SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 104, fracción I, 106, 107, 389, fracción I Bis, 389 Bis y 392, párrafos tercero y cuarto, de la Ley General de Salud; 3, 7 y 10, de la Ley de Firma Electrónica Avanzada; 90 Bis 1, 90 Bis 2 y 90 Bis 3, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracciones XVIII y XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta Nacional "México Incluyente", prevé como Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual contempla como Estrategia 2.3.1., Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, para lo cual se consideran entre otras líneas de acción, las relativas a desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran dicho Sistema, fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.

Que el Enfoque Transversal de la Meta Nacional antes mencionada, prevé en su Estrategia II. Gobierno Cercano y Moderno, entre otras, las líneas de acción referentes a desarrollar políticas públicas con base en evidencia y cuya planeación utilice los mejores, insumos de información y evaluación, diseñar e integrar sistemas funcionales, escalables e interconectados, para hacer más eficientes las transacciones de los organismos públicos de seguridad social e identificar y corregir riesgos operativos críticos con un soporte tecnológico adecuado;

Que el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, contempla dentro de su Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, la Estrategia 6.4. Integrar un sistema universal de información en salud, la cual prevé, entre otras, las líneas de acción, 6.4.3. Fomentar la adopción y uso de sistemas de información de registro electrónico para la salud, 6.4.5. Implementar mecanismos para incrementar la oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad y consistencia de la información en salud, 6.4.7. Fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones y 6.4.10. Avanzar en las herramientas que permitan la portabilidad y convergencia de la información básica en materia de salud;

Que el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, considera dentro de su Objetivo 5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento, la Estrategia 5.2. Contribuir a la convergencia de los sistemas y a la portabilidad de coberturas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la utilización de Tecnologías de la Información y de la Comunicación, prevé la línea de acción 5.2.4. Implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento, la Cartilla Electrónica de Vacunación y el Expediente Clínico Electrónico, e integrar información biométrica de pacientes;

Que en términos del artículo 39, fracción VI, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la Secretaría de Salud le corresponde planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud;

Que de conformidad con los artículos 5o. y 7o., de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud;

Que en términos de lo dispuesto por la fracción I Bis, del artículo 389, de la Ley General de Salud, para fines sanitarios se extenderán los certificados de nacimiento;

Que el artículo 90 Bis 1, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dispone que la Secretaría de Salud, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación, dará a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición de los certificados de nacimiento, y

Que el punto 11.12, de la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, señala que el diseño, impresión, modificación, actualización y distribución a las entidades federativas del Certificado de Nacimiento corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud. Asimismo, el punto 11.13, del citado ordenamiento, señala que la integración de la información del Certificado de Nacimiento en su versión impresa y/o electrónica se realiza en el Subsistema de Información sobre Nacimientos; he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS MODELOS QUE SE UTILIZARÁN COMO FORMATOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Artículo Primero. El presente Acuerdo tiene por objeto dar a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento, establecidos en los Anexos 1 y 2 del presente instrumento.

Artículo Segundo. El nacimiento de todo nacido vivo ocurrido en territorio nacional se hará constar en el formato del certificado de nacimiento establecido en el presente Acuerdo, ya sea en su versión impresa o en su versión electrónica.

Dichos certificados tendrán plena validez cuando sean emitidos con sujeción a lo dispuesto por este Acuerdo y las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo Tercero. La versión electrónica del certificado de nacimiento o certificado electrónico de nacimiento, se sujetará a lo siguiente:

I. Se expedirá a través de un sistema electrónico único y exclusivo que formará parte del Subsistema de Información sobre Nacimientos del Sistema Nacional de Información en Salud, el cual será establecido y administrado por la Dirección General de Información en Salud, conforme al procedimiento que para tal efecto dé a conocer, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

II. El certificado electrónico de nacimiento podrá tener una representación impresa, la cual deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Norma Oficial Mexicana vigente en la materia.

Esta representación incluye dos versiones, una de las cuales debe ser entregada a la madre del nacido vivo, o a quien corresponda a falta de aquélla, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, con la indicación de que dicha versión se entregue en el Registro Civil al momento de obtener el Acta de Nacimiento correspondiente, mientras que la otra se conservará en el establecimiento de atención médica que expidió el certificado, para los efectos conducentes, y

III. La representación impresa del certificado electrónico de nacimiento, surtirá plenos efectos cuando su contenido sea validado conforme al procedimiento a que se refiere la fracción I del presente Artículo.

Artículo Cuarto. La Dirección General de Información en Salud será responsable de establecer, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, las especificaciones que deberán observarse para el uso de sellos digitales en la expedición del certificado electrónico de nacimiento.

Artículo Quinto. Los profesionales de la salud o las personas autorizadas por los gobiernos de las entidades federativas para expedir certificados electrónicos de nacimiento deberán hacer uso de la firma electrónica avanzada de conformidad con las disposiciones aplicables.

La Dirección General de Información en Salud promoverá que en los establecimientos para la atención médica se realicen las gestiones correspondientes a efecto de incluir el uso de la firma electrónica avanzada en la expedición de certificados electrónicos de nacimiento.

Artículo Sexto. La Dirección General de Información en Salud promoverá que los profesionales de la salud o las personas facultadas por los gobiernos de las entidades federativas estén capacitados para el correcto llenado del certificado de nacimiento.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

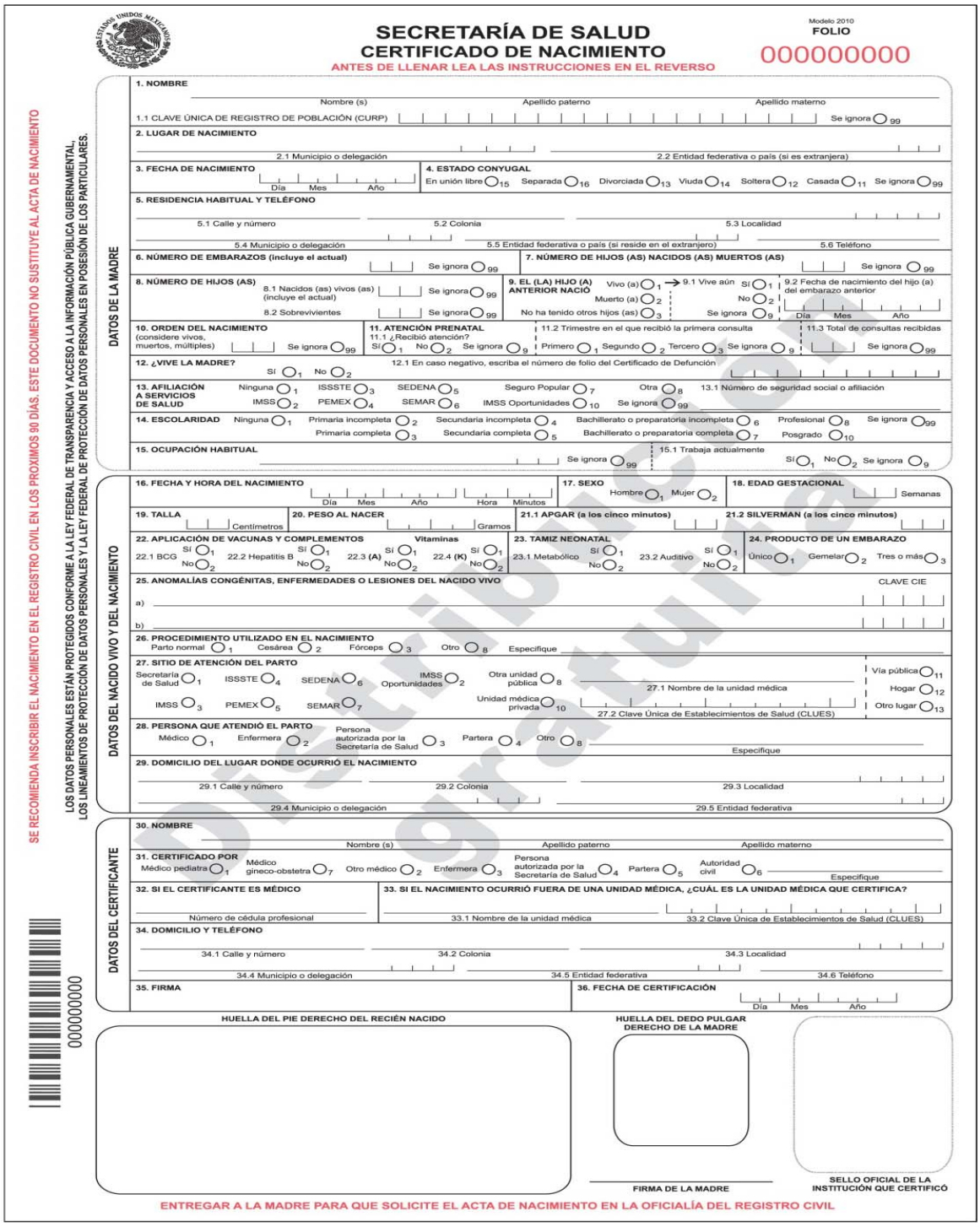
Segundo. Los formatos de certificados de nacimiento distribuidos por la Secretaría de Salud, con anterioridad a la entrada en vigor del presente Acuerdo podrán seguirse utilizando hasta agotar su existencia.

Tercero. La Secretaría de Salud por conducto de la Dirección General de Información en Salud, emitirá el procedimiento a que se refiere el Artículo Tercero del presente Acuerdo, el cual será publicado en el Diario Oficial de la Federación dentro de los sesenta días posteriores a la entrada en vigor del presente Acuerdo.

Dado en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de dos mil catorce.- La Secretaria de Salud, **María de las Mercedes Martha Juan López**.- Rúbrica.

ANEXO 1

VERSIÓN IMPRESA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010
FOLIO
000000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE (Nombre (s); Apellido paterno; Apellido materno)
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) — Se ignora 99
2. LUGAR DE NACIMIENTO
2.1 Municipio o delegación
2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)
3. FECHA DE NACIMIENTO (Día, Mes, Año)
4. ESTADO CONYUGAL — En unión libre 15; Separada 16; Divorciada 13; Viuda 14; Soltera 12; Casada 11; Se ignora 99
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
5.1 Calle y número; 5.2 Colonia; 5.3 Localidad
5.4 Municipio o delegación; 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero); 5.6 Teléfono
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) — Se ignora 99
7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) — Se ignora 99
8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) — Se ignora 99
8.2 Sobrevivientes — Se ignora 99
9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ — Vivo (a) 1 → 9.1 Vive aún Sí 1 / No 2; Muerto (a) 2; No ha tenido otros hijos (as) 3; Se ignora 9
9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior (Día, Mes, Año)
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) — Se ignora 99
11. ATENCIÓN PRENATAL
11.1 ¿Recibió atención? Sí 1 / No 2 / Se ignora 9
11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta — Primero 1; Segundo 2; Tercero 3; Se ignora 9
11.3 Total de consultas recibidas — Se ignora 99
12. ¿VIVE LA MADRE? Sí 1 / No 2
12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna 1; ISSSTE 3; SEDENA 5; Seguro Popular 7; Otra 8; IMSS 2; PEMEX 4; SEMAR 6; IMSS Oportunidades 10; Se ignora 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. ESCOLARIDAD — Ninguna 1; Primaria incompleta 2; Secundaria incompleta 4; Bachillerato o preparatoria incompleta 6; Profesional 8; Se ignora 99; Primaria completa 3; Secundaria completa 5; Bachillerato o preparatoria completa 7; Posgrado 10
15. OCUPACIÓN HABITUAL — Se ignora 99
15.1 Trabaja actualmente — Sí 1 / No 2 / Se ignora 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO (Día, Mes, Año, Hora, Minutos)
17. SEXO — Hombre 1; Mujer 2
18. EDAD GESTACIONAL — Semanas
19. TALLA — Centímetros
20. PESO AL NACER — Gramos
21. APGAR (a los cinco minutos)
21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS — Vitaminas
22.1 BCG Sí 1 / No 2; 22.2 Hepatitis B Sí 1 / No 2; 22.3 (A) Sí 1 / No 2; 22.4 (K) Sí 1 / No 2
23. TAMIZ NEONATAL
23.1 Metabólico Sí 1 / No 2; 23.2 Auditivo Sí 1 / No 2
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO — Único 1; Gemelar 2; Tres o más 3
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO — CLAVE CIE
a)
b)
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO — Parto normal 1; Cesárea 2; Fórceps 3; Otro 8; Especifique
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO — Secretaría de Salud 1; ISSSTE 4; SEDENA 6; IMSS Oportunidades 2; Otra unidad pública 8; Vía pública 11; IMSS 3; PEMEX 5; SEMAR 7; Unidad médica privada 10; Hogar 12; Otro lugar 13
27.1 Nombre de la unidad médica
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO — Médico 1; Enfermera 2; Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3; Partera 4; Otro 8; Especifique
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
29.1 Calle y número; 29.2 Colonia; 29.3 Localidad
29.4 Municipio o delegación; 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE (Nombre (s); Apellido paterno; Apellido materno)
31. CERTIFICADO POR — Médico pediatra 1; Médico gineco-obstetra 7; Otro médico 2; Enfermera 3; Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4; Partera 5; Autoridad civil 6; Especifique
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de cédula profesional
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
33.1 Nombre de la unidad médica; 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
34. DOMICILIO Y TELÉFONO
34.1 Calle y número; 34.2 Colonia; 34.3 Localidad
34.4 Municipio o delegación; 34.5 Entidad federativa; 34.6 Teléfono
35. FIRMA
36. FECHA DE CERTIFICACIÓN (Día, Mes, Año)

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

000000000

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL

Distribución gratuita

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- **Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.**
- **El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.**
- **Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.**
- **Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.**
- **La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.**
- **Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.**
- **Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.**
- **Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.**
- **Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.**
- **El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.**
- **En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.**
- **Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.**
- **Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.**
- **Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.**
- **Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.**
- **Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.**

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1) **NOMBRE. Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.**
2) **LUGAR DE NACIMIENTO. Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".**
5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO. Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.**
6) **NÚMERO DE EMBARAZOS. Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.**
7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS). Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.**
8) **NÚMERO DE HIJOS (AS). Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.**
9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ. Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.**
10) **ORDEN DE NACIMIENTO. Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.**
11) **ATENCIÓN PRENATAL. 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.**
12) **¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.**
13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.**
14) **ESCOLARIDAD. Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".**
15) **OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.**
16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO. Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0 0 0 0 .**
17) **SEXO. Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afección (es) en la variable 25.**
18) **EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.**
20) **PESO AL NACER. Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2 3 5 0 Gramos.**
21.1) **APGAR. Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.**
21.2) **SILVERMAN. Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retacción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.**
22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO. Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.**
23) **TAMIZ NEONATAL. Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.**
24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).**
25) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO. Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".**
26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO. Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.**
33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?. En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.**

FE DE ERRATAS:

1) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

_____

2) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

_____

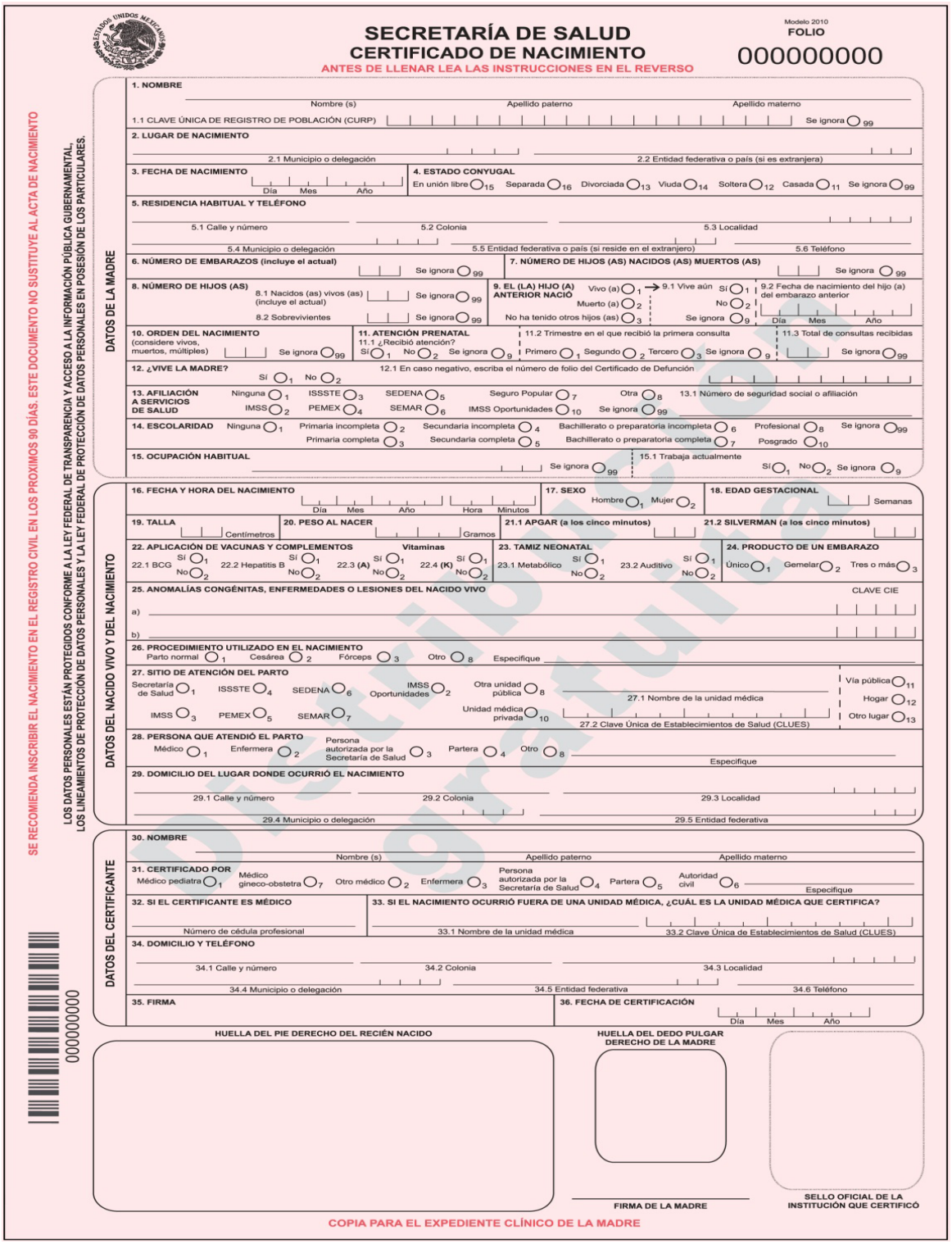
3) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

_____

Sello oficial de la Institución

_____

Firma



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010

FOLIO 000000000

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE — Nombre (s) / Apellido paterno / Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) — Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO — 2.1 Municipio o delegación / 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO — Día / Mes / Año

4. ESTADO CONYUGAL — En unión libre 15 / Separada 16 / Divorciada 13 / Viuda 14 / Soltera 12 / Casada 11 / Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO — 5.1 Calle y número / 5.2 Colonia / 5.3 Localidad / 5.4 Municipio o delegación / 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) / 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) — Se ignora 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) — Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS) — 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) — Se ignora 99 — 8.2 Sobrevivientes — Se ignora 99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ — Vivo (a) 1 → 9.1 Vive aún Sí 1 / No 2 — Muerto (a) 2 — No ha tenido otros hijos (as) 3 — Se ignora 9 — 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: Día / Mes / Año

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) — Se ignora 99

11. ATENCIÓN PRENATAL — 11.1 ¿Recibió atención? Sí 1 / No 2 / Se ignora 9 — 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero 1 / Segundo 2 / Tercero 3 / Se ignora 9 — 11.3 Total de consultas recibidas — Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí 1 / No 2 — 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna 1 / IMSS 2 / ISSSTE 3 / PEMEX 4 / SEDENA 5 / SEMAR 6 / Seguro Popular 7 / IMSS Oportunidades 10 / Otra 8 / Se ignora 99 — 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. ESCOLARIDAD — Ninguna 1 / Primaria incompleta 2 / Primaria completa 3 / Secundaria incompleta 4 / Secundaria completa 5 / Bachillerato o preparatoria incompleta 6 / Bachillerato o preparatoria completa 7 / Profesional 8 / Posgrado 10 / Se ignora 99

15. OCUPACIÓN HABITUAL — Se ignora 99 — 15.1 Trabaja actualmente Sí 1 / No 2 / Se ignora 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO — Día / Mes / Año / Hora / Minutos

17. SEXO — Hombre 1 / Mujer 2

18. EDAD GESTACIONAL — Semanas

19. TALLA — Centímetros

20. PESO AL NACER — Gramos

21. APGAR (a los cinco minutos)

21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS — Vitaminas — Sí 1 / No 2 — 22.1 BCG — 22.2 Hepatitis B — 22.3 (A) — 22.4 (K)

23. TAMIZ NEONATAL — Sí 1 / No 2 — 23.1 Metabólico — 23.2 Auditivo

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO — Único 1 / Gemelar 2 / Tres o más 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO — CLAVE CIE — a) — b)

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO — Parto normal 1 / Cesárea 2 / Fórceps 3 / Otro 8 — Especifique

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO — Secretaría de Salud 1 / IMSS 3 / ISSSTE 4 / PEMEX 5 / SEDENA 6 / SEMAR 7 / IMSS Oportunidades 2 / Otra unidad pública 8 / Unidad médica privada 10 — 27.1 Nombre de la unidad médica — 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) — Vía pública 11 / Hogar 12 / Otro lugar 13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO — Médico 1 / Enfermera 2 / Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 / Partera 4 / Otro 8 — Especifique

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO — 29.1 Calle y número / 29.2 Colonia / 29.3 Localidad / 29.4 Municipio o delegación / 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE — Nombre (s) / Apellido paterno / Apellido materno

31. CERTIFICADO POR — Médico pediatra 1 / Médico gineco-obstetra 7 / Otro médico 2 / Enfermera 3 / Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 / Partera 5 / Autoridad civil 6 — Especifique

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de cédula profesional

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? — 33.1 Nombre de la unidad médica — 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO — 34.1 Calle y número / 34.2 Colonia / 34.3 Localidad / 34.4 Municipio o delegación / 34.5 Entidad federativa / 34.6 Teléfono

35. FIRMA

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día / Mes / Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

000000000

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE

Distribución gratuita

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- **Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.**
- **El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.**
- **Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.**
- **Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.**
- **La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.**
- **Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.**
- **Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.**
- **Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.**
- **Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.**
- **El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.**
- **En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.**
- **Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.**
- **Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.**
- **Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.**
- **Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.**
- **Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.**

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1) **NOMBRE. Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.**
2) **LUGAR DE NACIMIENTO. Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".**
5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO. Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.**
6) **NÚMERO DE EMBARAZOS. Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.**
7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS). Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.**
8) **NÚMERO DE HIJOS (AS). Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.**
9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ. Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.**
10) **ORDEN DE NACIMIENTO. Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.**
11) **ATENCIÓN PRENATAL. 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.**
12) **¿VIVE LA MADRE?. Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.**
13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD. Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.**
14) **ESCOLARIDAD. Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".**
15) **OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.**
16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO. Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: 0 0 0 0 .**
17) **SEXO. Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afección (es) en la variable 25.**
18) **EDAD GESTACIONAL. Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.**
20) **PESO AL NACER. Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: 2 3 5 0 Gramos.**
21.1) **APGAR. Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.**
21.2) **SILVERMAN. Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retacción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.**
22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO. Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.**
23) **TAMIZ NEONATAL. Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.**
24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO. Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).**
25) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO. Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".**
26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO. Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.**
33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?. En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.**

FE DE ERRATAS:

Sello oficial de la Institución

1) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

2) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

3) **Núm. de pregunta** ____ **Corrección** _____

Firma

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PROXIMOS 90 DIAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010
FOLIO
000000000

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE
Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) | Se ignora ○ 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO
2.1 Municipio o delegación | 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año

4. ESTADO CONYUGAL
En unión libre ○ 15 Separada ○ 16 Divorciada ○ 13 Viuda ○ 14 Soltera ○ 12 Casada ○ 11 Se ignora ○ 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
5.1 Calle y número | 5.2 Colonia | 5.3 Localidad
5.4 Municipio o delegación | 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) | 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) Se ignora ○ 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) Se ignora ○ 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) Se ignora ○ 99
8.2 Sobrevivientes Se ignora ○ 99

9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ
Vivo (a) ○ 1 → 9.1 Vive aún Sí ○ 1 No ○ 2 | 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior Día Mes Año
Muerto (a) ○ 2
No ha tenido otros hijos (as) ○ 3 Se ignora ○ 9

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) Se ignora ○ 99

11. ATENCIÓN PRENATAL
11.1 ¿Recibió atención? Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9
11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero ○ 1 Segundo ○ 2 Tercero ○ 3 Se ignora ○ 9
11.3 Total de consultas recibidas Se ignora ○ 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí ○ 1 No ○ 2
12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular ○ 7 Otra ○ 8
IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 10 Se ignora ○ 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. ESCOLARIDAD
Ninguna ○ 1 Primaria incompleta ○ 2 Secundaria incompleta ○ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ○ 6 Profesional ○ 8 Se ignora ○ 99
Primaria completa ○ 3 Secundaria completa ○ 5 Bachillerato o preparatoria completa ○ 7 Posgrado ○ 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ○ 99
15.1 Trabaja actualmente Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día Mes Año Hora Minutos

17. SEXO Hombre ○ 1 Mujer ○ 2

18. EDAD GESTACIONAL Semanas

19. TALLA Centímetros

20. PESO AL NACER Gramos

21.1 APGAR (a los cinco minutos)

21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
22.1 BCG Sí ○ 1 No ○ 2
22.2 Hepatitis B Sí ○ 1 No ○ 2
Vitaminas
22.3 (A) Sí ○ 1 No ○ 2
22.4 (K) Sí ○ 1 No ○ 2

23. TAMIZ NEONATAL
23.1 Metabólico Sí ○ 1 No ○ 2
23.2 Auditivo Sí ○ 1 No ○ 2

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
Único ○ 1 Gemelar ○ 2 Tres o más ○ 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE
a)
b)

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO
Parto normal ○ 1 Cesárea ○ 2 Fórceps ○ 3 Otro ○ 8 Especifique

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO
Secretaría de Salud ○ 1 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 2 Otra unidad pública ○ 8
IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 Unidad médica privada ○ 10
27.1 Nombre de la unidad médica
27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○ 11 Hogar ○ 12 Otro lugar ○ 13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
Médico ○ 1 Enfermera ○ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 3 Partera ○ 4 Otro ○ 8 Especifique

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
29.1 Calle y número | 29.2 Colonia | 29.3 Localidad
29.4 Municipio o delegación | 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE
Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno

31. CERTIFICADO POR
Médico pediatra ○ 1 Médico gineco-obstetra ○ 7 Otro médico ○ 2 Enfermera ○ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 Partera ○ 5 Autoridad civil ○ 6 Especifique

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
Número de cédula profesional

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
33.1 Nombre de la unidad médica | 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO
34.1 Calle y número | 34.2 Colonia | 34.3 Localidad
34.4 Municipio o delegación | 34.5 Entidad federativa | 34.6 Teléfono

35. FIRMA

36. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

000000000

COPIA PARA CAPTURA DE DATOS

Distribución gratuita

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

NACIDO VIVO: PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN QUE FUE EXPULSADO O EXTRAÍDO COMPLETO DEL CUERPO DE LA MADRE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO Y QUE DESPUÉS DE ESTA SEPARACIÓN RESPIRA O MANIFIESTA CUALQUIER OTRO SIGNO DE VIDA COMO LATIDOS DEL CORAZÓN, PULSACIONES DEL CORDÓN UMBILICAL O MOVIMIENTOS EFECTIVOS DE LOS MÚSCULOS DE CONTRACCIÓN VOLUNTARIA, TANTO SI SE HA CORTADO O NO EL CORDÓN UMBILICAL Y ESTÉ O NO DESPRENDIDA LA PLACENTA. (CIE-10, VOLUMEN 2)

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Los datos personales estarán protegidos conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.
- El Certificado debe llenarse en las primeras veinticuatro horas posteriores al nacimiento, ver excepciones en el manual de llenado del Certificado de Nacimiento.
- Para la expedición y llenado del Certificado de Nacimiento es indispensable solicitar la identificación oficial de la madre, misma que debe contener su domicilio.
- Este Certificado debe llenarse en original y dos copias, entregándose el original a la madre con la instrucción de llevarlo lo antes posible ante el Registro Civil para obtener el Acta de Nacimiento.
- La entrega de este Certificado no debe ser condicionada bajo ninguna circunstancia.
- Escriba con tinta y letra de molde clara y legible o máquina de escribir. No use abreviaturas. Presione al escribir para legibilidad de las copias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras. Utilizar el espacio de "FE DE ERRATAS" para realizar correcciones.
- Para las instrucciones y exclusiones aplicables en el llenado de la fe de erratas, consultar el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.
- Llene un Certificado de Nacimiento por cada producto NACIDO VIVO, elabore tantos Certificados como productos nacidos vivos resulten del parto.
- El Certificado de Nacimiento debe ser expedido por la persona que atendió al recién nacido después del parto. Cuando esto no sea posible, debe ser llenado por las personas autorizadas para ello o por la autoridad sanitaria competente.
- En el llenado de este Certificado, si el nacimiento ocurre en una unidad médica consulte la historia clínica de la madre, en caso contrario auxíliese con la información proporcionada por la madre, el padre o algún familiar.
- Marque con una "X", sobre el círculo correspondiente a cada respuesta. Marque una sola opción, excepto en los casos indicados en las instrucciones específicas.
- Cuando se desconozca la información, marque la casilla de "Se ignora", en las preguntas que aplique.
- Para las respuestas que se deben anotar en números (fecha, gramos, horas, edad, etc.) use números arábigos.
- Imprima en el espacio correspondiente (original y copias) la huella del pie derecho del recién nacido y la huella del pulgar derecho de la madre; en caso de no contar con el miembro derecho registre la huella del izquierdo.
- Para más detalles, en el llenado de este formato, consulte el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1) **NOMBRE.** Anote el nombre completo de la madre sin abreviaturas, iniciando por el (los) nombre (s), seguido de los apellidos paterno y materno, tal cual aparece en su Acta de Nacimiento.
2) **LUGAR DE NACIMIENTO.** Anote el nombre del municipio o delegación, y el nombre de la Entidad federativa donde nació la madre. Si la mujer nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio de "Entidad federativa".
5) **RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO.** Anote la dirección de la vivienda donde reside habitualmente la madre; anote el nombre de la calle y número, colonia, así como la localidad, el municipio o delegación, el nombre de la Entidad federativa y el teléfono donde se le pueda localizar. Si la residencia habitual de la madre corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre de éste.
6) **NÚMERO DE EMBARAZOS.** Anote el total de embarazos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida sin importar el término de los mismos, es decir, si nacieron vivos o muertos, o fueron pérdidas o abortos. Recuerde que debe incluir este último embarazo.
7) **NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS).** Anote el total de hijos e hijas nacidos muertos, si la mujer no ha tenido hijos e hijas nacidos muertos, anote "00" (ceros). Se considera como nacido muerto a todo aquel producto de la concepción que haya muerto antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la expulsión, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
8) **NÚMERO DE HIJOS (AS).** Anote en 8.1 el total de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que ha tenido la madre, sin importar que después murieran, incluyendo el nacimiento actual. En 8.2 anote el total de hijos e hijas que viven actualmente, incluyendo este nacimiento.
9) **EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ.** Si este es el primer hijo (a) marque "No ha tenido otros hijos (as)". Sólo si aplica, conteste 9.1 y 9.2. Para 9.1 anote si el hijo (a) anterior aún vive. Anote en 9.2 la fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior utilizando 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 4 dígitos para el año.
10) **ORDEN DE NACIMIENTO.** Escriba el orden numérico que ocupa el nacimiento que se registra, considerándolo como el último del total de nacimientos que a esta fecha haya tenido la madre, tomando en cuenta tanto a los que hayan nacido vivos como a los nacidos muertos, independientemente de que a la fecha estén vivos o no. Para el caso de un parto múltiple, se anotará el orden que corresponda a cada producto.
11) **ATENCIÓN PRENATAL.** 11.1 Marque si recibió o no atención prenatal por un profesional de la salud durante el embarazo, en caso afirmativo anote en 11.2 el trimestre de la gestación en que recibió la primera consulta y en 11.3 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
12) **¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en este caso debe anotar en 12.1, el número de folio del Certificado de Defunción.
13) **AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD.** Marque la (s) institución (es) a la (s) que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando la madre haya manifestado no tener afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. Para 13.1 anotar el número de afiliación de la opción donde se atendió la madre o la primera opción mencionada.
14) **ESCOLARIDAD.** Anote la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobado. Si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleta de las mismas. Si no tiene escolaridad marque la casilla de "Ninguna".
15) **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal; ejemplo: enfermera, secretaria, mesera, maestra, etc. En 15.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o labore en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que perciba o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a los quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, se dedique a estudiar, sea rentista, etc.
16) **FECHA Y HORA DE NACIMIENTO.** Para la fecha anote con números el día, el mes y el año. Registre hora y minutos de ocurrencia, para anotar la hora, use el formato de 24 horas. Ejemplo: Si el nacimiento ocurrió a las doce de la noche en punto, anote: ⌊0⌋⌊0⌋⌊0⌋⌊0⌋ .
17) **SEXO.** Característica biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Si no es posible hacer la distinción, deje en blanco y asegúrese de anotar la (s) afección (es) en la variable 25.
18) **EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo en semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento del nacimiento.
20) **PESO AL NACER.** Anote en gramos el peso del nacido vivo. Ejemplo: Si el nacido vivo pesa 2 kilos 350 gramos: ⌊2⌋⌊3⌋⌊5⌋⌊0⌋ Gramos.
21.1) **APGAR.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco criterios simples (coloración de la piel, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular y esfuerzo respiratorio), en una escala que va de cero a diez.
21.2) **SILVERMAN.** Registre la calificación obtenida por el recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento. Se determina valorando cinco parámetros (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retacción xifoidea, aleteo nasal y movimiento toraco-abdominal), en una escala que va de diez a cero.
22) **APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS AL RECIÉN NACIDO.** Marque si se aplicó o no, en 22.1 la vacuna BCG, en 22.2 la vacuna contra la Hepatitis B, en 22.3 vitamina A y en 22.4 vitamina K.
23) **TAMIZ NEONATAL.** Marque si se realizó o no, en 23.1 la prueba de tamiz metabólico de cordón umbilical y en 23.2 la prueba de tamiz auditivo.
24) **PRODUCTO DE UN EMBARAZO.** Marque la opción que corresponda al número de nacimientos del parto, independientemente de que alguno (s) de los productos haya (n) nacido muerto (s).
25) **ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO.** Si el recién nacido presenta malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, así como afecciones originadas, anótelas en el espacio correspondiente. En caso de no presentar patologías, se debe especificar anotando la frase "Ninguna aparente".
26) **PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO.** Marque el procedimiento utilizado para atender el nacimiento, especificando si fue normal o el empleado correspondiente al origen de la complicación. Si se elige "Otro" especificar en el espacio contiguo.
33) **SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?.** En el caso de que no haya sido posible certificar el nacimiento en el sitio de atención del parto, indique en 33.1 el nombre de la unidad médica que emitió el Certificado y en 33.2 la CLUES correspondiente.

FE DE ERRATAS:

1) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

_____

2) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

_____

3) Núm. de pregunta ____ Corrección _____

_____

Sello oficial de la Institución

_____

Firma

ANEXO 2. REPRESENTACIÓN IMPRESA DE LA VERSIÓN ELECTRÓNICA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

SECRETARÍA DE SALUD

MODELO 2010
FOLIO

REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE(S): APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 2.2 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si es extranjera):
3. FECHA DE NACIMIENTO: **4. ESTADO CONYUGAL:**
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 CALLE Y NÚMERO: 5.2 COLONIA:
5.3 LOCALIDAD: 5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:
5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero): 5.6 TELÉFONO:
6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual): **7. NO. DE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) MUERTOS(AS):**
8. NO. DE HIJOS(AS) 8.1 NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (incluye el actual): 8.2 SOBREVIVIENTES:
9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ: 9.1 VIVE AÚN:
9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR: **10. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):**
11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1¿RECIBIÓ ATENCIÓN?: 11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA: 11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:
12. VIVE LA MADRE: 12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: 13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:
14. ESCOLARIDAD: **15. OCUPACIÓN HABITUAL:** 15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO FECHA: HORA: **17. SEXO:** **18. EDAD GESTACIONAL:**
19. TALLA: **20. PESO AL NACER:** **21.1 APGAR:** **21.2 SILVERMAN:**
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG: 22.2 HEPATITIS B: 22.3 VITAMINA A: 22.4 VITAMINA K:
23. TAMIZ NEONATAL 23.1 METABÓLICO: 23.2 AUDITIVO: **24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:**
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:
a)
b)
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:
27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: 27.2 CLUES:
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 CALLE Y NÚMERO:
29.5 COLONIA: 29.6 LOCALIDAD:
29.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 29.8 ENTIDAD FEDERATIVA:

DATOS CERTIFICANTE

30. NOMBRE(S): APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:
31. CERTIFICADO POR: ESPECIFIQUE:
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: 33.2 CLUES:
34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 CALLE Y NÚMERO:
34.5 COLONIA: 34.6 LOCALIDAD:
34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:
34.9 TELÉFONO: **36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:**

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

HUELLA NO DIGITALIZADA

CÓDIGO QR

FIRMA DE LA MADRE

35. FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE

CADENA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNIDAD MÉDICA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL.

LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.

EXPEDICIÓN GRATUITA

SECRETARÍA DE SALUD

MODELO 2010
FOLIO

REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE(S): APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP):

2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 2.2 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si es extranjera):

3. FECHA DE NACIMIENTO: **4. ESTADO CONYUGAL:**

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 CALLE Y NÚMERO: 5.2 COLONIA:
5.3 LOCALIDAD: 5.4 MUNICIPIO/DELEGACIÓN:
5.5 ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS (si reside en el extranjero): 5.6 TELÉFONO:

6. NO. DE EMBARAZOS (incluye el actual): **7. NO. DE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) MUERTOS(AS):**

8. NO. DE HIJOS(AS) 8.1 NACIDOS(AS) VIVOS(AS) (incluye el actual): 8.2 SOBREVIVIENTES:

9. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ: 9.1 VIVE AÚN:
9.2 FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO(A) DEL EMBARAZO ANTERIOR: **10. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples):**

11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿RECIBIÓ ATENCIÓN?: 11.2 TRIMESTRE DE PRIMERA CONSULTA: 11.3 TOTAL DE CONSULTAS RECIBIDAS:

12. VIVE LA MADRE: 12.1 EN CASO NEGATIVO, ESCRIBA EL FOLIO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: 13.1 NO. DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN:

14. ESCOLARIDAD: **15. OCUPACIÓN HABITUAL:** 15.1 TRABAJA ACTUALMENTE:

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO FECHA: HORA: **17. SEXO:** **18. EDAD GESTACIONAL:**

19. TALLA: **20. PESO AL NACER:** **21.1 APGAR:** **21.2 SILVERMAN:**

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG: 22.2 HEPATITIS B: 22.3 VITAMINA A: 22.4 VITAMINA K:

23. TAMIZ NEONATAL 23.1 METABÓLICO: 23.2 AUDITIVO: **24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO:**

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO:
a)
b)

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO:

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO:
27.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: 27.2 CLUES:

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 CALLE Y NÚMERO:
29.5 COLONIA: 29.6 LOCALIDAD:
29.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 29.8 ENTIDAD FEDERATIVA:

DATOS CERTIFICANTE

30. NOMBRE(S): APELLIDO PATERNO: APELLIDO MATERNO:

31. CERTIFICADO POR: ESPECIFIQUE:

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL:

33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?
33.1 NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: 33.2 CLUES:

34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 CALLE Y NÚMERO:
34.5 COLONIA: 34.6 LOCALIDAD:
34.7 MUNICIPIO/DELEGACIÓN: 34.8 ENTIDAD FEDERATIVA:
34.9 TELÉFONO: **36. FECHA DE CERTIFICACIÓN:**

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

HUELLA NO DIGITALIZADA

CÓDIGO QR

FIRMA DE LA MADRE

35. FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE

CADENA ORIGINAL

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y UNIDAD MÉDICA

EXPEDICIÓN GRATUITA

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

RESGUARDAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE

LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD.

CONVENIO Específico en materia de transferencia de recursos que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Yucatán, que tiene por objeto transferir recursos presupuestales federales que permitan a la entidad la operación del Programa Caravanas de la Salud.

CONVENIO ESPECIFICO EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL EJECUTIVO FEDERAL, POR CONDUCTO DE LA SECRETARIA DE SALUD A LA QUE EN ADELANTE SE LE DENOMINARA "LA SECRETARIA", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL DR. LUIS RUBEN DURAN FONTES, SUBSECRETARIO DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD, ASISTIDO POR EL LIC. CARLOS GRACIA NAVA, DIRECTOR GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD (DGPLADES), Y POR LA OTRA PARTE, EL PODER EJECUTIVO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE YUCATAN, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL DR. JORGE EDUARDO MENDOZA MEZQUITA, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE YUCATAN, CON LA ASISTENCIA DE EL C. ROBERTO ANTONIO RODRIGUEZ ASAF, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE ADMINISTRACION Y FINANZAS DEL ESTADO DE YUCATAN, CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

ANTECEDENTES

I. Con fecha 16 de marzo de 2013, "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA" celebraron el Acuerdo Marco de Coordinación, en lo sucesivo "EL ACUERDO MARCO", con objeto de facilitar la concurrencia en la prestación de servicios en materia de salubridad general, así como para fijar las bases y mecanismos generales a través de los cuales serían transferidos, mediante la suscripción del instrumento específico correspondiente, recursos presupuestarios federales, insumos y bienes a "LA ENTIDAD" para coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13 apartado B de la Ley General de Salud.

II. Que de conformidad con lo establecido en la Cláusula Tercera de "EL ACUERDO MARCO", los instrumentos consensuales específicos serían suscritos atendiendo al ámbito de competencia que cada uno de ellos se determine por "LA ENTIDAD", el Secretario de Hacienda y el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán; y por "LA SECRETARIA", la Subsecretaría de Administración y Finanzas, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, por sí mismas, o asistidas por las Unidades Administrativas y/u órganos desconcentrados que cada una tiene adscritas.

III. Que el Gobierno Federal ha establecido como uno de sus programas prioritarios a impulsar, el de "Caravanas de la Salud", que tiene como objeto acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación y resolutividad, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita en microrregiones con bajo índice de desarrollo humano y de alta y muy alta marginación, que carecen de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible el establecimiento en corto plazo de unidades médicas fijas.

DECLARACIONES

I. De "LA SECRETARIA":

1. Que el Dr. Luis Rubén Durán Fontes, en su carácter de Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, tiene la competencia y legitimidad para intervenir en el presente instrumento, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 apartado A, 8 fracción XVI y 9, facciones II, IV, VIII, IX y X del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, así como en lo dispuesto por el Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de marzo de 2010; cargo que queda debidamente acreditado con la copia del nombramiento.

2. Que dentro de las funciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, se encuentran las de diseñar, desarrollar e implantar instrumentos para la innovación y la modernización del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la función rectora y de coordinación de "LA SECRETARIA" con las unidades que lo conforman o que en él participan, vigilando permanentemente en ello el cumplimiento de las políticas y estrategias en materia de equidad, así como coordinar el análisis de la oferta, demanda, necesidades y oportunidades de los servicios de salud para el diseño y desarrollo de propuestas innovadoras, de conformidad con lo establecido en el artículo 25 fracciones I, III, V y VIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

3. Que entre los objetivos del Programa de Caravanas de la Salud, se encuentran entre otros, el instrumentar todas las acciones conducentes en la identificación de la población objetivo, la definición de rutas y localidades donde transiten las Caravanas de la Salud, la contratación del personal operativo del programa en las entidades federativas y prestar los servicios de salud a la población objetivo del mismo, todo ello conforme los criterios establecidos en las Reglas de Operación del Programa de Caravanas de la Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación en fecha 27 de febrero de 2013.

4. Que cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente instrumento.

5. Que para efectos del presente Convenio Específico señala como domicilio el ubicado en el número 7 de la Calle de Lieja, colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06600, en México, Distrito Federal.

II. De "LA ENTIDAD":

1. Que el Secretario de Salud Estatal y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, asiste en la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos 22 fracción VI, 23, 24, 27 fracciones I y IV, 35, 48, 49, 66 fracciones I, II y III XI y 76 fracción I y XI del Código de la Administración Pública de Yucatán, 9 y 10 del Decreto número 73 publicado en el Diario Oficial del Gobierno del Estado número 28,263 de fecha 13 de diciembre de 1996, que crea el Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud de Yucatán, reformado mediante el Decreto número 53, expedido por el Gobernador del Estado y publicado en el Diario Oficial del Gobierno del Estado número 32,333 de fecha 8 de abril de 2013; cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".

2. Que el Secretario de Hacienda, asiste a la suscripción del presente Convenio Específico, de conformidad con los artículos 11, 22, fracción II, 23, 24, 27, fracciones IV, XI y XVII, 31 fracciones II, XXX y XXXIV del Código de la Administración Pública de Yucatán, cargo que quedó debidamente acreditado con la copia del nombramiento que se adjuntó a "EL ACUERDO MARCO".

3. Que sus prioridades para alcanzar los objetivos pretendidos a través del presente instrumento son: Otorgar servicios de promoción y prevención de la salud y atención médica y odontológica a la población objetivo del Programa, que se especifica en el Anexo 6 del presente instrumento.

4. Que para todos los efectos legales relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en la calle 72 número 463 entre 53 y 55 del centro de la Ciudad de Mérida, Yucatán.

Una vez expuesto lo anterior y toda vez que la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, dispone en sus artículos 74 y 75, que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autorizará la ministración de los subsidios y transferencias que con cargo a los presupuestos de las dependencias se aprueben en el Presupuesto de Egresos, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables, así como a las Reglas de Operación del Programa de Caravanas de la Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación en fecha 27 de febrero de 2013. Dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en ella se señalan, las partes celebran el presente Convenio Específico al tenor de las siguientes:

CLAUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El presente Convenio Específico y sus Anexos tienen por objeto transferir recursos presupuestales federales a "LA ENTIDAD" que le permitan la operación del Programa Caravanas de la Salud y realizar los gastos que se deriven de la operación de 12 Unidades Móviles y aseguramiento de 23 Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de Yucatán, y coordinar su participación con el Ejecutivo Federal, en términos de los artículos 9 y 13 apartado B de la Ley General de Salud, de conformidad con el presente instrumento y los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12, los cuales debidamente firmados por las instancias que celebran el presente Convenio Específico, forman parte integrante de su contexto, en los que se describen: la aplicación que se dará a tales recursos; los compromisos que sobre el particular asumen "LA ENTIDAD" y "LA SECRETARIA"; y los mecanismos para la evaluación y control de su ejercicio.

Los recursos presupuestales que transfiere “LA SECRETARIA”, se aplicarán al concepto y hasta por los importes que a continuación se mencionan:

CONCEPTO	IMPORTE
“CARAVANAS DE LA SALUD”	$7,896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.).

El importe que se transferirá para la operación del concepto a que se refiere el cuadro anterior se precisa en el Anexo 1, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

Con el objeto de asegurar la aplicación y efectividad del presente Convenio Específico, las partes se sujetarán a lo establecido en sus Cláusulas y sus correspondientes Anexos, al contenido de “EL ACUERDO MARCO”, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

SEGUNDA.- TRANSFERENCIA.- Para la realización de las acciones objeto del presente instrumento, “LA SECRETARIA” con cargo a su presupuesto para el ejercicio 2013 transferirá a “LA ENTIDAD” recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de $7,896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), de acuerdo con los plazos y calendario que se precisa en el Anexo 2 de este Convenio Específico.

Los recursos a que se refiere el párrafo anterior, se radicarán a través de la Secretaría de Finanzas o su equivalente de “LA ENTIDAD”, en la cuenta bancaria productiva específica que ésta establezca para tal efecto, en forma previa a la entrega de los recursos, en la institución de crédito bancaria que la misma determine, informando de ello a “LA SECRETARIA”, con la finalidad de que los recursos transferidos y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados.

Una vez que sean radicados los recursos presupuestales federales en la Secretaría de Finanzas o su equivalente, ésta se obliga a ministrarlos íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen y dentro de los tres días hábiles siguientes a su recepción, a la Unidad Ejecutora. La no transferencia de los recursos en el plazo establecido se considerará incumplimiento de este instrumento y podrá ser causa de reintegro de los recursos transferidos con los rendimientos financieros obtenidos a la Tesorería de la Federación.

Para los efectos del párrafo anterior, la unidad ejecutora deberá, previamente aperturar una cuenta bancaria productiva específica para cada instrumento específico que se suscriba.

Los recursos federales que se transfieran en los términos de este Convenio Específico no pierden su carácter federal, por lo que en su asignación y ejecución deberán observarse las disposiciones jurídicas federales aplicables.

Queda expresamente estipulado, que la transferencia presupuestal otorgada en el presente Convenio Específico no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios siguientes, por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo al ejecutivo federal para complementar cualquier otro gasto administrativo o de operación vinculado con el objeto del mismo.

“LA ENTIDAD” deberá sujetarse a los siguientes parámetros para asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales transferidos.

PARAMETROS

“LA SECRETARIA” vigilará, por conducto de la DGPLADES, que los recursos presupuestales señalados en la Cláusula Segunda, sean destinados únicamente para la realización de los gastos que se deriven de la operación de 12 Unidades Móviles y aseguramiento de 23 Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de Yucatán, de conformidad con los Anexos del presente instrumento, y por el monto a que se refiere la Cláusula Primera, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y de acuerdo a los siguientes alcances:

a) La DGPLADES transferirá los recursos presupuestales asignados a “LA ENTIDAD” a efecto de que sean aplicados específicamente para realizar los gastos que se deriven de la operación de 12 Unidades Móviles y aseguramiento de 23 Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de Yucatán, y conceptos citados en la Cláusula Primera del presente instrumento, sin intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice “LA ENTIDAD” para cumplir con el Programa Caravanas de la Salud, que determine esta última, sin interferir de forma alguna en el procedimiento constructivo y mecanismo de

supervisión externo que defina “LA ENTIDAD” durante la aplicación de los recursos presupuestales destinados a su ejecución y demás actividades que se realicen para el cumplimiento de las condiciones técnicas, económicas, de tiempo, de cantidad y de calidad contratadas a través de “LA ENTIDAD”.

b) La DGPLADES considerando su disponibilidad de personal y presupuestal, podrá practicar visitas de acuerdo al programa que se establezca para este fin con “LA ENTIDAD”, conforme al formato de visitas establecido en el Anexo 12 de este instrumento, a efecto de observar los avances financieros, el cual una vez elaborado se integrará al presente instrumento y formará parte integrante de su contexto; asimismo solicitará a “LA ENTIDAD”, la entrega del reporte de cumplimientos de metas e indicadores de resultados, así como el certificado de gasto, conforme al formato que se detalla en el Anexo 4, mediante los cuales se relacionan las erogaciones del gasto, por los que “LA ENTIDAD” sustente y fundamente la correcta aplicación de los recursos transferidos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

Los documentos que integran la relación de gastos, deberán reunir los requisitos que enuncian los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, y en su caso, “LA SECRETARIA” solicitará la documentación que ampare la relación de gastos antes mencionada.

c) La DGPLADES solicitará a “LA ENTIDAD” la documentación que permita comprobar la aplicación de los recursos presupuestales transferidos a “LA ENTIDAD” en virtud de este Convenio Específico y solicitará a esta última la comprobación fiscal que sustente y fundamente la aplicación de los recursos citados en la Cláusula Segunda del presente instrumento, mediante la emisión del certificado de gasto, conforme lo establecido en el Anexo 4, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

d) La DGPLADES aplicará las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informará a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de “LA SECRETARIA” y ésta a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el caso o casos en que los recursos presupuestales no hayan sido aplicados por “LA ENTIDAD” para los fines objeto del presente Convenio Específico de conformidad con el Anexo 3, o bien, en contravención a sus Cláusulas, ocasionando como consecuencia, proceder a su reintegro al Erario Federal (Tesorería de la Federación) dentro de los 15 días naturales siguientes en que los requiera “LA SECRETARIA”, así como la suspensión de la ministración de recursos a “LA ENTIDAD”, en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de “EL ACUERDO MARCO”.

e) Los recursos presupuestales que se comprometen a transferir mediante el presente instrumento, estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria y a las autorizaciones correspondientes, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y de acuerdo con el calendario que para tal efecto se establezca.

TERCERA.- OBJETIVOS E INDICADORES DE DESEMPEÑO Y SUS METAS.- Los recursos presupuestales que transfiere el Ejecutivo Federal por conducto de “LA SECRETARIA” a que se refiere la Cláusula Segunda del presente Convenio Específico se aplicarán al concepto a que se refiere la Cláusula Primera del mismo, los cuales tendrán los objetivos, metas e indicadores del desempeño que a continuación se mencionan:

OBJETIVO: Otorgar servicios de salud de acuerdo a la cartera de servicios (Anexo 5) a la población que no tiene acceso a los servicios de salud, preferentemente a la que habita en las localidades descritas en el Anexo 6 de este Convenio Específico a través del Programa Caravanas de la Salud, a cargo de los Servicios de Salud del estado de Yucatán.

META: Atender a la población de las localidades mencionadas en el Anexo 6.

INDICADORES DE DESEMPEÑO: En el Anexo 7 se describen los indicadores y las variables a las que se compromete “LA ENTIDAD” que permitirá evaluar el desempeño y el cumplimiento de los compromisos descritos en este instrumento.

CUARTA.- APLICACION.- Los recursos presupuestarios federales que transfiere “LA SECRETARIA” a que alude la Cláusula Segunda de este Instrumento, se destinarán en forma exclusiva a los gastos de la operación de 12 Unidades Móviles y aseguramiento de 23 Unidades Móviles del Programa de Caravanas de la Salud en el Estado de Yucatán.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto y se registrarán conforme a su naturaleza, como gasto corriente o gasto de capital.

Los recursos presupuestarios federales que se transfieren, una vez devengados y conforme avance el ejercicio, deberán ser registrados por "LA ENTIDAD" en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública, sin que por ello pierdan su carácter federal.

Los rendimientos financieros que generen los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio Específico, deberán destinarse al programa previsto en la Cláusula Primera.

QUINTA.- GASTOS ADMINISTRATIVOS.- Los gastos administrativos diferentes a los que se mencionan en el Anexo 8, el cual, debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, quedan a cargo de "LA ENTIDAD".

SEXTA.- OBLIGACIONES DE "LA ENTIDAD".- "LA ENTIDAD" adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", se obliga a:

I. Aplicar los recursos a que se refiere la Cláusula Segunda de este instrumento en el concepto establecido en la Cláusula Primera del mismo, sujetándose a los objetivos e indicadores de desempeño y sus metas previstos en la Cláusula Tercera de este Instrumento, por lo que se hace responsable del uso, aplicación y destino de los citados recursos.

II. Entregar trimestralmente a "LA SECRETARIA", a través de la DGPLADES, la relación detallada sobre las erogaciones del gasto, elaborada y validada por la propia unidad ejecutora (definida en la Cláusula Cuarta, fracción III de "EL ACUERDO MARCO").

Remitir en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la recepción de las ministraciones que se detallan en el Anexo 2 del presente instrumento, por conducto de la Secretaría de Finanzas o su equivalente o por la unidad ejecutora, a "LA SECRETARIA", a través de la DGPLADES, los recibos que acrediten la recepción de dichas ministraciones.

Asimismo, se compromete a mantener bajo su custodia, a través de la unidad ejecutora la documentación comprobatoria original de los recursos presupuestarios federales erogados, hasta en tanto la misma le sea requerida por "LA SECRETARIA" y, en su caso por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o los órganos fiscalizadores competentes de la Secretaría de la Función Pública, así como la información adicional que estas últimas le requieran.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales objeto de este Convenio Específico, deberá cumplir con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, como son los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación, deberán expedirse a nombre de "LA ENTIDAD", estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, conceptos de pago, etc.

III. Ministrar íntegramente a la Unidad Ejecutora los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente instrumento, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a que sean radicados dichos recursos en la Secretaría de Finanzas o su equivalente de "LA ENTIDAD" por parte de "LA SECRETARIA" a efecto de que la Unidad Ejecutora, esté en condiciones de iniciar las acciones para dar cumplimiento al objeto que hace referencia la Cláusula Primera de este Convenio Específico.

Los recursos presupuestales federales transferidos, que después de radicados en la Secretaría de Finanzas o su equivalente de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la Unidad Ejecutora, o que una vez ministrados a esta última no sean ejercidos en los términos de este Convenio Específico, deberán ser reintegrados al Erario Federal (Tesorería de la Federación) dentro de los 15 días naturales siguientes en que los requiera "LA SECRETARIA".

IV. Informar a la terminación del trimestre de que se trate, a "LA SECRETARIA" a través de la DGPLADES, del avance financiero del programa previsto en este Instrumento, conforme al Anexo 10, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

V. Reportar y dar seguimiento trimestralmente, sobre el avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y sus metas, previstos en la Cláusula Tercera de este Convenio Específico, así como el avance y, en su caso, resultados de las acciones que lleve a cabo de conformidad con este Instrumento.

VI. Los recursos humanos que requiera para la ejecución del objeto del presente instrumento, quedarán bajo su absoluta responsabilidad jurídica y administrativa, y no existirá relación laboral alguna entre éstos y "LA SECRETARIA", por lo que en ningún caso se entenderán como patrones sustitutos o solidarios.

VII. Servicios de Salud del Estado Yucatán, realizará los trámites para la contratación del personal que se requiera para la operación del Programa de Caravanas de la Salud y/o para el cumplimiento del objeto de este instrumento, conforme a los requisitos y profesiograma establecido por "LA SECRETARIA", y de conformidad con el Anexo 9, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

VIII. Informar a "LA SECRETARIA" sobre el cierre del ejercicio presupuestal de los recursos asignados al Programa, mediante el formato descrito en el Anexo 11, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto, incluyendo como documentación soporte los estados de cuenta, conciliaciones bancarias y cancelación de las cuentas aperturadas por ambas instancias. Dicho informe será entregado a la DGPLADES a más tardar el último día hábil del mes de febrero del ejercicio fiscal del año siguiente.

IX. Mantener actualizados los indicadores para resultados de los recursos transferidos, así como evaluar los resultados que se obtengan con los mismos.

X. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos transferidos.

XI. Informar sobre la suscripción de este Convenio Específico, al órgano técnico de fiscalización de la legislatura local en "LA ENTIDAD".

XII. Realizar las gestiones para la publicación del presente instrumento en el Diario Oficial de "LA ENTIDAD".

SEPTIMA.- OBLIGACIONES DE "LA SECRETARIA":

I. Transferir los recursos presupuestarios federales a que se refiere el párrafo primero de la Cláusula Segunda del presente Convenio Específico de acuerdo con los plazos y calendario establecidos que se precisan en el Anexo 2, el cual debidamente firmado por las instancias que celebran el presente Convenio Específico forma parte integrante de su contexto.

II. Supervisar documentalmente, mediante el certificado de gasto conforme el Anexo 4 e informes, que los recursos presupuestales que en virtud de este instrumento se transfieran, sean aplicados únicamente para la realización del objeto al que son destinados, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.

III. Abstenerse de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos, convenios o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD" para cumplir con el objeto para el cual son destinados los recursos presupuestales federales transferidos.

IV. Dependiendo de su disponibilidad de personal y presupuestal, podrá realizar visitas de supervisión, solicitar la entrega del informe de actividades por escrito de los avances en el cumplimiento del objeto del presente instrumento, el reporte de cumplimiento de metas e indicadores de resultados, así como observar los avances financieros como también la "relación de gastos" conforme al Anexo 4, que sustenten y fundamenten la aplicación de los recursos a "LA ENTIDAD", a través de la DGPLADES.

La documentación comprobatoria del gasto de los recursos federales que se transfieren, deberá cumplir con los requisitos fiscales que señala la normatividad vigente, misma que deberá expedirse a nombre de "LA ENTIDAD", estableciendo domicilio, Registro Federal de Contribuyentes, conceptos de pago, etc.

V. Aplicar las medidas que procedan de acuerdo con la normatividad aplicable e informar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública Federales, a la Auditoría Superior de la Federación y a la Secretaría de Contraloría en el ámbito estatal, el caso o casos en que los recursos presupuestales, no hayan sido aplicados por "LA ENTIDAD" para los fines que en este instrumento se determinan, ocasionando como consecuencia el reintegro y la suspensión de la ministración de recursos a "LA ENTIDAD", en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

VI. Informar en la cuenta de la Hacienda Pública Federal y en los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos transferidos con motivo del presente Convenio Específico.

VII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con "LA ENTIDAD", sobre el avance en el cumplimiento del objeto del presente instrumento.

VIII. El control, vigilancia, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios que en virtud de este instrumento serán transferidos, corresponderá a "LA SECRETARIA", a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a la Secretaría de la Función Pública, y a la Auditoría Superior de la Federación, sin perjuicio de las acciones de vigilancia, control y evaluación que, en coordinación con la Secretaría de la Función Pública, realice el órgano de control de "LA ENTIDAD".

IX. Realizar las gestiones para la publicación del presente instrumento en el Diario Oficial de la Federación.

X. Difundir en su página de Internet el Programa Caravanas de la Salud, financiado con los recursos que serán transferidos mediante el presente instrumento, en los términos de las disposiciones aplicables.

XI. Con base en el seguimiento de las metas de los indicadores y en los resultados de las evaluaciones realizadas, establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos e insumos transferidos.

OCTAVA.- VIGENCIA.- El presente Convenio Específico comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción por parte de "LA SECRETARIA" y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2013.

NOVENA.- MODIFICACIONES AL CONVENIO ESPECIFICO.- Las partes acuerdan que el presente Convenio Específico podrá modificarse de común acuerdo y por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio Específico obligarán a sus signatarios a partir de la fecha de su firma y deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD".

En caso de contingencias para la realización del programa previsto en este Instrumento, ambas partes acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas contingencias. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio Modificatorio correspondiente.

DECIMA.- CAUSAS DE TERMINACION.- El presente Convenio Específico podrá darse por terminado cuando se presente alguna de las siguientes causas:

I. Por estar satisfecho el objeto para el que fue celebrado.

II. Por acuerdo de las partes.

III. Por caso fortuito o fuerza mayor.

DECIMA PRIMERA.- CAUSAS DE RESCISION.- El presente Convenio Específico podrá rescindirse por las siguientes causas:

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

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

Casos en los cuales se procederá en términos de lo establecido en la Cláusula Octava de "EL ACUERDO MARCO".

DECIMA SEGUNDA.- CLAUSULAS QUE SE TIENEN POR REPRODUCIDAS.- Dado que el presente Convenio Específico deriva de "EL ACUERDO MARCO" a que se hace referencia en el apartado de Antecedentes de este instrumento, las Cláusulas que le sean aplicables atendiendo la naturaleza del recurso, establecidas en "EL ACUERDO MARCO" se tienen por reproducidas para efectos de este instrumento como si a la letra se insertasen y serán aplicables en todo aquello que no esté expresamente establecido en el presente documento.

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio Específico, lo firman por cuadruplicado.- Por la Entidad, a los veintidós días del mes de abril de dos mil trece.- Por la Secretaría, a los veinticuatro días del mes de abril de dos mil trece.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Luis Rubén Durán Fontes**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Carlos Gracia Nava**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, **Jorge Eduardo Mendoza Mézquita**.- Rúbrica.- El Secretario de Administración y Finanzas, **Roberto Antonio Rodríguez Asaf**.- Rúbrica.

ANEXO 1

PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD

TRANSFERENCIA DE RECURSOS

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas"	$7'896,700.52	$0.00	$7'896,700.52
TOTAL	**$7'896,700.52**	**$0.00**	**$7'896,700.52**

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 2

CALENDARIO DE MINISTRACION DE RECURSOS

CONCEPTO	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas" 43801 "Subsidios a las Entidades Federativas y Municipios.						$6'100,025.39	$1'796,675.13						$7'896,700.52
ACUMULADO						$6'100,025.39	$1'796,675.13						$7'896,700.52

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 3

ACCIONES A REALIZAR

ASEGURAMIENTO DE 23 CARAVANAS CON GASTOS DE OPERACION PARA 12 CARAVANAS	TOTAL
1000 "SERVICIOS PERSONALES"	$7'186,700.52
3700 "SERVICIOS DE TRASLADOS Y VIATICOS"	$250,000.00
34501 "SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES"	$460,000.00
TOTAL	**$7'896,700.52**

El uso de los recursos económicos para la contratación de seguro de las UMM deberá apegarse a los lineamientos que se emiten por oficio y deben incluirse la totalidad de UMM que se han entregado en comodato a la Entidad:

Caravanas Tipo 0, de supervisión y de sustitución, así como las Caravanas tipo I, II y III.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD
PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD
EJERCICIO 2013
FORMATO DE CERTIFICACION DE GASTO PARA "GASTOS DE OPERACION"
ANEXO 4

(1) **Entidad Federativa**

Monto por concepto de gasto (2)

(3) **Concepto de Gasto de Aplicación**

(4) **Nombre del Concepto de Gasto**

(5) **Fecha de elaboración**

(6) Partida Específica	(7) Número Factura Pagada	(8) Póliza Cheque	(9) Fecha Pol-Cheque	(10) Mod. Adquisición	(11) Contrato o Pedido	(12) Proveedor o Prestador de Servicios	(13) Importe	(14) Observaciones
						TOTAL ACUMULADO	(15) 0.00	

LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA Y SE ENCUENTRAN PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA SECRETARIA DE SALUD O SU EQUIVALENTE DE ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO DE COORDINACION Y TRANSFERENCIA DE RECURSOS, MISMA QUE ESTA A DISPOSICION DE LA SECRETARIA DE SALUD FEDERAL PARA SU REVISION O EFECTOS QUE SE CONSIDEREN PROCEDENTES.

Elaboró

(16)

(17)

Autorizó

(18)

Director de Administración

Vo. Bo.

(19)

Secretario de Salud

MES: (20)

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

INSTRUCTIVO

Se deberá anotar lo siguiente:

1 Entidad Federativa

2 Monto por concepto de gasto

3 Concepto de Gasto de Aplicación

4 Nombre del Concepto de Gasto

5 Fecha de elaboración del certificado

6 Partida Específica

7 No. de factura pagada

8 Póliza cheque del pago efectuado

9 Fecha de la póliza cheque

10 Siglas de la modalidad de adquisición (conforme a la LAASSP)

11 Especificar si es contrato o pedido

12 Proveedor o Prestador de Servicios

13 Importe neto de la factura (incluye IVA)

14 Observaciones Generales

15 Total del gasto efectuado.

16 Nombre del Responsable de elaborar la comprobación

17 Cargo del Responsable de elaborar la comprobación

18 Nombre del Director de Administración

19 Nombre del Secretario de Salud

20 Mes en que se reporta

NOTA: ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE DEBERA EMITIRSE UN CERTIFICADO DE GASTO POR CADA CONCEPTO DE GASTO PRESUPUESTAL DE ACUERDO AL EJERCICIO DE LOS RECURSOS ASIGNADOS A ESA ENTIDAD.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7’896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 5

CARTERA DE SERVICIOS: CAUSES 2013

ESTADO DE YUCATAN

RECIEN NACIDO Y MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

1. Vacuna BCG.

2. Vacuna antihepatitis B.

3. Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DpaT+VIP+Hib).

4. Vacuna triple viral SRP.

5. Vacuna contra rotavirus.

6. Vacuna antiinfluenza.

7. Vacuna DPT.

8. Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin.

9. Acciones preventivas para recién nacido.

10. Acciones preventivas para menores de 5 años.

NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS

11. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años.

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS

12. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.

13. Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años.

14. Vacuna antihepatitis B.

ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS

15. Vacuna doble viral SR.

16. Toxoide tetánico y diftérico (Td).

17. Acciones preventivas para la mujer de 20 a 59 años.

18. Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años.

19. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años.

20. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.

21. Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres.

ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN ADELANTE

22. Vacuna antineumocóccica para el adulto mayor.

23. Vacuna antiinfluenza para el adulto mayor.

24. Acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante.

CONSULTA DE MEDICINA GENERAL/FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD

CONSULTA GENERAL/FAMILIAR

25. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12.

26. Diagnóstico y tratamiento de rubéola.

27. Diagnóstico y tratamiento de sarampión.

28. Diagnóstico y tratamiento de varicela.

29. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda.

30. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa.

31. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común).

32. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.

33. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica.

34. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico.

35. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda.

36. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis.

37. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea.

38. Diagnóstico y tratamiento del herpes zóster.

39. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis.

40. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea.

41. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Clamidia -incluye tracoma-.

42. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Trichomona.

43. Diagnóstico y tratamiento de sífilis.

44. Diagnóstico y tratamiento de cistitis.

45. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda.

46. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda.

47. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal.

48. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis.

49. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis.

50. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis.

51. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis.

52. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis.

53. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis.

54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis.

55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis.

56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis.

57. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis.

58. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis.

59. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales.

60. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis.

61. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa.

62. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.

63. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica.

64. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes.

65. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal.

66. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa.

67. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica.

68. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares.

69. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A.

70. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda.

71. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.

72. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2.

73. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.

74. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis.

75. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia.

76. Otras atenciones de medicina general.

77. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH).

78. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos.

79. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino.

80. Atención prenatal en embarazo.

81. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

82. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (Autismo).

83. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea.

84. Atención del climaterio y menopausia.

85. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica.

86. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral.

87. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes.

88. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor.

89. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional.

90. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición.

91. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda.

92. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa.

93. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda.

94. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos.

95. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños.

96. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES).

97. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis farmacorresistente.

98. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis.

99. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo.

100. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica.

101. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia.

102. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos.

103. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus

104. Diagnóstico y tratamiento de gota.

105. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide.

106. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Distimia, depresión y trastorno afectivo bipolar).

107. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación [trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo]).

108. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia.

109. Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera.

110. Rehabilitación de parálisis facial.

111. Prevención selectiva e indicada de adicciones (Consejería).

112. Diagnóstico y tratamiento de adicciones.

ODONTOLOGIA

113. Prevención de caries y enfermedad periodontal.

114. Sellado de fosetas y fisuras dentales.

115. Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.

116. Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).

117. Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados (no incluye tercer molar no erupcionado).

118. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar.

119. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar.

URGENCIAS

120. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria.

121. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.

122. Extracción de cuerpos extraños.

123. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas).

124. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado.

HOSPITALIZACION

125. Atención del parto y puerperio fisiológico.

126. Atención del recién nacido.

127. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda (edema pulmonar).

128. Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7’896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

DIRECCION GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD

DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE CARAVANAS DE LA SALUD

ANEXO 6

PROGRAMA DE CARAVANAS DE LA SALUD 2013

ACCIONES A REALIZAR EN EL ESTADO DE: YUCATAN

No. de unidades Beneficiadas: 4 UMM Tipo 0, 2 UMM Tipo I, 4 UMM Tipo II y 2 UMM Tipo III

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	031	Dzoncauich	0002	**Chacmay**	452	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	071	Sudzal	0003	**Chumbec**	246					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	071	Sudzal	0078	**Nuevo Tzalam**	103					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	097	Tunkás	0007	**San Antonio Chuc**	289					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	097	Tunkás	0068	**Onichen**	93					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	097	Tunkás	0005	**San José Pibtuch**	174					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	052	Motul	0020	**Kankabchén Ucí**	95					YNIMS000194	HOSPITAL GENERAL DE ZONA/REGIONAL. No. 3. MOTUL
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	052	Motul	0021	**Komchén Martínez**	108					YNIMS000194	HOSPITAL GENERAL DE ZONA/REGIONAL. No. 3. MOTUL
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	052	Motul	0019	**Santa Teresa Ucí**	105					YNIMS000194	HOSPITAL GENERAL DE ZONA/REGIONAL. No. 3. MOTUL
YNSSA013633	Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán	Tipo I 2007	052	Motul	0017	**San Pedro Chacabal**	765					YNIMS000194	HOSPITAL GENERAL DE ZONA/REGIONAL. No. 3. MOTUL
YNSSA013633	**Caravana de la Salud (Tipo I) Kukulkán**	**Tipo I 2007**		**4**		**10**	**2,430**					**2**	**2**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0079	**Chalmuch**	484	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0131	**Tixcacal**	881					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0116	**San Pedro Chimay**	1,241					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0336	**Huxectaman**	156					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0108	**San Ignacio Tesip**	359					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0095	**Molas**	2,014					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0089	**Dzoyaxchè**	454					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0141	**Yaxnic**	794					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0102	**Sac Nicté**	345					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná	Tipo II 2007	050	Mérida	0144	**Xcunyá**	907					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013650	**Caravana de la Salud (Tipo II) Itzamná**	**Tipo II 2007**		**1**		**10**	**7,635**					**1**	**1**
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	102	Valladolid	0631	**Bolmay**	312	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0369	**Hidalgo y Cortéz**	110					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0371	**Punta Laguna**	98					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0098	**Lol Bé**	201					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0473	**Felipe Carrillo**	225					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0460	**Hoteoch**	196					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0059	**Uspibil**	890					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0468	**Tulín**	102					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá	Tipo II 2007	019	Chemax	0056	**Kantó**	139					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013662	**Caravana de la Salud (Tipo II) Chichen Itzá**	**Tipo II 2007**		**2**		**9**	**2,273**					**1**	**1**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	010	Cantamayec	0023	**Nenela**	250	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	094	Tixmehuac	0015	**Sabacché**	636					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	094	Tixmehuac	0007	**Chuchub**	39					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	094	Tixmehuac	0025	**X Cohil**	69					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	073	Tahdziú	0076	**Timul**	543					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	058	Peto	0014	**Papacal**	341					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	058	Peto	0040	**Tixhualatún**	383					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	058	Peto	0047	**Kambul**	221					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal	Tipo II 2007	058	Peto	0051	**Yaxcopil**	459					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013674	**Caravana de la Salud (Tipo II) Uxmal**	**Tipo II 2007**		**4**		**9**	**2,941**					**2**	**2**
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	102	Valladolid	0655	**Santa Eleuteria**	98	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	102	Valladolid	0069	**Nohsoytun**	313					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	102	Valladolid	0116	**Santa Rosa**	40					YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	102	Valladolid	0051	**Kampepen**	19					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	014	Cuncunul	0025	**San Diego**	108					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	014	Cuncunul	0010	**San Francisco**	47					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	021	Chichimilá	0051	**Villahermosa**	104					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	021	Chichimilá	0073	**San Salvador**	36					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	021	Chichimilá	0032	**Cruz Chen**	46					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	Caravana de la Salud (Tipo II) Chilam Balam	Tipo II 2007	021	Chichimilá	0004	**Celtún**	148					YNSSA000565	HOSPITAL GENERAL AGUSTIN O´HORAN
YNSSA013645	**Caravana de la Salud (Tipo II) Chilan Balam**	**Tipo II 2007**		**3**		**10**	**959**					**2**	**2**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0062	**San Isidro Yaxché**	63	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0027	**Mac Yan**	68					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0039	**San Pedro X Tokil**	22					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0046	**San Juan Tekax**	117					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0012	**Nohalal**	32					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0031	**Nueva Santa Cruz Cutzá**	56					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0051	**Pocoboch**	88					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0191	**José López Portillo**	38					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	098	Tzucacab	0028	**Sacbecan**	236					YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013701	Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún	Tipo I 2009	079	Tekax	0207	**Sudzal Chico**	143					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013701	**Caravana de la Salud (Tipo I) Lol Tún**	**Tipo I 2009**		**2**		**10**	**863**					**2**	**2**
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0042	**San Pedro Chemax**	416	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs	YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0043	**San Román**	118			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0041	**San Juan Chen**	430			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0083	**Pabalam**	201			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0324	**San José Chahuay**	134			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0016	**Cholul**	174			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	019	Chemax	0276	**Buena Vista**	38			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	102	Valladolid	0671	**Yaax Hal**	166			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin	Tipo 0 2009	085	Temozón	0094	**X Tut**	269			YNSSA013616	CENTRO DE SALUD DE CHEMAX, MPIO. CHEMAX	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013725	**Caravana de la Salud (Tipo 0) Kankin**	**Tipo 0 2009**		**3**		**9**	**1,946**			**1**	**1**	**1**	**1**
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	104	Yaxcabá	0027	**Yokdzonot Hu**	69	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs	YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	017	Chankom	0003	**Nicté Ha**	79			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	022	Chikindzonot	0012	**Chan Santa María**	49			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	022	Chikindzonot	0023	**Chucteil**	31			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	030	Dzitás	0076	**Yaxché**	44			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	099	Uayma	0080	**San Lorenzo**	61			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	104	Yaxcabá	0056	**Popola**	240			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	091	Tinum	0057	**Chen Dzonot**	35			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab	Tipo 0 2009	091	Tinum	0019	**San Fabián**	29			YNSSA001171	CENTRO DE SALUD DE PISTE, MPIO. UAYMA	YNSSA001434	HOSPITAL GENERAL VALLADOLID
YNSSA013730	**Caravana de la Salud (Tipo 0) Kayab**	**Tipo 0 2009**		**7**		**9**	**637**			**1**	**1**	**1**	**1**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0027	**La Libertad**	78	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs	YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0470	**Santa Ana**	214			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0377	**Santa María**	425			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0329	**El Limonar**	23			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0070	**Nvo. Tezoco**	181			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0041	**San Arturo**	56			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0315	**Luis Rosado Vega**	118			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0213	**San José**	127			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0067	**Santa Rosa Concepción**	146			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0218	**San Manuel Km 11**	314			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin	Tipo 0 2009	096	Tizimín	0497	**Kabichén**	231			YNSSA001241	CENTRO DE SALUD COLONIA YUCATAN, MPIO. TIZIMIN	YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013713	**Caravana de la Salud (Tipo 0) Yaxkin**	**Tipo 0 2009**		**1**		**11**	**1,913**			**1**	**1**	**1**	**1**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0049	**X Pechil**	126	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs	YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	073	Tahdziú	0009	**Mocte**	24			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0044	**X Cabanché**	36			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0068	**San Bernabé**	38			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0016	**Petulillo**	103			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0055	**La Esperanza**	69			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0031	**San Sebastián**	20			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	058	Peto	0041	**Tobxila**	64			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	098	Tzucacab	0024	**San Salvador Piste Akal**	116			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú	Tipo 0 2009	098	Tzucacab	0045	**Blanca Flor**	65			YNSSA000944	CENTRO DE SALUD DE TAHDZIU, MPIO. TAHDZIU	YNSSA013464	HOSPITAL COMUNITARIO DE PETO
YNSSA013742	**Caravana de la Salud (Tipo 0) Kumkú**	**Tipo 0 2009**		**3**		**10**	**661**			**1**	**1**	**1**	**1**

Base de datos (DGIS)		Tipo de UMM y año	Municipio		Localidades en ruta		Población Objetivo	Personal	Jornada de la Unidad Móvil	Red de Atención			
										Centro de Salud ANCLA (para las Tipo 0)		Unidad de 2o. Nivel (Emergencias Obstétricas)	
CLUES	Nombre de la UMM		Clave	Nombre	Clave	Nombre Localidad				CLUES	Nombre	CLUES	Nombre
YNSSA013696	Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah	Tipo III 2009	079	Tekax	0192	**Kantemó**	432	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696	Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah	Tipo III 2009	079	Tekax	0009	**Alfonso Caso**	403					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696	Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah	Tipo III 2009	079	Tekax	0005	**Manuel Cepeda Peraza**	573					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696	Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah	Tipo III 2009	079	Tekax	0117	**San Anastacio**	44					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696	Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah	Tipo III 2009	056	Oxkutzcab	0010	**Sahcamucuy**	34					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696			073	Tahdziú*	0001	**Tahdziu***	3742*					YNSSA013481	HOSPITAL COMUNITARIO DE TICUL
YNSSA013696			016	Chacsinkín*	0001	**Chaczinkin***	2555*						
YNSSA013696			098	Tzucacab*	0001	**Tzucacab***	9,967						
YNSSA013696			010	Cantamayec*	0001	**Cantamayec***	1,695						
YNSSA013696	**Caravana de la Salud (Tipo III) Kabah**	**Tipo III 2009**		**2**		**5**	**1,486**	**4**				**1**	**1**
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	057	Panabá	0158	**San Francisco**	206	**1** MEDICO GENERAL **1** ENFERMERO **1** ODONTOLOGO **1** PROMOTOR/CHOFER	(8 hrs en la localidad) Lunes a Viernes 8:00 Hrs a 16:00 Hrs			YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0033	**Xpanha Toro**	264					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0073	**Xkalax de Dzibalku**	135					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0013	**Chenkeken**	254					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0074	**Xmakulan**	92					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0058	**San Pedro Juárez**	268					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684	Caravana de la Salud (Tipo III) Zací	Tipo III 2009	096	Tizimín	0031	**Moctezuma**	384					YNSSA001224	HOSPITAL GENERAL SAN CARLOS DE TIZIMIN
YNSSA013684			096	Tizimín*	0008	**Colonia Yucatán***	1,264						
YNSSA013684			032	Espita*	0001	**Espita***	11,551						
YNSSA013684			019	Chemax*	0001	**Chemax***	14,885						
YNSSA013684	**Caravana de la Salud (Tipo III) Zací**	**Tipo III 2009**		**2**		**7**	**1,603**					**1**	**1**
12	**12**	**12**		**25**		**109**	**25,347**				**4**	**6**	**6**

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD

PROGRAMA CARAVANAS DE LA SALUD

ANEXO 7

INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PRESTACION DE SERVICIO

Entidad _____Yucatán_____ Trimestre: _____ 2013

COBERTURA OBJETIVO UNIDADES MEDICAS MOVILES		
Hombres	**Rango de Edad**	**Mujeres**
	70 y más	
	65 a 69	
	60 a 64	
	55 a 59	
	50 a 54	
	45 a 49	
	40 a 44	
	35 a 39	
	30 a 34	
	25 a 29	
	20 a 24	
	15 a 19	
	10 a 14	
	5 a 9	
	2 a 4 años	
	1 año	
	< de 1 año	
	TOTAL	

COBERTURA OPERATIVA	1er. Trimestre	2o. Trimestre	3er. Trimestre	4o. Trimestre
Número total de Consultas de Primera Vez en el Año				
Número total de Consultas Subsecuentes en el Periodo				
Número total de Embarazadas en control durante el Periodo				
Número de Escuelas en el área de responsabilidad de las Unidades Médicas Móviles				

Registrar información conforme al Sistema de Información en Salud (SIS 2013)

No.	1.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE CONTROL NUTRICIONAL EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
1	No. de niños < de 5 años en control nutricional.					
1.1.1	No. de Niños con Sobrepeso y Obesidad.					
1.1.2	No. de Niños con Desnutrición leve.					
1.1.3	No. de Niños con Desnutrición moderada.					
1.1.4	No. de Niños con Desnutrición severa					
1.2	No. de Niños Recuperados de desnutrición.					
No.	2.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE EDA's EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
2.1	No. de Casos de EDA´s en Menores de 5 años					
2.1.1	No. de Casos de EDA's en Menores de 5 años con Plan A					
2.1.2	No. de Casos de EDA's en Menores de 5 años con Plan B					
2.2	No. de Madres con niños (as) Menores de 5 años capacitadas en signos de alarma de EDA's					
No.	2.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE EDA's EN EL PERIODO	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
3.1.2	No. de Casos de IRA´s en Menores de 5 años					
3.2	No. de Casos de IRA's en Menores de 5 años con tratamiento sintomático					
3.1.2	No. de Casos de IRA's en Menores de 5 años con tratamiento antibiótico					
3.2	No. de Madres con niños (as) Menores de 5 años capacitadas en signos de alarma de EDA's					

No.	5.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE DIABETES MELLITUS EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
5.1	No. Total de Pacientes con Diabetes mellitus en tratamiento					
5.1.1	No. total de pacientes con Diabetes mellitus controlados (metabólicamente)					
5.1.2	No. total de pacientes con Diabetes mellitus nuevos					
5.2	No. total de detecciones de Diabetes mellitus					
No.	6.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
6.1	No. Total de Pacientes con Hipertensión Arterial en tratamiento					
6.1.1	No. total de pacientes con Hipertensión arterial controlados (metabólicamente)					
6.1.2	No. total de pacientes con Hipertensión arterial nuevos					
6.2	No. total de detecciones de Hipertensión Arterial					
No.	7.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE OBESIDAD EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
7.1	No. total de Pacientes en Tratamiento con Obesidad en tratamiento					
7.1.1	No. total de pacientes con Obesidad controlados					
7.1.2	No. total de pacientes con Obesidad nuevos					
7.2	No. total de detecciones de Obesidad					
No.	8.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE DISLIPIDEMIA EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
8.1	No. total de Pacientes con Dislipidemia en Tratamiento					
8.1.1	No. total de pacientes con Dislipidemia controlados					
8.1.2	No. total de pacientes con Dislipidemia nuevos					
8.2	No. total de detecciones de Dislipidemia					

Registrar información conforme al Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM) Sistema de Información en Salud (SIS 2013)

No.	10.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE CANCER CERVICO UTERINO Y CANCER DE MAMA EN EL PERIODO.	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
9.1	No. total de Citologías vaginal					
9.2	No. total de Casos de Displasia (Leve, Moderada y Severa)					
9.3	No. total Casos de Cáncer Cervicouterino					
9.4	No. total de detecciones para Cáncer de Mama (exploración)					
9.5	No. total de Casos de Cáncer de Mama					
N°	11.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE ATENCION PRENATAL EN EL PERIODO	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
10.1	No. de Ingresos a Control Prenatal					
10.1.1	No. de Ingresos Embarazo de Alto Riesgo					
10.2	No. Total de pacientes con Embarazo de Alto riesgo Referidas a Segundo Nivel					
No.	12.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL PERIODO	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
11.1	No. De Ingresos a Planificación Familiar					
11.2	No. De Puérperas aceptantes de Planificación Familiar					
No.	13.- INFORME LOS SIGUIENTES RUBROS DE ATENCION DENTAL EN EL PERIODO	PROGRAMADO ANUAL	REALIZADO PERIODO 1er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 2o. Trimestre	REALIZADO PERIODO 3er. Trimestre	REALIZADO PERIODO 4o. Trimestre
12.1	No. de Escuelas libres de Caries trabajadas en el Periodo					

No.	13.- Análisis cualitativo de cada Indicador con sus respectivos avances en el periodo que se reporta:

Nombre y Firma del Coordinador de Caravanas

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 8

GASTOS ADMINISTRATIVOS DE CARAVANAS FUNCIONANDO

PARTIDA DE GASTO		OBSERVACIONES
12101	HONORARIOS	Asignaciones destinadas a cubrir el pago por la prestación de servicios contratados con personas físicas, como profesionistas, técnicos, expertos y peritos, entre otros, por estudios, obras o trabajos determinados que correspondan a su especialidad. PERSONAL GERENCIAL Y OPERATIVOS.
34501	SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES	Asignaciones destinadas a cubrir las primas por concepto de seguros contra robos, incendios, y demás riesgos o contingencias a que pueden estar sujetos los materiales, bienes muebles e inmuebles y todo tipo de valores registrados en los activos. Excluye el pago de deducibles previstos en el concepto 3500 Servicios de mantenimiento y conservación, así como los seguros de vida del personal o de gastos médicos, previstos en el capítulo 1000 Servicios Personales.
39202	OTROS IMPUESTOS Y DERECHOS	Asignaciones destinadas a cubrir otra clase de impuestos y derechos tales como gastos de escrituración, legislación de exhortos notariales, de registro público de la propiedad, tenencias y canje de placas de vehículos oficiales, diligencias judiciales, derechos y gastos de navegación de aterrizaje y despegue de aeronaves, de verificación, certificación y demás impuestos y derechos conforme a las disposiciones aplicables. Excluye el impuesto sobre la renta que las dependencias retienen y registran contra las partidas correspondientes del Capítulo 1000 “Servicios Personales”. EXCLUSIVO PARA PAGO DE PEAJE
37201*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISION	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre en comisiones oficiales temporales dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, derivado de la realización de labores en campo o de supervisión e inspección en lugares distintos a los de su adscripción, en cumplimiento de la función pública. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades de los servidores públicos. Incluye los gastos para pasajes del personal operativo que realiza funciones de reparto y entrega de mensajería, y excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37203*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.

37204*	PASAJES TERRESTRES NACIONALES PARA SERVIDORES PUBLICOS DE MANDO EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte terrestre en comisiones oficiales temporales dentro del país en lugares distintos a los de su adscripción de servidores públicos de mando de las dependencias y entidades, en cumplimiento de la función pública, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37201 Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión, 37202 Pasajes terrestres nacionales asociados a los programas de seguridad pública y nacional y 37203 Pasajes terrestres nacionales asociados a desastres naturales, de este Clasificador. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades y el pago de pasajes para familiares en los casos previstos por las disposiciones generales aplicables. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento
37501*	VIATICOS NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISION	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, derivado de la realización de labores de campo o supervisión e inspección, en lugares distintos a los de su adscripción. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos. Excluye los gastos contemplados en las partidas 37101 y 37201.
37503*	VIATICOS NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales, en lugares distintos a los de su adscripción. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos. Excluye los gastos contemplados en las partidas 37103 y 37203.
37504*	VIATICOS NACIONALES PARA SERVIDORES PUBLICOS EN EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos por concepto de alimentación y hospedaje de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en lugares distintos a los de su adscripción, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37501, 37502, 37503, 37104 y 37204. Esta partida incluye los gastos de camino aplicándose las cuotas diferenciales que señalen tabuladores respectivos.
37901*	GASTOS PARA OPERATIVOS Y TRABAJOS DE CAMPO EN AREAS RURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos que realizan las dependencias y entidades, por la estadía de servidores públicos que se origina con motivo del levantamiento de censos, encuestas, y en general trabajos en campo para el desempeño de funciones oficiales, cuando se desarrollen en localidades que no cuenten con establecimientos que brinden servicios de hospedaje y alimentación, y no sea posible cumplir con los requisitos de otorgamiento de viáticos y pasajes previstos en las partidas del concepto 3700.

37101*	PASAJES AEREOS NACIONALES PARA LABORES EN CAMPO Y DE SUPERVISION	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo en comisiones oficiales temporales dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, derivado de la realización de labores en campo o de supervisión e inspección en lugares distintos a los de su adscripción, en cumplimiento de la función pública. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades de los servidores públicos. Excluye los arrendamientos de vehículos aéreos, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37103*	PASAJES AEREOS NACIONALES ASOCIADOS A DESASTRES NATURALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo dentro del país de servidores públicos de las dependencias y entidades, en el desempeño de comisiones temporales dentro del país, en caso de desastres naturales. Excluye los arrendamientos de vehículos aéreos comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.
37104*	PASAJES AEREOS NACIONALES PARA SERVIDORES PUBLICOS DE MANDO EN EL DESEMPEÑO DE COMISIONES Y FUNCIONES OFICIALES	Asignaciones destinadas a cubrir los gastos de transporte aéreo en comisiones oficiales temporales dentro del país en lugares distintos a los de su adscripción de servidores públicos de mando de las dependencias y entidades, en cumplimiento de la función pública, cuando las comisiones no correspondan con las previstas en las partidas 37101 Pasajes aéreos nacionales para labores en campo y de supervisión, 37102 Pasajes aéreos nacionales asociados a los programas de seguridad pública y nacional y 37103 Pasajes aéreos nacionales asociados a desastres naturales, de este Clasificador. Incluye el pago de guías para facilitar las funciones o actividades y el pago de pasajes para familiares en los casos previstos por las disposiciones generales aplicables. Excluye los arrendamientos de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales, comprendidos en el concepto 3200 Servicios de arrendamiento.

*PARTIDAS DEL CONCEPTO 3700 SERVICIOS DE TRASLADO Y VIATICOS ASIGNADAS PARA COORDINADOR Y SUPERVISORES.

EN EL CASO DEL PERSONAL OPERATIVO, CUANDO ESTE SEA CONVOCADO POR “LA SECRETARIA” (DGPLADES), SE AUTORIZA LA APLICACION DE RECURSOS DE ESTE CONVENIO PARA CUBRIR SUS GASTOS DE TRASLADO Y VIATICOS.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7’896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 9

CONTRATACION DE PERSONAL EN EL ESTADO DE YUCATAN

NIVEL ESTATAL

CODIGO	DESCRIPCION	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PERIODO DE CONTRATACION	TOTAL DE PERCEPCIONES
CFMA0001	COORDINADOR (DIR. AREA "A")	1	$47,973.69	12	$575,684.28
CF500000	SUPERVISOR (JEFE DE DEPTO. RAMA MEDICA "A")	2	$33,531.45	12	$804,754.80
					$1,380,439.08

UNIDAD MOVIL TIPO 0

CODIGO	DESCRIPCION	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PERIODO DE CONTRATACION	TOTAL DE PERCEPCIONES
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	4	$15,475.99	12	$742,847.52
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	4	$12,918.11	12	$620,069.28
					$1,362,916.80

UNIDAD MOVIL TIPO 1

CODIGO	DESCRIPCION	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PERIODO DE CONTRATACION	TOTAL DE PERCEPCIONES
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	2	$15,475.99	12	$371,423.76
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	2	$12,918.11	12	$310,034.64
					$681,458.40

UNIDAD MOVIL TIPO 2

CODIGO	DESCRIPCION	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PERIODO DE CONTRATACION	TOTAL DE PERCEPCIONES
M01007	CIRUJANO DENTISTA "A"	4	$23,854.32	12	$1,145,007.36
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	4	$15,475.99	12	$742,847.52
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	4	$12,918.11	12	$620,069.28
					$2,507,924.16

UNIDAD MOVIL TIPO 3

CODIGO	DESCRIPCION	No.	SUELDO BRUTO MENSUAL	PERIODO DE CONTRATACION	TOTAL DE PERCEPCIONES
M01007	CIRUJANO DENTISTA "A"	2	$23,854.32	12	$572,503.68
M02035	ENFERMERA GENERAL TITULADA "A"	2	$15,475.99	12	$371,423.76
CF40004	PROMOTOR (SOPORTE ADMINISTRATIVO "A")	2	$12,918.11	12	$310,034.64
					$1,253,962.08

$7,186,700.52

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 10

Avance Financiero Ejercicio 2013

Capítulo de Gasto (2)	Indicador (3)	Meta (4)	(1) trimestre							
			Autorizado (5)	% (6)	Modificado (7)	% (8)	Ejercido (9)	% (10)	Acumulado (11)	% (12)
1000	Unidades médicas móviles operando									
3000										
TOTAL (13)										

FIRMA	FIRMA	FIRMA
COORDINADOR(A) ESTATAL DE CARAVANAS	DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (O SU EQUIVALENTE)	SECRETARIO DE SALUD O DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD (O SU EQUIVALENTE)

Instructivo de llenado:

(1) Señalar el trimestre al que se refiere

(2) Señalar capítulo de gasto conforme a lo autorizado en el Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(3) Señalar el indicador conforme al objeto del Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(4) Señalar la meta conforme al objeto del Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(5) Señalar el monto autorizado conforme a la distribución por capítulo de gasto establecida en el Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(6) Señalar el porcentaje que corresponde al capítulo de gasto conforme al monto total autorizado en el Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(7) Señalar el monto modificado por capítulo de gasto, de ser el caso de que se celebrará un Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(8) Señalar el porcentaje que corresponde al capítulo de gasto conforme al monto total autorizado, de ser el caso de que se celebrará un Convenio Modificatorio al Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(9) Señalar el monto ejercido por capítulo de gasto conforme a la distribución establecida en el Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(10) Señalar el porcentaje que corresponde al monto ejercido en el trimestre con respecto al capítulo de gasto conforme a lo establecido en el Convenio Específico en materia de Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

(11) Señalar el monto ejercido acumulado trimestralmente por capítulo de gasto.

(12) Señalar el porcentaje que representa el monto ejercido acumulado trimestralmente con respecto del monto total autorizado por capítulo de gasto.

(13) Señalar los montos totales conforme a cada rubro (autorizado, modificado, ejercido y acumulado), así como el porcentaje de avance respecto al monto total autorizado.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7’896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 11

Secretaría de Salud

Cierre Presupuestal Ejercicio 2013

Capítulo de gasto	Presupuesto autorizado	Presupuesto modificado	Presupuesto ejercido	Reintegro TESOFE (1)
1000				
3000				
Total				

No. Cuenta	Rendimientos generados	Rendimientos ejercidos	Rendimientos reintegrados a TESOFE (2)
No. Cuenta Secretaría de Finanzas			
No. Cuenta Servicios de Salud			
Total			

Firma	Firma	Firma
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (O SU EQUIVALENTE)	SECRETARIO DE SALUD O DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA ENTIDAD (O SU EQUIVALENTE)	SECRETARIO DE FINANZAS (O SU EQUIVALENTE)

NOTAS:

(1) Deberá especificar el número de línea de captura TESOFE de reintegro presupuestal, y anexar copia del recibo de pago correspondiente al monto reintegrado.

(2) Deberá especificar el número de línea de captura TESOFE de reintegro de rendimientos financieros, y anexar copia del recibo de pago correspondiente al monto reintegrado.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7’896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

ANEXO 12

PROGRAMA DE VISITAS A REALIZAR EN EL ESTADO DE YUCATAN

FECHA DE VISITA
JULIO-SEPTIEMBRE

Durante la realización de las visitas especificadas en el párrafo anterior, conforme a lo dispuesto en el inciso b) de los Parámetros y en la Cláusula Séptima fracción IV del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales para gastos de operación del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Yucatán, se verificará que los recursos presupuestales transferidos sean destinados únicamente para la

realización del objeto establecido en la Cláusula Primera del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7,896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, anteriormente señalado. Por lo que con tal finalidad, las autoridades de "LA ENTIDAD" se comprometen a proporcionar toda la documentación necesaria y permitir el acceso a los archivos correspondientes al Programa de Caravanas de la Salud.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de $7'896,700.52 (Siete millones ochocientos noventa y seis mil setecientos pesos 52/100 M.N.), del Programa de Caravanas de la Salud, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; y por la otra parte, el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Yucatán, por conducto de los Servicios de Salud de Yucatán y la Secretaría de Administración y Finanzas.

Firmas de los Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **Luis Rubén Durán Fontes**.- Rúbrica.- El Director General de Planeación y Desarrollo en Salud, **Carlos Gracia Nava**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, **Jorge Eduardo Mendoza Mézquita**.- Rúbrica.- El Secretario de Administración y Finanzas, **Roberto Antonio Rodríguez Asaf**.- Rúbrica.

AVISO referente a la venta de la tercera edición del Suplemento para dispositivos médicos de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

AVISO REFERENTE A LA VENTA DE LA TERCERA EDICIÓN DEL SUPLEMENTO PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA FARMACOPEA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA, Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 17 bis, 195 y 200, fracción III, de la Ley General de Salud; 2, apartado C, fracción X, 36, 37 y 38, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 12, fracción VIII, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y 2, fracción IX, del Reglamento de Insumos para la Salud, y en cumplimiento a lo dispuesto por los puntos 3.17.2.4 y 4.19, de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, me permito informar a los establecimientos donde se realice alguna de las actividades relativas al proceso de dispositivos médicos, así como laboratorios de control químico, biológico, farmacéutico o de toxicología, para el estudio o experimentación de dispositivos médicos y al público en general, que se encuentran a la venta los ejemplares que contienen la tercera edición del Suplemento para dispositivos médicos de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Los ejemplares de dicha publicación se podrán adquirir en las instalaciones de la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, ubicadas en Río Rhin 57, colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, código postal 06500.

La Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, Suplemento para dispositivos médicos, tercera edición, entrará en vigor a los 60 días naturales posteriores a la publicación del presente Aviso.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 11 de agosto de 2014.- El Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, **Mikel Andoni Arriola Peñalosa**.- Rúbrica.