

CONVENIO DE COLABORACIÓN CON CARGO A LOS RECURSOS DEL FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, SUBCUENTA FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS, SUBSUBCUENTA ALTA ESPECIALIDAD, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, REPRESENTADA POR EL TITULAR DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ, ASISTIDO EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, MTRO. JOSÉ DE LA ROSA LÓPEZ, EN ADELANTE "LA SECRETARÍA", Y, POR OTRA PARTE, LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA, REPRESENTADOS POR SU TITULAR, DR. ALBERTO JONGUITUD FALCÓN; LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS, REPRESENTADA POR SU TITULAR, ING. MARÍA ALEJANDRA MARISELA NANDE ISLAS; ASISTIDOS POR EL DIRECTOR GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN TLAXCALA, DR. JOSÉ HIPÓLITO SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, EN LO SUCESIVO "SALUD TLAXCALA", A QUIENES CUANDO ACTÚEN CONJUNTAMENTE SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", AL TENOR DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:



ANTECEDENTES

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, párrafo cuarto, establece como un derecho humano la protección de la salud y dispone 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.
2. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta Nacional II "México Incluyente", plantea garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, más allá del asistencialismo, conectando el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía. Para ello, se dispone poner especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía sean un factor determinante en su desarrollo.

En ese contexto, se define el objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad, y en la séptima línea de acción se considera desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

3. El Sistema de Protección Social en Salud establecido mediante el *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, constituye un mecanismo de protección financiera por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de las personas que no están comprendidas como sujetos de algún régimen de seguridad social u otro mecanismo de protección de la salud.

4. Los artículos 77 Bis 17 de la Ley General de Salud; 95, 96 y 97 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud disponen la creación, por parte de la Federación, de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. En cumplimiento a ello, la Secretaría de Salud gestionó la constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, administrado mediante un Fideicomiso Público denominado Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en adelante "**EL FIDEICOMISO**".

Los artículos 77 Bis 30 de la Ley General de Salud y 101, segundo párrafo, de su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud contemplan el fortalecimiento de infraestructura médica de alta especialidad dentro del Sistema de Protección Social en Salud con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos de "**EL FIDEICOMISO**".

5. El proyecto de inversión denominado "**Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas**", cuenta con Registro en Cartera de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público bajo el número **1812U000024**.

6. La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud, mediante oficio **DGPLADES-DGAPI-DPMS-02419-2018** del 18 de junio de 2018, emitió la actualización del Certificado de Necesidad **CDN-7201/TLX-68/18**, para el establecimiento de salud relativo al proyecto de inversión denominado "**Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas**".

7. El Comité Técnico de "**EL FIDEICOMISO**", mediante Acuerdo **E.VIII.89/1018**, dictado en la Octava Sesión Extraordinaria, celebrada el 5 de octubre de 2018, aprobó por unanimidad la autorización de un apoyo financiero por un monto de hasta **\$176,225,062.00 (ciento setenta y seis millones doscientos veinticinco mil sesenta y dos pesos 00/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, para la ejecución proyecto de inversión denominado "**Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas**", con cargo a los recursos de la Subcuenta Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos,



Subsubcuenta Alta Especialidad de "EL FIDEICOMISO", cuya transcripción constituye el **Anexo I**.

8. El Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO", mediante Acuerdo **E.VIII.89/1018**, dictado en la Octava Sesión Extraordinaria, celebrada el 5 de octubre de 2018, en cumplimiento a lo establecido en el segundo párrafo de la Regla 39 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud ("REGLAS DE OPERACIÓN"), determinó el plazo dentro del cual el **Área Solicitante** deberá informar los compromisos asumidos oficialmente para el ejercicio del recurso autorizado y el calendario de transferencia de recursos autorizados, este último una vez firmado por el **Área Solicitante**, se integrará, sin mayores formalidades, como **Anexo II** del presente convenio.
9. El Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos S.N.C., institución fiduciaria de "EL FIDEICOMISO", mediante oficio **DAF/GASF/153400/2048/2018** del 5 de octubre de 2018, suscrito por el Gerente de Administración Sectorial Fiduciaria, Everardo Carlos Navas Becerril, informó a "LA SECRETARÍA" que el importe relativo al **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud** se encuentra provisionado en el patrimonio de "EL FIDEICOMISO" y será cubierto con cargo a la Subcuenta Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Subsubcuenta Alta Especialidad.



DECLARACIONES

I. "LA SECRETARÍA" DECLARA QUE:

1. De conformidad con los artículos 2, 26 y 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una Dependencia de la Administración Pública Federal Centralizada, y como cabeza de sector, tiene a su cargo proveer lo necesario para el exacto cumplimiento de sus funciones, dentro de la esfera de su competencia.
2. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un Órgano Administrativo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, cuya función consiste en ejercer las atribuciones que, en materia de protección social en salud, le corresponden, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud; 2, literal C, fracción XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 3 y 4 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
3. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud tiene dentro de sus atribuciones, la de administrar los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad, de conformidad con lo previsto

en los artículos 77 Bis 30 de la Ley General de Salud; 96 y 101, segundo párrafo, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, y 4, fracción XVII, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

4. El Mtro. Antonio Chemor Ruiz, Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, cuenta con las facultades necesarias para la celebración del presente convenio, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 77 Bis 35 de la Ley General de Salud; 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, acreditando su personalidad mediante el nombramiento expedido por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Enrique Peña Nieto, el 16 de septiembre de 2017.
5. El Mtro. José de la Rosa López, Director General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, interviene en el presente instrumento jurídico de conformidad con las funciones que le atribuyen las fracciones VIII y IX, del artículo 9, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, acredita su cargo mediante nombramiento del 16 de abril de 2018, expedido por el Secretario de Salud, Dr. José Ramón Narro Robles.
6. Para los efectos del presente convenio, señala como domicilio el ubicado en calle Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, alcaldía Álvaro Obregón, código postal 01020, Ciudad de México.

II. "SALUD TLAXCALA" DECLARA QUE:

1. La Secretaría de Salud es una Dependencia del Poder Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, que tiene por objeto establecer la política estatal en materia de salud y, entre sus facultades, le corresponde, conducir la política estatal en materia de salud; promover instrumentos de coordinación en apoyo al cumplimiento de los programas y prestación de servicios de salud de toda Dependencia o Entidad Pública Estatal y su objetivo es la operación y prestación de servicios de salud a la población abierta y al derechohabiente del Sistema de Salud, con fundamento en los artículos 11 y 38, fracciones I, III, VII, IX y XIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; 17, fracciones I, III, y VII; 18, apartado A, fracción I, y 23, de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala; 1, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala. Para efectos del presente convenio, cuenta con el carácter de **Área Solicitante** de los recursos en términos de las reglas 2, fracción III, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 37, 39, 48, 56 y 58 de las "REGLAS DE OPERACIÓN".
2. Salud de Tlaxcala es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene por



objeto la operación y prestación de servicios de salud a la población abierta así como al derechohabiente del Sistema y, entre sus atribuciones, organizar y operar los servicios de salud a la población abierta y derechohabientes del Sistema de Salud, en coordinación con las autoridades municipales correspondientes, en materia de salubridad general y de regulación y control sanitario en los municipios del Estado, con fundamento en los artículos 23 y 34, fracciones I, III, IV, VII y XIV, de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala; 5 y 6, fracciones I, III, IV, VII y XIV, del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala. Para efectos del presente convenio, cuenta con el carácter de **Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora** en términos de las reglas 2, fracción XX, 9 y 37 de las **"REGLAS DE OPERACIÓN"**.

3. Dr. Alberto Jonguitud Falcón es Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala y acredita sus cargos con el nombramiento del 2 de enero de 2017, otorgado por el Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Mtro. Marco Antonio Mena Rodríguez, y se encuentra facultado para suscribir el presente convenio de conformidad con los artículos 14, 30, fracciones I y XVI, de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala; 4 y 5, fracciones I, II, y XII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala; 4, 14, 17, 18, fracciones V y VI, del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.
4. La Secretaría de Planeación y Finanzas es una Dependencia del Poder Ejecutivo del Estado de Tlaxcala, que tiene por objeto promover y coordinar la formulación, instrumentación, actualización y evaluación de los programas de desarrollo en congruencia con los Planes Nacional, Estatal y Municipales de Desarrollo y tiene a su cargo la Administración de la Hacienda Pública del Estado y, entre sus atribuciones, las siguientes en materia de ingresos, recibir, registrar y administrar las participaciones, así como otros ingresos federales que correspondan al Estado, con fundamento en los artículos 11, 31 y 32, fracción I, inciso e) y fracción IV, inciso a), de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala y 1, 2 y 3 del Reglamento Interior de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala. Para efectos del presente convenio, cuenta con el carácter de **Receptor del Recurso** en términos de las reglas 2, fracción XXXI, 7, 8, 9, 37 y 51 de las **"REGLAS DE OPERACIÓN"**.
5. La Ing. María Alejandra Marisela Nande Islas es Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala y acredita su cargo con el nombramiento del 2 de enero de 2017, otorgado por el Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Mtro. Marco Antonio Mena Rodríguez, y se encuentra facultado para suscribir el presente convenio de conformidad con los artículos 5, 11 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; 6, 7 y 8 fracción VI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.
6. El Dr. José Hipólito Sánchez Hernández, Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala, asiste a la suscripción del presente convenio a



fin de dar seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en la Cláusula Novena fracción II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud suscrito el 10 de marzo de 2015, sin perjuicio de las demás obligaciones señaladas en dicho instrumento y en la legislación aplicable; y acredita su cargo con el nombramiento de fecha 22 de marzo de 2016, suscrito por el entonces Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, Lic. Mariano González Zarur. Y que se encuentra facultado para la suscripción del presente convenio de conformidad con lo dispuesto en los artículos 84 BIS-T, fracciones I y XIII de la Ley de Salud del Estado de Tlaxcala y 13 fracciones II y XIV del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado denominado Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala.

7. Cuenta con los elementos técnicos, materiales y humanos para dar cumplimiento al presente convenio.
8. Se encuentra dado de alta en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y cuenta con Registro Federal de Contribuyentes número STL961105HT8.
9. Para todos los efectos legales relacionados con el presente convenio, señala como su domicilio el ubicado en calle Ignacio Picazo Norte, número 25, colonia centro, municipio Santa Ana Chiautempan, Estado Tlaxcala, código postal 90800.

Expuesto lo anterior, **“LAS PARTES”** están de acuerdo en celebrar el presente convenio al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO. El presente convenio tiene por objeto establecer los procedimientos para llevar a cabo la transferencia, el ejercicio, la comprobación y el control de los recursos federales autorizados a **“SALUD TLAXCALA”** para apoyar la ejecución del proyecto de inversión denominado **“Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas”**, mediante Acuerdo **E.VIII.89/1018** del Comité Técnico de **“EL FIDEICOMISO”**, dictado en su Octava Sesión Extraordinaria, celebrada el 5 de octubre de 2018, cuya transcripción constituye el **Anexo I**, y forma parte integrante de este convenio.

SEGUNDA. MONTO DEL APOYO. El monto autorizado para Obra a fin de apoyar la ejecución del proyecto de inversión a que se refiere la cláusula anterior, será de hasta **\$176,225,062.00 (ciento setenta y seis millones doscientos veinticinco mil sesenta y dos pesos 00/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, con cargo a los recursos de **“EL FIDEICOMISO”**, Subcuenta Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Subsubcuenta Alta Especialidad.



TERCERA. OBLIGACIONES DE “LA SECRETARÍA”. Para el cumplimiento del objeto del presente convenio, “LA SECRETARÍA”, con estricto apego a sus atribuciones, se obliga a:

1. Revisar y gestionar los pagos que correspondan a los apoyos financieros del proyecto de inversión con base en la información del registro en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y los certificados y dictámenes emitidos por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud que fue revisada y analizada, en su momento, por el Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO”.
2. Dar seguimiento documental al proyecto de inversión con base en la información contenida en los formatos remitidos por “SALUD TLAXCALA” para solicitar la transferencia de recursos bajo el criterio de devengado que se identifican como anexos **IV. Formato para solicitar desembolso de recursos y V. Formatos de certificación de gastos** del presente convenio.
3. Informar al Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO”, cuando “SALUD TLAXCALA” notifique la no utilización total de los recursos referidos en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.**
4. Solicitar, al Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO”, dentro de los treinta días naturales posteriores al vencimiento del plazo establecido en el **Anexo II. Calendario de transferencia de recursos autorizados**, la determinación de un plazo límite para que el **Área Solicitante** demuestre que ha ejercido el recurso autorizado.
5. Someter a la consideración del Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO” la cancelación del acuerdo referido en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**, cuando el **Área Solicitante** no demuestre que ha ejercido el recurso en el plazo límite referido en el numeral anterior, en términos de la Regla 39, párrafo tercero, de las “REGLAS DE OPERACIÓN”.
6. Requerir a “SALUD TLAXCALA” mediante oficio suscrito por el Secretario Ejecutivo del Comité Técnico, la devolución del recurso transferido a través del Fiduciario de “EL FIDEICOMISO”, en términos de la Regla 8 de las “REGLAS DE OPERACIÓN”.

CUARTA. OBLIGACIONES DE “SALUD TLAXCALA” Para el cumplimiento del objeto del presente convenio, “SALUD TLAXCALA” se obliga a:

1. Entregar a “LA SECRETARÍA” el **Anexo II. Calendario de transferencia de recursos autorizados**, firmado por el titular del **Área Solicitante**, dentro del plazo señalado en **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del**



Sistema de Protección Social en Salud, que sin mayores formalidades se integrará al presente convenio.

2. Destinar los recursos previstos en el presente convenio, exclusivamente para el cumplimiento del proyecto de inversión conforme al **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**.
3. Cumplir con lo establecido en el Plan Maestro de Infraestructura, así como en las demás disposiciones jurídicas aplicables.
4. Observar las disposiciones aplicables a las obras públicas y servicios relacionados con las mismas, así como a las adquisiciones, arrendamientos de bienes muebles y prestación de servicios que se efectúen con los recursos señalados en la cláusula Segunda del presente convenio.
5. Proporcionar la información y documentación que, en relación con los recursos a que se refiere la cláusula Segunda, requieran los órganos de control y fiscalización federales y estatales facultados, y permitir a éstos las visitas de inspección que, en ejercicio de sus respectivas atribuciones, lleven a cabo con la frecuencia que le sea requerida.
6. Proporcionar la información y documentación que, en relación con los recursos a que se refiere la cláusula Segunda, requiera **"LA SECRETARÍA"**, y brindar las facilidades necesarias para el seguimiento del cumplimiento del presente convenio, así como permitirle las visitas de supervisión que, en ejercicio de sus atribuciones y en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley General de Salud, lleve a cabo con la frecuencia que le sea requerida.
7. Gestionar, ante **"LA SECRETARÍA"**, dentro de los plazos señalados en el **Anexo II. Calendario de transferencia de recursos autorizados** y bajo el criterio de devengado, la transferencia de los recursos correspondientes al monto del apoyo autorizado referido en la cláusula Segunda del presente convenio, mediante la entrega del **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos**, del **Anexo V. Formatos de certificación de gastos** y del **Anexo VI. Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente**. La documentación comprobatoria del gasto deberá cumplir con los requisitos fiscales y demás disposiciones aplicables. El **Área Solicitante**, previo al vencimiento del plazo señalado en el **Anexo II. Calendario de transferencia de recursos autorizados**, podrá solicitar por escrito, a **"LA SECRETARÍA"**, una prórroga al mismo justificando las razones para ello; para lo cual, debe cumplir con el numeral 1 de la Cláusula **DÉCIMA SÉPTIMA. MODIFICACIONES** del presente convenio.



Handwritten blue initials and a signature, possibly 'HS' and 'H', are visible on the right side of the page.

8. Tener una cuenta bancaria, en la que el beneficiario sea el **Receptor del Recurso**, para recibir exclusivamente los recursos referidos en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**, así como entregar, a **"LA SECRETARÍA"**, junto con la primera solicitud de transferencia de recursos, la certificación original actualizada de la cuenta bancaria la cual deberá de estar activa, en hoja membretada por la Institución Bancaria que corresponda, que contenga, nombre y número de la cuenta, número de sucursal, CLABE estandarizada y fecha de apertura. El nombre de la cuenta se debe conformar únicamente por la denominación del **Receptor del Recurso** y por el número de acuerdo por el que se autoriza el apoyo económico, referido en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud** del presente convenio.
9. Notificar a **"LA SECRETARÍA"** por escrito, previo a la solicitud de pago, cualquier modificación al **Anexo III. Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos**.
10. Integrar la información que será entregada a **"LA SECRETARÍA"** mediante el **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos** y el **Anexo V. Formatos de certificación de gastos**, cuyo contenido es responsabilidad exclusiva de **"SALUD TLAXCALA"**. así como la documentación comprobatoria de la información contenida en cada uno de los formatos señalados.
11. Mantener bajo su custodia la documentación original cuya información se refiera en el **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos**, en el **Anexo V. Formatos de certificación de gastos** y en el **Anexo VI. Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente**.
12. Notificar por escrito, a **"LA SECRETARÍA"**, cuando se haya concluido el proyecto de inversión relativo al **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud** y aún cuenten con recursos disponibles del monto total del apoyo autorizado al que se hace referencia en las cláusulas Primera y Segunda del presente convenio, o bien cuando, por cualquier circunstancia, no se vaya a erogar la totalidad de dichos recursos.
13. Informar de inmediato, por comunicado oficial a **"LA SECRETARÍA"**, en caso de advertir que la transferencia de recursos es mayor a la solicitada a ésta, a efecto de que por el mismo medio se indique el procedimiento para su reintegro a **"EL FIDEICOMISO"**.
14. **"LAS PARTES"** acuerdan que, los recursos federales que **"SALUD TLAXCALA"** reciba a través del **Receptor del Recurso** en términos del presente convenio y demás



disposiciones aplicables, deberán ser ministrados íntegramente junto con los rendimientos financieros dentro de los cinco días hábiles siguientes a su recepción al **Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora**, para aplicar los recursos de “**EL FIDEICOMISO**”.

El **Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora**, deberá hacer frente a sus obligaciones de pago motivo de la entrega del recurso federal, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que haya recibido la ministración del recurso por parte del **Receptor del Recurso**.

En caso de que la legislación estatal establezca que las obligaciones de pago por parte de “**SALUD TLAXCALA**”, sólo se pueden cumplir a través de su Tesorería local o equivalente, ésta dentro de los cinco días hábiles siguientes a su entrega por parte de la Federación, deberá hacer frente a sus obligaciones de pago motivo de la entrega del recurso federal; asimismo, para el caso en el que el **Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora** sea una unidad administrativa distinta a la Secretaría de Salud Estatal o del Régimen de Protección Social en Salud, los rendimientos deberán entregarse al Régimen de Protección Social en Salud, quien determinará su uso y destino en términos de la cláusula Segunda, fracción II inciso c) del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud vigente.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, podrá solicitar al área solicitante del recurso, un informe sobre el cumplimiento a los plazos referidos en los numerales anteriores. En caso de advertirse algún incumplimiento a lo anterior, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud lo informará a la Auditoría Superior de la Federación, a la Secretaría de la Función Pública y al órgano de control interno estatal, para los efectos legales y administrativos que procedan.

QUINTA. COMPROBACIÓN DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS. La comprobación del uso de los recursos otorgados como apoyo financiero para la ejecución del proyecto de inversión en términos del **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud** se realizará conforme a lo siguiente:

1. “**SALUD TLAXCALA**”, mediante el **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos**, el **Anexo V. Formatos de certificación de gastos** y el **Anexo VI Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente**, solicitará, a “**LA SECRETARÍA**”, bajo el criterio de devengado, el monto que corresponda con cargo a los recursos referidos en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**.



Handwritten blue ink marks, including a large stylized signature and several smaller scribbles, located on the right margin of the page.

El **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos** deberá estar suscrito por alguno de los servidores públicos referidos en el **Anexo III. Constancia de designación de servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos**.

El **Anexo VI. Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente** deberá estar suscrito por el titular del área que tenga el carácter de Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora, según lo señalado en el apartado de Declaraciones correspondiente a **"SALUD TLAXCALA"** del presente Convenio.

2. **"SALUD TLAXCALA"** enviará además a **"LA SECRETARÍA"** los documentos siguientes:

- 2.1. Copia certificada del contrato de obra,
- 2.2. Copia certificada de la factura,
- 2.3. Copia certificada de la estimación de obra o del anticipo, y
- 2.4. Recibo institucional o recibo oficial por el importe que ampare la cantidad de la factura o estimación, éstos serán los documentos comprobatorios de la transferencia. En el caso de recibo institucional, deberá estar firmado por la persona facultada para ello; una vez realizado el pago, el **Receptor del Recurso** deberá enviar el recibo oficial.

Los documentos mencionados deberán cancelarse con la leyenda: "Financiada con recursos del FPSS", en términos de lo dispuesto en la Regla 37, fracción V, inciso e), a excepción del recibo institucional o recibo oficial, referido en el numeral 2.4.

3. **"SALUD TLAXCALA"** emitirá, por conducto del servidor público competente, el recibo original institucional u oficial por el importe que ampare la factura o estimación correspondiente, que contenga los requisitos establecidos por las disposiciones jurídicas aplicables, a fin de amparar la transferencia del recurso autorizado. En el supuesto de que el recibo institucional se envíe después de haberse realizado la transferencia, **"SALUD TLAXCALA"** deberá cubrir los requisitos legales y administrativos previstos en las disposiciones aplicables para dicho recibo.
4. **"LA SECRETARÍA"** revisará la información enviada por **"SALUD TLAXCALA"** con base en el **Anexo III. Constancia de designación de servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos**, en el **Anexo IV. Formato para solicitar desembolso de recursos**, en el **Anexo V. Formatos de certificación de gastos** y en el **Anexo VI. Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente**, para la solicitud de transferencia de recursos y gestionará la transferencia del monto que



corresponda con cargo a los recursos autorizados por el Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO”.

SEXTA. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS. El procedimiento para realizar Las transferencias del apoyo financiero autorizado por el Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO” serán bajo el criterio de devengado, conforme a lo siguiente:

1. Las transferencias de los recursos a que se refiere esta cláusula estarán sujetas al cumplimiento de los requisitos y obligaciones previstos en el presente convenio y a las disposiciones jurídicas, administrativas, presupuestarias y demás normativa aplicable.
2. Recibida de conformidad la documentación comprobatoria señalada en la cláusula anterior, “LA SECRETARÍA”, por conducto de la Dirección General de Financiamiento, emitirá la carta de instrucción al Fiduciario de “EL FIDEICOMISO” para llevar a cabo las transferencias por el monto que avale la documentación comprobatoria con cargo a los recursos autorizados por el Comité Técnico de “EL FIDEICOMISO”.
3. Las transferencias que se realicen conforme a lo previsto en el presente convenio se efectuarán con abono a la cuenta bancaria a nombre del **Receptor del Recurso** que “SALUD TLAXCALA” informe a “LA SECRETARÍA”, para recibir exclusivamente los recursos referidos en el **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**; a su vez, “LA SECRETARÍA” lo hará del conocimiento del Fiduciario.
4. Las transferencias de los recursos concernientes al **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**, en términos del presente convenio, no implica el compromiso de efectuar transferencias posteriores ni en ejercicios subsecuentes con cargo a dichos recursos para gastos de operación, administrativos o para complementar la infraestructura o el equipo que pudiera derivar del proyecto de inversión por financiarse.

SÉPTIMA. EJERCICIO Y CONTROL DE LOS RECURSOS. El ejercicio y control de los recursos, una vez transferidos a “SALUD TLAXCALA” son responsabilidad exclusiva de “SALUD TLAXCALA” en los términos que se indican a continuación, sin perjuicio de la observancia y aplicación de la normativa aplicable.

1. “SALUD TLAXCALA” asume, en el ámbito de su competencia, los compromisos y responsabilidades vinculados con las obligaciones jurídicas, financieras y de cualquier otra naturaleza relacionadas con los procesos de contratación, ejecución, control, supervisión, comprobación, rendición de cuentas y transparencia, según corresponda, para dar pleno cumplimiento a las disposiciones jurídicas y normativas tanto federales como estatales aplicables para el proyecto de inversión por financiarse en términos del



Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.

2. Los documentos originales justificativos y comprobatorios tales como: contratos, procesos de licitación, fallos, estimaciones, recepción de bienes y facturas deberán conservarse bajo custodia y resguardo del **Receptor del Recurso** o del **Ejecutor del Gasto** o **Unidad Ejecutora** y deberá ser presentada cuando **"LA SECRETARÍA"** o cualquier órgano fiscalizador lo requieran conforme a las atribuciones que les confieren las disposiciones jurídicas correspondientes.
3. El **Ejecutor del Gasto** o **Unidad Ejecutora** deberá ejercer los recursos que se transfieran en términos del presente convenio en el concepto de gasto y conforme al **Anexo I. Acuerdo E.VIII.89/1018 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**. Es responsabilidad del **Receptor del Recurso**, del **Área Solicitante** y del **Ejecutor del Gasto** o **Unidad Ejecutora** su correcto registro contable como proyecto de inversión, en términos de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y demás normatividad aplicable.

OCTAVA. COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para el adecuado desarrollo del objeto del presente convenio, **"LAS PARTES"**, en este acto, forman una Comisión de Evaluación y Seguimiento integrada por un representante de **"LA SECRETARÍA"** y uno de **"SALUD TLAXCALA"**, cuyas funciones serán las siguientes:

1. Procurar la solución de cualquier circunstancia no prevista o que impida el cumplimiento del objeto del presente convenio.
2. Plantear la solución a controversias que se susciten con motivo de la interpretación y cumplimiento del presente convenio.
3. Las demás que acuerden **"LAS PARTES"**.

"LA SECRETARÍA" designa como representante, ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento, al Director General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

"SALUD TLAXCALA" designa como representante, ante la Comisión de Evaluación y Seguimiento, al Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala.

NOVENA. TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS. **"SALUD TLAXCALA"** se obliga a incluir, en la presentación de su Cuenta Pública y en los informes sobre el ejercicio del gasto público al Poder Legislativo correspondiente, la información relativa a la aplicación de los recursos recibidos a través de **"EL FIDEICOMISO"** conforme al presente convenio.



Asimismo, promoverá la publicación de la información del proyecto de inversión financiado, incluyendo los avances físicos y financieros, en su página de Internet, así como en otros medios accesibles al ciudadano, de conformidad con lo previsto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DÉCIMA. REINTEGRO DE RECURSOS. Las cantidades pagadas indebidamente o en exceso a **"SALUD TLAXCALA"**, deberán ser reintegradas junto con los intereses correspondientes, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que **"LA SECRETARÍA"** le comunique el procedimiento para realizarlo.

Los intereses se calcularán por el periodo comprendido entre la fecha en que el Receptor del Recurso recibió los recursos transferidos y la fecha en la que se materialice el reintegro, aplicando una tasa del 9 % (nueve por ciento) anual.

DÉCIMA PRIMERA. RELACIONES LABORALES. El personal de cada una de **"LAS PARTES"** que intervenga en la ejecución de las acciones materia del presente 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.

DÉCIMA SEGUNDA. VIGENCIA. El presente convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta la fecha señalada como término en el **Anexo II. Calendario de transferencia de recursos autorizados.**

DÉCIMA TERCERA. 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.

Una vez superados dichos eventos, se reanudarán las actividades en la forma y términos que señalen **"LAS PARTES"**.

DÉCIMA CUARTA. TERMINACIÓN ANTICIPADA. **"LAS PARTES"** acuerdan que el presente convenio podrá darse por terminado por voluntad de alguna de **"LAS PARTES"**, previa notificación por escrito a la contraparte, que deberá realizarse con treinta días naturales de anticipación, en cuyo caso, se tomarán las medidas necesarias para concluir las acciones que se hubieren iniciado a fin de evitarse daños a **"LAS PARTES"** o a terceros.

DÉCIMA QUINTA. INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO. **"LAS PARTES"** manifiestan que el presente convenio se celebra de buena fe por lo que, en caso de presentarse algún conflicto o controversia con motivo de su interpretación o cumplimiento, lo resolverán de común acuerdo a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento a la que se hace referencia en la cláusula Octava.



Sólo para el caso de subsistir la controversia, **“LAS PARTES”** acuerdan someterse a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes con sede en la Ciudad de México, por lo que renuncian expresamente a cualquier fuero que pudiere corresponderles en razón de sus domicilios presentes o futuros.

DÉCIMA SEXTA. AVISOS, COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES. **“LAS PARTES”** convienen en que todos los avisos, comunicaciones y notificaciones que se realicen con motivo del presente convenio se llevarán a cabo por escrito en los domicilios establecidos en el apartado de Declaraciones del mismo.

En caso de que alguna de **“LAS PARTES”** cambie de domicilio, se obligan a dar el aviso correspondiente a la otra con treinta días naturales de anticipación a que dicho cambio de ubicación se realice.

DÉCIMA SÉPTIMA. MODIFICACIONES. El presente convenio podrá ser modificado por acuerdo de **“LAS PARTES”**, y deberá formalizarse mediante un convenio modificatorio, a excepción de:

1. La integración del **Anexo II. Calendario de transferencia de los recursos autorizados** que se informe a **“LA SECRETARÍA”**, documento que, sin mayores formalidades, se adjuntará al presente convenio en términos de las **“REGLAS DE OPERACIÓN”**. Sin embargo, para el caso en que **“SALUD TLAXCALA”** solicite la ampliación de dichos plazos, se deberá formalizar el convenio modificatorio respectivo.
2. La modificación del **Anexo III. Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos** que **“SALUD TLAXCALA”** notifique por escrito, documento que, sin mayores formalidades, se integrará al presente convenio.

DÉCIMA OCTAVA. ANEXOS. **“LA SECRETARÍA”** y **“SALUD TLAXCALA”** reconocen como parte integrante del presente convenio los anexos siguientes:

- ANEXO I.** Acuerdo **E.VIII.89/1018** del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- ANEXO II.** Calendario de transferencia de los recursos autorizados.
Se integrará una vez que **“SALUD TLAXCALA”** lo entregue a **“LA SECRETARÍA”**, en el plazo y términos estipulados en el numeral 1 de la Cláusula CUARTA del presente convenio.
- ANEXO III.** Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos.
- ANEXO IV.** Formato para solicitar desembolso de recursos.
- ANEXO V.** Formatos de certificación de gastos.



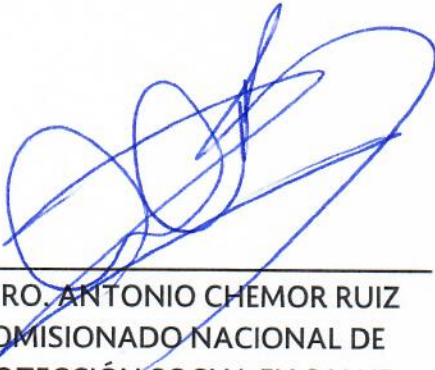
Éstos comprenden los formatos de: Informe Global, Informe de Obra y Solicitud de Conclusión de Acuerdo.

ANEXO VI. Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente.

Éste comprende el Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente a ejecución de obra.

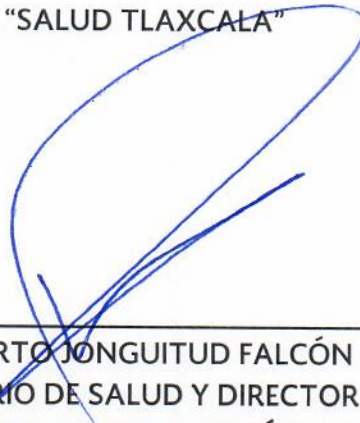
Leído el presente convenio y enteradas "LAS PARTES" de su contenido y alcance legal, lo firman de conformidad por cuadruplicado en la Ciudad de México, el 25 de octubre de 2018.

POR "LA SECRETARÍA"



MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ
COMISIONADO NACIONAL DE
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

POR "SALUD TLAXCALA"



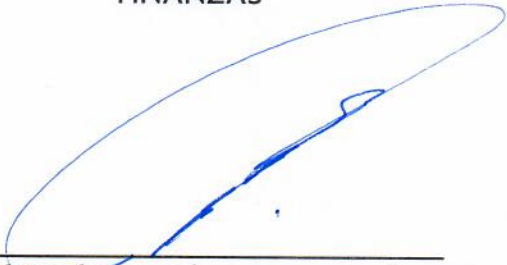
DR. ALBERTO JONGUITUD FALCÓN
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR
GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO
DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA



MTRO. JOSÉ DE LA ROSA LÓPEZ
DIRECTOR GENERAL
DE FINANCIAMIENTO



ING. MARÍA ALEJANDRA MARISELA
NANDE ISLAS
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y
FINANZAS



DR. JOSÉ HIPÓLITO SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DEL RÉGIMEN
ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN
SALUD EN TLAXCALA



ANEXO I

ACUERDO **E.VIII.89/1018** DEL COMITÉ TÉCNICO DEL FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANEXO I

Acuerdo **E.VIII.89/1018** del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Acuerdo E.VIII.89/1018. “El Comité Técnico del Fideicomiso, legalmente reunido y en apego a lo dispuesto por las cláusulas Séptima, incisos D) y E), y Octava, inciso B), del Contrato de Fideicomiso de Inversión y Administración del Sistema de Protección Social en Salud; reglas 3, fracción I, inciso b); 18, fracciones VI y VII; 19 fracción III; 20, fracción I, 32 y 39 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema Protección Social en Salud vigentes a la fecha del presente acuerdo; numeral III de los Criterios de Interpretación de la Ley General de Salud, y los numerales 8, 9, 10, 11, 12 y 13 del Mecanismo Presupuestario y base para los registros contables, para la aplicación de recursos en fideicomisos no considerados entidad paraestatal cuyo propósito financiero se limita a la administración y pago, **aprueba por unanimidad** la autorización de apoyo financiero al **Estado de Tlaxcala** por un monto de hasta **\$176,225,062.00 (ciento setenta y seis millones doscientos veinticinco mil sesenta y dos pesos 00/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, por concepto de obra, para la ejecución del Proyecto de inversión denominado **“Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas”**; con cargo a los recursos de la Subcuenta Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, Subsubcuenta Alta Especialidad; asimismo, determina que, **dentro del plazo al 30 de noviembre de 2018**, contado a partir de la emisión del presente acuerdo, el Área Solicitante deberá informar los compromisos asumidos oficialmente para el ejercicio del recurso autorizado, así como el calendario de transferencias de recursos correspondiente, por lo que los recursos autorizados se distribuyen de conformidad con el cuadro siguiente:”

ÁREA SOLICITANTE	OBRA	EQUIPO	TOTAL
Tlaxcala			
“Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas”	\$176,225,062.00	\$0.00	\$176,225,062.00

ANEXO II

CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS AUTORIZADOS

COMPRENDE LOS FORMATOS I Y II

Handwritten blue ink marks on the right margin, including a circle, a large 'P', a large 'B', and a large 'A'.

ANEXO II

Calendario de transferencia de recursos autorizados

En cumplimiento a lo dispuesto por el numeral 39 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, el Calendario de transferencia de recursos autorizados se integrará una vez que el Área Solicitante de los recursos lo entregue dentro del plazo establecido por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud mediante el acuerdo E.VIII.89/1018, cuyo término es el **30 de noviembre de 2018** para **Obra**, y para cumplir con lo anterior, se deberá observar lo siguiente:

Instructivo de llenado del formato "Calendario de transferencia de los recursos autorizados"

Notas Generales:

Para presentar de manera oficial el "Calendario de transferencia de los recursos autorizados", en lo sucesivo Calendario, se deberá atender lo siguiente:

- Cuando en un mismo acuerdo se autoricen recursos tanto para obra como para equipo, deberá entregarse un Calendario para obra y otro para equipo.
- Deberán imprimir cuatro tantos del Calendario, en hojas con logos y membretes oficiales, y únicamente podrá firmarlo el titular del Área Solicitante de los recursos, en congruencia con lo dispuesto en el apartado de Declaraciones del Convenio de Colaboración.
- El titular del Área Solicitante de los recursos deberá presentar el Calendario, junto con el oficio por el que informa los compromisos asumidos oficialmente para el ejercicio del recurso autorizado, dentro del plazo otorgado por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- Para determinar la fecha de inicio del Calendario deberá considerarse la fecha de suscripción del contrato por el que se ha comprometido oficialmente el ejercicio del recurso autorizado.
- Para determinar la fecha de término del Calendario deberá considerarse, a partir de la fecha de conclusión del contrato por el que se ha comprometido oficialmente el ejercicio del recurso autorizado, el tiempo necesario para:
 - a) Llevar a cabo los procedimientos de licitación, o bien, los que consideren pertinentes, para comprometer los recursos faltantes, sólo en el caso de que no se presenten asumidos la totalidad de los recursos autorizados.
 - b) Presentar finiquitos, o bien, los documentos con los que concluyan los trámites administrativos para solicitar la transferencia de los recursos autorizados.
 - c) Que el instrumento este vigente hasta el día en que el fiduciario del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud realice la última transferencia de recursos a la cuenta asignada para ello, en ese sentido, se considera oportuno retomar el contenido del numeral 52 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud:

Regla 52. De lunes a viernes, la Fiduciaria realizará el envío de los recursos, mediante transferencia electrónica, a las cuentas de cheques de los respectivos Prestadores de Servicio, Servicios Estatales de Salud y Áreas Solicitantes, **dentro de un plazo máximo de 5 días hábiles posteriores a la recepción de la Carta de Instrucción.**

- El titular del Área Solicitante de los recursos, deberá presentar a la Dirección General de Financiamiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, sólo tres tantos originales del "Calendario de transferencia de los recursos autorizados"; el otro tanto original, deberá enviarlo a la unidad administrativa del Área Solicitante, que tenga el resguardo del Convenio de Colaboración original, para que lo incorpore como Anexo II.
- Cuando el titular del Área Solicitante de los recursos, presente el Calendario dentro del plazo otorgado por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, en el acuerdo por el cual se le autoriza el apoyo financiero, deberá emplear el Formato I del "Calendario de transferencia de los recursos autorizados".
- Cuando el titular del Área Solicitante de los recursos, presente el Calendario dentro del plazo otorgado como prórroga por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, deberá emplear el Formato II del "Calendario de transferencia de los recursos autorizados".
- Una vez requisitado el formato que corresponda, se deberá eliminar la indicación de formato, así como, los sombreados, paréntesis e indicaciones de llenado.
- Cuando se tenga el (o los) Calendario(s) suscrito(s), en atención a si se autorizó apoyo financiero para obra, o bien, para equipo, o para ambos, se deberá sustituir por las hojas que contienen el Formato I y II, según corresponda, en cada tanto del Convenio de Colaboración.

Formato I del Anexo II Calendario de transferencia de los recursos autorizados

(Presentar en hoja membretada)
(fecha) de (mes) de (año)

Calendario de transferencia de los recursos autorizados

Por medio del presente informo que el Calendario de transferencia de los recursos autorizados por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud mediante Acuerdo (colocar el número del acuerdo), aprobado en la (indicar número de sesión ejemplo: Primera) Sesión (especificar si es Ordinaria o Extraordinaria), celebrada el (día) de (mes) de (año), es el siguiente:

CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS PARA OBRA	
INICIO:	(DIA) DE (MES) DE (AÑO)
TÉRMINO:	(DIA) DE (MES) DE (AÑO)

(NOMBRE)
(CARGO)

(Colocar el nombre y cargo de titular del Área Solicitante de los recursos, en términos de lo dispuesto en el apartado de Declaraciones del Convenio de Colaboración)

Formato II del Anexo II Calendario de transferencia de los recursos autorizados

(Presentar en hoja membretada)
(fecha) de (mes) de (año)

Calendario de transferencia de los recursos autorizados

Dentro de la prórroga otorgada por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud mediante el Acuerdo (indicar el número del acuerdo que otorga la prórroga), dictado en la (colocar el número de la sesión ejemplo: Primera) Sesión (especificar si es Ordinaria o Extraordinaria), por medio del presente, informo que el Calendario de transferencia de los recursos autorizados por dicho cuerpo Colegiado, mediante el Acuerdo (indicar el número del acuerdo que autoriza el apoyo financiero), dictado en la (colocar el número de la sesión ejemplo: Primera) Sesión (precisar si es Ordinaria o Extraordinaria), celebrada el (día) de (mes) de (año), es el siguiente:

CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS PARA OBRA	
INICIO:	(DIA) DE (MES) DE (AÑO)
TÉRMINO:	(DIA) DE (MES) DE (AÑO)

(NOMBRE)
(CARGO)

(Colocar el nombre y cargo de titular del Área Solicitante de los recursos, en términos de lo dispuesto en el apartado de Declaraciones del Convenio de Colaboración)

ANEXO III

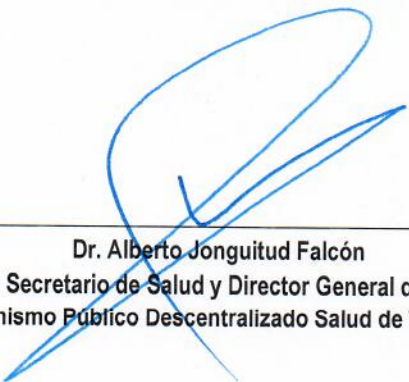
CONSTANCIA DE DESIGNACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS FACULTADOS PARA SOLICITAR DESEMBOLSOS DE RECURSOS

Chiautempan, Tlaxcala a 25 de septiembre de 2018

**Constancia de designación de los servidores
públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos**

Por la presente, designo a los servidores públicos referidos en el siguiente cuadro para solicitar desembolsos de los recursos autorizados para el financiamiento del proyecto de inversión denominado "Sustitución por Obra Nueva y Equipamiento del Hospital General de Tlaxcala de 90 camas", que se refiere en el Anexo I del Convenio de Colaboración y manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que dichos servidores públicos se encuentran facultados para ello por la legislación aplicable. No omito mencionar que se adjunta copia simple de su identificación oficial para los efectos administrativos procedentes.

Nombre del servidor público	Cargo del servidor público	Firma	Rúbrica
Dr. Alberto Jonguitud Falcón	Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala		
Dr. José Hipólito Sánchez Hernández	Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala		


 Dr. Alberto Jonguitud Falcón
 Secretario de Salud y Director General del
 Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala

LEDP/JTT/JABS




MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: JONGUITO FALCON ALBERTO
 DOMICILIO: ANTIGUA CARRETERA MEXICO PACHUCA S/N COL SANTA JULIA 6000 PACHUCA DE SOTO PUE.
 CLAVE DE ELECTOR: INFLA03092509H001
 MUNICIPIO: 0309 SECCION: 0302
 ESTADO: 18 LOCALIDAD: 30001 SECCION: 2044 VIGENCIA: 2021

10MEX1259684186<<09Z0026585909
 5309258H2412511MEX<02<<60309<<5
 JONGUITO<FALCON<ALBERTO<<<<<

INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
 REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
 CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: SANCHEZ HERNANDEZ JOSE HIPOLITO
 EDAD: 35 SEXO: H
 CONDOMIO: C VALLE DE ANAHUAC 6
 FRACC LOMAS DEL VALLE 72590 PUEBLA, PUE.
 FOLIO: 0000078789082 AÑO DE REGISTRO: 1982
 CLAVE DE ELECTOR: SHH0647807
 CURP: SAHH780711HPLMFP00
 ESTADO: 21 MUNICIPIO: 115
 LOCALIDAD: 0001 SECCION: 1502
 EMISIÓN: 2011 VIGENCIA HASTA: 2021

ESTÁ AUTORIZADO EN PARTICIPAR EN LOS PROCESOS ELECTORALES FEDERALES, ESTATALES O MUNICIPALES.
 EL USUARIO ESTA RELIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.
 MARCAO AUTORIZADO EN PARTICIPAR EN LOS PROCESOS ELECTORALES FEDERALES, ESTATALES O MUNICIPALES.

1562075850895

(Handwritten marks and signatures in blue ink)

ANEXO IV

FORMATO PARA SOLICITAR DESEMBOLSOS DE RECURSOS



ANEXO IV

Formato para solicitar desembolsos de recursos

(En hoja membretada)
(fecha) de (mes) de (año)
Oficio (número)

(NOMBRE)
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO DE LA
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

PRESENTE

Refiero el acuerdo (indicar el número del acuerdo), aprobado en la (indicar número de sesión) Sesión (Ordinaria/Extraordinaria) de (año), mediante el cual se autorizó el apoyo económico por un monto de hasta \$(escribir el monto autorizado en número) (escribir el monto autorizado en letra ___/100 M.N.), incluido el Impuesto al Valor Agregado, para la ejecución del (programa o proyecto de inversión) denominado (escribir el nombre del programa o proyecto de inversión tal como fue autorizado en el acuerdo del Comité Técnico y como aparece en el convenio de colaboración), en (la Entidad Federativa _____ / el Instituto/ el Organismo Público Descentralizado _____), con cargo a los recursos de la Subcuenta _____, Subsubcuenta _____.

Al respecto, en términos de las cláusulas QUINTA. COMPROBACION DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS y SEXTA. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS del Convenio de Colaboración suscrito el (día) de (mes) de (año), derivado del acuerdo antes referido, le solicito que gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda para que se realice la transferencia por un monto de \$(escribir el monto por comprobar en número) (escribir el monto por comprobar en letra ___/100 M.N.), cantidad que se especifica y se avala mediante la requisición de los Formatos de certificación de gastos, cuyo soporte documental se adjunta al mismo.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

(nombre)

(cargo)

(Indicar el nombre y cargo del servidor público facultado para solicitar los recursos, en términos de lo dispuesto en el convenio de colaboración, en específico en la Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de los recursos autorizados)

ANEXO V

FORMATOS DE CERTIFICACIÓN DE GASTOS

COMPRENDEMOS LOS FORMATOS DE:

- INFORME GLOBAL
- INFORME DE OBRA
- SOLICITUD DE CONCLUSIÓN
DEL ACUERDO

FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD
Instructivo de llenado del formato FOR-DAAF-01-GLOBAL
Anexo V "Informe Global"

- (1) Indicar el nombre de la Subcuenta a la que pertenecen los recursos autorizados, sólo podrá ser **Previsión Presupuestal** o **Protección contra Gastos Catastróficos**, según corresponda.
- (2) Escribir el nombre de la subsubcuenta con cargo a la cual pertenecen los recursos autorizados, conforme a lo siguiente:
 - a. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta Fondo de **Previsión Presupuestal**, en el presente numeral sólo podrá escribirse **Infraestructura Física**.
 - b. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta Fondo de **Protección Contra Gastos Catastróficos**, en el presente numeral se podrá señalar **Industria tabacalera** o **Alta Especialidad**, según corresponda.
- (3) Anotar el número(s) de (los) Acuerdo(s) autorizado(s) por el Comité Técnico del Fideicomiso, por ejemplo: O.V.125/1212.
- (4) Apuntar la fecha(s) de la sesión de Comité en que se autorizó el (los) de acuerdo(s) conforme a lo siguiente: día/mes/ año. Por ejemplo 14/12/2010.
- (5) Precisar el nombre de la Entidad Federativa a la que se autorizó el recurso, o en su caso, la denominación del Organismo Público Descentralizado de carácter federal al que se le autorizó el recurso.
- (6) Registrar el **importe total** autorizado por el Comité Técnico (suma total de lo autorizado para obra y/o equipo, según sea el caso).
- (7) Indicar el **importe total autorizado** por el Comité Técnico **para obra** (capítulo 6000).
- (8) Señalar el **importe total autorizado** por el Comité Técnico **para equipo** (capítulo 5000)
- (9) Escribir el nombre del (los) proyecto(s) o programa(s) de inversión o acciones de infraestructura que el Comité Técnico autorizó financiar y señaladas en el Convenio de Colaboración suscrito.
- (10) Detallar por proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura que el Comité Técnico autorizó financiar, el importe aprobado para obra (capítulo 6000).
- (11) Precisar por proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura que el Comité Técnico autorizó financiar, el importe aprobado para equipo (capítulo 5000)
- (12) Anotar el **importe total comprometido** de los contratos celebrados para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura que para **obra** (capítulo 6000) el Comité Técnico autorizó financiar, el cual no deberá ser mayor al importe total autorizado para dicho capítulo.
- (13) Asentar el **importe total comprometido** de los contratos celebrados para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura que para **equipo** (capítulo 5000) el Comité Técnico autorizó financiar, el cual no deberá ser mayor al importe total autorizado para dicho capítulo.
- (14) Señalar el importe del recurso autorizado para financiar **obra**, que haya solicitado su liberación ante el Comité Técnico, debiendo adjuntar copia simple del oficio mediante el cual justificó dicha liberación (Regla 10 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del SPSS).
- (15) Anotar el importe del recurso autorizado para financiar **equipo**, que haya solicitado su liberación ante el Comité Técnico, debiendo adjuntar copia simple del oficio mediante el cual justificó dicha liberación (Regla 10 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del SPSS).
- (16) Indicar la diferencia del importe autorizado (numeral 10) y el importe comprometido (punto 12) menos el importe liberado (14) respecto de los recursos autorizados para financiar **Obra** (capítulo 6000).
- (17) Precisar la diferencia del importe autorizado (numeral 11) y el importe comprometido (punto 13), menos el importe liberado (15) respecto de los recursos autorizados para financiar **Equipo** (capítulo 5000).
- (18) Escribir el **importe total pagado a la fecha de la presentación del presente anexo**, respecto de los contratos celebrados para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura que para **obra** (capítulo 6000) el Comité Técnico autorizó financiar, **dicho importe no deberá incluir la cantidad de la solicitud que se presenta**.
- (19) Apuntar el **importe total pagado a la fecha de la presentación del presente anexo**, respecto de los contratos celebrados para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura

que para **equipo** (capítulo 5000) el Comité Técnico autorizó financiar, **dicho importe no deberá incluir la cantidad de la solicitud que se presenta.**

- (20) Registrar la diferencia del importe comprometido (numeral 12) y el importe pagado (punto 18) respecto de los recursos autorizados para financiar Obra (capítulo 6000).
- (21) Señalar la diferencia del importe comprometido (numeral 13) y el importe pagado (punto 19) respecto de los recursos autorizados para financiar Equipo (capítulo 5000).
- (22) Reportar el porcentaje de avance físico de la Obra, respecto del importe comprometido (numeral 12) contra el importe pagado (punto 18).
- (23) Comunicar el porcentaje de avance físico del Equipo, respecto del importe comprometido (numeral 13) contra el importe pagado (punto 19).
- (24) Informar el porcentaje de avance financiero de la Obra, respecto del importe comprometido (numeral 12) contra el importe pagado (punto 18).
- (25) Manifestar el porcentaje de avance financiero del Equipo, respecto del importe comprometido (numeral 13) contra el importe pagado (punto 19).
- (26) Registrar la suma total de cada columna.
- (27) Adecuar la NOTA exclusivamente en cuanto a la legislación aplicable, para el caso de obra sólo señalar "...LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LOS MISMOS Y SU REGLAMENTO, Y DEMÁS DISPOSICIONES NORMATIVAS APLICABLES..." para el caso de Equipo "...LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y SU REGLAMENTO, Y DEMÁS DISPOSICIONES NORMATIVAS APLICABLES...", para el caso de Obra y Equipo, dejar la leyenda conforme al ejemplo del formato.
- (28) Anotar el nombre y cargo del titular del Área Solicitante de los recursos, conforme lo señalado en el convenio de colaboración respectivo, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- (29) Precisar el nombre y cargo del titular del Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora, conforme lo señalado en el convenio de colaboración respectivo, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- (30) Indicar el nombre y cargo del Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, en caso de que haya suscrito el convenio de colaboración, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

NOTAS GENERALES:

- Para la procedencia del presente Anexo, la información que contenga deberá apegarse a la información del registro en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP y los Certificados y Dictámenes emitidos por el CENETEC y la DGPLADES que fue revisada y analizada en su momento por el Comité Técnico en cumplimiento al numeral 40 Bis 1 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- En caso de que el recurso autorizado corresponda a un solo concepto de obra o equipo, se eliminarán los espacios del concepto que no resulta aplicable.
- Para la procedencia de la última solicitud de pago, será necesario presentar el Informe Global (FOR-DAAF-01-GLOBAL) y el Informe de obra (FOR-DAAF-02-OBRA), y adicional a éstos informes, se deberá presentar también, dos tantos originales de la Solicitud de Conclusión del Acuerdo, suscrita por el titular del Área Solicitante de los recursos.
- El anexo no deberá presentar espacios vacíos.
- Incluir numeración de páginas.
- Del formato que resulte más de una página, podrá quedar en la primera página el encabezado principal y en la última página plasmar las firmas.
- Anexar un formato en cada solicitud presentada; en el caso de presentar en el mismo tiempo varias solicitudes por el mismo acuerdo, podrá integrarse un formato original en una solicitud y en las demás copia simple.
- En caso de que "**LAS PARTES**", de la elaboración y revisión a la documentación, considere necesario que el Anexo V sea firmado por otro funcionario público, se podrá agregar en el apartado de firmas, identificando su nombre y cargo.
- Este formato deberá llenarse por el total de las acciones, proyectos/programas de inversión correspondientes a un solo acuerdo.

FOR-DAAF-02-OBRA

ANEXO V. INFORME DE OBRA

FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
Recursos autorizados con cargo de la Subcuenta del Fondo de Subsubcuenta (1) (2)

No. DE ACUERDO:	(3)	NO. DE CONTRATO DE OBRA	(14)	NOMBRE DEL CONTRATISTA	(22)			
FECHA DE ACUERDO:	(4)	IMPORTE TOTAL DEL CONTRATO DE OBRA (IVA INCLUIDO)	(15)	FECHA DE INICIO	(23)			
ENTIDAD FEDERATIVA O DENOMINACIÓN DEL OPD FEDERAL APOYADO:	(5)	NO. DE FIANZA DE ANTIPO	(16)	CONTRATO OBRA	(24)			
IMPORTE TOTAL AUTORIZADO OBRA	(6)	IMPORTE DE LA FIANZA DE ANTIPO	(17)	(25) CONVENIO MODIFICATORIO AL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA (TIEMPO Y MONTO)	(26)			
NO. DE REGISTRO EN CARTERA	(7)	NO. DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO	(18)	FECHA DE TERMINACIÓN	(27)			
FECHA DE CELEBRACIÓN DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ	(8)	IMPORTE DE LA FIANZA DE CUMPLIMIENTO	(19)					
CALENDARIO DE FECHA DE INICIO	(9)	NO. DE FIANZA DE VICIOS OCULTOS	(20)					
FECHA DE TERMINACIÓN	(10)	IMPORTE DE LA FIANZA DE VICIOS OCULTOS	(21)					
(11) CONVENIO MODIFICATORIO AL CONVENIO DE COLABORACIÓN	(12)							
FECHA DE TERMINACIÓN	(13)							
PROYECTO/PROGRAMA:	(28)							
CLUES	(29)			ACCIÓN:	(31)			
LOCALIDAD Y MUNICIPIO:	(30)			TIPO DE UNIDAD:	(32)			
					% AVANCE FÍSICO (33)			
					IMPORTE DEVENGADO (34)			
ESTIMACIÓN	FACTURA	PÓLIZA CHEQUE O SPEI	FECHA PÓLIZA CHEQUE	CONCEPTO	IMPORTE ESTIMADO CON IVA	AMORTIZACIÓN CON IVA	IMPORTE CON IVA	GASTO ACUMULADO
(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)	(43)
					SUMAS (44)			

NOTA: CADA FIRMANTE MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE VERIFICÓ DE ACUERDO AL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA LO SIGUIENTE: 1. QUE LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL COMPROBATORIA RELACIONADA EN ESTE ANEXO V. INFORME DE OBRA, CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES; 2. SE CUMPLÓ CON LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO DE COLABORACIÓN SUSCRITO PARA LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO; 3. SE OBSERVO LO DISPUESTO EN LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS Y SU REGLAMENTO, Y DEMÁS DISPOSICIONES NORMATIVAS APLICABLES EN LA MATERIA; Y 4. LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS RELACIONADOS SON AUTÉNTICOS, Y SU RESGUARDO ESTÁ EN CADA ÁREA COMPETENTE, Y SE ENCUENTRAN A DISPOSICIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y DE LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL PARA SU REVISIÓN O EFECTOS QUE CONSIDEREN PROCEDENTES.

(45) _____ (NOMBRE)
(CARGO DEL TITULAR DEL ÁREA SOLICITANTE DE LOS RECURSOS)

(46) _____ (NOMBRE)
(CARGO DEL TITULAR DEL EJECUTOR DEL GASTO O UNIDAD EJECUTORA)

(47) _____ (NOMBRE)
(DIRECTOR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD)

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD
Instructivo de llenado del formato FOR-DAAF-02-OBRA
Anexo V "Informe de Obra"

- (1) Indicar el nombre de la Subcuenta a la que pertenecen los recursos autorizados, sólo podrá ser **Previsión Presupuestal** o **Protección contra Gastos Catastróficos**, según corresponda.
- (2) Escribir el nombre de la subsubcuenta con cargo a la cual pertenecen los recursos autorizados, conforme a lo siguiente:
 - a. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta Fondo de **Previsión Presupuestal**, en el presente numeral sólo podrá escribirse **Infraestructura Física**.
 - b. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta Fondo de **Protección Contra Gastos Catastróficos**, en el presente numeral se podrá señalar **Industria tabacalera** o **Alta Especialidad**, según corresponda.
- (3) Anotar el número(s) de (los) Acuerdo(s) autorizado(s) por el Comité Técnico del Fideicomiso, por ejemplo: O.V.125/1212.
- (4) Apuntar la fecha(s) de la sesión de Comité en que se autorizó el (los) de acuerdo(s) conforme a lo siguiente: día/mes/año. Por ejemplo 14/12/2010.
- (5) Precisar el nombre de la Entidad Federativa a la que se autorizó el recurso, o en su caso, la denominación del Organismo Público Descentralizado de carácter federal al que se le autorizó el recurso.
- (6) Registrar el **importe total** para **Obra** autorizado por el Comité.
- (7) Escribir el Registro en Cartera con la que cuenta el programa o proyecto de inversión o acciones de infraestructura financiadas.
- (8) Referir la fecha de celebración del Convenio de Colaboración para transferencia de recursos autorizados, suscrito con la CNPSS.
- (9) Señalar la **fecha de inicio** de la transferencia de recursos establecida en el calendario de transferencia de recursos integrado al Convenio de Colaboración.
- (10) Indicar la **fecha de terminación** de la transferencia de recursos establecida en el calendario de transferencia de recursos integrado al Convenio de Colaboración.
- (11) Incluir este rubro en caso de que se suscriban Convenios Modificatorios al Convenio de Colaboración original suscrito con la CNPSS.
- (12) Detallar la **fecha de inicio** del Convenio Modificatorio al Convenio de Colaboración para la transferencia de recursos.
- (13) Escribir la **fecha de terminación** del Convenio Modificatorio al Convenio de Colaboración para la transferencia de recursos.
- (14) Anotar el número de contrato de obra celebrado para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura.
- (15) Referir el importe del total del contrato de obra celebrado para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura, dicho importe deberá incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA).
- (16) Informar cuando aplique, el número de fianza de anticipo, otorgada por el contratista.
- (17) Anotar cuando aplique, el importe de la fianza de anticipo, otorgada por el contratista
- (18) Comunicar el número de fianza de cumplimiento, otorgada por el contratista.
- (19) Manifiestar el importe de la fianza de cumplimiento, otorgada por el contratista
- (20) Señalar el número de fianza de Vicios Ocultos, otorgada por el contratista.
- (21) Indicar el importe de la fianza de Vicios Ocultos, otorgada por el contratista
- (22) Señalar el nombre del Contratista, de acuerdo a lo registrado en el contrato de obra celebrado para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura.
- (23) Indicar la fecha de inicio del contrato de obra para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura, conforme a lo siguiente: día/mes/ año. Ej. 14/12/2010
- (24) Señalar la fecha de terminación del contrato de obra para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura, conforme a lo siguiente: día/mes/ año. Ej. 14/12/2015
- (25) Incluir este rubro en caso de que se suscriban convenios modificatorios para ampliar o reducir las fechas de inicio o terminación registradas en el en el contrato de obra para la ejecución del proyecto o programa de inversión o acciones de infraestructura o para modificar el monto del contrato original.
- (26) Anotar, con base en el numeral (25) la fecha de inicio del convenio modificatorio del contrato de obra, de acuerdo a lo siguiente: día/mes/ año. Ej. 14/12/2010.

- (27) Apuntar, con base en el numeral (25) la fecha de terminación del convenio modificatorio del contrato de obra, de acuerdo a lo siguiente: día/mes/ año. Ej. 14/12/2015.
- (28) Escribir el nombre del (los) proyecto(s) o programa(s) de inversión o acciones de infraestructura de obra pública que el Comité Técnico autorizó financiar y señaladas en el Convenio de Colaboración suscrito
- (29) Indicar la Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) apoyado, en caso de no contar con ella señalar el DGPLADES o en su caso en el PMI.
- (30) Precisar el nombre de la Localidad y Municipio, conforme el CLUES, DGPLADES o en su caso en el PMI.
- (31) Señalar el nombre de la acción a financiar, conforme el CLUES, DEPLADES o en su caso en el PMI
- (32) Indicar el nombre del tipo de la unidad, conforme el CLUES, DEGPLADES o en su caso en el PMI, debiendo considerar las referencias siguientes: Casa (Casa de Salud), CS (CENTRO DE SALUD), CESSA (CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS), HC (HOSPITAL DE LA COMUNIDAD), UNEME (UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS), HG (HOSPITAL GENERAL), HII (HOSPITAL INFANTIL), HMI (HOSPITAL MATERNO INFANTIL), HM (HOSPITAL DE LA MUJER), HRAE (HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD).
- (33) Informar el porcentaje de Avance Físico de la Obra.
- (34) Precisar con número, el importe solicitado (Devengado)
- (35) Registrar el concepto de anticipo si es el caso de la solicitud, o el número y tipo de estimación solicitado
- (36) Señalar el número de la Factura, en casos de facturas electrónicas, indicar los primeros 5 caracteres seguidos de un guión medio y los últimos cinco caracteres.
- (37) Comunicar el número de Póliza Cheque o SPEI con que se efectuó el pago por parte del área competente de la Entidad Federativa o del OPD Federal.
- (38) Informar la fecha de Póliza Cheque o SPEI con la que se efectuó el pago por parte del área competente de la Entidad Federativa o del OPD Federal, conforme a lo siguiente: día/mes/ año. Ej. 14/12/2010
- (39) Anotar la clave del concepto de gasto, en términos del clasificador por objeto del gasto (capítulo 6000)
- (40) Registrar el importe estimado con IVA, con base a la factura y que deberá coincidir con la documentación soporte correspondiente.
- (41) Informar el importe amortizado con IVA, con base a la factura y que deberá coincidir con la documentación soporte correspondiente.
- (42) Apuntar el importe solicitado con IVA [Importe devengado (conforme al punto 34), el cual **una vez pagado y se requiera una nueva estimación**, este importe deberá **pasarse al gasto acumulado** (Punto 43)]
- (43) Indicar el Gasto acumulado con IVA, efectivamente pagado (diferencia aritmética entre 41 y 42)
- (44) Registrar la suma total de cada columna.
- (45) Anotar el nombre y cargo del titular del Área Solicitante de los recursos, conforme lo señalado en el convenio de colaboración respectivo, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- (46) Precisar el nombre y cargo del titular del Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora, conforme lo señalado en el convenio de colaboración respectivo, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- (47) Indicar el nombre y cargo del Titular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, en caso de que haya suscrito el convenio de colaboración, quien deberá firmar el anexo para su presentación ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

NOTAS GENERALES:

- El formato aplicará por cada proyecto o programa de inversión o acción de infraestructura autorizado y por cada contrato de ejecución de obra pública que se efectúe.
- Incluir numeración de páginas.
- Del formato que resulte más de una página podrá quedar en la primer página el encabezado principal y en la última página plasmar las firmas.
- Para la procedencia del presente Anexo, la información que contenga deberá apegarse a la información del registro en Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la SHCP y los Certificados y Dictámenes emitidos por el CENETEC y la DGPLADES que fue revisada y analizada en su momento por el Comité Técnico del Fideicomiso en cumplimiento al numeral 40 Bis 1 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.
- En caso de que "LAS PARTES", de la elaboración y revisión a la documentación, considere necesario que el Anexo V sea firmado por otro funcionario público, se podrá agregar en el apartado de firmas, identificando su nombre y cargo.

ANEXO V

FORMATO DE SOLICITUD DE CONCLUSIÓN DEL ACUERDO

(Presentar dos tantos originales en hoja membretada)
 (fecha) de (mes) de (año)
 Oficio (número)

_____(NOMBRE)
 DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO DE LA
 COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

PRESENTE

Refiero el acuerdo (indicar el número del acuerdo), aprobado en la (indicar número de sesión) Sesión (Ordinaria/Extraordinaria) de (año), mediante el cual se autorizó el apoyo económico por un monto de hasta \$(escribir el monto autorizado en número) (escribir el monto autorizado en letra ___/100 M.N.), incluido el Impuesto al Valor Agregado, para la ejecución del (programa o proyecto de inversión) denominado (escribir el nombre del programa o proyecto de inversión tal como fue autorizado en el acuerdo del Comité Técnico y como aparece en el convenio de colaboración), en (la Entidad Federativa _____/ el Instituto/ el Organismo Público Descentralizado _____), con cargo a los recursos de la Subcuenta _____, Subsubcuenta _____.

Al respecto, amablemente se solicita que se considere la información contenida en la siguiente tabla, cuyos montos son iguales a los presentados en el Informe Global anexo del oficio (indicar número del último oficio de Solicitud de desembolso), como la conciliación final del recurso otorgado, en atención a que contiene la última solicitud de transferencia de recursos, y en consecuencia:

	MONTO TOTAL AUTORIZADO	MONTO TOTAL EJERCIDO	MONTO LIBERADO O REINTEGRADO	MONTO A LIBERAR
MONTO DE OBRA			(Esta columna se incluye sólo cuando existieron liberaciones parciales o reintegros, durante el proceso de solicitud de recursos)	(Esta columna se incluye sólo cuando ya se solicitó el último pago y aún existe recurso, es decir, hay un remanente, dado que no se comprobó el 100% del recurso autorizado)
MONTO TOTAL:				

- a) (Opción que aplica sólo cuando ya se solicitó el último pago y aún existe recurso por liberar, es decir, hay un remanente resultado de que no se comprobó el 100% del recurso autorizado) Se libera el monto correspondiente a \$(escribir el monto a liberar, en número, según lo especificado en la tabla anterior) (escribir el monto por liberar en letra ___/100 M.N.), en atención a que ya no se ejercerá.
- b) Finalmente, se solicita la conclusión del acuerdo (indicar el número del acuerdo), aprobado en la (indicar número de sesión) Sesión (Ordinaria/Extraordinaria) de (año).

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

 (nombre)

 (cargo) (Indicar el nombre y cargo de titular del Área Solicitante de los recursos, en términos de lo dispuesto en el apartado de Declaraciones del Convenio de Colaboración)

ANEXO VI

FORMATO DE DECLARATORIA DE ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE

➤ A EJECUCIÓN DE OBRA

ANEXO VI

Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente a ejecución de obra

(En hoja membretada)
(fecha) de (mes) de (año)
Oficio (número)

_(NOMBRE) _____
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO DE LA
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

PRESENTE

Refiero el acuerdo (indicar el número del acuerdo), aprobado en la (indicar número de sesión) Sesión (Ordinaria/Extraordinaria) de (año), mediante el cual se autorizó el apoyo económico por un monto de hasta \$(escribir el monto autorizado en número) (escribir el monto autorizado en letra ___/100 M.N.), incluido el Impuesto al Valor Agregado, para la ejecución del (programa o proyecto de inversión) denominado (escribir el nombre del programa o proyecto de inversión tal como fue autorizado en el acuerdo del Comité Técnico y como aparece en el convenio de colaboración), en (la Entidad Federativa _____ / el Instituto/ el Organismo Público Descentralizado _____), con cargo a los recursos de la Subcuenta _____, Subsubcuenta _____.

Al respecto, por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que todas las acciones de ejecución de obra con los recursos autorizados por el monto que se especifica y se avala mediante la requisición de los Formatos de certificación de gastos, presentados con el Oficio de Solicitud de desembolsos de recursos (indicar el número del oficio), se destinaron a las unidades médicas de atención primaria y especialidades básicas, o bien, a los establecimientos médicos, referidos en el (programa o proyecto de inversión) para los cuales el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, autorizó el financiamiento.

Por lo anterior, amablemente le solicito, que tenga por acreditado lo señalado en el párrafo anterior, en el entendido que esta área como Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora, cuenta con el soporte documental y existe la evidencia física que confirma lo manifestado, en cumplimiento a lo señalado en la Regla 9 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, que a la letra ordena:

*Regla 9. Los Servicios Estatales de Salud, Prestadores de Servicios, Áreas Solicitantes, Receptor del Recurso y Ejecutores del Gasto o Unidades Ejecutoras asumen, en el ámbito de su competencia, los compromisos y responsabilidades vinculadas con las obligaciones jurídicas, financieras y de cualquier otro tipo relacionadas con los programas, proyectos y/o acciones contenidas en la información que fue presentada al Comité Técnico para su análisis y revisión, así como **todo lo relativo a los procesos que comprendan la justificación, licitación, adjudicación, ejecución, control, supervisión, comprobación, según corresponda, rendición de cuentas y transparencia, para dar pleno cumplimiento a las disposiciones legales y normativas tanto federales como locales aplicables.***

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

(nombre)

(cargo)

(Indicar el nombre y cargo de titular del Ejecutor del Gasto o Unidad Ejecutora, en términos de lo dispuesto en el apartado de Declaraciones del Convenio de Colaboración)

4