñas a la satisfacción de sus necesidades de salud.
- II. La promoción de la salud de los niños representa un objetivo estratégico para todo Estado que pretenda construir una sociedad sana, justa y desarrollada. La condición de salud de los niños afecta de manera importante el rendimiento educativo de los escolares, y éste, a su vez, tiene un efecto significativo en la salud y la capacidad productiva en la edad adulta, es decir, la salud de los primeros años, determina las condiciones futuras de esa generación.

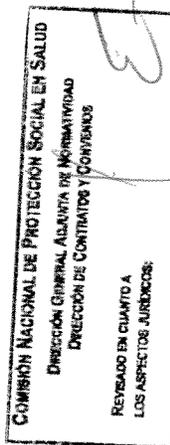
El objetivo del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población beneficiaria menor de cinco años es asegurar el financiamiento de la atención médica y preventiva para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades para que una nueva generación esté más capacitada, preparada y activa.

- III. Con fecha 28 de febrero de 2013 fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI para el Ejercicio Fiscal 2013 (Reglas de Operación), que contempla como uno de los apoyos económicos para la operación del Seguro Médico Siglo XXI, el pago por prestación de servicios no otorgados por los Servicios Estatales de Salud, a los beneficiarios del Programa.
- IV. En las Reglas de Operación Seguro Médico Siglo XXI, se establece que para lograr la adecuada operación del Seguro Médico Siglo XXI y garantizar la prestación de los servicios, aun en aquellas localidades en las que los Servicios Estatales de Salud no cuentan con unidades médicas instaladas, "LA SECRETARIA" y/o las entidades federativas podrán suscribir convenios con el IMSS, tanto en su régimen obligatorio como con el programa IMSS-Oportunidades, con el ISSSTE, y con otras instituciones proveedoras de servicios del Sistema Nacional de Salud.

DECLARACIONES

I. "LA SECRETARIA" declara:

- I.1. Que es una dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, en términos de lo dispuesto en los artículos 2, 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social y servicios médicos y salubridad general.



- I.2. Que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en términos de los artículos 77 bis 35 de la Ley General de Salud, 2 literal C, fracción XII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, por lo que cuenta con autonomía técnica, administrativa y operativa.
- I.3. Que el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud tiene la competencia y legitimación para suscribir el presente Convenio, según se desprende de lo previsto en los artículos 38, fracción V, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; y 6 fracción I del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cargo que se acredita con nombramiento de fecha 11 de diciembre de 2012, expedido por el Licenciado Enrique Peña Nieto, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos.
- I.4. Que dentro de las facultades de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se encuentran las de instrumentar la política de protección social en salud; impulsar la coordinación y vinculación de acciones del Sistema de Protección Social en Salud con las de otros programas sociales para la atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable desde una perspectiva intercultural que promueva el respeto a la persona y su cultura, así como sus derechos humanos en salud; administrar los recursos financieros que en el marco del Sistema le suministre la Secretaría de Salud y efectuar las transferencias que correspondan a los Estados y al Distrito Federal, acorde a lo establecido en el artículo 4 fracciones I, VI y XIII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.5. Que corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, entre otros: (i) proponer la incorporación gradual y jerarquizada de los servicios de salud y de las intervenciones clínicas al Sistema, así como su secuencia y alcance con el fin de lograr la cobertura universal de los servicios; (ii) estimar los costos derivados de las intervenciones médicas y de la provisión de nuevos servicios, con base en los protocolos clínicos y terapéuticos previendo su impacto económico en el Sistema, y (iii) coadyuvar en la determinación de las cédulas de evaluación del Sistema, que se utilicen en el proceso de acreditación, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 10, fracciones I, II y III BIS 3 Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.6. Que corresponde a la Dirección General de Financiamiento, entre otros: (i) diseñar y proponer en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, los esquemas y mecanismos financieros que sean necesarios para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud, incluyendo el desarrollo de programas de salud dirigidos a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable; (ii) determinar los criterios para la operación y administración de los fondos generales y específicos relacionados con las funciones comprendidas en el Sistema de Protección Social en Salud y de los programas orientados a la atención de grupos vulnerables; (iii) coadyuvar, con la participación de las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en las acciones de supervisión financiera del Sistema de Protección Social en Salud, y de los programas de atención a grupos indígenas, marginados, rurales y en general a cualquier grupo vulnerable para garantizar el cumplimiento de las normas financieras y de operación, así como de sus metas y objetivos, de conformidad con el artículo 9 fracciones III, VI, VII del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- I.7. Que cuenta con la disponibilidad presupuestaria correspondiente para hacer frente a las obligaciones derivadas de la suscripción del presente instrumento.

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD
 DIRECCIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS
 REVISADO EN CUARTO A
 LOS ASPECTOS JURÍDICOS:

I.8. Que para efectos del presente convenio señala como domicilio el ubicado en la Calle Gustavo E. Campa, número 54, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, en México, Distrito Federal.

II. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" declara:

PERSONALIDAD

II.1. Que es un organismo público descentralizado de carácter estatal, sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por objeto proveer servicios médicos de alta especialidad con enfoque regional a la población que no cuente con seguridad social; en términos de lo establecido en los artículos 2.13 del Código Administrativo del Estado de México; artículo 1 y artículo 2 fracción I de la Ley que crea el Organismo Público Descentralizado de carácter Estatal Denominado Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango Decreto 59.

II.2. Que su Directora General, Dra. Anette Elena Ochmann Ratsch, fue designada por el C. Gobernador Constitucional del Estado de México y participa en la suscripción del presente convenio de conformidad con los artículos 1.38 párrafos primero fracción II y segundo, 1.40, 2.13 apartado A fracción III y apartado B fracciones VII, VIII y XIX y 2.14 párrafos primero y tercero del Código Administrativo del Estado de México; 297 fracciones VII, XVII y XXIX del Reglamento de Salud del Estado de México; 3 fracciones VIII y XVI, 5 fracción II, 12, 13 fracciones XVIII y XXIX de la Ley que crea el Organismo Público Descentralizado de carácter estatal denominado Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango; 6 fracción II, 11 fracciones I y XI del Reglamento Interior del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango; octavo guion de la clave programática 217H10000 del Manual General de Organización del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango.

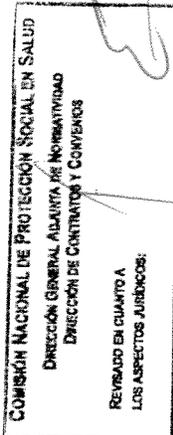
II.3. Presente convenio, conforme lo establece el artículo 13 fracción XVIII de la Ley que Crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango que a la letra dice: "La Directora General tendrá la atribución de celebrar convenios, contratos y acuerdos con dependencias o entidades de la Directora General Dra. ANETTE ELENA OCHMANN RATSCH, es la máxima autoridad, misma que tiene la facultad jurídica para celebrar el la administración pública federal, estatal o municipal.

II.4. Que para todos los efectos legales relacionados con el presente convenio señala que esta registrado ante la Secretaria de Hacienda y Crédito Público como una Institución perteneciente a la Secretaria de Salud con número de Licencia Sanitaria 12AM15120013 y número de Registro Federal de Contribuyentes HRA070808H31.

II.5. Que cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente Convenio.

II.6. Que se encuentra acreditado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud para Servicio de Alta Especialidad para la atención del Infarto Agudo al Miocardio del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, acreditación en Capacidad, Calidad y Seguridad para la Atención Médica en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y acreditación en Cirugía Ambulatoria.

II.7. Que señala como domicilio para la prestación de los servicios el ubicado en carretera Zumpango-Jilotzingo, número 400, Barrio de Santiago, Segunda Sección, Zumpango, Estado de México, Código Postal 55600.



II.8. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en domicilio fiscal ubicado en carretera Zumpango-Jilotzingo, número 400, Barrio de Santiago, Segunda Sección, Zumpango, Estado de México, Código Postal 55600.

FUNDAMENTACIÓN

Resultan aplicables al presente instrumento jurídico:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4;
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39;
- Ley General de Salud, artículos 9, 13 apartado B), 77 bis 1, y 77 bis 31;
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, artículos 74, 75 y 77;
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, artículos 174 y 175;
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, artículos 23 al 30;
- ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2013 (Reglas de Operación);
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013

Conforme a las disposiciones legales y reglamentarias antes mencionadas, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- "LAS PARTES" convienen lo siguiente:

Transferencia de Recursos Federales.

1. Los recursos federales a transferir, naturaleza normativa y presupuestal, procedimiento, Cláusula Segunda.

Fines.

2. Comprometer que los recursos federales a transferir sean destinados para el reembolso por las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI, Cláusula Tercera.

Devengo para la transferencia de recursos federales.

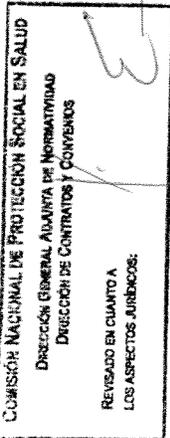
3. Establecer en términos de las disposiciones aplicables, el momento del devengo para los recursos federales a transferir, Cláusula Cuarta

Validación de los desembolsos y Seguimiento a los Indicadores.

4. Establecer en términos de las disposiciones aplicables, el momento en que se deberá efectuar el reembolso correspondiente con cargo a los recursos federales a transferir, el control y supervisión de los recursos federales transferidos, informar sobre el seguimiento de los indicadores de resultados establecidos, Cláusula Quinta.

Aspectos generales.

5. Las directrices que regularán obligaciones, vigencia, modificaciones, causas de terminación y rescisión, Cláusulas Sexta a Décima.



SEGUNDA.- TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES.- "LA SECRETARÍA" transferirá recursos presupuestarios correspondientes al Programa Seguro Médico Siglo XXI a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos del artículo 77 Bis 5 de la Ley General de Salud.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" solicitará a "LA SECRETARÍA" el reembolso de los casos de intervenciones cubiertas de aquellos beneficiarios que no hayan cubierto ninguna cuota de recuperación.

Para el reembolso respectivo, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" deberán expedir un recibo institucional de la transferencia del recurso en donde se especifique el Banco, los datos de la cuenta bancaria con la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), la cantidad a pagar y los casos a cubrir, debiendo mantener en el expediente, todos los documentos clínicos y una copia de la póliza de afiliación relacionados con el caso por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada. "LA SECRETARÍA" podrá solicitar cualquier información adicional de los casos cuyo reembolso haya sido solicitado.

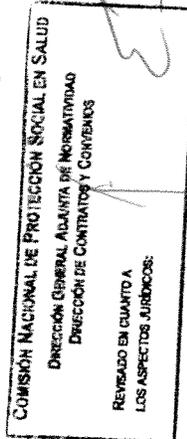
TERCERA.- FINES.- "LA SECRETARIA" efectuará el reembolso por las intervenciones realizadas por parte de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" a los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI, las cuales se describen como acciones de segundo y tercer niveles de atención que no están contempladas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ni en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), de conformidad con el numeral 5.3.2. de las Reglas de Operación y el Anexo 1 del presente instrumento. No se cubrirán las acciones e intervenciones señaladas en el Anexo 2 de las Reglas de Operación del programa Seguro Médico Siglo XXI.

En el caso de las intervenciones con tabulador "Pago por facturación" se cubrirá solamente el tratamiento de sustitución, y/o medicamentos especializados, así como los insumos que se requieran de acuerdo a la aplicación de dichos tratamientos. El registro se realizará en el sistema informático del Seguro Médico Siglo XXI bimestralmente.

En el caso de las intervenciones realizadas a los beneficiarios del Programa del Seguro Médico Siglo XXI y que no se enlisten en el tabulador del Anexo 1 del presente instrumento, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud estará facultada para determinar si son elegibles de cubrirse con el Seguro Médico Siglo XXI y el monto de la tarifa a cubrir por cada uno de los eventos. Esta tarifa será como máximo la cuota de recuperación del tabulador más alto aplicable a la población sin seguridad social que tenga la institución que haya realizado la intervención.

CUARTA.- DEVENGO PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES:

- 1) La transferencia de recursos para cumplir con el objeto del presente instrumento, que realiza "LA SECRETARÍA" en favor de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se consideran devengados para "LA SECRETARÍA" una vez que se constituyó la obligación de transferir el recurso a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS".
- 2) Considerando que los recursos que se transfieran por pago de intervenciones cubiertas corresponden a un reembolso por un servicio otorgado, la comprobación del ejercicio de éstos se hará con la emisión del recibo que remitan por la ministración de los recursos aplicable.
- 3) Los documentos justificativos para "LA SECRETARÍA" de la obligación de pago serán: Las leyes aplicables, las Reglas de Operación y el presente Convenio; el documento comprobatorio será el recibo a que se refiere el Anexo 2 del presente instrumento, que es parte integrante del mismo.
- 4) Queda expresamente estipulado, que la transferencia presupuestaria a que se refiere el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica la obligación de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo a la Federación, para complementar las acciones que pudieran derivar del objeto del presente instrumento, ni de operaciones inherentes a las obras y equipamiento, ni para



cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

QUINTA.- VALIDACION DE LOS DESEMBOLSOS Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES.

- 1) Los recursos presupuestarios que transfiere el Ejecutivo Federal se aplicarán para el reembolso y hasta por los importes por cada intervención que se indican en las Reglas de Operación y en el Anexo 1 del presente instrumento, que es parte integrante del mismo.

El procedimiento para la validación de los desembolsos será el siguiente:

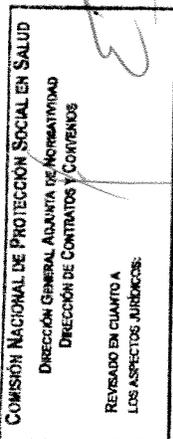
- I. "LA SECRETARÍA" a través de las direcciones competentes de la CNPSS (perfil médico CNPSS) revisarán el registro de los casos, verificando que contengan la información requerida que permita su autorización; de proceder, autorizarán los montos para pago; y, enviarán a la dirección general de la CNPSS correspondiente (perfil financiero CNPSS) un informe de los casos en que proceda el reembolso, para que ésta, a su vez, realice la transferencia de recursos a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS"
- II. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", emitirá el recibo correspondiente que se detalla en el Anexo 2 del presente instrumento, que deberá contener los requisitos fiscales que marca la Ley en la materia a fin de amparar los desembolsos pactados; la Comisión Nacional de Protección Social en Salud revisará y validará dicho recibo.
- III. "LA SECRETARÍA" no pagará las intervenciones cuya información requerida para su autorización no sea proporcionada, cuando la calidad de la información recibida no permita su adecuada autorización, o cuando durante el proceso de autorización, se determine la improcedencia del reembolso.
- IV. El control y supervisión de los recursos a que se refiere el presente convenio se realizará conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA SECRETARÍA":

- I. Efectuar el reembolso por las intervenciones realizadas por parte de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" a los beneficiarios del Seguro Médico Siglo XXI, en apego a lo dispuesto en el presente convenio, sus anexos y demás disposiciones aplicables.
- II. Podrá practicar visitas, solicitar la entrega de la documentación e información que permita observar el cumplimiento del presente convenio y sus anexos.
- III. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.
- IV. El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a "LA SECRETARÍA", sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que los órganos fiscalizadores federales competentes, realicen a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS".
- V. Publicar en la página de Internet de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de "LA SECRETARÍA" el presente convenio.

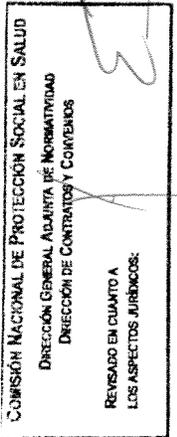
SEPTIMA.- OBLIGACIONES DE "EL PRESTADOR DE SERVICIOS".- "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se obliga a:

- I. Prestar los servicios médicos de segundo y tercer nivel que no se encuentran dentro del CAUSES ni del FPGC, pero dentro de aquellos padecimientos



cubiertos por el Programa Seguro Médico Siglo XXI, de conformidad con las Reglas de Operación.

- II. Aplicar todos los conocimientos, experiencia y máxima diligencia que posea para el cabal cumplimiento del objeto de este convenio, así como a respetar las normas establecidas por "LA SECRETARÍA", desempeñándose en todo tiempo con su propio personal, medios y materiales necesarios que demande la satisfacción total del objeto de este convenio.
- III. Entregar a "LA SECRETARÍA", en caso que lo requiera, un informe mensual de los registros clínicos de los pacientes, con el siguiente contenido: nombre, edad, género, lugar de residencia, diagnóstico motivo de los servicios prestados y procedimiento clínico realizado, para el caso de los registros clínicos; en su caso, a través del Sistema informático que ponga a disposición "LA SECRETARÍA".
- IV. Preparar y proporcionar los documentos o información relacionados con el cumplimiento del presente convenio que sean solicitados por "LA SECRETARÍA", así como brindar las facilidades necesarias a fin de que "LA SECRETARÍA" pueda llevar a cabo el seguimiento del adecuado cumplimiento del presente convenio.
- V. Dar aviso al Régimen Estatal de Salud de los casos que se han atendido y que se han puesto del conocimiento de "LA SECRETARÍA", dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre del mes correspondiente.
- VI. Proporcionar a los pacientes cuyo tratamiento sea objeto de apoyo en virtud de este convenio los servicios de salud con un trato digno y atención médica efectiva, ética y responsable con elementos que definen la calidad asistencial de la unidad operativa, y con la misma calidad y calidez en la atención médica que al resto de los pacientes que atiendan.
- VII. Asegurar que todos los servicios estén basados en la buena práctica, acordes con los estándares nacionales, las normas oficiales mexicanas y los protocolos emitidos por la Secretaría de Salud.
- VIII. Dar satisfacción a los pacientes en lo relacionado con los tiempos de espera, en la recepción de los medicamentos, en la obtención completa de los medicamentos; así como en las instrucciones sencillas sobre el uso adecuado de los medicamentos; proporcionar indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.
- IX. Dar a conocer a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes, los derechos a los que se hace acreedor al aceptar y recibir los servicios de salud que corresponda, de acuerdo a la intervención médica a la que vaya a ser sometido.
- X. Atender a los pacientes con personal calificado que asuma una actitud cortés, amable y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud, con respecto a las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las condiciones socioculturales de género.
- XI. Proporcionar la información suficiente de manera comprensible, veraz y oportuna a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes sobre las intervenciones a que será sometido y obtener los consentimientos debidamente informados que se requieran en los términos de la normatividad aplicable.
- XII. Informar sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y dar las facilidades para la obtención de la segunda opinión al respecto.
- XIII. Proporcionar un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y los procedimientos tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido del expediente y su inalterabilidad; permitir el acceso a los padres, tutores y/o representantes de



paciente para acceder a los informes y resultados previa solicitud que haga por escrito, conforme a la normatividad aplicable.

- XIV. Conceder a los padres, tutores y/o representantes de los pacientes la libertad para decidir, sin ninguna forma de presión, sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le proponga; así como la de contar, si así lo desea, con la opinión de un segundo médico.
- XV. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "LA SECRETARÍA", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

OCTAVA.- COMISION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

- I. Para el adecuado desarrollo del objeto del presente instrumento, las partes formarán una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por dos representantes de "LA SECRETARÍA" y dos de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", cuyas funciones serán las siguientes:
 - a) Definir y especificar los procedimientos para una correcta y oportuna atención a los pacientes.
 - b) Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista en este instrumento.
 - c) Las demás que acuerden las partes.
- II. "LA SECRETARÍA" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director General de Gestión y Servicios de Salud y al Director General de Financiamiento, ambos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- III. "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" designa como sus representantes ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento al Director General y al Director de Administración y Finanzas del Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango.

COMISION NACIONAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD
DIRECCION DE CONTRATOS Y CONVENIOS
REVISADO EN CUARTO A
LOS ASPECTOS JURIDICOS:

NOVENA.- DEL RESGUARDO DE LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS Y LOS EXPEDIENTES CLINICOS.- "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" resguardará el expediente clínico de cada paciente beneficiario y una copia de la póliza de afiliación relacionados con el caso por un plazo de 5 años, contados a partir de la última atención otorgada, así como las recetas y demás documentación soporte de la atención médica y medicamento proporcionado. El expediente deberá llevarse de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012 y sus respectivas modificaciones.

DECIMA.- ACCESO A LA INFORMACION.- La información y actividades que se presenten, obtengan o produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento serán clasificadas atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que "LAS PARTES" se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

DECIMA PRIMERA.- RELACIONES LABORALES.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que intervenga en la ejecución de las acciones materia de este convenio, mantendrá su relación laboral y estará bajo la dirección y dependencia de la parte respectiva, por lo que no crearán relaciones de carácter laboral, civil ni de seguridad social con la otra, a la que en ningún caso se le considerará como patrón sustituto o solidario.

DECIMA SEGUNDA.- VIGENCIA.- El presente Convenio comenzará a surtir efectos a partir de la fecha de su suscripción y hasta el 31 de diciembre de 2013.

DECIMA TERCERA.- MODIFICACIONES.- El presente instrumento podrá ser modificado o adicionado conforme a las necesidades que se presenten durante la vigencia del presente convenio, previa notificación que se realice por escrito por cualquiera de "LAS PARTES". Toda modificación o adición deberá ser acordada por "LAS PARTES", formalizarse por escrito y entrará en vigor a partir de la fecha de su firma.

DECIMA CUARTA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.- "LAS PARTES" no serán responsables de eventos derivados de caso fortuito o fuerza mayor, los cuales les impidieran total o parcialmente la ejecución de las obligaciones derivadas del presente convenio de colaboración.

DECIMA QUINTA.- TERMINACION ANTICIPADA.- "LAS PARTES" acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado anticipadamente por alguna de ellas, previa notificación escrita a la otra que se realice con 30 días naturales de anticipación, por lo que en todo caso tomará las medidas necesarias, a fin de no afectar a terceros.

DECIMA SEXTA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente convenio podrá rescindirse por las siguientes causas:

I. Cuando se determine que los recursos presupuestarios federales se utilizaron con fines distintos a los previstos en el presente instrumento, o,

II. Por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en el mismo.

Casos en los cuales se procederá en términos de lo establecido en las Reglas de Operación.

DECIMA SEPTIMA.- SOLUCION DE CONTROVERSIAS.- En caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación o cumplimiento del presente convenio, "LAS PARTES" lo resolverán conforme al siguiente procedimiento:

- A. Recurriendo y apoyándose de conformidad en la coadyuvancia y las gestiones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento; prevista en la Cláusula Octava del presente convenio.
- B. En caso de no llegar a un arreglo satisfactorio, someterse a la legislación federal aplicable y a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en el Distrito Federal, por lo que en el momento de firmar este convenio, renuncian en forma expresa al fuero que en razón de su domicilio actual o futuro o por cualquier otra causa pudiere corresponderles.

DECIMA OCTAVA.- AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.- "LAS PARTES" convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente instrumento, se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones.

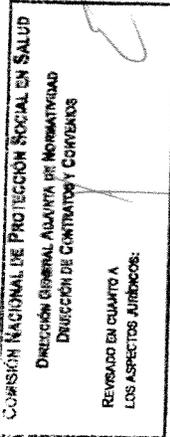
En caso de que cambien de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra parte, de manera escrita y con 15 días naturales de anticipación a que dicho cambio de ubicación se lleve a cabo, de lo contrario se tomará como vigente el domicilio expresado en el apartado de Declaraciones del presente instrumento.

DECIMA NOVENA.- ANEXOS.- "LAS PARTES" reconocen como Anexos integrantes del presente Convenio, los que se mencionan a continuación y que además tienen la misma fuerza legal que el presente convenio:

Anexo 1. "Listado de intervenciones cubiertas por el Seguro Médico Siglo XXI y sus tabuladores correspondientes". (Anexo 1 de las Reglas de Operación)

Anexo 2. "Modelo de Recibo de pago".

Leído que fue el Convenio, y enteradas las partes de su contenido y alcance legales, lo firman por cuadruplicado en la Ciudad de México, el día primero del mes de noviembre del año dos mil trece.



POR "LA SECRETARÍA"

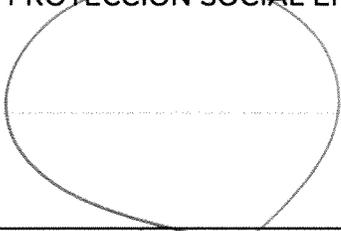


DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS
COMISIONADO NACIONAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

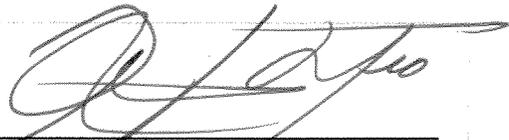
POR "EL PRESTADOR DE SERVICIOS"



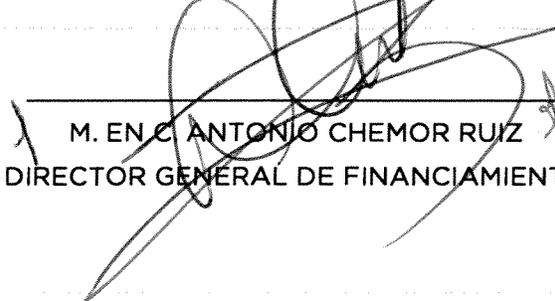
DRA. ANETTE ELENA OCHMANN
RATSCH
DIRECTORA GENERAL



DR. JAVIER LOZANO HERRERA
DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD



C. ALEJANDRO LEONARDO GARCÍA
FRANCO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y
FINANZAS



M. EN C. ANTONIO CHEMOR RUIZ
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO

COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE NORMATIVIDAD
DIRECCIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS
REVISADO EN CUANTO A
LOS ASPECTOS JURÍDICOS

Hoja de firmas del convenio para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango.

