

Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Dirección General de Financiamiento

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México a 22 de julio de 2016

CNPSS-DGF-1696-2016

Asunto: Se remite un tanto original del
Convenio de Colaboración derivado
del acuerdo E.I.15/0616.

Dr. Alejandro Guarneros Chumacero
Secretario de Salud y Director General
del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala
Presente

Por este medio, le remito un tanto con sellos, firmas y anexos en original del Convenio de Colaboración que se detalla a continuación:

PERSONA	PROYECTO	ACUERDO	MONTO TOTAL
Secretaría de Salud, Secretaría de Planeación y Finanzas, y el OPD Salud de Tlaxcala	Construcción del Hospital General de San Pablo del Monte de 30 Camas por Sustitución	E.I.15/0616	\$102,960,000.00

Lo anterior, en cumplimiento a lo pactado en el Convenio de referencia, para los fines legales y administrativos a que haya lugar.

Agradezco de antemano su atención. Le envío un cordial saludo.



Atentamente

Mtro. Antonio Chemor Ruiz
Director General

Turnos: DGF: 3860 DAAF 2285 y 2360

Elaboró: Lic. Luis Rodolfo Manzano León.- Jefe de Departamento de Evaluación y Seguimiento de Supervisión.
Supervisó: M. en F.C. Omar Jesús González Barberena.- Director de Administración y Aplicación de Fondos.

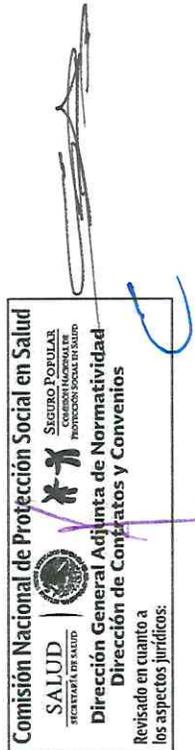
CONVENIO DE COLABORACIÓN CON CARGO A LOS RECURSOS DEL FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, SUBCUENTA DEL FONDO DE PREVISIÓN PRESUPUESTAL, SUBSUBCUENTA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL TITULAR DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, ASISTIDO EN LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO POR EL DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO, MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ, 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. ALEJANDRO GUARNEROS CHUMACERO, Y LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y FINANZAS, REPRESENTADA POR SU TITULAR, C.P. JORGE VALDÉS AGUILERA, 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 18 de la Ley General de Salud; 107, 108 y 109 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud disponen la creación, por parte de la Federación, de una Previsión Presupuestal para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social. En cumplimiento a ello, la

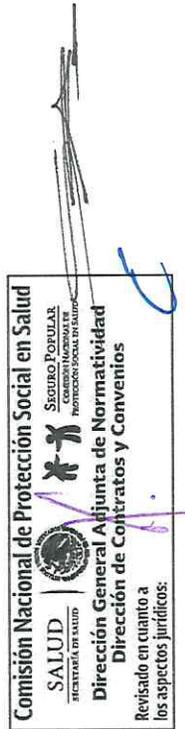


h

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, y 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 de la previsión presupuestal para atender necesidades de infraestructura; así como realizar las transferencias a los Estados y el Distrito Federal, de conformidad con lo establecido en los artículos 108 y 112 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y 4, fracción XV, del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
4. El Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas, 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 11 de diciembre de 2012.
5. El Mtro. Antonio Chemor Ruiz, 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 junio de 2013 expedido por la Secretaría de Salud, Dra. María de las Mercedes Martha Juan López.
6. Para los efectos del presente convenio, señala como domicilio el ubicado en calle Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, delegación 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, le corresponde, entre otros asuntos, 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 sanitarios 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. El Dr. Alejandro Guarneros Chumacero es Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala, y acredita su cargo con el nombramiento del 24 de marzo de 2014, suscrito por el Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, C.P. Mariano González Zarur, 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, asimismo tiene a su cargo la administración de la Hacienda Pública del Estado y, entre sus atribuciones, 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 del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala. Para efectos del presente convenio, cuenta con el carácter de **Receptor del Recurso** en términos de la reglas 2, fracción XXXI, 7, 8, 9, 37 y 51 de las **"REGLAS DE OPERACIÓN"**.
5. El C.P. Jorge Valdés Aguilera es Secretario de Planeación y Finanzas y acredita su cargo con el nombramiento del 12 de febrero de 2014, otorgado por el Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, C.P. Mariano González Zarur, y se encuentra facultado para suscribir el presente convenio de conformidad con los artículos 6 y 11, fracciones V y 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 del 22 de marzo de 2016, suscrito por Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala, C.P. Mariano González Zarur.
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, Santa Ana Chiautempan Centro, Estado de 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 "Construcción del Hospital General de San Pablo del Monte de 30 Camas por Sustitución", mediante Acuerdo E.I.15/0616 del Comité Técnico de "EL FIDEICOMISO", dictado en su Primera Sesión Extraordinaria 2016, celebrada el 17 de junio de 2016, cuya transcripción constituye el **Anexo I**, y forma parte integrante de este convenio.

SEGUNDA. MONTO DEL APOYO. El monto autorizado para Equipamiento a fin de apoyar la ejecución del proyecto de inversión a que se refiere la cláusula anterior, será de hasta **\$102,960,000.00 (ciento dos millones novecientos sesenta mil pesos 00/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, con cargo a los recursos de "EL FIDEICOMISO", Subcuenta Fondo de Previsión Presupuestal, Subsubcuenta Infraestructura Física.

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 el 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.I.15/0616 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.I.15/0616 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.I.15/0616 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.I.15/0616 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**.
3. Cumplir con lo establecido en el Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico, emitidos por el Consejo de Salubridad General, las especificaciones técnicas de seguridad, calidad y funcionalidad genérica de tecnología para la salud emitidas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y demás disposiciones aplicables.

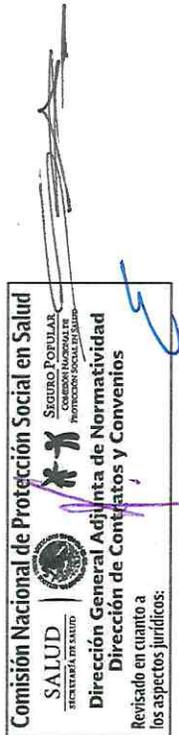
Asimismo, atender las recomendaciones que emita el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud en el Dictamen Técnico o en el Certificado de Necesidad correspondiente, a fin de asegurar la disponibilidad y factibilidad de las áreas físicas, el personal y los recursos económicos necesarios para la inversión, instalación, puesta en marcha, operación y mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, durante toda la vida útil del equipo, incluyendo la obtención de las garantías.

4. Contratar con una compañía aseguradora autorizada y mantener vigente un seguro que cubra los equipos adquiridos con los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, con el propósito de garantizar su recuperación en caso de siniestro.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

8. 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.
9. 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.I.15/0616 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.I.15/0616 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud** del presente convenio.
10. 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**.
11. 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.
12. 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**.
13. Notificar por escrito, a **"LA SECRETARÍA"**, cuando se haya concluido el proyecto de inversión relativo al **Anexo I. Acuerdo E.I.15/0616 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.



14. 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"**.
15. **"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.I.15/0616 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.I.15/0616 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud**.

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 equipo, o bien, el pedido de equipo;
- 2.2. Copia certificada de la factura, que deberá estar sellada y firmada de recepción del equipo por el almacén respectivo, y
- 2.3. 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 2.3.

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.I.15/0616 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.I.15/0616 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.I.15/0616 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.I.15/0616 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 normativa 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 Gubernamental.

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 México, Distrito Federal, 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.

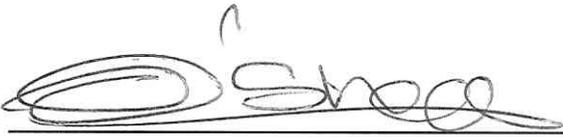
DÉCIMA OCTAVA. ANEXOS. “LA SECRETARÍA” y “SALUD TLAXCALA” reconocen como parte integrante del presente convenio los anexos siguientes:

- | | |
|-------------------|--|
| ANEXO I. | Acuerdo E.I.15/0616 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 del Informe Global y el Informe de Equipo. |
| ANEXO VI. | Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente. |



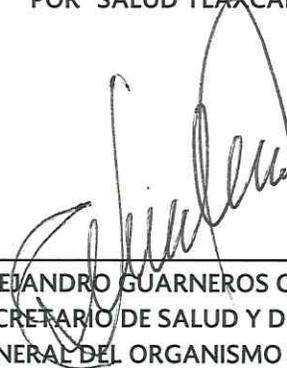
Leído el presente convenio y enteradas "LAS PARTES" de su contenido y alcance legal, lo firman de conformidad por cuadruplicado en la Ciudad de México, el 22 de junio de 2016.

POR "LA SECRETARÍA"



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

POR "SALUD TLAXCALA"



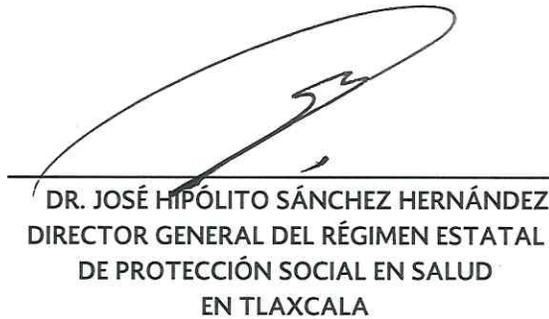
DR. ALEJANDRO GUARNEROS CHUMACERO
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR
GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO
DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA



MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ
DIRECTOR GENERAL
DE FINANCIAMIENTO



C.P. JORGE VALDÉS AGUILERA
SECRETARIO 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.I.15/0616 DEL COMITÉ TÉCNICO DEL FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

B

4

1

ANEXO I

Acuerdo E.I.15/0616 del Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

Acuerdo E.I.15/0616. “El Comité Técnico del Fideicomiso, legalmente reunido y en apego a lo dispuesto por las cláusulas Séptima, incisos D) y E), y Octava, inciso C), del Contrato de Fideicomiso de Inversión y Administración del Sistema de Protección Social en Salud; reglas 3, fracción II, inciso a); 18, fracciones VI y VII; 19 fracción VII; 20, fracción I; 33, fracción I; 34, fracción II y 39 de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema Protección Social en Salud vigentes a la fecha del presente acuerdo; los Criterios metodológicos para la identificación de las Entidades Federativas con mayor marginación social para efectos de la asignación de la Previsión Presupuestal, y su reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2010; 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 **\$102,960,000.00 (ciento dos millones novecientos sesenta mil pesos 00/100 M.N.)**, incluido el Impuesto al Valor Agregado, para la ejecución del proyecto de inversión denominado **“Construcción del Hospital General de San Pablo del Monte de 30 Camas por Sustitución”**, con cargo a los recursos de la Subcuenta Fondo de Previsión Presupuestal, Subsubcuenta Infraestructura Física; asimismo, determina que, en un plazo de **seis meses**, contados 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:”

ENTIDAD	OBRA	EQUIPO	TOTAL
	(pesos)	(pesos)	(pesos)
TLAXCALA			
“Construcción del Hospital General de San Pablo del Monte de 30 Camas por Sustitución”	\$0.00	\$102,960,000.00	\$102,960,000.00

B

A

A

ANEXO II

CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS AUTORIZADOS

[Handwritten signature]
[Handwritten mark]
[Handwritten mark]



Santa Ana Chiautempan, Tlax. A 12 de Septiembre de 2016

“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 **E.I.15/0616**, dictado en la Primera Sesión Extraordinaria, celebrada el 17 de junio de 2016, es el siguiente:

**CALENDARIO DE TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS AUTORIZADOS
PARA EQUIPO**

INICIO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2016

TÉRMINO: 09 DE MARZO DE 2018

DR. ALEJANDRO GUARNEROS CHUMACERO
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA



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.I.15/0616, cuyo término es el 17 de diciembre de 2016 para Equipo.

B
4
A

(CONTAR UNA HOJA PARA CALENDARIO EQUIPO)

Handwritten signature and a circular stamp or mark.

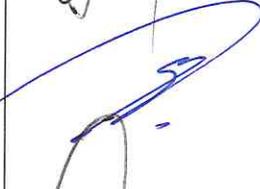
ANEXO III

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

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping 'B' shape with a vertical line extending downwards from its left side.A smaller handwritten signature in black ink, appearing to be the letter 'A'.A small handwritten signature in black ink, appearing to be the letter 'A'.

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 "Construcción del Hospital General de San Pablo del Monte de 30 camas por Sustitución", 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 por la legislación aplicable para ello. 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. Alejandro Guarneros Chumacero	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. ALEJANDRO GUARNEROS CHUMACERO
SECRETARIO DE SALUD Y
DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO PÚBLICO
DESCENTRALIZADO SALUD DE TLAXCALA**




A
B



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
 GUARNEROS
 CHUMACERO
 ALEJANDRO
 DOMICILIO
 2DA PRIV DE FLORESTA 19
 SAN GABRIEL CUAUHTLA 90117
 TLAXCALA ,TLAX.
 FOLIO 0000000001975 AÑO DE REGISTRO 2011 01
 CLAVE DE ELECTOR GRCHAL40050325HJ00
 ESTADO 25 DISTRITO
 MUNICIPIO 033 LOCALIDAD 0001 SECCIÓN 0450



0459024954376

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE
 NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHAS,
 DIFRAS O EMPEÑALICIAS.
 EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-
 FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
 LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
 OCURRA

MARCELO LUIS ESPINAL
 SECRETARIO EJECUTIVO DEL
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

12 15 18 09

09 10 11 12 13 14 15 16 17 18



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
 SANCHEZ
 HERNANDEZ
 JOSE HIPOLITO
 DOMICILIO
 C VALLE DE ANAHUAC 8
 FRACC LOMAS DEL VALLE 72590
 PUEBLA ,PUE.
 FOLIO 0000078789082 AÑO DE REGISTRO 2011 01
 CLAVE DE ELECTOR SNHRHP7607121H40
 CURP SAHH760711HPLNRP00
 ESTADO 21 MUNICIPIO 115
 LOCALIDAD 0001 SECCIÓN 1582
 EMISIÓN 2011 VIGENCIA HASTA 2021



3562075850895

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE
 NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHAS,
 DIFRAS O EMPEÑALICIAS.
 EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-
 FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
 LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
 OCURRA

ESCARBADO JACQUES MOLINA
 SECRETARIO EJECUTIVO DEL
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

ELECCIONES PLURIPARTES

LOCALIDAD EXTRAORDINARIAS

B
A



Gobierno del Estado
de Tlaxcala 2017-2021

ACUSE

Secretaría de Salud
y OPD Salud de Tlaxcala

Santa Ana Chiautempan, Tlax. a 17 de enero de 2017
OFICIO: PYS/PYO/5018-00689

MTRO. ANTONIO CHEMOR RUIZ
DIRECTOR GENERAL DE FINANCIAMIENTO
DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
PRESENTE

En relación con el Convenio de Colaboración suscrito el 22 de junio de 2016 derivado del acuerdo E.I.15/0616 adoptado por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud en la Primera Sesión Extraordinaria, celebrada el 17 de junio de 2016, como titular del área solicitante de los recursos, por este medio le informo lo siguiente:

I. Se revoca la designación hecha a Dr. Alejandro Guarneros Chumacero, para solicitar desembolsos de recursos, en atención a que, el 31 de diciembre de 2016, dejó de prestar sus servicios como Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala, y por ello, se designa en su lugar al Dr. Alberto Jonguitud Falcón, actual Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

II. Se ratifica la designación hecha al Dr. José Hipólito Sánchez Hernández, Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala, para solicitar desembolsos de recursos.

III. Se remiten tres tantos originales de la "Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos", y manifiesto que se conserva un ejemplar idéntico, que será incorporado como Anexo III al Convenio de Colaboración derivado del acuerdo E.I.15/0616 que se tiene en resguardo del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

IV. Se remite copia simple del nombramiento y de la identificación oficial de los servidores públicos referidos en la "Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos".

Por último, amablemente, se solicita que los tantos originales que se adjuntan de la "Constancia de designación de los servidores públicos facultados para solicitar desembolsos de recursos", se agreguen a cada tanto del Convenio de Colaboración que nos ocupa.

Sin más por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

DR. ALBERTO JONGUITUD FALCÓN
SECRETARIO DE SALUD
DE TLAXCALA

27 ENE 2017
c/Anexos
Alicia 9:50

JTT / JABS*



Gobierno del Estado
de Tlaxcala 2017-2021

Secretaría de Salud
y OPD Salud de Tlaxcala

17 de enero de 2017

**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 mediante Acuerdo E.I.15/0616 adoptado por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud en la Primera Sesión Extraordinaria, celebrada el 17 de junio de 2016, y manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que dicho servidor público se encuentra facultado 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
DE TLAXCALA

JTT / JABS*



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
SANCHEZ
HERNANDEZ
JOSE HIPOLITO

EDAD 35
 SEXO H

DOMICILIO
C VALLE DE ANAHUAC 6
FRACC LOMAS DEL VALLE 72590
PUEBLA, PUE.

FOLIO 000079788082 AÑO DE REGISTRO 1993 04
 CLAVE DE ELECTOR SNHRHP76071121H400
 CURP SAHH760711HPLNRP00
 ESTADO 21 MUNICIPIO 115
 LOCALIDAD 0001 SECCION 1562
 EMISION 2011 VIGENCIA HASTA 2021



FIRMA



1562075850895

ESTE DOCUMENTO ES INTANSFERIBLE.
 NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHAS,
 OTRAS O ENMIENDAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 15 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

EDMUNDO JALISCO MOLINA
 SECRETARIO EJECUTIVO DEL
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



ELECCIONES FEDERALES

LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

2011

2011

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
 CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: JONGUITUD FALCON ALBERTO
 FECHA DE NACIMIENTO: 11/25/09/1956

DOMICILIO: ANTIGUA CARRETERA MEXICO PACHUCA SIN
 COL SANTA JULIA 42080
 PACHUCA DE SOTO, HGO

CLAVE DE ELECTOR: JNFCAL53092509H000

CURP: JOFA530925HDFNLE0 ANO DE REGISTRO: 1991/02

ESTADO: 13 MUNICIPIO: 047 SECCION: 0920

LOCALIDAD: 0001 EMISION: 2014 VIGENCIA: 2024

INE

EDMUNDO A. ORTIZ PINA
 SECRETARIO GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

ID MEX 1259684186<<0920026585909
 5309258H2412311MEX<02<<60309<5
 JONGUITUD<FALCON<<ALBERTO<<<<<

ANEXO IV

FORMATO PARA SOLICITAR DESEMBOLSOS DE RECURSOS

B
4

9.

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

COMPRENDEN LOS FORMATOS DE:

- INFORME GLOBAL
- INFORME DE EQUIPO

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 del Fondo de **Previsión Presupuestal**, en el presente numeral sólo podrá escribirse **Infraestructura Física**.
 - b. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta del 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) Manifiestar 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.
- 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.

FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD
Instructivo de llenado del formato FOR-DAAF-03-EQUIPO
Anexo V "Informe de Equipo"

- (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 del Fondo de **Previsión Presupuestal**, en el presente numeral sólo podrá escribirse **Infraestructura Física**.
 - b. Si en el numeral (1) se señaló la Subcuenta del 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 Acuerdo(s) de autorización emitido por el Comité Técnico del Fideicomiso. Ej. O.V.125/1210.
- (4) Señalar la fecha(s) de la sesión de Comité Técnico del Fideicomiso con la que se autorizó el número de acuerdo(s) referido en punto 3, conforme a lo siguiente día/mes/ año. Por ejemplo 14/12/2010.
- (5) Nombre de la Entidad Federativa denominación del Organismo Público Descentralizado de carácter Federal (OPD) apoyado.
- (6) Registrar el importe total autorizado por el comité para el equipo a financiar.
- (7) Indicar el número de registro en la cartera de inversiones de la SHCP, del programa o proyecto de inversión o acción de infraestructura a financiar.
- (8) Registrar el número de Certificado de Necesidad expedido por CENETEC.
- (9) Indicar el número de Dictamen de Validación del Equipo Médico emitido por CENETEC.
- (10) Manifestar el nombre del proyecto o programa de inversión o acción de infraestructura que se está apoyando financieramente, conforme a lo registrado en el Acuerdo de autorización, referido en el punto (3).
- (11) Referir el nombre de la acción a financiar.
- (12) Indicar el Clave Única del Establecimiento de Salud (CLUES) apoyado, en caso de no contar con ello, indicar el número del certificado de necesidad emitido por la DGPLADES o en su caso el registro del PMI.
- (13) Señalar el nombre de la Localidad y Municipio, conforme a los datos referidos en el punto (12)
- (14) Escribir el nombre del tipo de la unidad, conforme a los datos referidos en el punto (12), para lo cual deberá 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).
- (15) Referir la fecha de inicio del calendario de transferencia de recursos en términos del Convenio de Colaboración.
- (16) Precisar la fecha de terminación del calendario de transferencia de recursos en términos del Convenio de Colaboración.
- (17) Detallar la **fecha de inicio** del Convenio Modificatorio al Convenio de Colaboración para la transferencia de recursos.
- (18) Escribir la **fecha de terminación** del Convenio Modificatorio al Convenio de Colaboración para la transferencia de recursos.

- (19) Precisar el importe solicitado (devengado).
- (20) Anotar el número de la factura, en caso de facturas electrónicas, indicar los primeros 5 caracteres seguidos de un guion medio y los últimos cinco caracteres.
- (21) Registrar el número de póliza cheque o SPEI con que se efectuó el pago por parte del área competente de la Entidad Federativa u OPD.
- (22) Informar la fecha de póliza cheque o SPEI con la que se efectuó el pago por parte del área competente de la Entidad Federativa u OPD.
- (23) Referir el modo de adquisición efectuado conforme a lo siguiente: (ICTP), invitación a cuando menos tres proveedores, (LPN) Licitación Pública Nacional, (LPI) Licitación Pública Internacional, (AD) Adjudicación Directa.
- (24) Comunicar el número de contrato y/o pedido para la ejecución del programa o proyecto de inversión o acciones de infraestructura apoyadas financieramente.
- (25) Señalar el número de concepto de gasto, en términos del Clasificador por objeto del gasto (capítulo 5000).
- (26) Asentar el nombre del proveedor de acuerdo a lo registrado en el contrato o pedido para la ejecución del programa o proyecto de inversión o acciones de infraestructura apoyadas financieramente.
- (27) Registrar el importe con Impuesto al Valor Agregado (IVA), con base a la factura (importe devengado). Una vez pagado y se requiera una nueva solicitud, este importe deberá pasarse al gasto acumulado (punto 28).
- (28) Escribir el Gasto acumulado con IVA efectivamente pagado
- (29) Registrar la suma total de cada columna.
- (30) 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.
- (31) 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.
- (32) 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 VI

FORMATO DE DECLARATORIA DE ACREDITACIÓN CORRESPONDIENTE

➤ A BIENES ADQUIRIDOS

B

4 A

ANEXO VI

Formato de Declaratoria de acreditación correspondiente a bienes adquiridos

(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 todos los bienes adquiridos 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 destinaron¹ 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)

¹ Cuando se presente algún supuesto de los contenidos en las Reglas 33 fracción II y 34 fracción III, de las Reglas de Operación del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, la presente Declaratoria se adecuará en congruencia a la información del registro programa o proyecto de inversión en la Cartera de Programas y Proyectos de Inversión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público analizada en su momento por el Comité Técnico, en cumplimiento a lo señalado en Regla 40 Bis 1, de las citadas Reglas de Operación.