

## SECRETARÍA DE SALUD

**ACUERDO que modifica el Anexo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal, publicado el 30 de enero de 2009.**

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

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario 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, fracciones II y III, 391 y 392, de la Ley General de Salud; 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 6 y 7, fracción XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

### CONSIDERANDO

Que el artículo 104, de la Ley General de Salud prevé que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información relativa a las estadísticas de natalidad y mortalidad, entre otras, a fin de integrarlas al proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud y con ello contribuir a la consolidación de un sistema nacional de información en salud;

Que el artículo 106, de la Ley General de Salud, dispone que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información de mortalidad, deberán suministrarla a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud;

Que los artículos 392, de la Ley General de Salud y 91, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, señalan que los certificados de defunción y muerte fetal, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se darán a conocer mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación;

Que con base en las disposiciones antes señaladas, el 30 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal", mismo que fue modificado por los diversos publicados en el mencionado medio de difusión oficial, los días 29 de diciembre de 2011 y 6 de febrero de 2015;

Que el punto 12.2.11, 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 de los certificados de defunción y muerte fetal corresponde a la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud la cual, quinquenalmente, de conformidad con las necesidades del Sistema Nacional de Salud y disposiciones jurídicas aplicables, determina sus modificaciones y actualizaciones, y

Que en la cuarta reunión ordinaria del Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud, celebrada el 17 de agosto de 2017, se aprobó modificar el modelo del Certificado de Defunción, con la finalidad de incorporar, en sus versiones impresa y electrónica, la variable 8.3 denominada "Peso", tratándose de defunciones de menores de 28 días, toda vez que dicha información resulta indispensable para el análisis de la mortalidad perinatal y neonatal, he tenido a bien expedir el siguiente

### ACUERDO

**ÚNICO.** Se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, mismos que se anexan al presente Acuerdo como Anexo Único, para su observancia general.

### TRANSITORIOS

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

**SEGUNDO.** Los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal que se contienen en el Anexo Único del presente Acuerdo, sustituyen en alcance y contenido a los comprendidos en el Anexo del "Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1o. de enero de 2012", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

**TERCERO.** El presente Acuerdo deja sin efectos el diverso por el que se dan a conocer los modelos de formatos de certificados de defunción y de muerte fetal aprobados por la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 2017.

Dado en la Ciudad de México, a los 15 días del mes de diciembre de 2017.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles.**- Rúbrica.

ANEXO DEL ACUERDO QUE MODIFICA EL ANEXO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LOS FORMATOS DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 30 DE ENERO DE 2009.



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

Módulo 2017.1
FOLIO
18000001

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, causas de defunción, lugar de defunción, y datos del certificador.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotéjar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente guardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99/99/2010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejdo, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9/9/9. Marque la opción "Se ignora" después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a lo como consecuencia de", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

SE CUSÓ EN LA DEFUNCIÓN (Verificar una sola causa en cada renglón. Evitar utilizar más de tres apellidos, para verificación, ejemplo: a) b) c) d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad o la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
<b>PARTE I</b>	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte		
a)	Peritonitis aguda	2 días	
b)	Debido a lo como consecuencia de		
c)	Perforación del duodeno	4 días	
d)	Debido a lo como consecuencia de		
e)	Úlcera duodenal	3 años	
f)	Debido a lo como consecuencia de		
<b>PARTE II</b>	Causa(s) significativa(s) que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte		
g)	Hipertensión arterial	5 años	

- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
  - Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
  - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
  - Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

## ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NUM: Número. REG: Registro.



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

Modelo 2017.1
FOLIO

18000001

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE Y DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, causa de muerte, y datos del certificador.



18000001

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido al fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote [0,5][0,3][2,0],1,6. Registre incluso información parcial, llenando con "nuevos" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: [9,9][9,9][2,0],1,0].
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nuevos" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vía (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Preatonal, Boulevard), Nombre de la vía (ej. 21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad Federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nuevos" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos [9,9][9,9]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advenir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote [1,7][9,9].
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a [o como consecuencia de]", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

SI CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Cada renglón debe tener espacio para enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Clasificación CIE
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Peritonitis aguda		2 días	
b) Debida a la causa antecedente de: c) Debido a la causa antecedente de: d) Debido a la causa antecedente de: e) Debido a la causa antecedente de: f) Debido a la causa antecedente de: g) Debido a la causa antecedente de: h) Debido a la causa antecedente de: i) Debido a la causa antecedente de: j) Debido a la causa antecedente de: k) Debido a la causa antecedente de: l) Debido a la causa antecedente de: m) Debido a la causa antecedente de: n) Debido a la causa antecedente de: o) Debido a la causa antecedente de: p) Debido a la causa antecedente de: q) Debido a la causa antecedente de: r) Debido a la causa antecedente de: s) Debido a la causa antecedente de: t) Debido a la causa antecedente de: u) Debido a la causa antecedente de: v) Debido a la causa antecedente de: w) Debido a la causa antecedente de: x) Debido a la causa antecedente de: y) Debido a la causa antecedente de: z) Debido a la causa antecedente de: AA) Debido a la causa antecedente de: AB) Debido a la causa antecedente de: AC) Debido a la causa antecedente de: AD) Debido a la causa antecedente de: AE) Debido a la causa antecedente de: AF) Debido a la causa antecedente de: AG) Debido a la causa antecedente de: AH) Debido a la causa antecedente de: AI) Debido a la causa antecedente de: AJ) Debido a la causa antecedente de: AK) Debido a la causa antecedente de: AL) Debido a la causa antecedente de: AM) Debido a la causa antecedente de: AN) Debido a la causa antecedente de: AO) Debido a la causa antecedente de: AP) Debido a la causa antecedente de: AQ) Debido a la causa antecedente de: AR) Debido a la causa antecedente de: AS) Debido a la causa antecedente de: AT) Debido a la causa antecedente de: AU) Debido a la causa antecedente de: AV) Debido a la causa antecedente de: AW) Debido a la causa antecedente de: AX) Debido a la causa antecedente de: AY) Debido a la causa antecedente de: AZ) Debido a la causa antecedente de: BA) Debido a la causa antecedente de: BB) Debido a la causa antecedente de: BC) Debido a la causa antecedente de: BD) Debido a la causa antecedente de: BE) Debido a la causa antecedente de: BF) Debido a la causa antecedente de: BG) Debido a la causa antecedente de: BH) Debido a la causa antecedente de: BI) Debido a la causa antecedente de: BJ) Debido a la causa antecedente de: BK) Debido a la causa antecedente de: BL) Debido a la causa antecedente de: BM) Debido a la causa antecedente de: BN) Debido a la causa antecedente de: BO) Debido a la causa antecedente de: BP) Debido a la causa antecedente de: BQ) Debido a la causa antecedente de: BR) Debido a la causa antecedente de: BS) Debido a la causa antecedente de: BT) Debido a la causa antecedente de: BU) Debido a la causa antecedente de: BV) Debido a la causa antecedente de: BV) Debido a la causa antecedente de: BW) Debido a la causa antecedente de: BX) Debido a la causa antecedente de: BY) Debido a la causa antecedente de: BZ) Debido a la causa antecedente de: CA) Debido a la causa antecedente de: CB) Debido a la causa antecedente de: CC) Debido a la causa antecedente de: CD) Debido a la causa antecedente de: CE) Debido a la causa antecedente de: CF) Debido a la causa antecedente de: CG) Debido a la causa antecedente de: CH) Debido a la causa antecedente de: CI) Debido a la causa antecedente de: CJ) Debido a la causa antecedente de: CK) Debido a la causa antecedente de: CL) Debido a la causa antecedente de: CM) Debido a la causa antecedente de: CN) Debido a la causa antecedente de: CO) Debido a la causa antecedente de: CP) Debido a la causa antecedente de: CQ) Debido a la causa antecedente de: CR) Debido a la causa antecedente de: CS) Debido a la causa antecedente de: CT) Debido a la causa antecedente de: CU) Debido a la causa antecedente de: CV) Debido a la causa antecedente de: CV) Debido a la causa antecedente de: CW) Debido a la causa antecedente de: CX) Debido a la causa antecedente de: CY) Debido a la causa antecedente de: CZ) Debido a la causa antecedente de: DA) Debido a la causa antecedente de: DB) Debido a la causa antecedente de: DC) Debido a la causa antecedente de: DD) Debido a la causa antecedente de: DE) Debido a la causa antecedente de: DF) Debido a la causa antecedente de: DG) Debido a la causa antecedente de: DH) Debido a la causa antecedente de: DI) Debido a la causa antecedente de: DJ) Debido a la causa antecedente de: DK) Debido a la causa antecedente de: DL) Debido a la causa antecedente de: DM) Debido a la causa antecedente de: DN) Debido a la causa antecedente de: DO) Debido a la causa antecedente de: DP) Debido a la causa antecedente de: DQ) Debido a la causa antecedente de: DR) Debido a la causa antecedente de: DS) Debido a la causa antecedente de: DT) Debido a la causa antecedente de: DU) Debido a la causa antecedente de: DV) Debido a la causa antecedente de: DV) Debido a la causa antecedente de: DW) Debido a la causa antecedente de: DX) Debido a la causa antecedente de: DY) Debido a la causa antecedente de: DZ) Debido a la causa antecedente de: EA) Debido a la causa antecedente de: EB) Debido a la causa antecedente de: EC) Debido a la causa antecedente de: ED) Debido a la causa antecedente de: EE) Debido a la causa antecedente de: EF) Debido a la causa antecedente de: EG) Debido a la causa antecedente de: EH) Debido a la causa antecedente de: EI) Debido a la causa antecedente de: EJ) Debido a la causa antecedente de: EK) Debido a la causa antecedente de: EL) Debido a la causa antecedente de: EM) Debido a la causa antecedente de: EN) Debido a la causa antecedente de: EO) Debido a la causa antecedente de: EP) Debido a la causa antecedente de: EQ) Debido a la causa antecedente de: ER) Debido a la causa antecedente de: ES) Debido a la causa antecedente de: ET) Debido a la causa antecedente de: EU) Debido a la causa antecedente de: EV) Debido a la causa antecedente de: EV) Debido a la causa antecedente de: EW) Debido a la causa antecedente de: EX) Debido a la causa antecedente de: EY) Debido a la causa antecedente de: EZ) Debido a la causa antecedente de: FA) Debido a la causa antecedente de: FB) Debido a la causa antecedente de: FC) Debido a la causa antecedente de: FD) Debido a la causa antecedente de: FE) Debido a la causa antecedente de: FF) Debido a la causa antecedente de: FG) Debido a la causa antecedente de: FH) Debido a la causa antecedente de: FI) Debido a la causa antecedente de: FJ) Debido a la causa antecedente de: FK) Debido a la causa antecedente de: FL) Debido a la causa antecedente de: FM) Debido a la causa antecedente de: FN) Debido a la causa antecedente de: FO) Debido a la causa antecedente de: FP) Debido a la causa antecedente de: FQ) Debido a la causa antecedente de: FR) Debido a la causa antecedente de: FS) Debido a la causa antecedente de: FT) Debido a la causa antecedente de: FU) Debido a la causa antecedente de: FV) Debido a la causa antecedente de: FV) Debido a la causa antecedente de: FW) Debido a la causa antecedente de: FX) Debido a la causa antecedente de: FY) Debido a la causa antecedente de: FZ) Debido a la causa antecedente de: GA) Debido a la causa antecedente de: GB) Debido a la causa antecedente de: GC) Debido a la causa antecedente de: GD) Debido a la causa antecedente de: GE) Debido a la causa antecedente de: GF) Debido a la causa antecedente de: GG) Debido a la causa antecedente de: GH) Debido a la causa antecedente de: GI) Debido a la causa antecedente de: GJ) Debido a la causa antecedente de: GK) Debido a la causa antecedente de: GL) Debido a la causa antecedente de: GM) Debido a la causa antecedente de: GN) Debido a la causa antecedente de: GO) Debido a la causa antecedente de: GP) Debido a la causa antecedente de: GQ) Debido a la causa antecedente de: GR) Debido a la causa antecedente de: GS) Debido a la causa antecedente de: GT) Debido a la causa antecedente de: GU) Debido a la causa antecedente de: GV) Debido a la causa antecedente de: GV) Debido a la causa antecedente de: GW) Debido a la causa antecedente de: GX) Debido a la causa antecedente de: GY) Debido a la causa antecedente de: GZ) Debido a la causa antecedente de: HA) Debido a la causa antecedente de: HB) Debido a la causa antecedente de: HC) Debido a la causa antecedente de: HD) Debido a la causa antecedente de: HE) Debido a la causa antecedente de: HF) Debido a la causa antecedente de: HG) Debido a la causa antecedente de: HH) Debido a la causa antecedente de: HI) Debido a la causa antecedente de: HJ) Debido a la causa antecedente de: HK) Debido a la causa antecedente de: HL) Debido a la causa antecedente de: HM) Debido a la causa antecedente de: HN) Debido a la causa antecedente de: HO) Debido a la causa antecedente de: HP) Debido a la causa antecedente de: HQ) Debido a la causa antecedente de: HR) Debido a la causa antecedente de: HS) Debido a la causa antecedente de: HT) Debido a la causa antecedente de: HU) Debido a la causa antecedente de: HV) Debido a la causa antecedente de: HV) Debido a la causa antecedente de: HW) Debido a la causa antecedente de: HX) Debido a la causa antecedente de: HY) Debido a la causa antecedente de: HZ) Debido a la causa antecedente de: IA) Debido a la causa antecedente de: IB) Debido a la causa antecedente de: IC) Debido a la causa antecedente de: ID) Debido a la causa antecedente de: IE) Debido a la causa antecedente de: IF) Debido a la causa antecedente de: IG) Debido a la causa antecedente de: IH) Debido a la causa antecedente de: II) Debido a la causa antecedente de: IJ) Debido a la causa antecedente de: IK) Debido a la causa antecedente de: IL) Debido a la causa antecedente de: IM) Debido a la causa antecedente de: IN) Debido a la causa antecedente de: IO) Debido a la causa antecedente de: IP) Debido a la causa antecedente de: IQ) Debido a la causa antecedente de: IR) Debido a la causa antecedente de: IS) Debido a la causa antecedente de: IT) Debido a la causa antecedente de: IU) Debido a la causa antecedente de: IV) Debido a la causa antecedente de: IV) Debido a la causa antecedente de: IW) Debido a la causa antecedente de: IX) Debido a la causa antecedente de: IY) Debido a la causa antecedente de: IZ) Debido a la causa antecedente de: JA) Debido a la causa antecedente de: JB) Debido a la causa antecedente de: JC) Debido a la causa antecedente de: JD) Debido a la causa antecedente de: JE) Debido a la causa antecedente de: JF) Debido a la causa antecedente de: JG) Debido a la causa antecedente de: JH) Debido a la causa antecedente de: JI) Debido a la causa antecedente de: JJ) Debido a la causa antecedente de: JK) Debido a la causa antecedente de: JL) Debido a la causa antecedente de: JM) Debido a la causa antecedente de: JN) Debido a la causa antecedente de: JO) Debido a la causa antecedente de: JP) Debido a la causa antecedente de: JQ) Debido a la causa antecedente de: JR) Debido a la causa antecedente de: JS) Debido a la causa antecedente de: JT) Debido a la causa antecedente de: JU) Debido a la causa antecedente de: JV) Debido a la causa antecedente de: JV) Debido a la causa antecedente de: JW) Debido a la causa antecedente de: JX) Debido a la causa antecedente de: JY) Debido a la causa antecedente de: JZ) Debido a la causa antecedente de: KA) Debido a la causa antecedente de: KB) Debido a la causa antecedente de: KC) Debido a la causa antecedente de: KD) Debido a la causa antecedente de: KE) Debido a la causa antecedente de: KF) Debido a la causa antecedente de: KG) Debido a la causa antecedente de: KH) Debido a la causa antecedente de: KI) Debido a la causa antecedente de: KJ) Debido a la causa antecedente de: KK) Debido a la causa antecedente de: KL) Debido a la causa antecedente de: KM) Debido a la causa antecedente de: KN) Debido a la causa antecedente de: KO) Debido a la causa antecedente de: KP) Debido a la causa antecedente de: KQ) Debido a la causa antecedente de: KR) Debido a la causa antecedente de: KS) Debido a la causa antecedente de: KT) Debido a la causa antecedente de: KU) Debido a la causa antecedente de: KV) Debido a la causa antecedente de: KV) Debido a la causa antecedente de: KW) Debido a la causa antecedente de: KX) Debido a la causa antecedente de: KY) Debido a la causa antecedente de: KZ) Debido a la causa antecedente de: LA) Debido a la causa antecedente de: LB) Debido a la causa antecedente de: LC) Debido a la causa antecedente de: LD) Debido a la causa antecedente de: LE) Debido a la causa antecedente de: LF) Debido a la causa antecedente de: LG) Debido a la causa antecedente de: LH) Debido a la causa antecedente de: LI) Debido a la causa antecedente de: LJ) Debido a la causa antecedente de: LK) Debido a la causa antecedente de: LL) Debido a la causa antecedente de: LM) Debido a la causa antecedente de: LN) Debido a la causa antecedente de: LO) Debido a la causa antecedente de: LP) Debido a la causa antecedente de: LQ) Debido a la causa antecedente de: LR) Debido a la causa antecedente de: LS) Debido a la causa antecedente de: LT) Debido a la causa antecedente de: LU) Debido a la causa antecedente de: LV) Debido a la causa antecedente de: LV) Debido a la causa antecedente de: LW) Debido a la causa antecedente de: LX) Debido a la causa antecedente de: LY) Debido a la causa antecedente de: LZ) Debido a la causa antecedente de: MA) Debido a la causa antecedente de: MB) Debido a la causa antecedente de: MC) Debido a la causa antecedente de: MD) Debido a la causa antecedente de: ME) Debido a la causa antecedente de: MF) Debido a la causa antecedente de: MG) Debido a la causa antecedente de: MH) Debido a la causa antecedente de: MI) Debido a la causa antecedente de: MJ) Debido a la causa antecedente de: MK) Debido a la causa antecedente de: ML) Debido a la causa antecedente de: MM) Debido a la causa antecedente de: MN) Debido a la causa antecedente de: MO) Debido a la causa antecedente de: MP) Debido a la causa antecedente de: MQ) Debido a la causa antecedente de: MR) Debido a la causa antecedente de: MS) Debido a la causa antecedente de: MT) Debido a la causa antecedente de: MU) Debido a la causa antecedente de: MV) Debido a la causa antecedente de: MV) Debido a la causa antecedente de: MW) Debido a la causa antecedente de: MX) Debido a la causa antecedente de: MY) Debido a la causa antecedente de: MZ) Debido a la causa antecedente de: NA) Debido a la causa antecedente de: NB) Debido a la causa antecedente de: NC) Debido a la causa antecedente de: ND) Debido a la causa antecedente de: NE) Debido a la causa antecedente de: NF) Debido a la causa antecedente de: NG) Debido a la causa antecedente de: NH) Debido a la causa antecedente de: NI) Debido a la causa antecedente de: NJ) Debido a la causa antecedente de: NK) Debido a la causa antecedente de: NL) Debido a la causa antecedente de: NM) Debido a la causa antecedente de: NN) Debido a la causa antecedente de: NO) Debido a la causa antecedente de: NP) Debido a la causa antecedente de: NQ) Debido a la causa antecedente de: NR) Debido a la causa antecedente de: NS) Debido a la causa antecedente de: NT) Debido a la causa antecedente de: NU) Debido a la causa antecedente de: NV) Debido a la causa antecedente de: NV) Debido a la causa antecedente de: NW) Debido a la causa antecedente de: NX) Debido a la causa antecedente de: NY) Debido a la causa antecedente de: NZ) Debido a la causa antecedente de: OA) Debido a la causa antecedente de: OB) Debido a la causa antecedente de: OC) Debido a la causa antecedente de: OD) Debido a la causa antecedente de: OE) Debido a la causa antecedente de: OF) Debido a la causa antecedente de: OG) Debido a la causa antecedente de: OH) Debido a la causa antecedente de: OI) Debido a la causa antecedente de: OJ) Debido a la causa antecedente de: OK) Debido a la causa antecedente de: OL) Debido a la causa antecedente de: OM) Debido a la causa antecedente de: ON) Debido a la causa antecedente de: OO) Debido a la causa antecedente de: OP) Debido a la causa antecedente de: OQ) Debido a la causa antecedente de: OR) Debido a la causa antecedente de: OS) Debido a la causa antecedente de: OT) Debido a la causa antecedente de: OU) Debido a la causa antecedente de: OV) Debido a la causa antecedente de: OV) Debido a la causa antecedente de: OW) Debido a la causa antecedente de: OX) Debido a la causa antecedente de: OY) Debido a la causa antecedente de: OZ) Debido a la causa antecedente de: PA) Debido a la causa antecedente de: PB) Debido a la causa antecedente de: PC) Debido a la causa antecedente de: PD) Debido a la causa antecedente de: PE) Debido a la causa antecedente de: PF) Debido a la causa antecedente de: PG) Debido a la causa antecedente de: PH) Debido a la causa antecedente de: PI) Debido a la causa antecedente de: PJ) Debido a la causa antecedente de: PK) Debido a la causa antecedente de: PL) Debido a la causa antecedente de: PM) Debido a la causa antecedente de: PN) Debido a la causa antecedente de: PO) Debido a la causa antecedente de: PP) Debido a la causa antecedente de: PQ) Debido a la causa antecedente de: PR) Debido a la causa antecedente de: PS) Debido a la causa antecedente de: PT) Debido a la causa antecedente de: PU) Debido a la causa antecedente de: PV) Debido a la causa antecedente de: PV) Debido a la causa antecedente de: PW) Debido a la causa antecedente de: PX) Debido a la causa antecedente de: PY) Debido a la causa antecedente de: PZ) Debido a la causa antecedente de: QA) Debido a la causa antecedente de: QB) Debido a la causa antecedente de: QC) Debido a la causa antecedente de: QD) Debido a la causa antecedente de: QE) Debido a la causa antecedente de: QF) Debido a la causa antecedente de: QG) Debido a la causa antecedente de: QH) Debido a la causa antecedente de: QI) Debido a la causa antecedente de: QJ) Debido a la causa antecedente de: QK) Debido a la causa antecedente de: QL) Debido a la causa antecedente de: QM) Debido a la causa antecedente de: QN) Debido a la causa antecedente de: QO) Debido a la causa antecedente de: QP) Debido a la causa antecedente de: QQ) Debido a la causa antecedente de: QR) Debido a la causa antecedente de: QS) Debido a la causa antecedente de: QT) Debido a la causa antecedente de: QU) Debido a la causa antecedente de: QV) Debido a la causa antecedente de: QV) Debido a la causa antecedente de: QW) Debido a la causa antecedente de: QX) Debido a la causa antecedente de: QY) Debido a la causa antecedente de: QZ) Debido a la causa antecedente de: RA) Debido a la causa antecedente de: RB) Debido a la causa antecedente de: RC) Debido a la causa antecedente de: RD) Debido a la causa antecedente de: RE) Debido a la causa antecedente de: RF) Debido a la causa antecedente de: RG) Debido a la causa antecedente de: RH) Debido a la causa antecedente de: RI) Debido a la causa antecedente de: RJ) Debido a la causa antecedente de: RK) Debido a la causa antecedente de: RL) Debido a la causa antecedente de: RM) Debido a la causa antecedente de: RN) Debido a la causa antecedente de: RO) Debido a la causa antecedente de: RP) Debido a la causa antecedente de: RQ) Debido a la causa antecedente de: RR) Debido a la causa antecedente de: RS) Debido a la causa antecedente de: RT) Debido a la causa antecedente de: RU) Debido a la causa antecedente de: RV) Debido a la causa antecedente de: RV) Debido a la causa antecedente de: RW) Debido a la causa antecedente de: RX) Debido a la causa antecedente de: RY) Debido a la causa antecedente de: RZ) Debido a la causa antecedente de: SA) Debido a la causa antecedente de: SB) Debido a la causa antecedente de: SC) Debido a la causa antecedente de: SD) Debido a la causa antecedente de: SE) Debido a la causa antecedente de: SF) Debido a la causa antecedente de: SG) Debido a la causa antecedente de: SH) Debido a la causa antecedente de: SI) Debido a la causa antecedente de: SJ) Debido a la causa antecedente de: SK) Debido a la causa antecedente de: SL) Debido a la causa antecedente de: SM) Debido a la causa antecedente de: SN) Debido a la causa antecedente de: SO) Debido a la causa antecedente de: SP) Debido a la causa antecedente de: SQ) Debido a la causa antecedente de: SR) Debido a la causa antecedente de: SS) Debido a la causa antecedente de: ST) Debido a la causa antecedente de: SU) Debido a la causa antecedente de: SV) Debido a la causa antecedente de: SV) Debido a la causa antecedente de: SW) Debido a la causa antecedente de: SX) Debido a la causa antecedente de: SY) Debido a la causa antecedente de: SZ) Debido a la causa antecedente de: TA) Debido a la causa antecedente de: TB) Debido a la causa antecedente de: TC) Debido a la causa antecedente de: TD) Debido a la causa antecedente de: TE) Debido a la causa antecedente de: TF) Debido a la causa antecedente de: TG) Debido a la causa antecedente de: TH) Debido a la causa antecedente de: TI) Debido a la causa antecedente de: TJ) Debido a la causa antecedente de: TK) Debido a la causa antecedente de: TL) Debido a la causa antecedente de: TM) Debido a la causa antecedente de: TN) Debido a la causa antecedente de: TO) Debido a la causa antecedente de: TP) Debido a la causa antecedente de: TQ) Debido a la causa antecedente de: TR) Debido a la causa antecedente de: TS) Debido a la causa antecedente de: TT) Debido a la causa antecedente de: TU) Debido a la causa antecedente de: TV) Debido a la causa antecedente de: TV) Debido a la causa antecedente de: TW) Debido a la causa antecedente de: TX) Debido a la causa antecedente de: TY) Debido a la causa antecedente de: TZ) Debido a la causa antecedente de: UA) Debido a la causa antecedente de: UB) Debido a la causa antecedente de: UC) Debido a la causa antecedente de: UD) Debido a la causa antecedente de: UE) Debido a la causa antecedente de: UF) Debido a la causa antecedente de: UG) Debido a la causa antecedente de: UH) Debido a la causa antecedente de: UI) Debido a la causa antecedente de: UJ) Debido a la causa antecedente de: UK) Debido a la causa antecedente de: UL) Debido a la causa antecedente de: UM) Debido a la causa antecedente de: UN) Debido a la causa antecedente de: UO) Debido a la causa antecedente de: UP) Debido a la causa antecedente de: UQ) Debido a la causa antecedente de: UR) Debido a la causa antecedente de: US) Debido a la causa antecedente de: UT) Debido a la causa antecedente de: UU) Debido a la causa antecedente de: UV) Debido a la causa antecedente de: UV) Debido a la causa antecedente de: UW) Debido a la causa antecedente de: UX) Debido a la causa antecedente de: UY) Debido a la causa antecedente de: UZ) Debido a la causa antecedente de: VA) Debido a la causa antecedente de: VB) Debido a la causa antecedente de: VC) Debido a la causa antecedente de: VD) Debido a la causa antecedente de: VE) Debido a la causa antecedente de: VF) Debido a la causa antecedente de: VG) Debido a la causa antecedente de: VH) Debido a la causa antecedente de: VI) Debido a la causa antecedente de: VJ) Debido a la causa antecedente de: VK) Debido a la causa antecedente de: VL) Debido a la causa antecedente de: VM) Debido a la causa antecedente de: VN) Debido a la causa antecedente de: VO) Debido a la causa antecedente de: VP) Debido a la causa antecedente de: VQ) Debido a la causa antecedente de: VR) Debido a la causa antecedente de: VS) Debido a la causa antecedente de: VT) Debido a la causa antecedente de: VU) Debido a la causa antecedente de: VV) Debido a la causa antecedente de: VV) Debido a la causa antecedente de: VW) Debido a la causa antecedente de: VX) Debido a la causa antecedente de: VY) Debido a la causa antecedente de: VZ) Debido a la causa antecedente de: WA) Debido a la causa antecedente de: WB) Debido a la causa antecedente de: WC) Debido a la causa antecedente de: WD) Debido a la causa antecedente de: WE) Debido a la causa antecedente de: WF) Debido a la causa antecedente de: WG) Debido a la causa antecedente de: WH) Debido a la causa antecedente de: WI) Debido a la causa antecedente de: WJ) Debido a la causa antecedente de: WK) Debido a la causa antecedente de: WL) Debido a la causa antecedente de: WM) Debido a la causa antecedente de: WN) Debido a la causa antecedente de: WO) Debido a la causa antecedente de: WP) Debido a la causa antecedente de: WQ) Debido a la causa antecedente de: WR) Debido a la causa antecedente de: WS) Debido a la causa antecedente de: WT) Debido a la causa antecedente de: WU) Debido a la causa antecedente de: WV) Debido a la causa antecedente de: WV) Debido a la causa antecedente de: WW) Debido a la causa antecedente de: WX) Debido a la causa antecedente de: WY) Debido a la causa antecedente de: WZ) Debido a la causa antecedente de: XA) Debido a la causa antecedente de: XB) Debido a la causa antecedente de: XC) Debido a la causa antecedente de: XD) Debido a la causa antecedente de: XE) Debido a la causa antecedente de: XF) Debido a la causa antecedente de: XG) Debido a la causa antecedente de: XH) Debido a la causa antecedente de: XI) Debido a la causa antecedente de: XJ) Debido a la causa antecedente de: XK) Debido a la causa antecedente de: XL) Debido a la causa antecedente de: XM) Debido a la causa antecedente de: XN) Debido a la causa antecedente de: XO) Debido a la causa antecedente de: XP) Debido a la causa antecedente de: XQ) Debido a la causa antecedente de: XR) Debido a la causa antecedente de: XS) Debido a la causa antecedente de: XT) Debido a la causa antecedente de: XU) Debido a la causa antecedente de: XV) Debido a la causa antecedente de: XV) Debido a la causa antecedente de: XW) Debido a la causa antecedente de: XX) Debido a la causa antecedente de: XY) Debido a la causa antecedente de: XZ) Debido a la causa antecedente de: YA) Debido a la causa antecedente de: YB) Debido a la causa antecedente de: YC) Debido a la causa antecedente de: YD) Debido a la causa antecedente de: YE) Debido a la causa antecedente de: YF) Debido a la causa antecedente de			



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

Modelo 2017.1

180000001

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, DEL REG. CIVIL. Incluye campos para nombre, fecha de nacimiento, sexo, entidad de nacimiento, CURP, edad, estado conyugal, escolaridad, ocupación, causas de defunción, etc.



180000001

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Pretonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o el segundo apellido de la madre.
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. **¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
8. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9999. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
9. **ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. **OCCUPACION HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos s, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. **AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
18. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a [o como consecuencia de]", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

DE LA CAUSA DE LA DEFUNCIÓN: Anote una sola causa en cada renglón. En el espacio de tiempo aproximado para cada una, indique, etc.		Intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Clasificación de la enfermedad (CIE)
<b>PARTE I:</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte (directamente)			
a) Peritonitis aguda		2 días	
Debido a (o como consecuencia de)			
b) Perforación del duodeno		4 días	
Debido a (o como consecuencia de)			
c) Úlcera duodenal		3 años	
Debido a (o como consecuencia de)			
d) Hipertensión arterial		5 años	
<b>PARTE II:</b> Otras enfermedades patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo			

21. **SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
  - 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
  - 22.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, conocida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
  - 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - 22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 25-29. **DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

## ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NUM: Número. REG: Registro.



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

W008 2017.1
FOLIO
180000001

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SILETIOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario de certificación de defunción con secciones: DEL FALLECIDO, DE LA DEFUNCIÓN, MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS, DEL CERTIFICANTE, and DEL REG. CIVIL. Includes fields for personal data, cause of death, and certification details.

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

#### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-036-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliase con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotear) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05/03/2016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 99992010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e Interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

#### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido o y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si este nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9|9|9|. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad. Para menores de 28 días de nacido: 8.1 Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

SI CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		Método apropiado de certificación de la enfermedad o lesión		Intervalo de tiempo	
PARTE I		Código CIE		Código CIE	
a)	Peritonitis aguda			2 días	
b)	Debido a (o como consecuencia de)				
c)	Perforación del duodeno			4 días	
d)	Debido a (o como consecuencia de)				
e)	Úlcera duodenal			3 años	
f)	Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II		Código CIE		Código CIE	
	Hipertensión arterial			5 años	

- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 64 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
  - Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.
  - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.
  - Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

#### ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NUM: Número. REG: Registro.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLÉNESE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

MARCO 2017
FOLIO
17100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN

Formulario de certificación de muerte fetal con secciones: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, DATOS DEL CERTIFICANTE, and sections 1-39 for medical and personal details.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO).** ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, 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. (CIE-10, VOLUMEN 2).

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias. **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0][1][09][2016]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9][9][9][9][2016].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, 05), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- 2. EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
  - 3. PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0][4][5][0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1][3][0][0]. No registre con otra unidad de medida (1kg. = 1000 gramos).
  - 5. ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
  - 6. ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
  - 7.1 ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
  - 7.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?.** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
  - 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1][6][0][5].
  - 10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
  - 12. SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
  - 13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
  - 14. ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?.** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - 16. CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
- PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).  
**PARTE II.** Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.  
 Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

EL CAUSAL DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón, entre varias causas de origen, ejemplo: para cardíaca, adenas, etc.)		Presencia o no de		Código CIE
		materna	fetal	
PARTE I	Hemorragia intraventricular	14	1	02
	Debido a (o como consecuencia de)			
	Hipoxia intrauterina	14	1	02
	Debido a (o como consecuencia de)			
	Insuficiencia placentaria	14	1	02
	Debido a (o como consecuencia de)			
	Hipertensión gestacional	14	1	02
	Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II	Tabaquismo	14	1	02
	Debido a (o como consecuencia de)			

- 24. RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- 25. ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- 26. OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- 27. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- 29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- 30. ¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- 33-38. DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- 39. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(¿LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

México 2017
FOLIO
171100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario for fetal death certification with sections: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, and DATOS DEL CERTIFICANTE. Includes fields for sex, gestational age, weight, pregnancy details, death occurrence, location, and cause of death.

171100001

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**

**DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO)**, ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, 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. (CIE-10, VOLUMEN 2).

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliase con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal** para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. **Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1 0 9 | 2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9 | 9 9] 2 0 1 6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 880) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
  - PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0 4 5 0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1 3 0 0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
  - ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
  - ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
  - ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
  - ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?\*** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
  - FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1 6 | 0 5].
  - SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
  - SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
  - PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
  - ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?\*** En 14.1 anote una "X" en la opción "SI", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(la) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada región, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
- PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
- PARTE II.** Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Anote una sola causa en cada región, pero que no esté relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:		Especifique si la causa fue atribuida a la madre o al producto	
		Madre	Producto
<b>PARTE I</b> Condición única materna que causó directamente la muerte. (Debita a la misma consecuencia de)	1. Hemorragia intraventricular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	2. Hipoxia intrauterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	3. Insuficiencia placentaria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4. Hipertensión gestacional	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PARTE II</b> Otra condición patológica significativa del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionada con la consecuencia de la muerte fetal que produjo.	5. Tabaquismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "SI" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?\*** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE MUERTE FETAL**  
 (LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Módulo 2017  
**FOLIO**  
**171000001**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

ENTREQUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL PERMISO DE INHUMACIÓN  
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>1. SEXO</b> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		<b>2. EDAD GESTACIONAL</b> Semanas <input type="text"/> Días <input type="text"/>		<b>3. PESO</b> Gramos <input type="text"/>		<b>4. DE UN EMBARAZO</b> Espontáneo <input type="radio"/> Reproducción asistida <input type="radio"/>		<b>5. ATENCIÓN PRENATAL</b> 5.1 Recibió atención prenatal <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<b>5.2 Total de consultas recibidas</b> <input type="text"/>	
<b>6. ESTE EMBARAZO FUE</b> Normal <input type="radio"/> Complicado <input type="radio"/>		<b>7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ</b> Antes del parto <input type="radio"/> Durante el parto <input type="radio"/>		<b>7.1 Estado de la piel del producto</b> Pielisa (Normal) <input type="radio"/> Macerada <input type="radio"/>		<b>7.2 ¿Se practicó necropsia?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<b>8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>			
<b>9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>											
9.1 Tipo de vivienda			9.2 Nombre de la vivienda			9.3 Núm. Exterior		9.4 Núm. Interior		9.5 Tipo de asentamiento humano	
9.6 Localidad			9.6 Municipio o delegación			9.7 Código Postal		9.8 Localidad		9.9 Entidad federativa	
<b>10. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>											
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> FEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		10.1 Nombre de la unidad médica				10.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLES)		10.3 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
<b>11. ¿QUÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN?</b>						<b>12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE</b>					
Médico gineco-obstetra <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>						Espontáneo <input type="radio"/> Provocado <input type="radio"/> Terapéutico <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
<b>13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN</b>						<b>14. VIOLENCIA</b>					
Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>						14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
Otro <input type="radio"/> *Especifique <input type="text"/>						14.2 ¿Anoto la relación que tiene el presunto agresor con la madre? <input type="text"/>					
<b>15. ANOMALÍAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS CONGÉNITOS DEL PRODUCTO</b>											
a) <input type="text"/>											
b) <input type="text"/>											
<b>16. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL</b> (Anoto una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo paro cardíaco, asfexia, interrupción de la comunicación materno-feto, etc.)											
<b>PARTE I</b> Condición fetal o materna que causó directamente la muerte								<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que lo produjo		<b>Código CE</b>	
a) Debido a (o como consecuencia de)								16.1 <input type="radio"/> 16.2 <input type="radio"/>		Código CE	
b) Debido a (o como consecuencia de)								16.3 <input type="radio"/> 16.4 <input type="radio"/>		Código CE	
c) Debido a (o como consecuencia de)								16.5 <input type="radio"/> 16.6 <input type="radio"/>		Código CE	
d) <input type="text"/>								16.7 <input type="radio"/> 16.8 <input type="radio"/>		Código CE	
<b>17. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</b> Código CE <input type="text"/>											
<b>18. NOMBRE</b>											
Nombre(s) <input type="text"/>				Primer Apellido <input type="text"/>				Segundo Apellido <input type="text"/>			
<b>19. CURP</b> <input type="text"/>											
<b>20. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifica <input type="text"/>											
<b>21. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>											
<b>22. EDAD (Años)</b> <input type="text"/>			<b>23. ESTADO CONYUGAL</b> En unión libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			<b>24. RESIDENCIA HABITUAL</b> Anote el domicilio y teléfono permanente donde vive la madre			<b>25. ESCOLARIDAD</b>		
24.1 Tipo de vivienda			24.2 Nombre de la vivienda			24.3 Núm. Exterior			24.4 Núm. Interior		
24.5 Tipo de asentamiento humano			24.6 Nombre del asentamiento humano			24.7 Código Postal			24.8 Localidad		
24.9 Municipio o delegación			24.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			24.11 Teléfono			25.1 La escolaridad seleccionada es:		
25.2 Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			25.3 Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			25.4 Ocupación habitual			25.5 Trabajo actualmente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
<b>27. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</b>						<b>27.1 Número de seguridad social o afiliación</b>			<b>28. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)</b>		
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PDMEN <input type="radio"/> SEVUAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>						Otro <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>		
<b>29. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE, TUVO NÚMERO DE MUJOS (AM)</b>						<b>30. ¿VIVE LA MADRE?</b>			<b>30.1</b> En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:		
29.1 Nacidos Muertos (AM) <input type="text"/>			29.2 Nacidos Vivos (AM) <input type="text"/>			29.3 Sobrevivientes <input type="text"/>			30.1 <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
<b>DEL INF.</b>											
<b>31. NOMBRE</b>						<b>32. PARENTESCO CON EL PRODUCTO</b>					
Nombre(s) <input type="text"/>				Primer Apellido <input type="text"/>				Segundo Apellido <input type="text"/>			
<b>33. CERTIFICADA POR</b> Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique <input type="text"/>											
<b>34. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</b> Número de la cédula profesional <input type="text"/>											
<b>35. NOMBRE</b>											
Nombre(s) <input type="text"/>				Primer Apellido <input type="text"/>				Segundo Apellido <input type="text"/>			
<b>36. DOMICILIO</b>											
36.1 Tipo de vivienda			36.2 Nombre de la vivienda			36.3 Núm. Exterior		36.4 Núm. Interior		36.5 Tipo de asentamiento humano	
36.6 Localidad			36.6 Municipio o delegación			36.7 Código Postal		36.8 Localidad		36.9 Entidad federativa	
37. TELÉFONO <input type="text"/>						38. FIRMA <input type="text"/>			39. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
						Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>					

ATENCIÓN: EL REGISTRO CIVIL DEBE CONSERVAR ESTA 2ª COPIA

171000001

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO).** ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO; LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, 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. (CIE-10, VOLUMEN 2).

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o cotear) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0\_1\_0\_9\_12\_0\_1\_6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9\_9\_9\_9\_2\_0\_1\_6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan " (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
  - PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0\_4\_5\_0\_]. si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1\_3\_0\_0\_]. No registre con otra unidad de medida (1kg= 1000 gramos).
  - ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
  - ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
  - ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
  - ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?.** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
  - FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1\_6\_0\_5].
  - SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
  - SI SE TRATA DE UN ABORTO, ÉSTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
  - PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
  - ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?.** En 14.1 anote una "X" en la opción "Si", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el/la presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
- PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la **causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**
- PARTE II.** Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. Puede anotar sólo una causa en cada renglón, está habilitado espacio de libre espacio, para cualquier address, etc. 1		Especifique en la línea b) si la causa fue atribuida a la madre o al producto	
		Madre	Producto
CONDICIÓN DEL PRODUCTO O DE LA MADRE QUE PRODUJO DIRECTAMENTE LA MUERTE	a) Hemorragia intraventricular <small>Debido a (o como consecuencia de):</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDICIONES MÚLTIPLES O SUCESOS ANTERIORES QUE DIERON ORIGEN A LA CAUSA ANOTADA EN LA LÍNEA A)	b) Hipoxia intrauterina <small>Debido a (o como consecuencia de):</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Insuficiencia placentaria <small>Debido a (o como consecuencia de):</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Hipertensión gestacional <small>Debido a (o como consecuencia de):</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRA ENFERMEDAD SIGNIFICATIVA, ATRIBUIDA A LA EMBARAZADA O AL PRODUCTO, QUE PUDO HABER CONTRIBUIDO A LA MUERTE FETAL, PERO QUE NO ESTUVO RELACIONADA CON LAS CAUSAS ANOTADAS EN LA PARTE I, EJEMPLO:	e) Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Si" cuando la madre cuente con un trabajo o labora en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFLIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha están vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLÉNESE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Hacienda 2017
FOLIO
17100001

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\*SI LA MUERTE FETAL NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Formulario for fetal death certification with sections: DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO, CAUSAS DE LA MUERTE FETAL, DATOS DE LA MADRE, and DATOS DEL CERTIFICANTE. Includes fields for sex, gestational age, weight, prenatal care, and medical history.



ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA MUERTE FETAL DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD\*

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

**DEFUNCIÓN FETAL (FETO MORTINATO).** ES LA MUERTE DE UN PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, ANTES DE SU EXPULSIÓN O SU EXTRACCIÓN COMPLETA DEL CUERPO DE SU MADRE, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO. LA MUERTE ESTÁ INDICADA POR EL HECHO DE QUE DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN, 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. (CIE-10, VOLUMEN 2).

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

- Debe ser expedido por un médico, preferentemente por el que atendió la expulsión o extracción, sin importar las semanas de gestación. En los lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxílese con la información proporcionada por la madre, el padre o familiar. Si la muerte fetal ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico de la madre para obtener (o coetear) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para tramitar el permiso de inhumación o cremación. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la muerte fetal para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico de la madre. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda los días y meses de un dígito, ejemplo: para 1 de septiembre de 2016 anote [0 1 0 9 | 2 0 1 6]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si es posible calcular sólo el año de la expulsión o extracción (2016), anote: [9 9 | 2 0 1 6].
- Marque con una "X" sobre el círculo correspondiente a la respuesta.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

**INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS**

- EDAD GESTACIONAL.** Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la fecha de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.
  - PESO.** Anote en gramos el peso del producto, ejemplo: si el producto pesa 450 gramos, anote [0,4|5,0], si pesa 1 kilo 300 gramos anote [1|3|0|0]. No registre con otra unidad de medida (1kg = 1000 gramos).
  - ATENCIÓN PRENATAL.** En 5.1 marque si recibió o no atención prenatal para la vigilancia y control del embarazo, en caso afirmativo anote en 5.2 el total de consultas recibidas durante todo el embarazo.
  - ESTE EMBARAZO FUE.** Se clasifica como embarazo complicado aquel en donde la evolución normal en el embarazo se ve alterada por patologías de la paciente y/o el producto. Si esto no ocurre, el embarazo se clasifica como normal.
  - ESTADO DE LA PIEL DEL PRODUCTO.** Especificar el estado de la piel al momento de la expulsión o extracción; la piel macerada se refiere a una piel pálida, arrugada, con abrasión o destrucción superficial que al tocarla se separa.
  - ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?.** Marque si se practicó o no necropsia al producto.
  - FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59 ejemplo: si ocurrió a las 4 de la tarde con 5 minutos anote [1,6|0,5].
  - SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Especifique el lugar donde ocurrió la expulsión o extracción del producto. Si esta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 10.1 y en 10.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
  - SI SE TRATA DE UN ABORTO, ESTE FUE.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de menos de 500 gramos de peso, o menos de 22 semanas de gestación, seleccione el método de correspondiente. Espontáneo, si no se realiza acción para que suceda. Provocado, si se realizan maniobras para que suceda. Terapéutico, si se realiza por prescripción médica. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 13.
  - PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN.** Si la expulsión o extracción fue de un producto de más de 500 gramos de peso o igual o mayor a 22 semanas de gestación, seleccione el procedimiento empleado. Si marca la opción "otro" describa el procedimiento usado. Si contesta esta pregunta no responda la pregunta 12.
  - ¿LA MUERTE FETAL FUE CONSECUENCIA DE UN ACTO DE VIOLENCIA?.** En 14.1 anote una "X" en la opción "Sí", en caso de existir evidencia de violencia física infringida por un tercero y especifique en 14.2 el parentesco que tiene el(a) presunto(a) agresor(a) con la embarazada, ejemplo: esposo, padre, concubino. En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - CAUSA(S) DE LA MUERTE FETAL.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el marcar con una "X" en las columnas de la derecha si ésta fue atribuida a la madre o al producto. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".
- PARTE I.** En la línea a) escriba la condición del producto o de la madre que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a).
- PARTE II.** Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella. Cuando aplique, anote aquí alguna otra enfermedad significativa, atribuida a la embarazada o al producto, que pudo haber contribuido a la muerte fetal, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL. (Anote una sola causa en cada renglón, entre señalar todas de igual manera para completar, además, de:)		Especifique si la causa fue:		Código CIE			
AMATE I	AMATE II	DEBIDO A	CONSECUENCIA DE	DE LA MADRE	DEL PRODUCTO		
<p>Clasificación (en orden de prioridad) que mejor describa la causa</p> <p>Hemorragia intraventricular</p>	<p>Clasificación (en orden de prioridad) de la causa</p> <p>Hipoxia intrauterina</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>Clasificación (en orden de prioridad) de la causa</p> <p>Insuficiencia placentaria</p>	<p>Clasificación (en orden de prioridad) de la causa</p> <p>Hipertensión gestacional</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>Clasificación (en orden de prioridad) de la causa</p> <p>Tabaquismo</p>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde reside habitualmente la madre. Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Marque la opción que indique el nivel máximo de estudios de la madre y en 25.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. Si no tuviera escolaridad marque la opción "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrera, maestra, etc. En 26.1 marque la opción "Sí" cuando la madre cuente con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando la madre se dedique a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, rentista, etc.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que está afiliada la madre. La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que la madre no tenga afiliación a servicios de salud. En 27.1 anote el número de afiliación de la opción donde la madre recibió la atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 27.
- EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE, TUVO NÚMERO DE HIJOS(AS).** Anote el número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, independientemente de si a la fecha estén vivos o no y cuántos hayan nacido muertos.
- ¿VIVE LA MADRE?.** Seleccione "No", si la madre falleció antes de la expedición de este Certificado, en éste caso debe anotar en 30.1 el número de folio del Certificado de Defunción.
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

**ABREVIATURAS**

INF: Informante. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

**CONVENIO Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Durango.**

---

CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARACTER DE SUBSIDIOS PARA EL PROGRAMA REGULACION Y VIGILANCIA DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCION MEDICA G005, 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", A TRAVES DEL DR. JOSE MELJEM MOCTEZUMA, SUBSECRETARIO DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD, ASISTIDO POR EL DR. SEBASTIÁN GARCIA SAISO, DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA DGCS" Y, POR LA OTRA, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE DURANGO, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL C.P. JESUS ARTURO DIAZ MEDINA, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE FINANZAS Y DE ADMINISTRACION Y DR. CESAR HUMBERTO FRANCO MARISCAL, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "UNIDAD EJECUTORA", A QUIENES CUANDO ACTUEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARA "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

**ANTECEDENTES**

- I. Conforme al artículo 6, fracción I, de la Ley General de Salud, uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.
- II. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, dentro de su meta nacional México Incluyente, Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, prevé la Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en la que se incluyen, entre otras, líneas de acción, las relativas a instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, e implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- III. Acorde con lo anterior, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contempla dentro de su Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, Estrategia 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, las líneas de acción relativas a impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- IV. Con fecha 22 de febrero de 2013, "LAS PARTES" celebraron el "Acuerdo Marco de Coordinación 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", en lo sucesivo "ACUERDO MARCO".
- V. De conformidad con lo estipulado en la Cláusula Tercera de "EL ACUERDO MARCO", los instrumentos consensuales específicos que "LAS PARTES" suscriban para el desarrollo de las acciones previstas en el mismo, serán formalizados por conducto del Titular de la Secretaría de Finanzas y Administración y del Titular de la Secretaría de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango por parte de "LA ENTIDAD", en tanto que por "LA SECRETARIA" se efectuará, entre otros servidores públicos, por el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, asistido por las unidades administrativas y órgano desconcentrado que tiene adscritas.
- VI. El Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 es un programa a cargo de "LA DGCS", que tiene como objetivo prioritario elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica en las instituciones de los sectores público, social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud, se integra por los componentes siguientes:

1. El financiamiento para la evaluación, seguimiento y supervisión de los servicios de atención médica y de los establecimientos en que se prestan dichos servicios.
2. El establecimiento, emisión y operación de los instrumentos y procedimientos necesarios para la acreditación de la calidad de los servicios prestados en los establecimientos para la atención médica.
3. El establecimiento de los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes en los establecimientos y servicios de atención médica.

#### **DECLARACIONES**

##### **I. “LA SECRETARIA” declara que:**

- I.1 En términos de lo dispuesto por los artículos 2, fracción I, y 26, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una Dependencia de la Administración Pública Federal, a la cual conforme a lo dispuesto por los artículos 39, fracción I, del citado ordenamiento legal y 7, de la Ley General de Salud, le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como la coordinación del Sistema Nacional de Salud.
- I.2 Forma parte de su estructura, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de elevar continuamente la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; así como promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud que recibe la población.
- I.3 El Dr. José Meljem Moctezuma, en su carácter de Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en los artículos 2, apartado A, fracción I, 8, fracción XVI y 9, fracciones III y XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo A del presente instrumento jurídico.
- I.4 “LA DGCES” es una unidad administrativa que forma parte de su estructura, misma que se encuentra adscrita a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, según 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, cuyo Titular, el Dr. Sebastián García Saisó, participa en la suscripción del presente instrumento jurídico, de conformidad con los artículos 16, fracción XIII y 18, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XI, XIV y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo B del presente instrumento jurídico.
- I.5 Cuenta con la disponibilidad presupuestaria necesaria para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente Convenio.
- I.6 Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes SSA630502CU1.
- I.7 Para todos los efectos jurídicos relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en el número 7 de la Calle de Lieja, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

##### **II. “LA ENTIDAD” declara que:**

- II.1 Es un Estado libre y soberano que forma parte de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 40, 42, fracción I y 43, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 60, 61 y 62 de la Constitución Política del Estado libre y soberano de Durango.
- II.2 El C.P. Jesús Arturo Díaz Medina, en su carácter de Secretario de Finanzas y de Administración del Estado de Durango, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en el artículo 30 fracción LXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo C del presente instrumento jurídico.
- II.3 El Dr. César Humberto Franco Mariscal, en su carácter de Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en el artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Durango, así como 28 fracción I de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Durango y 10 fracción XII del Decreto de creación de los Servicios de Salud de Durango así como el 18 y 19 fracción XII de su Reglamento Interior, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo D del presente instrumento jurídico.

**II.4** Cuenta con los Registros Federales de Contribuyentes: GED620101652 correspondiente al Gobierno del Estado y SSD960927CR4 correspondiente a los Servicios de Salud del Estado.

**II.5** Para todos los efectos jurídicos relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en Calle Cuauhtémoc No. 225 Norte., Zona Centro, C.P. 34400, Durango, Dgo.

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 de la Federación, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables, y que dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en dicho ordenamiento se señalan, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio, al tenor de las siguientes:

### CLAUSULAS

**PRIMERA. OBJETO.-** El presente Convenio y sus anexos 1, 2, 3 y 4, que firmados por "LAS PARTES" forman parte integrante del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestarios federales a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, que le permitan, conforme a los artículos 9 y 13, de la Ley General de Salud, coordinar su participación con "LA SECRETARIA" durante el ejercicio fiscal 2017, a fin de dar cumplimiento al objetivo prioritario del programa presupuestario "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005", de conformidad con los Anexos del presente instrumento jurídico.

Para efecto de lo anterior, "LAS PARTES" convienen en sujetarse expresamente a las estipulaciones de "EL ACUERDO MARCO", cuyo contenido se tiene por reproducido en el presente Convenio como si a la letra se insertasen, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

**SEGUNDA. TRANSFERENCIA.-** Para la realización de las acciones objeto del presente Convenio, "LA SECRETARIA", por conducto de "LA DGCES", con sujeción a su disponibilidad presupuestaria y a que se cuente con las autorizaciones que, en su caso, correspondan, transferirá a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), mismos que, para la consecución del objetivo prioritario del "Programa Presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005", se aplicarán exclusivamente al proyecto estratégico y líneas de acción que se detallan en el Anexo 1 del presente Convenio.

La transferencia a que se refiere la presente Cláusula, se efectuará de conformidad con el calendario de ministración de recursos contenido en el Anexo 2 del presente Convenio.

Para tal efecto, "LA ENTIDAD", a través de la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango, procederá a abrir, en forma previa a su radicación, una cuenta bancaria productiva, única y específica para este Convenio, en la institución de crédito bancaria que determine, con la finalidad de que los recursos a transferir y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados, debiendo informar por escrito a "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", los datos de identificación de dicha cuenta.

Una vez radicados los recursos presupuestarios federales en la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango de "LA ENTIDAD", ésta se obliga a ministrarlos íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recepción, la Secretaría de Salud a través de los Servicios de Salud de Durango, que tendrá el carácter de "UNIDAD EJECUTORA" para efectos del presente Convenio. La "UNIDAD EJECUTORA", deberá informar a "LA SECRETARIA", a través de la "DGCES", dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a aquel en que le sean ministrados los recursos presupuestarios federales antes mencionados, el monto, la fecha y el importe de los rendimientos generados que le hayan sido ministrados, debiendo remitir documento en el que se haga constar el acuse de recibo respectivo, al que deberá anexarse copia del estado de cuenta bancario que así lo acredite. Para tal efecto, "LA SECRETARIA", a través de la "DGCES", dará aviso a la "UNIDAD EJECUTORA" de esta transferencia.

La "UNIDAD EJECUTORA" deberá, previamente a la ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango, abrir una cuenta bancaria productiva, única y específica para este Convenio.

La no ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango de "LA ENTIDAD" a la "UNIDAD EJECUTORA" en el plazo establecido en el párrafo cuarto de esta Cláusula, se considerará incumplimiento del presente instrumento jurídico y será causa para solicitar el reintegro de los recursos transferidos, así como el de los rendimientos financieros obtenidos, a la Tesorería de la Federación.

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

Queda expresamente estipulado, que la transferencia de recursos otorgada en el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo al Ejecutivo Federal, para el pago de cualquier gasto que pudiera derivar del objeto del mismo.

**TERCERA. VERIFICACION DEL DESTINO DE LOS RECURSOS FEDERALES.-** Para asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales ministrados, "LAS PARTES" convienen en sujetarse a lo siguiente:

- I. "LA SECRETARIA", por conducto de la "DGCES", dentro del marco de sus atribuciones y a través de los mecanismos que esta última implemente para tal fin, verificará a través de la evaluación del cumplimiento de los objetivos indicadores y metas a que se refiere la Cláusula Cuarta de este Convenio, que los recursos presupuestarios federales señalados en la Cláusula Segunda del presente instrumento jurídico, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.
- II. "LA SECRETARIA" transferirá los recursos federales a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, absteniéndose de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD", para cumplir con el objeto del mismo, y sin interferir de forma alguna en el procedimiento y, en su caso, mecanismo de supervisión externo que defina "LA ENTIDAD" durante la aplicación de los recursos presupuestarios federales 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".
- III. "LA ENTIDAD", dentro de los primeros diez (10) días hábiles siguientes al término de cada trimestre que se reporte, enviará a "LA DGCES" el informe de actividades por escrito de los avances en el cumplimiento del objeto del presente instrumento jurídico, el reporte de cumplimiento de metas e indicadores de resultados, así como la relación de gastos que sustenten y fundamenten la correcta aplicación de los recursos presupuestarios federales transferidos a "LA ENTIDAD". Dicha información será remitida por "LA ENTIDAD", a través de la "UNIDAD EJECUTORA", conforme al Anexo 4 del presente Convenio, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término del periodo que se reporta, a la que deberá acompañarse copia legible de la documentación justificatoria y comprobatoria correspondiente, así como, un disco compacto que contenga copia digital de dicha documentación. El cómputo del primer bimestre a informar, comenzará a partir de la fecha de realización de la transferencia de recursos a "LA ENTIDAD".

Adicionalmente, "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", podrá en todo momento, verificar en coordinación con "LA ENTIDAD", la documentación que permita observar el ejercicio de los recursos federales transferidos a "LA ENTIDAD", así como sus rendimientos financieros generados, así como solicitar a esta última, los documentos que justifiquen y comprueben el ejercicio de dichos recursos.

- IV. "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", considerando su disponibilidad de personal y presupuestaria, podrá practicar visitas de verificación, a efecto de observar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente instrumento jurídico, así como que los recursos federales transferidos con motivo del mismo, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto.
- V. En caso de presentarse la falta de comprobación de los recursos federales que le han sido transferidos a "LA ENTIDAD", de que la entrega de los informes y documentación comprobatoria correspondientes no se efectúe de manera oportuna, en los términos previstos en el presente Convenio, cuando los recursos se destinen a otros fines, permanezcan ociosos, o se incumpla cualquiera de las obligaciones contraídas en el ACUERDO MARCO y el presente Convenio específico, "LA SECRETARIA" a través de "LA DGCES", podrá determinar la suspensión o cancelación de las ministraciones subsecuentes de recursos a "LA ENTIDAD".

**CUARTA. OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS.-** “LAS PARTES” convienen en que los objetivos, indicadores y metas de las acciones que se realicen para el cumplimiento del objeto del presente instrumento jurídico, son los que se detallan en su Anexo 4.

**QUINTA. APLICACION DE LOS RECURSOS.-** Los recursos presupuestarios federales a los que alude la Cláusula Segunda de este instrumento jurídico y los rendimientos financieros que éstos generen, se destinarán en forma exclusiva para fortalecer la ejecución y desarrollo del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, en los términos previstos en el presente Convenio y sus anexos.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto diversos al objeto del presente instrumento jurídico y se registrarán conforme a su naturaleza como gasto corriente o de capital, en términos del “Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal” vigente.

Los recursos federales que se transfieren, se devengarán conforme a lo establecido en el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; se registrarán por “LA ENTIDAD” en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública.

Los recursos federales transferidos a “LA ENTIDAD”, así como los rendimientos financieros generados, que al 31 de diciembre de 2017 no hayan sido devengados, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, en los términos de los artículos 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, debiendo informarlo a “LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, de manera escrita y con la documentación soporte correspondiente.

**SEXTA. GASTOS ADMINISTRATIVOS.-** “LA PARTES” convienen en que los gastos administrativos, así como cualquier otro, no comprendidos en el presente Convenio y sus anexos, deberán ser realizados por “LA ENTIDAD” con cargo a sus recursos propios.

**SEPTIMA. OBLIGACIONES DE “LA ENTIDAD”.-** Adicionalmente a los compromisos estipulados en “EL ACUERDO MARCO” y en otras cláusulas del presente Convenio, “LA ENTIDAD” se obliga a:

- I. Vigilar el cumplimiento estricto de las disposiciones jurídicas aplicables al ejercicio del gasto público federal, dando aviso a las instancias respectivas por cualquier anomalía detectada, conforme a lo establecido en la normativa aplicable, por conducto de su Secretaría de Salud a través de los Servicios de Salud de Durango, como “UNIDAD EJECUTORA”, responsable ante “LA SECRETARIA” del adecuado ejercicio y comprobación de los recursos objeto del presente instrumento jurídico.
- II. Responder por la integración y veracidad de la información técnica y financiera que presenten para el cumplimiento de los compromisos establecidos en el presente instrumento jurídico, particularmente, de aquella generada con motivo de la aplicación, seguimiento, control, rendición de cuentas y transparencia de los recursos federales transferidos, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- III. Remitir por conducto de la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango de “LA ENTIDAD”, a “LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de los recursos presupuestarios federales que se detallan en el presente Convenio, los comprobantes que acrediten la recepción de dicha transferencia, conforme a la normativa aplicable.

Así mismo, la “UNIDAD EJECUTORA” deberá remitir a “LA SECRETARIA” a través de “LA DGCES”, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de las ministraciones realizadas por parte de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente), los comprobantes que acrediten la recepción de dichas ministraciones, conforme a la normativa aplicable.

La documentación comprobatoria a que se refiere los párrafos anteriores deberá ser expedida a nombre de la Secretaría de Salud/ Dirección General de Calidad y Educación en Salud; precisar el monto de los recursos transferidos; señalar las fechas de emisión y de recepción de los recursos; precisar el nombre del programa institucional y los conceptos relativos a los recursos federales recibidos. Dicha documentación deberá remitirse en archivo electrónico Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), junto con los estados de cuenta bancarios que acrediten la recepción de dichos recursos.

- IV. 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, así como por los órganos fiscalizadores competentes.

V. Verificar que la documentación comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios federales objeto de este Convenio, haya sido emitida por la persona física o moral a la que se efectuó el pago correspondiente y cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, entre otros, aquellos que determinan los artículos 29 y 29-A, del Código Fiscal de la Federación, los que deberán expedirse a nombre de "LA ENTIDAD". Para lo cual, se deberá remitir archivo electrónico CFDI. Así mismo, deberá remitir a "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", el archivo electrónico con la Verificación de Comprobantes Fiscales Digitales por Internet, emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

En consecuencia, la autenticidad de la documentación justificatoria y comprobatoria de los recursos presupuestarios federales erogados, será responsabilidad de la "UNIDAD EJECUTORA".

VI. Cancelar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la documentación comprobatoria, con la leyenda "Operado con recursos federales, para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 del Ejercicio Fiscal 2017".

VII. Reintegrar a la Tesorería de la Federación, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", dentro de los quince (15) días naturales siguientes en que los requiera "LA SECRETARIA", los recursos federales transferidos y sus rendimientos financieros, que después de radicados a la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la "UNIDAD EJECUTORA", o que una vez ministrados a esta última, se mantengan ociosos o no sean ejercidos en los términos del presente Convenio.

VIII. Mantener actualizada la información relativa a los avances en el ejercicio de los resultados de los recursos transferidos, así como aportar los elementos que resulten necesarios para la evaluación de los resultados que se obtengan con los mismos.

IX. Proporcionar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la información y documentación que "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", le solicite en las visitas de verificación que esta última opte por realizar, para observar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente instrumento jurídico, así como que los recursos federales transferidos con motivo del mismo, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto.

X. Establecer, con base en el seguimiento de los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos transferidos.

XI. Designar por escrito al servidor público que fungirá como enlace para coordinar las acciones correspondientes para la ejecución del objeto del presente Convenio.

XII. Informar sobre la suscripción de este Convenio, a los órganos de control y de fiscalización de "LA ENTIDAD" y entregarles copia del mismo.

XIII. Difundir el presente Convenio, en la página de Internet de la "UNIDAD EJECUTORA", así como los conceptos financiados con los recursos federales transferidos en virtud del mismo, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

XIV. Gestionar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la publicación del presente instrumento jurídico en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD".

XV. Cumplir con los lineamientos que determine "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", para la ejecución del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005.

XVI. Atender todas las indicaciones y recomendaciones que "LA SECRETARIA" le comunique para el mejor desarrollo del objeto del presente Convenio.

**OCTAVA. OBLIGACIONES DE "LA SECRETARIA".-** Adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", se obliga a:

I. Transferir a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente Convenio.

II. Verificar que los recursos federales que en virtud de este instrumento jurídico se transfieran, hayan sido aplicados únicamente para la realización del objeto del mismo, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y/o de "LA ENTIDAD".

- III. Verificar que los informes trimestrales a que hace referencia la Cláusula Tercera, fracción III, del presente Convenio, sean rendidos por "LA ENTIDAD", en los términos estipulados en el presente instrumento jurídico.
- IV. Verificar que la documentación justificatoria y comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos que remita "LA ENTIDAD", por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", se ajuste a los términos estipulados en el presente Convenio, así como a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas aplicables.
- V. Solicitar a "LA ENTIDAD" efectúe, dentro de los quince (15) días naturales siguientes, el reintegro a la Tesorería de la Federación, de los recursos federales transferidos y sus rendimientos financieros, que después de radicados a la Secretaría de Finanzas y de Administración del Estado de Durango de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la "UNIDAD EJECUTORA", o que una vez ministrados a esta última, se mantengan ociosos o no sean ejercidos en los términos del presente Convenio.
- VI. Presentar el Informe de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos presupuestarios federales transferidos con motivo del presente Convenio.
- VII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con la "UNIDAD EJECUTORA", al avance en el cumplimiento de la realización de las acciones objeto del presente instrumento jurídico.
- VIII. Establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos presupuestarios federales transferidos, con base en el seguimiento de los resultados de las evaluaciones realizadas.
- IX. Designar por escrito al servidor público que fungirá como enlace para coordinar las acciones correspondientes para la ejecución del objeto del presente Convenio.
- X. Brindar asesoría técnica a la "UNIDAD EJECUTORA", a solicitud de ésta, para el desarrollo de las actividades que deriven del cumplimiento del presente Convenio.
- XI. Difundir en su página de Internet el presente Convenio, así como los conceptos financiados con los recursos presupuestarios federales transferidos en virtud del mismo, en términos de las disposiciones aplicables.
- XII. Realizar las gestiones necesarias para la publicación del presente instrumento jurídico en el Diario Oficial de la Federación.
- XIII. Enviar a la "UNIDAD EJECUTORA", los lineamientos que deberá observar para la ejecución del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 y a efecto de dar cumplimiento al objeto del presente Convenio.

**NOVENA. CONTRALORIA SOCIAL.**- Con el propósito de que la ciudadanía, de manera organizada, participe en la verificación del cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, "LA SECRETARIA" y "LA ENTIDAD" promoverán su participación, la cual se deberá realizar de conformidad con los "Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social", publicados en el Diario Oficial de la Federación con fecha 11 de abril de 2008, y demás disposiciones aplicables.

**DECIMA. ACCIONES DE VERIFICACION, SEGUIMIENTO, EVALUACION, CONTROL Y FISCALIZACION.**- La verificación, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales transferidos por "LA SECRETARIA" a "LA ENTIDAD" con motivo del presente instrumento jurídico, corresponderá a "LA SECRETARIA" través de "LA DGCES".

Cuando los servidores públicos que participen en la ejecución del presente Convenio, detecten que los recursos federales transferidos han permanecido ociosos o han sido utilizados para fines distintos a los que se señalan en el presente Convenio, deberán hacerlo del conocimiento, en forma inmediata, de la Auditoría Superior de la Federación y de la Secretaría de la Función Pública y, en su caso, del Ministerio Público de la Federación.

**DECIMA PRIMERA. MANEJO DE LA INFORMACION.**- La información que se presente, obtenga o produzca en virtud del cumplimiento de este instrumento jurídico, será clasificada por "LAS PARTES", atendiendo a los principios de confidencialidad, reserva y protección de datos personales que se desprenden de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones jurídicas que de ella derivan, por lo que "LAS PARTES" se obligan a utilizarla o aprovecharla únicamente para el cumplimiento del objeto del presente Convenio.

Asimismo, "LAS PARTES" se obligan a no revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, modificar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información que tenga carácter de confidencial, sin la autorización previa y por escrito del titular de la misma y de "LAS PARTES".

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

Cualquier cambio de domicilio de "LAS PARTES" deberá ser notificado por escrito a la otra, con al menos diez días naturales de anticipación a la fecha en que se pretenda que surta efectos ese cambio. Sin este aviso, todas las comunicaciones se entenderán válidamente hechas en los domicilios señalados por "LAS PARTES".

**DECIMA TERCERA. RELACION LABORAL.-** Queda expresamente estipulado por "LAS PARTES", que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquella que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación, demanda o sanción, que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica, que en ese sentido se les quiera fincar.

**DECIMA CUARTA. VIGENCIA.-** El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2017.

**DECIMA QUINTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO ESPECIFICO.-** "LAS PARTES" acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio 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 circunstancias especiales, caso fortuito o de fuerza mayor, para la realización del objeto previsto en este instrumento jurídico, "LAS PARTES" acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas eventualidades. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio modificatorio correspondiente.

**DECIMA SEXTA. CAUSAS DE TERMINACION.-** El presente Convenio podrá darse por terminado de manera anticipada en los supuestos estipulados en "EL ACUERDO MARCO".

**DECIMA SEPTIMA. CAUSAS DE RESCISION.-** El presente Convenio podrá rescindirse por las causas que señala "EL ACUERDO MARCO".

**DECIMA OCTAVA. INTERPRETACION, JURISDICCION Y COMPETENCIA.-** "LAS PARTES" manifiestan su conformidad para interpretar y resolver, de común acuerdo, todo lo relativo a la ejecución y cumplimiento del presente Convenio, así como en sujetar todo lo no previsto en el mismo a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas aplicables.

Asimismo, convienen en que de las controversias que surjan con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente Convenio, conocerán los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando "LAS PARTES" a cualquier otra jurisdicción que pudiera corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro.

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio, lo firman por cuadruplicado a los quince días del mes de agosto de dos mil diecisiete.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Calidad y Educación en Salud, **Sebastián García Saisó**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas y de Administración, **Jesús Arturo Díaz Medina**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango (Unidad Ejecutora), **César Humberto Franco Mariscal**.- Rúbrica.

## ANEXO 1

## DESCRIPCION DE PROYECTOS ESTRATEGICOS Y SUS LINEAS ESTRATEGICAS

Línea de acción	Objetivo	Alcance
I. Ejecución del Programa de Reacreditación 2017	Determinar si los establecimientos y servicios de atención médica acreditados en el periodo 2004 a 2012, mantienen los criterios de capacidad, seguridad y calidad con los que fueron acreditados, con la finalidad de incrementar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica.	Los establecimientos y servicios de atención médica de las 32 entidades federativas acreditados en el periodo 2004 a 2012, con autoevaluación validada por las Autoridades Responsables en la Entidad Federativa y seleccionados por la DGCES para integrar el Programa de Reacreditación 2017.
Breve descripción	Entregables a la DGCES	Monto Asignado
<p>La DGCES solicitará mediante oficio a los titulares de los Servicios de Salud en las entidades federativas beneficiarios del programa, personal evaluador estatal, en el que indicará el número de evaluadores y perfil solicitado, fecha y entidad programada a visitar.</p> <p>Los Servicios de Salud de las Entidades Federativas designarán al personal evaluador incluido en el padrón de evaluadores 2017, y notificará a la DGCES mediante oficio dirigido al titular en el que indique: los nombres y logística del personal evaluador que acudirá a la visita.</p> <p>Los Servicios de Salud de las Entidades Federativas realizarán las gestiones administrativas conducentes para cubrir los gastos por concepto de transporte aéreo y/o terrestre, viáticos (alimentos y hospedaje) del personal evaluador designado que participará con la DGCES en la visita de evaluación del Programa de Reacreditación 2017, lo anterior en apego a lo estipulado en las NORMAS que regulan los viáticos y pasajes para las comisiones en el desempeño de funciones en la administración pública federal, numeral 7 y en su caso en la normatividad estatal vigente.</p>	<p>Deberán conformar una carpeta en formato físico y en medio magnético, la cual deberá entregarse a la DGCES mediante oficio suscrito por el Secretario de Salud al cierre del último trimestre del año en curso, en la cual se incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de evaluadores participantes, avalada con firma autógrafa por la autoridad correspondiente, en el que se identifique: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del evaluador,</li> <li>• Establecimiento o lugar de adscripción,</li> <li>• Copia de Identificación vigente,</li> <li>• Lugar y Fecha de visita en que participó.</li> </ul> </li> <li>• Copia simple de factura de transportación aérea en caso que el traslado sea mayor a 450 km o terrestre en los que el traslado sea menor a 449 km de distancia, según corresponda, en la que se describa el nombre del evaluador o evaluadores a las que ampare la factura.</li> <li>• Copia simple de facturas de hospedaje y consumo de alimentos.</li> </ul> <p>Los demás que le requiera la DGCES para el cumplimiento del objeto del convenio.</p>	<p>\$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.)</p>
		Número de Evaluadores
		30 evaluadores que participarán en las visitas del Programa de Reacreditación 2017

“LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, enviará los formatos con las especificaciones del programa a “LA ENTIDAD” mediante oficio.

“LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, enviará los formatos de seguimiento trimestral mediante oficio a “LA ENTIDAD” a los cinco días hábiles de haberse suscrito el presente instrumento legal.

El presente Anexo forma parte integrante del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), del Programa Regulación y Vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Durango, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios de Salud de Durango.

## ANEXO 2

## TRANSFERENCIA DE RECURSOS

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas"	\$585,293.00	\$0.00	\$585,293.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$585,293.00</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$585,293.00</b>

## 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"									\$585,293.00				\$585,293.00
43801 "Subsidios a las Entidades Federativas y Municipios."													
<b>ACUMULADO</b>									\$585,293.00				\$585,293.00

El presente Anexo forma parte integrante del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), del Programa Regulación y Vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Durango, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios de Salud de Durango.

**FORMATO****ANEXO 3****CIERRE PRESUPUESTAL EJERCICIO 2016**

Capítulo de gasto	Presupuesto autorizado	Presupuesto modificado	Presupuesto ejercido	Reintegro TESOFE (1)	No. Cuenta	Rendimientos generados	Rendimientos ejercidos	Rendimientos reintegrados a TESOFE (2)
4000					No. Cuenta Secretaría de Finanzas			
					No. Cuenta Servicios de Salud			
<b>Total</b>					<b>Total</b>			

LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA, ASIMISMO, SU EJECUCION CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS PARA INFORMAR SOBRE EL EJERCICIO, DESTINO, Y RESULTADOS DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 25 DE FEBRERO DE 2008 Y LA DOCUMENTACION SOPORTE SE ENCUENTRA PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA ENTIDAD EJECUTORA, SECRETARIA DE FINANZAS O SU EQUIVALENTE EN ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS.

**(NOMBRE Y FIRMA)**

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE  
LOS SERVICIOS ESTATALES DE  
SALUD

**(NOMBRE Y FIRMA)**

SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR  
GENERAL DEL INSTITUTO DE  
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

**(NOMBRE Y FIRMA)**

SECRETARIO DE FINANZAS DEL  
ESTADO

**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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), del Programa Regulación y Vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Durango, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios de Salud de Durango.

**FORMATO****ANEXO 4****AVANCE FINANCIERO EJERCICIO 2016**

Capítulo de Gasto (2)	Indicador (3)	Meta (4)	(1) TRIMESTRE								
			Autorizado (5)	% (6)	Modificado (7)	% (8)	Ejercido (9)	% (10)	Acumulado (11)	% (12)	
4000	Número de establecimientos Supervisados										
	Número de Visitas de Evaluación										
<b>TOTAL (13)</b>											

LOS OBJETIVOS DE CADA INDICADOR Y METAS QUE SE ENUNCIAN EN ESTE ANEXO ESTAN VINCULADOS CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO 1 DE ESTE CONVENIO, PARA SU DETERMINACION, "LA DGCS" SEÑALO CLARAMENTE EN EL DOCUMENTO OPERATIVO EL PROCESO QUE SE SEGUIRA PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS, ASIMISMO LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA; SU EJECUCION DEBERA CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS PARA INFORMAR SOBRE EL EJERCICIO, DESTINO, Y RESULTADOS DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 25 DE FEBRERO DE 2008 Y LA DOCUMENTACION SOPORTE SE ENCONTRARA PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA ENTIDAD EJECUTORA, SECRETARIA DE FINANZAS O SU EQUIVALENTE EN ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS.

<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>	<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>	<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>
RESPONSABLE ESTATAL DE CALIDAD	DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE

Instructivo de llenado:

- (1) Señalar el trimestre al que se refiere
- (2) Señalar capítulo de gasto conforme a lo autorizado en el Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (3) Señalar el indicador conforme al objeto del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (4) Señalar la meta conforme al objeto del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (5) Señalar el monto autorizado conforme a la distribución por capítulo de gasto establecido en el Convenio de Colaboración para la 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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.

- (7) Señalar el monto modificado por capítulo de gasto, de ser el caso de que se celebrara un Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración 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 celebrara un Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración 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 de Colaboración para la 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 de Colaboración para la 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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$585,293.00 (QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS 00/100 M.N.), del Programa Regulación y Vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Durango, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios de Salud de Durango.

Firmas de los Anexos 1, 2, 3 y 4 del Convenio Específico de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el carácter de subsidios para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y por la otra parte el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Durango, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios de Salud de Durango.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Calidad y Educación en Salud, **Sebastián García Saisó**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas y de Administración, **Jesús Arturo Díaz Medina**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango (Unidad Ejecutora), **César Humberto Franco Mariscal**.- Rúbrica.

**CONVENIO Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Guerrero.**

---

CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES CON EL CARACTER DE SUBSIDIOS PARA EL PROGRAMA REGULACION Y VIGILANCIA DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCION MEDICA G005, 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", A TRAVES DEL DR. JOSE MELJEM MOCTEZUMA, SUBSECRETARIO DE INTEGRACION Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD, ASISTIDO POR EL DR. SEBASTIAN GARCIA SAISO, DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA DGCES" Y, POR LA OTRA, EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "LA ENTIDAD", REPRESENTADO POR EL LIC. HECTOR APREZA PATRON, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE FINANZAS Y ADMINISTRACION EN EL ESTADO DE GUERRERO, Y EL DR. CARLOS DE LA PEÑA PINTOS, EN SU CARACTER DE SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL OPERATIVO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO AL QUE EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "UNIDAD EJECUTORA", A QUIENES CUANDO ACTUEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARA "LAS PARTES", CONFORME A LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

**ANTECEDENTES**

- I. Conforme al artículo 6, fracción I, de la Ley General de Salud, uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, es proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.
- II. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, dentro de su meta nacional México Incluyente, Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud, prevé la Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en la que se incluyen, entre otras, líneas de acción, las relativas a instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, e implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- III. Acorde con lo anterior, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contempla dentro de su Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, Estrategia 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, las líneas de acción relativas a impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- IV. Con fecha 10 de octubre de 2012, "LAS PARTES" celebraron el "Acuerdo Marco de Coordinación 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", en lo sucesivo "ACUERDO MARCO".
- V. De conformidad con lo estipulado en la Cláusula Segunda de "EL ACUERDO MARCO", los instrumentos consensuales específicos que "LAS PARTES" suscriban para el desarrollo de las acciones previstas en el mismo, serán formalizados por conducto del Titular de la Secretaría de Salud, el Titular de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero y el Titular de la Secretaría de Finanzas y Administración por parte de "LA ENTIDAD", en tanto que por "LA SECRETARIA" se efectuará, entre otros servidores públicos, por el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, asistido por las unidades administrativas y órgano desconcentrado que tiene adscritas.
- VI. El Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 es un programa a cargo de "LA DGCES", que tiene como objetivo prioritario elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica en las instituciones de los sectores público, social y privado que conforman el Sistema Nacional de Salud, se integra por los componentes siguientes:

1. El financiamiento para la evaluación, seguimiento y supervisión de los servicios de atención médica y de los establecimientos en que se prestan dichos servicios.
2. El establecimiento, emisión y operación de los instrumentos y procedimientos necesarios para la acreditación de la calidad de los servicios prestados en los establecimientos para la atención médica.
3. El establecimiento de los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes en los establecimientos y servicios de atención médica.

#### DECLARACIONES

##### I. "LA SECRETARIA" declara que:

- I.1 En términos de lo dispuesto por los artículos 2, fracción I, y 26, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, es una Dependencia de la Administración Pública Federal, a la cual conforme a lo dispuesto por los artículos 39, fracción I, del citado ordenamiento legal y 7, de la Ley General de Salud, le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como la coordinación del Sistema Nacional de Salud.
- I.2 Forma parte de su estructura, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a la cual le corresponde, entre otras atribuciones, las de elevar continuamente la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; así como promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud que recibe la población.
- I.3 El Dr. José Meljem Moctezuma, en su carácter de Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en los artículos 2, apartado A, fracción I, 8, fracción XVI y 9, fracciones III y XIV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo A del presente instrumento jurídico.
- I.4 "LA DGCES" es una unidad administrativa que forma parte de su estructura, misma que se encuentra adscrita a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, según 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, cuyo Titular, el Dr. Sebastián García Saisó, participa en la suscripción del presente instrumento jurídico, de conformidad con los artículos 16, fracción XIII y 18, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XI, XIV y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo B del presente instrumento jurídico.
- I.5 Cuenta con la disponibilidad presupuestaria necesaria para hacer frente a los compromisos derivados de la suscripción del presente Convenio.
- I.6 Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes SSA630502CU1.
- I.7 Para todos los efectos jurídicos relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en el número 7 de la Calle de Lieja, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México.

##### II. "LA ENTIDAD" declara que:

- II.1 Es un Estado libre y soberano que forma parte de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 40, 42, fracción I y 43, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1 de la Constitución Política del Estado de Guerrero.
- II.2 El Lic. Héctor Apreza Patrón, en su carácter de Secretario de Finanzas y Administración del Estado de Guerrero, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en los artículos 18, apartado A, fracción III y 22, fracciones XIX y XXV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero No. 08, y artículo 2 y 8, fracción XXIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas del Estado de Guerrero, cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo C del presente instrumento jurídico.
- II.3 El Dr. Carlos De La Peña Pintos, en su carácter de Secretario de Salud y Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero, tiene la competencia y legitimidad para suscribir el presente Convenio, de conformidad con lo previsto en los artículos 18, apartado A, fracción IX y 28 fracciones I, II, III y VI de la Ley Orgánica de la Administración pública del Estado de

Guerrero, y 7 fracción II, 11, fracción I, 11 BIS, fracción VI, 17 BIS, 17 QUINQUES y 17 SEXIES, de la Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero; cargo que queda debidamente acreditado con la copia de su nombramiento, misma que se acompaña como Anexo D del presente instrumento jurídico.

**II.4** Cuenta con los Registros Federales de Contribuyentes SFA830301521 correspondiente al Gobierno del Estado y SES870401TX8 correspondiente a los Servicios Estatales de Salud del Estado.

**II.5** Para todos los efectos jurídicos relacionados con este Convenio señala como su domicilio el ubicado en Ave. Ruffo Figueroa No. 6, Col. Burócrata, C.P. 39090, Chilpancingo, Guerrero.

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 de la Federación, mismos que se otorgarán y ejercerán conforme a las disposiciones generales aplicables, y que dichos subsidios y transferencias deberán sujetarse a los criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad que en dicho ordenamiento se señalan, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio, al tenor de las siguientes:

#### CLAUSULAS

**PRIMERA. OBJETO.-** El presente Convenio y sus anexos 1, 2, 3 y 4, que firmados por "LAS PARTES" forman parte integrante del mismo, tienen por objeto transferir recursos presupuestarios federales a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, que le permitan, conforme a los artículos 9 y 13, de la Ley General de Salud, coordinar su participación con "LA SECRETARIA" durante el ejercicio fiscal 2017, a fin de dar cumplimiento al objetivo prioritario del programa presupuestario "Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005", de conformidad con los Anexos del presente instrumento jurídico.

Para efecto de lo anterior, "LAS PARTES" convienen en sujetarse expresamente a las estipulaciones de "EL ACUERDO MARCO", cuyo contenido se tiene por reproducido en el presente Convenio como si a la letra se insertasen, así como a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

**SEGUNDA. TRANSFERENCIA.-** Para la realización de las acciones objeto del presente Convenio, "LA SECRETARIA", por conducto de "LA DGCES", con sujeción a su disponibilidad presupuestaria y a que se cuente con las autorizaciones que, en su caso, correspondan, transferirá a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, recursos presupuestarios federales hasta por la cantidad de \$780,390.40 (SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.), mismos que, para la consecución del objetivo prioritario del "Programa Presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005", se aplicarán exclusivamente al proyecto estratégico y líneas de acción que se detallan en el Anexo 1 del presente Convenio.

La transferencia a que se refiere la presente Cláusula, se efectuará de conformidad con el calendario de ministración de recursos contenido en el Anexo 2 del presente Convenio.

Para tal efecto, "LA ENTIDAD", a través de la Secretaría de Finanzas y Administración, procederá a abrir, en forma previa a su radicación, una cuenta bancaria productiva, única y específica para este Convenio, en la institución de crédito bancaria que determine, con la finalidad de que los recursos a transferir y sus rendimientos financieros estén debidamente identificados, debiendo informar por escrito a "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", los datos de identificación de dicha cuenta.

Una vez radicados los recursos presupuestarios federales en la Secretaría de Finanzas y Administración de "LA ENTIDAD", ésta se obliga a ministrarlos íntegramente, junto con los rendimientos financieros que se generen, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recepción, a la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales del Estado de Guerrero, que tendrá el carácter de "UNIDAD EJECUTORA" para efectos del presente Convenio. La "UNIDAD EJECUTORA", deberá informar a "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a aquel en que le sean ministrados los recursos presupuestarios federales antes mencionados, el monto, la fecha y el importe de los rendimientos generados que le hayan sido ministrados, debiendo remitir documento en el que se haga constar el acuse de recibo respectivo, al que deberá anexarse copia del estado de cuenta bancario que así lo acredite. Para tal efecto, "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", dará aviso a la "UNIDAD EJECUTORA" de esta transferencia.

La "UNIDAD EJECUTORA" deberá, previamente a la ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y Administración, abrir una cuenta bancaria productiva, única y específica para este Convenio.

La no ministración de los recursos por parte de la Secretaría de Finanzas y Administración de "LA ENTIDAD" a la "UNIDAD EJECUTORA" en el plazo establecido en el párrafo cuarto de esta Cláusula, se considerará incumplimiento del presente instrumento jurídico y será causa para solicitar el reintegro de los recursos transferidos, así como el de los rendimientos financieros obtenidos, a la Tesorería de la Federación.

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

Queda expresamente estipulado, que la transferencia de recursos otorgada en el presente Convenio no es susceptible de presupuestarse en los ejercicios fiscales siguientes, por lo que no implica el compromiso de transferencias posteriores ni en ejercicios fiscales subsecuentes con cargo al Ejecutivo Federal, para el pago de cualquier gasto que pudiera derivar del objeto del mismo.

**TERCERA. VERIFICACION DEL DESTINO DE LOS RECURSOS FEDERALES.-** Para asegurar la transparencia en la aplicación y comprobación de los recursos federales ministrados, "LAS PARTES" convienen en sujetarse a lo siguiente:

- I. "LA SECRETARIA", por conducto de "LA DGCES", dentro del marco de sus atribuciones y a través de los mecanismos que esta última implemente para tal fin, verificará a través de la evaluación del cumplimiento de los objetivos indicadores y metas a que se refiere la Cláusula Cuarta de este Convenio, que los recursos presupuestarios federales señalados en la Cláusula Segunda del presente instrumento jurídico, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal.
- II. "LA SECRETARIA" transferirá los recursos federales a que se refiere la Cláusula Segunda de este Convenio, absteniéndose de intervenir en el procedimiento de asignación de los contratos o de cualquier otro instrumento jurídico que formalice "LA ENTIDAD", para cumplir con el objeto del mismo, y sin interferir de forma alguna en el procedimiento y, en su caso, mecanismo de supervisión externo que defina "LA ENTIDAD" durante la aplicación de los recursos presupuestarios federales 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".
- III. "LA ENTIDAD", dentro de los primeros diez (10) días hábiles siguientes al término de cada trimestre que se reporte, enviará a "LA DGCES" el informe de actividades por escrito de los avances en el cumplimiento del objeto del presente instrumento jurídico, el reporte de cumplimiento de metas e indicadores de resultados, así como la relación de gastos que sustenten y fundamenten la correcta aplicación de los recursos presupuestarios federales transferidos a "LA ENTIDAD". Dicho información será remitida por "LA ENTIDAD", a través de la "UNIDAD EJECUTORA", conforme al Anexo 4 del presente Convenio, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término del periodo que se reporta, a la que deberá acompañarse copia legible de la documentación justificatoria y comprobatoria correspondiente, así como, un disco compacto que contenga copia digital de dicha documentación. El cómputo del primer bimestre a informar, comenzará a partir de la fecha de realización de la transferencia de recursos a "LA ENTIDAD".

Adicionalmente, "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", podrá en todo momento, verificar en coordinación con "LA ENTIDAD", la documentación que permita observar el ejercicio de los recursos federales transferidos a "LA ENTIDAD", así como sus rendimientos financieros generados, así como solicitar a esta última, los documentos que justifiquen y comprueben el ejercicio de dichos recursos.

- IV. "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", considerando su disponibilidad de personal y presupuestaria, podrá practicar visitas de verificación, a efecto de observar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente instrumento jurídico, así como que los recursos federales transferidos con motivo del mismo, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto.
- V. En caso de presentarse la falta de comprobación de los recursos federales que le han sido transferidos a "LA ENTIDAD", de que la entrega de los informes y documentación comprobatoria correspondientes no se efectúe de manera oportuna, en los términos previstos en el presente Convenio, cuando los recursos se destinen a otros fines, permanezcan ociosos, o se incumpla cualquiera de las obligaciones contraídas en el ACUERDO MARCO y el presente Convenio específico, "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", podrá determinar la suspensión o cancelación de las ministraciones subsecuentes de recursos a "LA ENTIDAD".

**CUARTA. OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS.-** “LAS PARTES” convienen en que los objetivos, indicadores y metas de las acciones que se realicen para el cumplimiento del objeto del presente instrumento jurídico, son los que se detallan en su Anexo 4.

**QUINTA. APLICACION DE LOS RECURSOS.-** Los recursos presupuestarios federales a los que alude la Cláusula Segunda de este instrumento jurídico y los rendimientos financieros que éstos generen, se destinarán en forma exclusiva para fortalecer la ejecución y desarrollo del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, en los términos previstos en el presente Convenio y sus anexos.

Dichos recursos no podrán traspasarse a otros conceptos de gasto diversos al objeto del presente instrumento jurídico y se registrarán conforme a su naturaleza como gasto corriente o de capital, en términos del “Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal” vigente.

Los recursos federales que se transfieren, se devengarán conforme a lo establecido en el artículo 175 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; se registrarán por “LA ENTIDAD” en su contabilidad de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables y se rendirán en su Cuenta Pública.

Los recursos federales transferidos a “LA ENTIDAD”, así como los rendimientos financieros generados, que al 31 de diciembre de 2017 no hayan sido devengados, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, en los términos de los artículos 17 de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios, debiendo informarlo a “LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCE”, de manera escrita y con la documentación soporte correspondiente.

**SEXTA. GASTOS ADMINISTRATIVOS.-** “LA PARTES” convienen en que los gastos administrativos, así como cualquier otro, no comprendidos en el presente Convenio y sus anexos, deberán ser realizados por la “UNIDAD EJECUTORA”, con cargo a sus recursos propios.

**SEPTIMA. OBLIGACIONES DE “LA ENTIDAD”.-** Adicionalmente a los compromisos estipulados en “EL ACUERDO MARCO” y en otras cláusulas del presente Convenio, “LA ENTIDAD” se obliga a:

- I. Vigilar el cumplimiento estricto de las disposiciones jurídicas aplicables al ejercicio del gasto público federal, dando aviso a las instancias respectivas por cualquier anomalía detectada, conforme a lo establecido en la normativa aplicable, por conducto de su Secretaría de Salud y los Servicios Estatales del Estado de Guerrero, como “UNIDAD EJECUTORA”, responsable ante “LA SECRETARIA” del adecuado ejercicio y comprobación de los recursos objeto del presente instrumento jurídico.
- II. Responder por la integración y veracidad de la información técnica y financiera que presenten para el cumplimiento de los compromisos establecidos en el presente instrumento jurídico, particularmente, de aquella generada con motivo de la aplicación, seguimiento, control, rendición de cuentas y transparencia de los recursos federales transferidos, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- III. Remitir por conducto de la Secretaría de Finanzas y Administración de “LA ENTIDAD”, a “LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCE”, en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de los recursos presupuestarios federales que se detallan en el presente Convenio, los comprobantes que acrediten la recepción de dicha transferencia, conforme a la normativa aplicable.

Así mismo, la “UNIDAD EJECUTORA” deberá remitir a “LA SECRETARIA” a través de “LA DGCE”, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de las ministraciones realizadas por parte de la Secretaría de Finanzas (o su equivalente), los comprobantes que acrediten la recepción de dichas ministraciones, conforme a la normativa aplicable.

La documentación comprobatoria a que se refiere los párrafos anteriores deberá ser expedida a nombre de la Secretaría de Salud/ Dirección General de Calidad y Educación en Salud; precisar el monto de los recursos transferidos; señalar las fechas de emisión y de recepción de los recursos; precisar el nombre del programa institucional y los conceptos relativos a los recursos federales recibidos. Dicha documentación deberá remitirse en archivo electrónico Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI), junto con los estados de cuenta bancarios que acrediten la recepción de dichos recursos.

- IV. 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, así como por los órganos fiscalizadores competentes.

V. Verificar que la documentación comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios federales objeto de este Convenio, haya sido emitida por la persona física o moral a la que se efectuó el pago correspondiente y cumpla con los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones federales aplicables, entre otros, aquellos que determinan los artículos 29 y 29-A, del Código Fiscal de la Federación, los que deberán expedirse a nombre de "LA ENTIDAD". Para lo cual, se deberá remitir archivo electrónico CFDI. Así mismo, deberá remitir a "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", el archivo electrónico con la Verificación de Comprobantes Fiscales Digitales por Internet, emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

En consecuencia, la autenticidad de la documentación justificatoria y comprobatoria de los recursos presupuestarios federales erogados, será responsabilidad de la "UNIDAD EJECUTORA".

VI. Cancelar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la documentación comprobatoria, con la leyenda "Operado con recursos federales, para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 del Ejercicio Fiscal 2017".

VII. Reintegrar a la Tesorería de la Federación, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", dentro de los quince (15) días naturales siguientes en que los requiera "LA SECRETARIA", los recursos federales transferidos y sus rendimientos financieros, que después de radicados a la Secretaría de Finanzas y Administración de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la "UNIDAD EJECUTORA", o que una vez ministrados a esta última, se mantengan ociosos o no sean ejercidos en los términos del presente Convenio.

VIII. Mantener actualizada la información relativa a los avances en el ejercicio de los resultados de los recursos transferidos, así como aportar los elementos que resulten necesarios para la evaluación de los resultados que se obtengan con los mismos.

IX. Proporcionar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la información y documentación que "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", le solicite en las visitas de verificación que esta última opte por realizar, para observar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente instrumento jurídico, así como que los recursos federales transferidos con motivo del mismo, sean destinados únicamente para el cumplimiento de su objeto.

X. Establecer, con base en el seguimiento de los resultados de las evaluaciones realizadas, medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos transferidos.

XI. Designar por escrito al servidor público que fungirá como enlace para coordinar las acciones correspondientes para la ejecución del objeto del presente Convenio.

XII. Informar sobre la suscripción de este Convenio, a los órganos de control y de fiscalización de "LA ENTIDAD" y entregarles copia del mismo.

XIII. Difundir el presente Convenio, en la página de Internet de la "UNIDAD EJECUTORA", así como los conceptos financiados con los recursos federales transferidos en virtud del mismo, incluyendo los avances y resultados físicos y financieros, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

XIV. Gestionar, por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", la publicación del presente instrumento jurídico en el órgano de difusión oficial de "LA ENTIDAD".

XV. Cumplir con los lineamientos que determine "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", para la ejecución del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005.

XVI. Atender todas las indicaciones y recomendaciones que "LA SECRETARIA" le comunique para el mejor desarrollo del objeto del presente Convenio.

**OCTAVA. OBLIGACIONES DE "LA SECRETARIA".-** Adicionalmente a los compromisos establecidos en "EL ACUERDO MARCO", "LA SECRETARIA", a través de "LA DGCES", se obliga a:

I. Transferir a "LA ENTIDAD", con el carácter de subsidios, los recursos presupuestarios federales a que se refiere el presente Convenio.

II. Verificar que los recursos federales que en virtud de este instrumento jurídico se transfieran, hayan sido aplicados únicamente para la realización del objeto del mismo, sin perjuicio de las atribuciones que en la materia correspondan a otras instancias competentes del Ejecutivo Federal y/o de "LA ENTIDAD".

- III. Verificar que los informes trimestrales a que hace referencia la Cláusula Tercera, fracción III, del presente Convenio, sean rendidos por "LA ENTIDAD", en los términos estipulados en el presente instrumento jurídico.
- IV. Verificar que la documentación justificatoria y comprobatoria del gasto de los recursos presupuestarios federales transferidos que remita "LA ENTIDAD", por conducto de la "UNIDAD EJECUTORA", se ajuste a los términos estipulados en el presente Convenio, así como a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas aplicables.
- V. Solicitar a "LA ENTIDAD" efectúe, dentro de los quince (15) días naturales siguientes, el reintegro a la Tesorería de la Federación, de los recursos federales transferidos y sus rendimientos financieros, que después de radicados a la Secretaría de Finanzas y Administración de "LA ENTIDAD", no hayan sido ministrados a la "UNIDAD EJECUTORA", o que una vez ministrados a esta última, se mantengan ociosos o no sean ejercidos en los términos del presente Convenio.
- VI. Presentar el Informe de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y los demás informes que sean requeridos, sobre la aplicación de los recursos presupuestarios federales transferidos con motivo del presente Convenio.
- VII. Dar seguimiento trimestralmente, en coordinación con la "UNIDAD EJECUTORA", al avance en el cumplimiento de la realización de las acciones objeto del presente instrumento jurídico.
- VIII. Establecer medidas de mejora continua para el cumplimiento de los objetivos para los que se destinen los recursos presupuestarios federales transferidos, con base en el seguimiento de los resultados de las evaluaciones realizadas.
- IX. Designar por escrito al servidor público que fungirá como enlace para coordinar las acciones correspondientes para la ejecución del objeto del presente Convenio.
- X. Brindar asesoría técnica a la "UNIDAD EJECUTORA", a solicitud de ésta, para el desarrollo de las actividades que deriven del cumplimiento del presente Convenio.
- XI. Difundir en su página de Internet el presente Convenio, así como los conceptos financiados con los recursos presupuestarios federales transferidos en virtud del mismo, en términos de las disposiciones aplicables.
- XII. Realizar las gestiones necesarias para la publicación del presente instrumento jurídico en el Diario Oficial de la Federación.
- XIII. Enviar a la "UNIDAD EJECUTORA", los lineamientos que deberá observar para la ejecución del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 y a efecto de dar cumplimiento al objeto del presente Convenio.

**NOVENA. CONTRALORIA SOCIAL.**- Con el propósito de que la ciudadanía, de manera organizada, participe en la verificación del cumplimiento de las metas y la correcta aplicación de los recursos del Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, "LA SECRETARIA" y "LA ENTIDAD" promoverán su participación, la cual se deberá realizar de conformidad con los "Lineamientos para la promoción y operación de la Contraloría Social en los programas federales de desarrollo social", publicados en el Diario Oficial de la Federación con fecha 11 de abril de 2008, y demás disposiciones aplicables.

**DECIMA. ACCIONES DE VERIFICACION, SEGUIMIENTO, EVALUACION, CONTROL Y FISCALIZACION.**- La verificación, seguimiento y evaluación de los recursos presupuestarios federales transferidos por "LA SECRETARIA" a "LA ENTIDAD" con motivo del presente instrumento jurídico, corresponderá a "LA SECRETARIA" través de "LA DGCES".

Cuando los servidores públicos que participen en la ejecución del presente Convenio, detecten que los recursos federales transferidos han permanecido ociosos o han sido utilizados para fines distintos a los que se señalan en el presente Convenio, deberán hacerlo del conocimiento, en forma inmediata, de la Auditoría Superior de la Federación y de la Secretaría de la Función Pública y, en su caso, del Ministerio Público de la Federación.

**DECIMA PRIMERA. MANEJO DE LA INFORMACION.**- La información que se presente, obtenga o produzca en virtud del cumplimiento de este instrumento jurídico, será clasificada por "LAS PARTES", atendiendo a los principios de confidencialidad, reserva y protección de datos personales que se desprenden de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás disposiciones jurídicas que de ella derivan, por lo que "LAS PARTES" se obligan a utilizarla o aprovecharla únicamente para el cumplimiento del objeto del presente Convenio.

Asimismo, "LAS PARTES" se obligan a no revelar, copiar, reproducir, explotar, comercializar, modificar, duplicar, divulgar o difundir a terceros, la información que tenga carácter de confidencial, sin la autorización previa y por escrito del titular de la misma y de "LAS PARTES".

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

Cualquier cambio de domicilio de "LAS PARTES" deberá ser notificado por escrito a la otra, con al menos diez días naturales de anticipación a la fecha en que se pretenda que surta efectos ese cambio. Sin este aviso, todas las comunicaciones se entenderán válidamente hechas en los domicilios señalados por "LAS PARTES".

**DECIMA TERCERA. RELACION LABORAL.**- Queda expresamente estipulado por "LAS PARTES", que el personal contratado, empleado o comisionado por cada una de ellas para dar cumplimiento al presente instrumento jurídico, guardará relación laboral únicamente con aquella que lo contrató, empleó o comisionó, por lo que asumen plena responsabilidad por este concepto, sin que en ningún caso, la otra parte pueda ser considerada como patrón sustituto o solidario, obligándose en consecuencia, cada una de ellas, a sacar a la otra, en paz y a salvo, frente a cualquier reclamación, demanda o sanción, que su personal pretendiese fincar o entablar en su contra, deslindándose desde ahora de cualquier responsabilidad de carácter laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza jurídica, que en ese sentido se les quiera fincar.

**DECIMA CUARTA. VIGENCIA.**- El presente Convenio comenzará a surtir sus efectos a partir de la fecha de su suscripción y se mantendrá en vigor hasta el 31 de diciembre de 2017.

**DECIMA QUINTA. MODIFICACIONES AL CONVENIO ESPECIFICO.**- "LAS PARTES" acuerdan que el presente Convenio podrá modificarse de común acuerdo por escrito, sin alterar su estructura y en estricto apego a las disposiciones jurídicas aplicables. Las modificaciones al Convenio 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 circunstancias especiales, caso fortuito o de fuerza mayor, para la realización del objeto previsto en este instrumento jurídico, "LAS PARTES" acuerdan tomar las medidas o mecanismos que permitan afrontar dichas eventualidades. En todo caso, las medidas y mecanismos acordados serán formalizados mediante la suscripción del Convenio modificatorio correspondiente.

**DECIMA SEXTA. CAUSAS DE TERMINACION.**- El presente Convenio podrá darse por terminado de manera anticipada en los supuestos estipulados en "EL ACUERDO MARCO".

**DECIMA SEPTIMA. CAUSAS DE RESCISION.**- El presente Convenio podrá rescindirse por las causas que señala "EL ACUERDO MARCO".

**DECIMA OCTAVA. INTERPRETACION, JURISDICCION Y COMPETENCIA.**- "LAS PARTES" manifiestan su conformidad para interpretar y resolver, de común acuerdo, todo lo relativo a la ejecución y cumplimiento del presente Convenio, así como en sujetar todo lo no previsto en el mismo a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas aplicables.

Asimismo, convienen en que de las controversias que surjan con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente Convenio, conocerán los tribunales federales competentes en la Ciudad de México, renunciando "LAS PARTES" a cualquier otra jurisdicción que pudiera corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro.

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

Estando enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Convenio, lo firman por cuadruplicado a los quince días del mes de agosto de dos mil diecisiete.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Calidad y Educación en Salud, **Sebastián García Saisó**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas y Administración en el Estado de Guerrero, **Héctor Apreza Patrón**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero (Unidad Ejecutora), **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.

## ANEXO 1

## DESCRIPCION DE PROYECTOS ESTRATEGICOS Y SUS LINEAS ESTRATEGICAS

Línea de acción	Objetivo	Alcance
I. Ejecución del Programa de Reacreditación 2017	Determinar si los establecimientos y servicios de atención médica acreditados en el periodo 2004 a 2012, mantienen los criterios de capacidad, seguridad y calidad con los que fueron acreditados, con la finalidad de incrementar la calidad en la prestación de los servicios de atención médica.	Los establecimientos y servicios de atención médica de las 32 entidades federativas acreditados en el periodo 2004 a 2012, con autoevaluación validada por las Autoridades Responsables en la Entidad Federativa y seleccionados por la DGCES para integrar el Programa de Reacreditación 2017.
Breve descripción	Entregables a la DGCES	Monto Asignado
<p>La DGCES solicitará mediante oficio a los titulares de los Servicios de Salud en las entidades federativas beneficiarios del programa, personal evaluador estatal, en el que indicará el número de evaluadores y perfil solicitado, fecha y entidad programada a visitar.</p> <p>Los Servicios de Salud de las Entidades Federativas designarán al personal evaluador incluido en el padrón de evaluadores 2017, y notificará a la DGCES mediante oficio dirigido al titular en el que indique: los nombres y logística del personal evaluador que acudirá a la visita.</p> <p>Los Servicios de Salud de las Entidades Federativas realizarán las gestiones administrativas conducentes para cubrir los gastos por concepto de transporte aéreo y/o terrestre, viáticos (alimentos y hospedaje) del personal evaluador designado que participará con la DGCES en la visita de evaluación del Programa de Reacreditación 2017, lo anterior en apego a lo estipulado en las NORMAS que regulan los viáticos y pasajes para las comisiones en el desempeño de funciones en la administración pública federal, numeral 7 y en su caso en la normatividad estatal vigente.</p>	<p>Deberán conformar una carpeta en formato físico y en medio magnético, la cual deberá entregarse a la DGCES mediante oficio suscrito por el Secretario de Salud al cierre del último trimestre del año en curso, en la cual se incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de evaluadores participantes, avalada con firma autógrafa por la autoridad correspondiente, en el que se identifique: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo del evaluador,</li> <li>• Establecimiento o lugar de adscripción,</li> <li>• Copia de Identificación vigente,</li> <li>• Lugar y Fecha de visita en que participó.</li> </ul> </li> <li>• Copia simple de factura de transportación aérea en caso que el traslado sea mayor a 450 km o terrestre en los que el traslado sea menor a 449 km de distancia, según corresponda, en la que se describa el nombre del evaluador o evaluadores a las que ampare la factura.</li> <li>• Copia simple de facturas de hospedaje y consumo de alimentos.</li> </ul> <p>Los demás que le requiera la DGCES para el cumplimiento del objeto del convenio.</p>	<p>\$780,390.40</p> <p>(SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.)</p>
		Número de Evaluadores
		40 evaluadores que participarán en las visitas del Programa de Reacreditación 2017

“LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, enviará los formatos con las especificaciones de cada proyecto estratégico a “LA ENTIDAD” mediante oficio.

“LA SECRETARIA”, a través de “LA DGCES”, enviará los formatos de seguimiento trimestral mediante oficio a “LA ENTIDAD” a los cinco días hábiles de haberse suscrito el presente instrumento legal.

El presente anexo forma parte integrante del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$780,390.40 (SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.), del Programa G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Guerrero, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero.

## ANEXO 2

## TRANSFERENCIA DE RECURSOS

CAPITULO DE GASTO	APORTACION FEDERAL	APORTACION ESTATAL	TOTAL
4000 "Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas"	\$780,390.40	\$0.00	\$780,390.40
<b>TOTAL</b>	<b>\$780,390.40</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$780,390.40</b>

## 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"									\$780,390.40				\$780,390.40
43801 "Subsidios a las Entidades Federativas y Municipios."													
<b>ACUMULADO</b>									\$780,390.40				\$780,390.40

El presente anexo forma parte integrante del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$780,390.40 (SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.), del Programa G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Guerrero, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero.

**FORMATO****ANEXO 3****CIERRE PRESUPUESTAL EJERCICIO 2017**

Capítulo de gasto	Presupuesto autorizado	Presupuesto modificado	Presupuesto ejercido	Reintegro TESOFE (1)	No. Cuenta	Rendimientos generados	Rendimientos ejercidos	Rendimientos reintegrados a TESOFE (2)
4000					No. Cuenta Secretaría de Finanzas			
					No. Cuenta Servicios de Salud			
<b>Total</b>					<b>Total</b>			

LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE CUMPLE CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA, ASIMISMO, SU EJECUCION CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS PARA INFORMAR SOBRE EL EJERCICIO, DESTINO, Y RESULTADOS DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 25 DE FEBRERO DE 2008 Y LA DOCUMENTACION SOPORTE SE ENCUENTRA PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA ENTIDAD EJECUTORA, SECRETARIA DE FINANZAS O SU EQUIVALENTE EN ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS.

**(NOMBRE Y FIRMA)**

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE  
LOS SERVICIOS ESTATALES  
DE SALUD

**(NOMBRE Y FIRMA)**

SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR  
GENERAL DEL INSTITUTO DE  
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO

**(NOMBRE Y FIRMA)**

SECRETARIO DE FINANZAS DEL  
ESTADO

**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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$780,390.40 (SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.), del Programa G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Guerrero, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero.

**FORMATO****ANEXO 4****AVANCE FINANCIERO EJERCICIO 2017**

Capítulo de Gasto (2)	Indicador (3)	Meta (4)	(1) TRIMESTRE							
			Autorizado (5)	% (6)	Modificado (7)	% (8)	Ejercido (9)	% (10)	Acumulado (11)	% (12)
4000	Número de establecimientos Supervisados									
	Número de Visitas de Evaluación									
	<b>TOTAL (13)</b>									

LOS OBJETIVOS DE CADA INDICADOR Y METAS QUE SE ENUNCIAN EN ESTE ANEXO ESTAN VINCULADOS CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO 1 DE ESTE CONVENIO, PARA SU DETERMINACION, "LA DGCS" SEÑALO CLARAMENTE EN EL DOCUMENTO OPERATIVO EL PROCESO QUE SE SEGUIRA PARA ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y METAS, ASIMISMO LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE DEBERA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS FISCALES, ADMINISTRATIVOS VIGENTES VINCULADOS AL PROGRAMA; SU EJECUCION DEBERA CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS PARA INFORMAR SOBRE EL EJERCICIO, DESTINO, Y RESULTADOS DE LOS RECURSOS TRANSFERIDOS A LAS ENTIDADES FEDERATIVAS PUBLICADOS EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 25 DE FEBRERO DE 2008 Y LA DOCUMENTACION SOPORTE SE ENCONTRARA PARA SU GUARDA Y CUSTODIA EN LA ENTIDAD EJECUTORA, SECRETARIA DE FINANZAS O SU EQUIVALENTE EN ESTA ENTIDAD FEDERATIVA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS.

<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>	<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>	<b>(NOMBRE Y FIRMA)</b>
RESPONSABLE ESTATAL DE CALIDAD	DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE

Instructivo de llenado:

- (1) Señalar el trimestre al que se refiere
- (2) Señalar capítulo de gasto conforme a lo autorizado en el Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (3) Señalar el indicador conforme al objeto del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (4) Señalar la meta conforme al objeto del Convenio de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (5) Señalar el monto autorizado conforme a la distribución por capítulo de gasto establecido en el Convenio de Colaboración para la 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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos celebrado en el año vigente.
- (7) Señalar el monto modificado por capítulo de gasto, de ser el caso de que se celebrara un Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración 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 celebrara un Convenio Modificatorio al Convenio Específico de Colaboración 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 de Colaboración para la 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 de Colaboración para la 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 de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$780,390.40 (SETECIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS 40/100 M.N.), del Programa G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, 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 Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Guerrero, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero.

Firmas de los Anexos 1, 2, 3 y 4 del Convenio Específico de Colaboración para la Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales con el carácter de subsidios para el Programa Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005, cuyo objetivo prioritario es elevar la calidad en el proceso de atención médica, a efecto de garantizar las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de servicios de atención médica, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y por la otra, el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Guerrero, por conducto de las Secretarías de Finanzas y Administración, de Salud y los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero.- Por la Secretaría: el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, **José Meljem Moctezuma**.- Rúbrica.- El Director General de Calidad y Educación en Salud, **Sebastián García Saisó**.- Rúbrica.- Por la Entidad: el Secretario de Finanzas y Administración en el Estado de Guerrero, **Héctor Apreza Patrón**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud y Director General Operativo de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Guerrero (Unidad Ejecutora), **Carlos de la Peña Pintos**.- Rúbrica.