SECRETARIA DE SALUD

CONVENIO de Coordinación que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, para la operación, mantenimiento y actualización de la información proporcionada al Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI).

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL", REPRESENTADO POR EL MTRO. ISMAEL ORDÓÑEZ HERNÁNDEZ, EN SU CARÁCTER DE JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE; Y POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN ADELANTE "DIF-CDMX", REPRESENTADO POR EL LIC. GUSTAVO GAMALIEL MARTÍNEZ PACHECO, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL Y COORDINADOR EJECUTIVO DEL COMITÉ DE DESARROLLO INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA INFANCIA (CODIACI), A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

ANTECEDENTES

I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en su artículo 4o. que "En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Las niñas y los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez", destacando a la protección de los derechos de la infancia como el bien jurídicamente tutelado, aunado al reconocimiento de las niñas y los niños como sujetos del mismo, vinculando al desarrollo integral de la niñez con la satisfacción de las necesidades de salud, educación y alimentación, como parte de los derechos sociales inherentes a la infancia.

II. En el mismo tenor, la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por la Cámara de Senadores del H. Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos el 19 de junio de 1990 y publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 31 de julio de 1990, define los derechos mínimos que los Estados Partes deben garantizar a las niñas y los niños, con la finalidad de asegurarles un nivel de vida acorde con su condición, tendiente a propiciar su desarrollo integral.

III. Como obligaciones relevantes del Estado Mexicano consignadas en la Convención sobre los Derechos del Niño, en su carácter de Estado Parte, se tiene:

- El tomar en consideración en todas las medidas que tomen, entre otros, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, el interés superior del niño (artículo 3, numeral 1);
- Asegurar a las niñas y los niños la protección y el cuidado necesarios para su bienestar, tomando para ello las medidas legislativas y administrativas necesarias, y los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la Ley (artículo 3, numeral 2);
- Asegurarse de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de las niñas y los niños, cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada (artículo 3, numeral 3);
- Adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos por la Convención en comento, y en lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, el protegerlos hasta el máximo de sus recursos económicos disponibles y cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional (artículo 4);
- Reconocer que todas las niñas y los niños tienen el derecho intrínseco a la vida, debiéndose garantizar al máximo de su potencial la supervivencia y su desarrollo (artículo 6);

- Adoptar todas las medidas apropiadas para que las niñas y los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de cuidado infantil que reúnan las condiciones requeridas (artículo 18, numeral 3).

IV. En congruencia con lo anterior, se publicó el día 24 de octubre de 2011 en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, en lo sucesivo referida como "LA LEY" teniendo como objetivo el establecer la concurrencia entre la Federación, los Estados, los Municipios, la Ciudad de México y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones, así como la participación de los sectores privado y social, en materia de prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, garantizando el acceso de las niñas y los niños a dichos servicios en condiciones de igualdad, calidad, calidez, seguridad y protección adecuadas, promoviendo el ejercicio pleno de sus derechos.

V. Asimismo, "LA LEY" instituye el Registro Nacional de Centros de Atención Infantil, en adelante el "RENCAI", definiéndolo como el Catálogo público de los Centros de Atención, bajo cualquier modalidad y tipo en el territorio nacional, el cual se organizará conforme a lo dispuesto por el Reglamento a dicha Ley, teniendo como objeto, entre otros, el concentrar la información de los Centros de Atención Infantil de los sectores público, social y privado que presten servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, debiendo orientarse por los principios de máxima publicidad, transparencia y legalidad, en cumplimiento de las disposiciones en materia de rendición de cuentas.

VI. De conformidad con el artículo 28 del Reglamento de "LA LEY", la operación, mantenimiento y actualización del "RENCAI" estará a cargo de "DIF NACIONAL".

VII. En cumplimiento de lo señalado por el artículo 32 del Reglamento de "LA LEY", "DIF NACIONAL", publicó en el Diario Oficial de la Federación de fecha 28 de marzo de 2014, los "Lineamientos Generales que deberán observar los Responsables de la Operación, Mantenimiento y Actualización de los Registros Estatales de Centros de Atención para proporcionar información al Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI)", en adelante "LOS LINEAMIENTOS", con la finalidad de regular el funcionamiento y operación de dicho registro, siendo de observancia general para las entidades federativas que otorguen permiso, licencia o autorización, para instalar y operar uno o varios Centros de Atención Infantil en cualquier modalidad y tipo, todo ello mediante la suscripción de Convenios de coordinación con los Registros Estatales, de conformidad con el artículo 30 del Reglamento de "LA LEY".

VIII. Por su parte, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Meta Nacional II, "México Incluyente", punto II.2, Plan de acción: "Integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades"; se pone énfasis en la idea de transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, planteando la generación de esquemas de desarrollo comunitario con un mayor grado de participación social, buscando articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población, buscando garantizar los derechos de la infancia a través de un mejor diseño institucional y programático, además del incremento de la inversión en el bienestar de los más pequeños de acuerdo con el principio del interés superior del niño establecido en la legislación nacional e internacional.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

I.1. Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, regulado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, que tiene entre sus objetivos la promoción de la asistencia social y la prestación de servicios en ese campo.

I.2. El Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable se encuentra facultado para celebrar el presente Convenio de conformidad con lo previsto por el artículo 15 fracciones IX y XI del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.

I.3. De conformidad con lo señalado en el artículo 28 del Reglamento de "LA LEY" funge como responsable de la operación, mantenimiento y actualización del "RENCAI"

I.4. Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México.

II. EL DIF-CDMX DECLARA QUE:

II.1.- Que es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública de la Ciudad de México, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de conformidad con los artículos 97, 98 y 99 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 2, 40 y 47 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; constituido mediante decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de julio de 1997.

II.2.- Que el Lic. Gustavo Gamaliel Martínez Pacheco fue designado Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, por lo que tiene facultades para actuar en representación del organismo de conformidad con los artículos 53 y 54, fracciones I y II de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 12, fracciones I y X del Decreto de creación del propio organismo, y 15, fracciones I y X del Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.

II.3.- Que de conformidad con el artículo 13 fracción II, de la Ley que Regula el Funcionamiento de los Centros de Atención y Cuidado Infantil para el Distrito Federal, el Director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, tiene el cargo de Coordinador Ejecutivo en el Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la Infancia.

II.4.- Que de conformidad con lo establecido por el artículo 3o., fracciones I, II, IV, V y XVII del Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, para el logro de sus objetivos tiene entre sus funciones promover y prestar servicios de asistencia social; apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad; promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de los menores sujetos de la asistencia social, fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles y demás entidades privadas, cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias y las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables.

II.5.- Que tiene su domicilio en la calle de San Francisco 1374, colonia Tlacoquemécatl del Valle, Delegación Benito Juárez, código postal 03200.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

Con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 3o.de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3, 4, 6, 18 y demás relativos y aplicables de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1, 8 fracción XI, 34, 35 y 38 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil; 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación; 28, 29, 30, 31 y 32 del Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil; 19 fracción XXI y 15 fracciones IX y XI del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y los "Lineamientos Generales que deberán observar los Responsables de la Operación, Mantenimiento y Actualización de los Registros Estatales de Centros de Atención para proporcionar información al Registro Nacional de Centros de Atención Infantil (RENCAI)", "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- El objeto del presente Convenio es dar cumplimiento para la operación, mantenimiento y actualización de la información proporcionada al "RENCAI".

SEGUNDA.- Para conformar el "RENCAI" es necesario que EL DIF-CDMX al menos proporcione la siguiente información, en parte señalada por el numeral Quinto de "LOS LINEAMIENTOS".

- Nombre del Centro de Atención Infantil;
- Fecha de inicio de operaciones;
- Estatus (en el caso de actualización semestral señalar si está activo, inactivo o se dio de baja);
- Turno;
- Modalidad (pública, privada o mixta);
- Ámbito (federal o estatal);
- Registro Estatal;
- Dependencia;
- Modelo de Atención;

- Capacidad instalada;
- Capacidad ocupada;
- Detalle de población por género (femenino o masculino);
- Dirección completa (Calle, Número exterior e interior, Colonia, Localidad, Municipio, Estado, Código Postal y otros);
- Detalle de población por rango de edad;
- Nombre del responsable del Centro de Atención Infantil;
- CURP del responsable del Centro de Atención Infantil;
- Personas laborando en el Centro de Atención Infantil;
- Atención a niñas y niños con discapacidad;
- Cuenta con Asociaciones de Padres de Familia.

Información de Protección Civil:

- Cuenta con Programa Interno de Protección Civil, y
- Dependencia que realizó el dictamen de Protección Civil.

TERCERA.- El "RENCAI" concentrará la información señalada en el numeral que antecede, de conformidad con lo señalado por el artículo 30 fracciones I, II y III del Reglamento de "LA LEY" y el numeral Décimo cuarto de "LOS LINEAMIENTOS", apegándose a lo siguiente:

- Los registros de nuevos Centros de Atención deberán ser notificados al Registro Nacional, dentro de los veinte días hábiles siguientes a que se haya realizado el mismo.
- La información correspondiente a los registros ya existentes, deberá ser actualizada cada seis meses.
- Los Registros Estatales, serán responsables de la información que remitan al Registro Nacional.
- Durante el mes de julio, se registrarán los movimientos de los Centros de Atención Infantil que hayan sufrido cambios en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del año que se actualiza.
- Durante el mes de enero, se registrarán los movimientos de los Centros de Atención Infantil que hayan sufrido cambios en el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre del año próximo pasado.
- Para el caso de la primera carga de información realizada por "EL DIF-CDMX, este último deberá considerar a todos los Centros de Atención Infantil activos a la fecha de realización de dicha carga.

CUARTA.- Para el ingreso, modificación y/o actualización de datos al "RENCAI", el responsable designado por "EL DIF-CDMX" para dichos fines, deberá ingresar al portal electrónico del "RENCAI", disponible en la dirección electrónica: http://rencai.dif.gob.mx; accediendo al mismo mediante la clave de usuario y contraseña, las cuales serán de carácter personal e intransferible, que en su oportunidad "DIF NACIONAL" le proporcione, siendo el representante designado por "EL DIF-CDMX" el único responsable del uso que haga de las mismas.

QUINTA.- Una vez realizada el alta de un Centro de Atención Infantil, el "RENCAI" le asignará a éste una Clave Única de Centros de Atención, en adelante "CUCA", que será única e insustituible, integrada por una combinación de caracteres alfanuméricos.

SEXTA.- De conformidad con lo señalado en el numeral Octavo de "LOS LINEAMIENTOS", la "CUCA" se conformará con la combinación de veinte caracteres alfanuméricos que se determinarán de la siguiente manera:

- Las primeras dos posiciones serán alfabéticas y serán "CA";
- Las siguientes ocho posiciones serán numéricas y corresponderán a la fecha de inicio de operaciones del Centro de Atención Infantil (AAAA/MM/DD);
- Las siguientes dos posiciones alfabéticas corresponderán a la modalidad del Centro de Atención Infantil (PR: Privada, PU: Pública o MI: Mixta);

- Las siguientes dos posiciones serán alfabéticas y corresponderán a la entidad federativa a la que corresponda el Centro de Atención Infantil, de conformidad con lo señalado en el Anexo a "LOS LINEAMIENTOS", y
- La últimas seis posiciones serán caracteres asignados por "DIF NACIONAL".

SÉPTIMA.- "LAS PARTES" en el cumplimiento del objeto del presente Instrumento Jurídico, se comprometen a observar de manera irrestricta las disposiciones aplicables en materia de transparencia y acceso a la información pública gubernamental y protección de datos personales.

La información referida en el presente instrumento será entregada y suministrada progresivamente por parte del DIF-CDMX, en términos de la normatividad vigente aplicable, una vez proporcionada por los diversos entes públicos locales y federales.

Así mismo, "DIF NACIONAL" coadyuvará proporcionando la información de los Centros de Atención Infantil de instancias Federales integrantes del Consejo Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil como lo son:

- IMSS, ISSSTE, SEDESOL, PEMEX, SEDENA, SEMAR y SNDIF.
- La información será referente a: nombre del centro, turno, modalidad, dependencia, modelo de atención, entidad federativa, municipio o delegación, código postal, colonia, capacidad ocupada y capacidad instalada, misma que permitirá a DIF CDMX identificar estos centros para la integración de su Registro Estatal.

OCTAVA.- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico, "LAS PARTES" designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	Dirección General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
"DIF-CDMX"	Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez y Desarrollo Comunitario en su calidad de Secretaría Técnica del CODIACI.

Los representantes titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán ser cuando menos del nivel jerárquico inferior siguiente al del representante titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

NOVENA.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con el presente Convenio, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la parte con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la entidad por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA.- El presente Convenio tendrá una vigencia indefinida a partir de la fecha de su formalización.

DÉCIMA PRIMERA.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA SEGUNDA.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio, "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes con residencia en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

DÉCIMA TERCERA.- De conformidad con el artículo 36 de la Ley de Planeación, el presente Convenio será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Enteradas las partes de los términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de mayo de 2017.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Atención a Población Vulnerable, **Ismael Ordóñez Hernández**.- Rúbrica.- Por el DIF-CDMX: el Director General del DIF-CDMX y Coordinador Ejecutivo del CODIACI, **Gustavo Gamaliel Martínez Pacheco**.- Rúbrica.

CONVENIO de Coordinación para la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2017, Proyecto Específico denominado Equipamiento de 3 nuevas unidades básicas de rehabilitación en los municipios de Chimaltitán, San Sebastián del Oeste y San Marcos del Estado de Jalisco, que celebran el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

CONVENIO DE COORDINACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS FEDERALES CON CARÁCTER DE SUBSIDIOS, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA, EN LO SUCESIVO DENOMINADO "DIF NACIONAL" REPRESENTADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL, EL LIC. GERMÁN MENDOZA RIVERA, ASISTIDO POR SU DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN, EL DR. RICARDO CAMACHO SANCIPRIÁN, Y POR LA OTRA, EL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE JALISCO, EN ADELANTE "DIF ESTATAL", REPRESENTADO POR SU DIRECTORA GENERAL, LA MTRA. CONSUELO DEL ROSARIO GONZÁLEZ JIMÉNEZ, A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

ANTECEDENTES

I. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o., párrafo quinto, establece que toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar, aspiración que el Estado debe materializar y garantizar en beneficio de todos los mexicanos.

Asimismo nuestra Carta Magna determina en el artículo 25, que el Estado debe garantizar que el desarrollo nacional sea integral y sustentable, y en su artículo 26, establece la competencia del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

II. Por su parte, la Ley de Planeación en sus artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 faculta al Ejecutivo Federal para coordinar sus actividades de planeación con las entidades federativas mediante la suscripción de Convenios de Coordinación, para que las acciones a realizarse por la Federación y los Estados se planeen de manera conjunta; asimismo, se señala que en éstos, se podrá convenir entre otros rubros, la participación de las entidades en los procedimientos de coordinación entre las autoridades Federales, Estatales y Municipales para propiciar la planeación del desarrollo integral de cada Entidad Federativa, los lineamientos metodológicos para la realización de las actividades de planeación, en el ámbito de su jurisdicción, así como la ejecución de las acciones que deban realizarse en cada Entidad Federativa, y que competen a ambos órdenes de gobierno, considerando la participación que corresponda a los municipios interesados y a los sectores de la sociedad.

III. La Ley de Asistencia Social, en su artículo 3o. señala que se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

De igual forma, el artículo 4o. fracciones I, inciso b), V y VI, de la referida ley, define entre otros, que son sujetos de la asistencia social, personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales; las niñas, niños y adolescentes con deficiencias en su desarrollo físico o mental; adultos mayores con algún tipo de discapacidad.

Asimismo, la Ley de Asistencia Social, en su artículo 28, establece que el "DIF NACIONAL" será el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. De igual forma, el artículo 54, establece que el "DIF NACIONAL" promoverá la organización y participación de la comunidad para contribuir en la prestación de servicios asistenciales para el Desarrollo Integral de la Familia. La participación de la comunidad, de acuerdo con lo establecido por el artículo 55, debe estar encaminada a fortalecer su estructura y a propiciar la solidaridad de la población.

IV. En congruencia con lo anterior, con fecha 29 de diciembre de 2016, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2017", en lo sucesivo referidas como las

"REGLAS DE OPERACIÓN", mismo que tiene como objetivo general, contribuir a que las Personas con Discapacidad abatan la marginación y el rezago, disfruten del derecho al más alto nivel de salud y mejoren su calidad de vida por medio de la incorporación de la perspectiva de discapacidad en los programas de Desarrollo Integral de la Familia.

DECLARACIONES

I. "DIF NACIONAL" declara que:

I.1 Es un Organismo Público Descentralizado, con patrimonio y personalidad jurídica propios, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social, publicadas en el Diario Oficial de la Federación los días 7 de febrero de 1984 y 2 de septiembre de 2004, respectivamente; teniendo como objetivos, la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables, y conforme a sus atribuciones y funciones; actúa en coordinación con Dependencias y Entidades Federales, Estatales y Municipales en el diseño de las políticas públicas, operación de programas, prestación de servicios, y la realización de acciones en la materia.

I.2 Para el logro de sus objetivos, entre otras acciones, reconoce la importancia de optimizar esfuerzos y sumarse a iniciativas de la sociedad civil y del sector público para ampliar el impacto de sus programas en la comunidad, por lo cual es su intención colaborar con el "DIF ESTATAL", para la ejecución de actividades específicas en materia de discapacidad.

I.3 Los CC. Jefe de Unidad de Asistencia e Integración Social y el Director General de Rehabilitación se encuentran facultados para la formalización del presente Instrumento Jurídico, de conformidad con los artículos, 14, fracción XXVII, 16 fracciones I, X y XI; y 30, fracción III, del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016.

I.4 Con fundamento en los artículos 12, fracción XII de la Ley de Asistencia Social, y artículo 2, fracciones II, III y X, del Estatuto referido, para el logro de sus objetivos lleva a cabo acciones en materia de Asistencia Social.

I.5 El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece la Meta Nacional II. México Incluyente, poniendo énfasis en la idea de transitar hacia una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos, proponiéndose políticas sociales que giren en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa, teniendo como prioridad la integración de una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Un México Incluyente busca consolidar plataformas de movilidad social que contribuyan a cerrar las brechas existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asimismo, se buscará asegurar la vigencia efectiva de los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral, lo que transita por su inclusión al mercado de trabajo y la dinámica social, además de impulsar, con el apoyo de los medios de comunicación y la sociedad civil, estrategias que coadyuven a transformar la actual cultura excluyente y discriminatoria en una abierta a la tolerancia y la diversidad.

En materia de salubridad, el objetivo es asegurar la vigencia efectiva de los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral, lo que transita por su inclusión al mercado de trabajo y la dinámica social, además de impulsar, con el apoyo de los medios de comunicación y la sociedad civil, estrategias que coadyuven a transformar la actual cultura excluyente y discriminatoria en una abierta a la tolerancia y la diversidad.

El objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran.

En su Estrategia 2.2.4. "Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena", se señalan las siguientes líneas de acción:

Establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación.

Diseñar y ejecutar estrategias para incrementar la inclusión productiva de las personas con discapacidad, mediante esquemas de capacitación laboral y de vinculación con el sector productivo.

Asegurar la construcción y adecuación del espacio público y privado, para garantizar el derecho a la accesibilidad.

I.6 En términos de los artículos 28, 32, 33, 34, 35 y 36 de la Ley de Planeación, celebra el presente Convenio como instrumento de coordinación en Materia de Atención a Personas con Discapacidad con "DIF ESTATAL" para que coadyuve, en el ámbito de su competencia, a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, establecer los procedimientos de coordinación en materia de discapacidad y con ello propiciar la planeación del desarrollo integral de esa Entidad Federativa.

I.7 Señala como domicilio legal para todos los efectos de este Convenio, el ubicado en Avenida Emiliano Zapata número 340, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03310, México, Ciudad de México.

II. "DIF ESTATAL" declara que:

II.1 Es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Jalisco, con personalidad jurídica y patrimonio propios regulado por el Código de Asistencia Social del Estado de Jalisco, publicado en el Periódico Oficial del Estado en fecha 15 de enero de 1998.

II.2 Es el Rector de la Asistencia Social en el Estado de Jalisco, entendiendo como ésta el conjunto de acciones que tienden a mejorar y modificar las circunstancias de carácter social, así como la protección física y mental de los individuos, coordinando el acceso a los mismos garantizando la participación de los sectores social y privado; y tiene entre sus objetivos, la promoción de la Asistencia Social, la prestación de servicios en ese campo, procurar la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas y privadas.

II.3 Su Directora General, la Mtra. Consuelo del Rosario González Jiménez, acredita su personalidad con nombramiento expedido a su favor por la Presidenta de la Junta de Gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco, la Mtra. Lorena Jassibe Arriaga Rosa, el Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco, el Mtro. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz y el Secretario General de Gobierno el Lic. Arturo Zamora Jiménez de fecha 01 de marzo de 2013, mismo que no le ha sido revocado y con el cual se encuentra facultada para celebrar el presente Convenio de Coordinación.

II.4 Entre sus atribuciones se encuentra el promover y prestar servicios de asistencia social a la población, así como la capacitación de recursos humanos para su atención.

II.5 Su Registro Federal de Contribuyentes es: SDI770210DE9.

II.6 Señala como domicilio legal para todos los fines y efectos legales que se deriven del presente Convenio, el ubicado en Avenida Alcalde número 1220, Colonia Miraflores, Código Postal 44270, Municipio de Guadalajara, Estado de Jalisco.

III. "LAS PARTES" declaran conjuntamente que:

III.1 Ante la necesidad de emprender acciones coordinadas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población sujeta a asistencia social, es su interés y voluntad suscribir el presente Convenio, en beneficio de la población vulnerable del país;

III.2 Reconocen las ventajas que su participación conjunta en el desarrollo y cumplimiento del objetivo señalado en el presente Convenio, puede derivar para el país y para ambas partes;

III.3 Reconocen mutuamente su capacidad jurídica para suscribir el presente Convenio de Coordinación;

III.4 Es su deseo suscribir el presente Instrumento Jurídico, concurriendo en el territorio del Estado de Jalisco, asegurando la adecuada coordinación de acciones en materia de asistencia social, en el marco del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para la realización de acciones en beneficio de personas con discapacidad de acuerdo con sus respectivas disposiciones jurídicas aplicables, y

III.5 Cuenta cada una de ellas con los recursos necesarios para proporcionar la colaboración, asistencia y servicios inherentes al objeto materia del presente Convenio.

Que con base en lo antes expuesto y con fundamento en lo establecido en los artículos 4o., 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 33, 34 y 35, de la Ley de Planeación; 1o., 25, fracción VI, 75, fracción II, segundo párrafo, 77 y demás relativos de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad

Hacendaria; 3o., 4o., 19, 21, 44, 45 y demás relativos de la Ley de Asistencia Social; 6o. fracción II, 7o., fracciones I, II, III, IV, V y VI, de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad; 22, fracciones I y II, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales; 175, 178 y demás relativos del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria; 14 fracción XXVII, 16, fracciones I, X, XI, XIV y 30, fracción III, del Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 2016; el Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2017, "LAS PARTES" celebran el presente Convenio de Coordinación y están de acuerdo en sujetarse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.- El objeto del presente Convenio es la transferencia de recursos federales con carácter de subsidios, para la ejecución del Programa de Atención a Personas con Discapacidad para el ejercicio fiscal 2017, así como establecer las bases y procedimientos de coordinación entre "LAS PARTES", para la ejecución del proyecto específico denominado "Equipamiento de 3 Nuevas Unidades Básicas de Rehabilitación en los Municipios Chimaltitán, San Sebastián del Oeste y San Marcos del Estado de Jalisco", así como la asignación y ejercicio de los recursos económicos que se destinarán como subsidios para la ejecución del mismo, en el marco de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y conforme a las especificaciones que se establecen en el formato para la identificación y validación del proyecto en mención.

SEGUNDA.- APORTACIÓN DE RECURSOS.- Con base en la suficiencia presupuestal contenida en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, en las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN", y el número de Precompromiso SAP 2100000766, "DIF NACIONAL" aportará recursos por concepto de subsidios considerados apoyos transitorios que prevén las "REGLAS DE OPERACIÓN" hasta por un monto de $2´000,000.00 (DOS MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.), que se radicarán a más tardar el día 31 de julio del ejercicio fiscal 2017, en una sola exhibición.

"LAS PARTES" convienen en que el otorgamiento y fecha de radicación de dichos recursos podrá sufrir variaciones atendiendo a la disponibilidad presupuestaria.

TERCERA.- NATURALEZA DE LOS RECURSOS.- Los recursos que aporta el "DIF NACIONAL" para el cumplimiento del objeto del presente Convenio y que se realizan de conformidad con las "REGLAS DE OPERACIÓN", serán considerados en todo momento como subsidios federales en los términos de las disposiciones aplicables; en consecuencia, no perderán su carácter federal al ser canalizados al "DIF ESTATAL" y estarán sujetos, en todo momento, a las disposiciones federales que regulan su control y ejercicio.

Asimismo, "LAS PARTES" aceptan que la aportación de los recursos económicos que se destinen para el desarrollo de las acciones materia de este Convenio, estará a cargo de "DIF NACIONAL", y la administración, aplicación, información, así como la comprobación de la aplicación, será exclusivamente a cargo de "DIF ESTATAL", de conformidad con la normatividad aplicable.

Los recursos que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no se hayan devengado al 31 de diciembre de 2017, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en su ejercicio, deberán ser reintegrados a la Tesorería de la Federación, incluyendo rendimientos financieros e intereses por el "DIF ESTATAL", en los términos que señalen las disposiciones aplicables; "DIF ESTATAL" tiene la obligación de informar lo anterior a la Dirección de Finanzas, a la Dirección General de Rehabilitación y a la Unidad de Asistencia e Integración Social de "DIF NACIONAL".

CUARTA.- CUENTA BANCARIA.- Para los recursos que proporcione "DIF NACIONAL", el "DIF ESTATAL" se obliga abrir de manera especial y exclusiva una cuenta bancaria productiva para la administración de los recursos federales materia del presente Instrumento Jurídico, a través de su Secretaría de Finanzas o su equivalente en el Estado, con el fin de que distinga contablemente su origen e identifique que las erogaciones correspondan a los fines del Proyecto o documento según se trate de conformidad con lo señalado en el artículo 69 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

La Secretaría de Finanzas, o su equivalente en el Estado, deberá de emitir el recibo correspondiente al ingreso de los recursos transferidos por el "DIF NACIONAL", el día que se reciba, mismo que deberá remitirse al organismo a más tardar en los 5 días hábiles posteriores a satisfacción de "DIF NACIONAL", y en congruencia con lo dispuesto, tanto en las "REGLAS DE OPERACIÓN", como en el presente Convenio.

COMPROMISOS DE "LAS PARTES"

QUINTA.- "DIF NACIONAL" se compromete a realizar las acciones siguientes:

a) Asignar y aportar los recursos económicos federales previstos en la cláusula Segunda de este Convenio, previo cumplimiento del "DIF ESTATAL" de las obligaciones a su cargo, referidas en la cláusula Cuarta;

b) Otorgar la asesoría y orientación al "DIF ESTATAL" cuando éste se la solicite, y

c) En general, cumplir en todo momento con las disposiciones contenidas en las "REGLAS DE OPERACIÓN".

SEXTA.- "DIF ESTATAL" se compromete a:

a) Recibir y canalizar los recursos señalados en la Cláusula Segunda, así como supervisar que la ejecución y desarrollo de las actividades objeto del presente Convenio, se realicen de acuerdo a lo señalado en las disposiciones de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y demás normatividad aplicable;

b) Aplicar en su totalidad, los recursos señalados en la Cláusula Segunda de este Convenio, garantizando la liberación expedita de los mismos, los cuales deberán destinarse, incluyendo los rendimientos financieros que por cualquier concepto generen, exclusivamente a los fines del proyecto materia del presente Instrumento Jurídico, así como llevar a cabo todas las acciones tendientes a la verificación y comprobación de la correcta aplicación de los recursos presupuestales;

c) Celebrar Convenios y/o acuerdos con los Gobiernos de los Municipios de la Entidad Federativa, para que éstos participen en la ejecución de las materias y actividades objeto de este Convenio;

d) Presentar los informes de Avance Fisco-Financiero a la Dirección General de Rehabilitación de "DIF NACIONAL" a más tardar durante los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la terminación del trimestre que se reporta. Los informes deberán ser acompañados con la justificación de las variaciones entre la meta de cobertura programada y la alcanzada, así como entre el presupuesto autorizado, el modificado y el ejercido, y en su caso, el reporte de las medidas de ahorro, austeridad y eficiencia aplicadas durante el periodo que se informa.

e) Presentar a "DIF NACIONAL", la información necesaria para el informe de Cuenta Pública de los apoyos a que se refiere el presente Convenio, con base en los formatos y lineamientos que en su oportunidad le dé a conocer a "DIF NACIONAL";

f) Entregar a "DIF NACIONAL", el informe final sobre los resultados y alcances obtenidos en la ejecución de las acciones materia de este Convenio, de forma física y electrónica a la Dirección General de Rehabilitación, con copia a la Unidad de Asistencia e Integración Social después de concluido el objeto del presente Convenio a los diez (10) días hábiles posteriores al cierre del ejercicio fiscal 2017;

g) Entregar a la Dirección General de Rehabilitación, la documentación de Comprobación de Gastos, debidamente firmados y rubricados por la Instancia Ejecutora consistentes en:

- Relación de Gastos, con la copia legible de los comprobantes que contengan los requisitos fiscales (facturas y/o recibos) y fichas de depósito de reintegro en caso de que no sean ejercidos los recursos parcial o totalmente);
- Documento de verificación de los comprobantes fiscales emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT);
- Informes Trimestrales de Avance Físico-Financiero;
- Bitácora Fotográfica;
- Informe Final de Resultados;
- Cédulas de Información de la Población Objetivo Beneficiada (CIPOB) y/o Padrón la Población Objetivo Beneficiada, y
- Acta Entrega de Recepción de Obras o Equipo a Municipio y/o Beneficiarios, en caso de que aplique.

Lo anterior a efecto de garantizar que sean correctamente canalizados los recursos a los beneficiarios del programa.

h) Reintegrar a la Tesorería de la Federación, los recursos federales presupuestales, y en su caso, los productos financieros que no hayan sido destinados a los fines autorizados o no devengados al 31 de diciembre de 2017, así como aquellos en que "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, en los términos que señalen las disposiciones aplicables, debiendo informar por escrito a la Dirección de Finanzas de "DIF NACIONAL" lo anterior;

i) Conservar debidamente resguardada, durante cinco (5) años, la documentación original comprobatoria del ejercicio del gasto de los recursos que, con base en el presente Instrumento Jurídico se entregan;

j) Presentar a la Dirección General de Rehabilitación, la documentación de comprobación, las evidencias (bitácora fotográfica) que acrediten la finalización del proyecto, el Informe final de Resultados y en su caso, el Acta de Entrega Recepción de obras o equipo a municipio y/o beneficiarios;

k) Dar seguimiento, verificar el desarrollo y ejecución de los compromisos contenidos en el objeto del presente Convenio, de conformidad a con las "REGLAS DE OPERACIÓN";

l) Promover la Contraloría Social en las localidades beneficiadas por el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, de conformidad con lo establecido en los "Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social", publicado en el Diario Oficial de la Federación del 28 de octubre de 2016;

m) Aceptar y facilitar la realización de visitas de supervisión y brindar oportunamente la información y documentación desagregada por rubro que soliciten el "DIF NACIONAL", y/o los Órganos Fiscalizadores Federales competentes, para los efectos que dichas instancias requieran;

n) Realizar, o en su caso, contratar la ejecución de los proyectos de servicios y obras que se requieran, así como supervisar las acciones, de conformidad con la normatividad aplicable;

o) Adoptar las medidas necesarias para establecer el enlace y comunicación con "DIF NACIONAL" para dar el debido seguimiento a los compromisos asumidos. Lo anterior, sin perjuicio de que los órganos fiscalizadores correspondientes lleven a cabo las acciones de vigilancia, control y evaluación a fin de verificar en cualquier momento el cumplimiento de los compromisos a cargo de "DIF ESTATAL", en los términos contenidos en el presente Convenio.

p) Señalar expresamente y en forma idéntica la participación y apoyo del Gobierno Federal, a través del "DIF NACIONAL" tanto en las acciones de difusión, divulgación y promoción del proyecto, y

q) En general, cumplir y observar en todo momento las disposiciones y lineamientos descritos en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento; el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2017, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las demás aplicables conforme a la legislación nacional.

"LAS PARTES" acuerdan que para efectos de los incisos d) y f) de esta cláusula, los informes de avance o final del proyecto, serán enviados, recibidos o archivados a través de medios electrónicos o por cualquier otra tecnología que permita identificar al firmante. En consecuencia, el "DIF ESTATAL" acepta que la información contenida, producirá los mismos efectos jurídicos que la firma autógrafa, reconociendo la plena validez, eficacia y efectos legales, sin perjuicio de que la veracidad de los mismos, pueda ser verificada por las unidades administrativas del "DIF NACIONAL" o cualquier otra autoridad, conforme a lo previsto en las disposiciones aplicables.

SÉPTIMA.- Con el fin de dar cumplimiento al artículo 30 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017, así como el numeral 10 titulado "Transparencia" de las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia para el Ejercicio Fiscal 2017 "LAS PARTES" se comprometen a que la difusión y divulgación que se realice por medios impresos, electrónicos, escritos, gráficos y de cualquier otra índole inherente al Programa objeto del presente Convenio, deberá enunciar la siguiente leyenda:

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa."

OCTAVA.- CONTRALORÍA SOCIAL.- "LAS PARTES" promoverán la Contraloría Social como una práctica de transparencia y control de rendición de cuentas, conforme a lo dispuesto en el numeral 11.2 de las "REGLAS DE OPERACIÓN" y en los Lineamientos para la Promoción y Operación de la Contraloría Social en los Programas Federales de Desarrollo Social, vigentes.

NOVENA.- REPRESENTANTES DE "LAS PARTES".- Para la adecuada operación de las actividades a que se refiere el presente Instrumento Jurídico y a efecto de que en forma conjunta supervisen la realización del proyecto "LAS PARTES", designan al respecto a los siguientes representantes:

"DIF NACIONAL"	DR. RICARDO CAMACHO SANCIPRIÁN DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN
"DIF ESTATAL"	MTRA. CONSUELO DEL ROSARIO GONZÁLEZ JIMÉNEZ DIRECTORA GENERAL

Los representantes Titulares podrán designar suplentes, quienes deberán contar con facultades para tomar decisiones, los cuales deberán tener cuando menos, el nivel jerárquico inferior siguiente al del representante Titular, cuidándose que sea homogéneo y adecuado para garantizar la ejecución de las decisiones adoptadas.

DÉCIMA.- SUSPENSIÓN O CANCELACIÓN DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS.- "DIF ESTATAL" acepta que en caso de incumplimiento a lo establecido en el presente Convenio, particularmente de las obligaciones a su cargo, el "DIF NACIONAL", atendiendo a la gravedad y origen del incumplimiento, podrá suspender temporalmente o cancelar definitivamente, ya sea total o parcialmente, la entrega de los apoyos asignados al proyecto materia de este Convenio.

Son causas de suspensión o cancelación, además, las siguientes:

a) No aplique los apoyos entregados para los fines aprobados o los apliquen inadecuadamente, en cuyo caso, deberá reintegrar la totalidad de los recursos otorgados;

b) Incumpla con la ejecución del proyecto sujeto de apoyo;

c) No acepten la realización de visitas de supervisión, cuando así lo soliciten "DIF NACIONAL", los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente o autorizada, con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados;

d) No entregue a la Unidad de Asistencia e Integración Social a través de la Dirección General de Rehabilitación, los informes y la documentación que acredite los avances y la conclusión de los compromisos y conceptos del proyecto;

e) La inviabilidad del proyecto, en razón de alteración o cambio en las condiciones sobre la producción, organización, mercado, financieras o técnicas, entre otras

f) Presente información falsa sobre los conceptos de aplicación y los finiquitos de los conceptos apoyados;

g) Con motivo de duplicidad de apoyos a conceptos idénticos de otros programas o fondos federales;

h) Existan adecuaciones a los calendarios de gasto público o disminución grave de ingresos públicos que afecten de manera determinante el presupuesto autorizado;

i) Cuando "DIF NACIONAL" o algún órgano de fiscalización detecten desviaciones o incumplimientos en el ejercicio de los recursos, y

j) En general, exista incumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Convenio, las "REGLAS DE OPERACIÓN" y las disposiciones que derivan de éstas.

"DIF ESTATAL" acepta que, ante la suspensión o cancelación de la entrega de los apoyos, reintegrará a la Tesorería de la Federación, los recursos otorgados o su parte proporcional, según corresponda así como los intereses y rendimientos generados.

DÉCIMA PRIMERA.- CONTROL Y VIGILANCIA.- El control, vigilancia y evaluación de los recursos públicos federales a que se refiere el presente Convenio, corresponderá indistintamente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los Órganos Fiscalizadores Federales competentes y demás autoridades, conforme al ámbito material de competencia otorgado en las disposiciones jurídicas aplicables.

Con el fin de verificar la correcta aplicación de los apoyos otorgados y el cumplimiento de las obligaciones a cargo del "DIF ESTATAL", a partir de la firma de este Convenio, el "DIF NACIONAL" o las unidades administrativas de éste, podrán ordenar la realización de visitas de supervisión, sin perjuicio de las facultades y atribuciones de los Órganos Fiscalizadores Federales competentes o cualquier otra autoridad competente.

DÉCIMA SEGUNDA.- TRANSPARENCIA.- "LAS PARTES" convienen en promover y fomentar la transparencia de la asignación y ejercicio de los recursos destinados al Proyecto al que se refiere el presente Convenio; consecuentemente, promoverán la publicación del padrón de beneficiarios y de los proyectos apoyados, así como sus avances físico-financieros en las páginas electrónicas oficiales que tengan disponibles.

CONVENCIONES GENERALES

DÉCIMA TERCERA.- RELACIÓN LABORAL.- El personal de cada una de "LAS PARTES" que sea designado para la realización de cualquier actividad relacionada con este Convenio de Coordinación, permanecerá en forma absoluta bajo la dirección y dependencia de la entidad, con la cual tiene establecida su relación laboral, mercantil, civil, administrativa o de cualquier otra índole, por lo que no se creará una subordinación de ninguna especie con la parte opuesta, ni operará la figura jurídica de patrón sustituto o solidario; lo anterior, con independencia de estar prestando sus servicios fuera de las instalaciones de la entidad, por la que fue contratada o realizar labores de supervisión de los trabajos que se realicen.

DÉCIMA CUARTA.- VIGENCIA.- El presente Convenio tendrá una vigencia a partir de la fecha de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2017, pudiendo darse por terminado anticipadamente, mediante escrito libre que contenga una manifestación explícita de que se desea terminar anticipadamente el Convenio, con los datos generales de la parte que así lo desea terminar, con por lo menos 30 (treinta) días hábiles de antelación, en el entendido de que las actividades que se encuentren en ejecución, deberán ser concluidas salvo acuerdo en contrario.

DÉCIMA QUINTA.- MINISTRACIÓN DEL RECURSO.- En cumplimiento a las disposiciones contenidas en el Artículo 75 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la ministración del recurso podrá otorgarse a partir de la fecha de firma del presente Convenio, hasta el día 31 de julio de 2017.

No obstante lo anterior, "LAS PARTES", estarán sujetas a lo publicado anualmente en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente, a las disposiciones y recomendaciones hechas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a las demás autoridades competentes que para tal efecto emitan.

DÉCIMA SEXTA.- MODIFICACIONES.- Las modificaciones o adiciones que se realicen al presente Convenio, serán pactadas de común acuerdo entre "LAS PARTES" y se harán constar por escrito, surtiendo sus efectos a partir del momento de su suscripción.

DÉCIMA SÉPTIMA.- DIFUSIÓN.- "LAS PARTES", por los medios de difusión más convenientes, promoverán y divulgarán entre los promotores, ejecutores, responsables de los proyectos e interesados en general, las características, alcances y resultados de la coordinación prevista en el presente Convenio de Coordinación.

DÉCIMA OCTAVA.- CONTROVERSIAS.- En caso de suscitarse algún conflicto o controversia con motivo de la interpretación y/o cumplimiento del presente Convenio "LAS PARTES" lo resolverán de común acuerdo; de no lograrlo, acuerdan someterse expresamente a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes en la Ciudad de México, renunciando desde este momento al fuero que les pudiera corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

DÉCIMA NOVENA.- PUBLICACIÓN.- En cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 36 de la Ley de Planeación, el presente Convenio de Coordinación será publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Enteradas las partes de sus términos y alcances legales del presente Convenio de Coordinación, lo firman en cinco tantos en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de mayo de 2017.- Por el DIF Nacional: el Jefe de la Unidad de Asistencia e Integración Social, **Germán Mendoza Rivera**.- Rúbrica.- El Director General de Rehabilitación, **Ricardo Camacho Sanciprián**.- Rúbrica.- Por el DIF Estatal: la Directora General, **Consuelo del Rosario González Jiménez**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Tabasco.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE TABASCO.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Tabasco, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Tabasco	
Cobertura de afiliación mensual	**1,515,503**
Crecimiento mensual PROSPERA	**7,656**

		Metas	
Meses	**Reafiliación**		**Cobertura**
	Acumulada	**Mínima**	**PROSPERA**
	A	B	C
Enero	31,407	2,513	673,950
Febrero	75,784	12,883	681,606
Marzo	127,229	31,807	689,262
Abril	158,990	52,467	696,918
Mayo	192,083	80,675	704,574
Junio	233,142	116,571	712,230
Julio	258,611	137,064	719,886
Agosto	280,224	159,728	727,542

Septiembre	327,724	196,634	735,198
Octubre	350,853	221,037	742,854
Noviembre	366,294	245,417	750,510
Diciembre	381,575	267,103	758,166
Total anual	**381,575**	**267,103**	**758,166**

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe incorporar.

A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.

B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir.

C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

I. “LAS PARTES” convienen que la “AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN” podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:

a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la “ENTIDAD FEDERATIVA”, por tanto, se afecte la “AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN”.

b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el “APARTADO DOS” y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, “LAS PARTES” acuerdan que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de a la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente “ANEXO II”.

II. “LAS PARTES” convienen que la meta mínima de reafiliación columna “B” de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B” de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes[1] – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

[1] La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) =
Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabiencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes[2] +
Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3.] + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

---

[2] La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

[3.] La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros[4]) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP[5] + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN[6]

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión[7], para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).

b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.

c) Población reafiliada en el corte de información.

d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

---

[4] Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

[5] La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

[6] Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

[7] Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

[8] Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador		Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
			Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		**100**			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 101,279 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	12	12,153	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	26,333	
Junio	38	38,486	
Julio	50	50,640	
Agosto	62	62,793	
Septiembre	76	76,972	
Octubre	88	89,126	
Noviembre	100	101,279	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	45	23,610	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	41,951	
Junio	59	68,777	
Julio	66	90,462	
Agosto	72	115,004	
Septiembre	79	155,341	
Octubre	86	190,092	
Noviembre	93	228,238	
Diciembre	100	267,103	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.

2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda**:**

CURP validada por RENAPO		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del **"APARTADO UNO"**, como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	**Número de registros acumulados**
Enero	1,257
Febrero	6,442
Marzo	15,904
Abril	26,234
Mayo	40,338
Junio	58,286
Julio	68,532
Agosto	79,864
Septiembre	98,317
Octubre	110,519
Noviembre	122,709
Diciembre	133,552

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución.

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional.

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O´Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco, **Rafael Gerardo Arroyo Yabur**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Tabasco: el Director del O.P.D. Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tabasco, **Rommel Franz Cerna Leeder**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Tamaulipas.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE TAMAULIPAS.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Tamaulipas, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Tamaulipas	
Cobertura de afiliación mensual	**1,344,603**
Crecimiento mensual PROSPERA	**7,831**

Metas

Meses	**Reafiliación**		**Cobertura**
	Acumulada	**Mínima**	**PROSPERA**
	A	B	C
Enero	19,465	1,557	439,655
Febrero	45,125	7,671	447,486
Marzo	78,709	19,677	455,317
Abril	109,495	36,133	463,148
Mayo	140,655	59,075	470,979
Junio	168,621	84,311	478,810

Julio	199,576	105,775	486,641
Agosto	227,279	129,549	494,472
Septiembre	261,101	156,661	502,303
Octubre	303,788	191,386	510,134
Noviembre	341,158	228,576	517,965
Diciembre	360,045	252,032	525,796
Total anual	**360,045**	**252,032**	**525,796**

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe incorporar.

A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.

B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir.

C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

I. “LAS PARTES” convienen que la “AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN” podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:

a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la “ENTIDAD FEDERATIVA”, por tanto, se afecte la “AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN”.

b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el “APARTADO DOS” y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, “LAS PARTES” acuerdan que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de a la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente “ANEXO II”.

II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes[1] – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabiencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes[2] +Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

---

[1] La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

[2] La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3] + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros[4]) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP[5] + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN[6].

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión[7], para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

---

[3] La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

[4] Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

[5] La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

[6] Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

[7] Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

[8] Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).

b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.

c) Población reafiliada en el corte de información.

d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador		Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
			Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		**100**			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 148,933 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	12	17,872	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	38,723	
Junio	38	56,595	
Julio	50	74,467	
Agosto	62	92,338	
Septiembre	76	113,189	
Octubre	88	131,061	
Noviembre	100	148,933	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	45	16,260	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	30,719	
Junio	59	49,743	
Julio	66	69,812	
Agosto	72	93,275	
Septiembre	79	123,762	
Octubre	86	164,592	
Noviembre	93	212,576	
Diciembre	100	252,032	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.

2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda**:**

CURP validada por RENAPO		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna “B” del “APARTADO UNO”, como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	**Número de registros acumulados**
Enero	779
Febrero	3,836
Marzo	9,839
Abril	18,067
Mayo	29,538
Junio	42,156
Julio	52,888
Agosto	64,775
Septiembre	78,331
Octubre	95,693
Noviembre	114,288
Diciembre	126,016

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución.

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional.

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O´Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas: la Secretaria de Salud y Directora General del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas, **Lydia Madero García**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Tamaulipas: la Directora General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Tamaulipas, **Gloria de Jesús Molina Gamboa**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Tlaxcala.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE TLAXCALA.

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Tlaxcala, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Tlaxcala	
Cobertura de afiliación mensual	**865,929**
Crecimiento mensual PROSPERA	**2,128**

	Metas		
Meses	**Reafiliación**		**Cobertura**
	Acumulada	**Mínima**	**PROSPERA**
	A	B	C
Enero	31,138	2,491	254,695
Febrero	55,199	9,384	256,823
Marzo	87,652	21,913	258,951
Abril	131,234	43,307	261,079
Mayo	178,673	75,043	263,207
Junio	227,779	113,890	265,335
Julio	280,846	148,848	267,463
Agosto	319,216	181,953	269,591
Septiembre	346,717	208,030	271,719

Octubre	361,598	227,807	273,847
Noviembre	371,613	248,981	275,975
Diciembre	376,356	263,449	278,103
Total anual	**376,356**	**263,449**	**278,103**

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.

B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.

C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:

a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".

b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de a la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes[1] – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes
+ Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

[1] La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabiencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del **"APARTADO DOS"**, para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes[2] + Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3] + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

---

[2] La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

[3] La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros[4]) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP[5] + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN[6]

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión[7], para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar lo cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).

b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.

c) Población reafiliada en el corte de información.

d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

---

[4] Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

[5] La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

[6] Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

[7] Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

[8] Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador		Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
			Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solvatación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		**100**			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 82,474 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	12	9,897	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	21,443	
Junio	38	31,340	
Julio	50	41,237	
Agosto	62	51,134	
Septiembre	76	62,680	
Octubre	88	72,577	
Noviembre	100	82,474	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional "México Incluyente", que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna "C" del "APARTADO UNO".

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	45	19,488	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	39,022	
Junio	59	67,195	
Julio	66	98,240	
Agosto	72	131,006	
Septiembre	79	164,344	
Octubre	86	195,914	
Noviembre	93	231,552	
Diciembre	100	263,449	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.

2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda**:**

CURP validada por RENAPO		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna "B" del "APARTADO UNO", como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	**Número de registros acumulados**
Enero	1,246
Febrero	4,692
Marzo	10,957
Abril	21,654
Mayo	37,522
Junio	56,945
Julio	74,424
Agosto	90,977
Septiembre	104,015
Octubre	113,904
Noviembre	124,491
Diciembre	131,725

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución.

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional.

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días de mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O´Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala: el Secretario de Salud y Director General del O.P.D.Salud de Tlaxcala, **Alberto Jonguitud Falcón**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Tlaxcala: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Tlaxcala, **José Hipólito Sánchez Hernández**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Yucatán.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE YUCATÁN

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Yucatán, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Yucatán	
Cobertura de afiliación mensual	**979,071**
Crecimiento mensual PROSPERA	**1,882**

	Metas		
Meses	**Reafiliación**		**Cobertura**
	Acumulada	**Mínima**	**PROSPERA**
	A	B	C
Enero	17,992	1,439	435,941
Febrero	32,682	5,556	437,823
Marzo	49,831	12,458	439,705
Abril	69,318	22,875	441,587
Mayo	100,247	42,104	443,469
Junio	140,214	70,107	445,351
Julio	160,901	85,278	447,233

Agosto	181,946	103,709	449,115
Septiembre	213,006	127,804	450,997
Octubre	239,331	150,779	452,879
Noviembre	252,702	169,310	454,761
Diciembre	271,291	189,904	456,643
Total anual	**271,291**	**189,904**	**456,643**

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.

B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.

C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:

a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".

b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de a la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes[1] – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

[1] La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabiencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes[2] + Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3] + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

---

[2] La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

[3] La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros[4]) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP[5] + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN[6].

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión[7], para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).

b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.

c) Población reafiliada en el corte de información.

d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

---

[4] Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

[5] La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

[6] Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

[7] Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

[8] Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador		Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
			Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		**100**			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 61,958 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	12	7,435	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	16,109	
Junio	38	23,544	
Julio	50	30,979	
Agosto	62	38,414	
Septiembre	76	47,088	
Octubre	88	54,523	
Noviembre	100	61,958	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna “C” del “APARTADO UNO”.

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	45	10,294	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	21,894	
Junio	59	41,363	
Julio	66	56,283	
Agosto	72	74,670	
Septiembre	79	100,965	
Octubre	86	129,670	
Noviembre	93	157,458	
Diciembre	100	189,904	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.

2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda**:**

CURP validada por RENAPO		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la "ENTIDAD FEDERATIVA" no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna “B” del “APARTADO UNO”, como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	**Número de registros acumulados**
Enero	720
Febrero	2,778
Marzo	6,229
Abril	11,438
Mayo	21,052
Junio	35,054
Julio	42,639
Agosto	51,855
Septiembre	63,902
Octubre	75,390
Noviembre	84,655
Diciembre	94,952

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución.

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional.

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O´Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán, **Jorge Eduardo Mendoza Mezquita**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Yucatán: la Directora General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Yucatán, **Heydi de Lourdes Río Hoyos**.- Rúbrica.

ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, para el ejercicio fiscal 2017, correspondiente al Estado de Zacatecas.

ANEXO II DEL ACUERDO DE COORDINACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2017 CORRESPONDIENTE AL ESTADO DE ZACATECAS

De conformidad con lo dispuesto en las cláusulas Sexta y Décima Segunda del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en adelante "LA SECRETARÍA" representada por el titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Ejecutivo Estatal en lo sucesivo "ENTIDAD FEDERATIVA" representado por los titulares de la Secretaría de Salud y del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el Estado de Zacatecas, a quienes de manera conjunta se les denominará "LAS PARTES", reconocen el presente instrumento como el ANEXO II del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en adelante "ANEXO II", para el presente ejercicio fiscal, el cual se suscribe por los representantes operativos debidamente acreditados por "LA SECRETARÍA" y la "ENTIDAD FEDERATIVA".

Al amparo del presente "ANEXO II" se establece la Cobertura de Afiliación y Meta de Reafiliación para el ejercicio fiscal 2017, en adelante "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN", en los términos que se señalan en el "APARTADO UNO".

Asimismo, con fundamento en los artículos 77 bis 6 de la Ley General de Salud y 67 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen Indicadores de Seguimiento del Desempeño en materia de afiliación y operación, detallados en el "APARTADO DOS" del presente "ANEXO II".

APARTADO UNO: COBERTURA DE AFILIACIÓN Y META DE REAFILIACIÓN

Zacatecas	
Cobertura de afiliación mensual	**892,166**
Crecimiento mensual PROSPERA	**3,993**

	Metas		
Meses	**Reafiliación**		**Cobertura**
	Acumulada	**Mínima**	**PROSPERA**
	A	B	C
Enero	19,177	1,534	326,477
Febrero	39,767	6,760	330,470
Marzo	61,443	15,361	334,463
Abril	87,909	29,010	338,456
Mayo	113,953	47,860	342,449
Junio	140,671	70,336	346,442
Julio	164,752	87,319	350,435
Agosto	191,345	109,067	354,428
Septiembre	221,161	132,697	358,421

Octubre	254,092	160,078	362,414
Noviembre	283,052	189,645	366,407
Diciembre	298,828	209,180	370,400
Total anual	**298,828**	**209,180**	**370,400**

La Cobertura de afiliación mensual, se refiere al número máximo de registros por los cuales podrá gestionarse la transferencia de recursos.

El crecimiento mensual PROSPERA, se refiere al número de registros de ese tipo de población que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe incorporar.

A. La columna "A" corresponde a los vencimientos mensuales acumulados de 2017, con base en la información del cierre de afiliación de diciembre de 2016.

B. La columna "B" corresponde a la Meta mínima mensual acumulada de reafiliación que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir.

C. La columna "C" corresponde a la Meta de afiliación mensual acumulada de la población PROSPERA que la "ENTIDAD FEDERATIVA" debe cumplir, incluye registros de beneficiarios con y sin corresponsabilidad en Salud.

I. "LAS PARTES" convienen que la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" podrá ser sujeta de revisión y, en su caso, de ajuste, cuando:

a) A la baja: Se presenten condiciones que impidan la ejecución de los procesos operativos en todo o en parte del territorio de la "ENTIDAD FEDERATIVA", por tanto, se afecte la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN".

b) A la alza: Se observe una demanda adicional de afiliación que supere las estimaciones de población convenida en el ejercicio fiscal. En este caso, su procedencia quedará sujeta al cumplimiento de los indicadores de seguimiento del desempeño que se describen en el "APARTADO DOS" y a la disponibilidad financiera.

En ambos casos, "LAS PARTES" acuerdan que la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá dirigir comunicación expresa al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Para el ajuste a la baja, presentar el soporte documental correspondiente que acredite las condiciones adversas que impidieron la ejecución de los procesos operativos de afiliación y reafiliación; en caso de a la alza, la manifestación de que cuenta con los recursos necesarios para realizar la Aportación Solidaria Estatal que corresponda para hacer frente a la demanda adicional de afiliación. Con el objetivo de evaluar y analizar las circunstancias y poder dar una resolución, la cual será notificada mediante comunicación formal misma que se considerará como complementaria y parte integrante del presente "ANEXO II".

II. "LAS PARTES" convienen que la meta mínima de reafiliación columna "B" de este apartado se evaluará de enero a diciembre y su incumplimiento podrá afectar en junio la cobertura de afiliación y de julio a diciembre la gestión de transferencia de recursos, de acuerdo a lo siguiente:

Si el resultado de la reafiliación alcanzada es menor al dato de la columna "B" de este apartado se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes[1] – Meta mínima acumulada de reafiliación del mes + Reafiliación alcanzada del mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

[1] La cobertura de afiliación del mes, se refiere al número de registros por lo que se puede gestionar la transferencia de recursos o, en su caso, se considera como nueva cobertura de afiliación mensual a la resultante en el mes de junio, conforme al cumplimiento de meta de reafiliación y evaluación de los indicadores del desempeño.

La cobertura mensual de afiliación en el mes de junio será modificada al número de registros gestionados para la transferencia de recursos como resultado de aplicar el cálculo descrito en esta cláusula y no podrán ser recuperados, por lo tanto será su nueva cobertura de afiliación para los meses subsecuentes. La "ENTIDAD FEDERATIVA" estará cediendo esa pérdida para una reasignación a otras al final del presente ejercicio fiscal. Para los meses de julio a diciembre, únicamente se afectará la gestión de transferencia de recursos, de manera que podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual o la modificada de ser el caso, en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III. "LAS PARTES" convienen que el incumplimiento de la meta de afiliación PROSPERA columna "C" de este apartado, así como la evaluación de los indicadores 1.2 Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General, 1.4 Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas, 1.5 Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea, 1.6 CURP validada por RENAPO y 1.7 Supervisión del "APARTADO DOS", podrán afectar la gestión de transferencia de recursos mensual, de acuerdo a los criterios que a continuación se describen.

III.1 COBERTURA PROSPERA

Si en los meses de julio, septiembre y noviembre, el resultado de la cobertura PROSPERA alcanzada en el mes que corresponda es menor al dato de la columna "C", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (2 veces el crecimiento neto PROSPERA del mes) =
Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación del mes en los meses subsecuentes con registros de población abierta. Sin embargo, para el mes de diciembre deberá hacerlo con registros PROSPERA, en caso contrario estará cediendo los registros para una reasignación a otras, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Si en los meses de abril a noviembre, no se reduce la brecha de beneficiarios con doble derechohabiencia conforme al máximo establecido en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta de registros en colisión del mes[2] +
Número de registros que alcanzó a sustituir en el mes = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla, con población no derechohabiente. Sin embargo, los registros que no logró sustituir se estarán cediendo para una reasignación a otras en el mes de diciembre, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

III.3 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el número alcanzado en el mes que corresponda de beneficiarios reafiliados asignados en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas es menor a los datos establecidos en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – Meta acumulada del mes de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas[3] + Alcanzado de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

---

[2] La meta de registros en colisión corresponde al número de registros susceptibles de sustitución que se indican en el numeral 1.2 del "APARTADO DOS".

[3] La meta de beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas acumulada del mes se indica en el numeral 1.4 del "APARTADO DOS".

III.4 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Si en los meses de abril, junio, agosto y octubre, el porcentaje alcanzado de Módulos de Afiliación y Orientación fijos en línea en el mes que corresponda es menor a los datos establecidos en el numeral 1.5 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (30,000 registros[4]) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.5 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Se medirá el número de CURP validadas por RENAPO en los meses de abril, junio, agosto y octubre, con el resultado alcanzado de afiliación del mes anterior al que aplique la regla. Si el porcentaje alcanzado en el mes que corresponda es menor a los porcentajes establecidos en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS", para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes de medición – Meta acumulada del mes anterior de CURP[5] + Alcanzado de CURP validadas por RENAPO del mes anterior = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual en los meses subsecuentes al que le haya aplicado la regla.

III.6 SUPERVISIÓN[6].

Si en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación no se presenta el total de expedientes de la muestra, se detectan expedientes incompletos y/o con inconsistencias, al cierre del mes en el que se realice la supervisión[7], para la gestión de transferencia de recursos se aplicará lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no entregados + incompletos + inconsistentes) = Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" contará con treinta días hábiles para solventar los hallazgos, una vez concluido este periodo, en caso de no atenderlos en su totalidad, se procederá a ajustar la cobertura de afiliación conforme a lo siguiente:

Cobertura de afiliación del mes – (Número de registros que integran los expedientes no solventados[8])= Máximo de gestión de transferencia de recursos.

La "ENTIDAD FEDERATIVA" no podrá recuperar la cobertura de afiliación mensual ya que estará cediendo los registros que representen los expedientes no solventados para una reasignación a otras al cierre del ejercicio fiscal, conforme a lo establecido en el "APARTADO DOS", de este instrumento.

IV. "LAS PARTES" convienen que para la gestión de transferencia de recursos mensual se aplicará la prelación siguiente:

a) Población vulnerable (menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores).

b) Población beneficiaria del programa PROSPERA.

c) Población reafiliada en el corte de información.

d) Población abierta.

La cápita para cada uno de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud se cubrirá con base en lo establecido en el Anexo III del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del presente ejercicio fiscal.

---

[4] Los 30,000 registros, corresponden al criterio de cálculo establecido en los Lineamientos Generales del Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la apertura de este tipo de oficinas.

[5] La meta de CURP validadas por RENAPO se indica en el numeral 1.6 del "APARTADO DOS".

[6] Se medirá de acuerdo a los tiempos establecidos en el Macroproceso de Supervisión de Afiliación y Operación vigente.

[7] Para el caso de la última semana del mes se recorrerá la aplicación de la regla al siguiente.

[8] Se refiere a la integración y/o corrección de los expedientes no entregados, incompletos y/o con inconsistencias.

APARTADO DOS: INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO EN MATERIA DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN

V. "LAS PARTES" convienen que para el presente ejercicio fiscal la evaluación en materia de afiliación y operación para la posible ampliación de la cobertura de afiliación se realizará a partir de los indicadores de seguimiento del desempeño que se muestran a continuación:

1. PARÁMETROS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Indicador		Peso relativo en el global	Fecha de aplicación		
			Evaluación del desempeño	Gestión de transferencia de recursos	Ajuste de cobertura de afiliación mensual
1.1	Reafiliación	15	Mensual (enero-diciembre)	julio-diciembre	junio
1.2	Número de registros en colisión reportados por el Consejo de Salubridad General	15	Mensual (abril-noviembre)	Mensual (abril-noviembre)	NA
1.3	Cobertura PROSPERA	10	Mensual (enero-diciembre)	Julio, septiembre y noviembre	Diciembre
1.4	Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.5	Módulos de Afiliación y Orientación en línea	10	Mensual (abril-diciembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre)	NA
1.6	CURP validada por RENAPO	10	Mensual (enero-noviembre)	Mensual (abril, junio, agosto y octubre, a mes vencido)	NA
1.7	Supervisión	10	Cuando aplique (enero-diciembre)	En el mes que aplique la supervisión	En el mes que concluya el periodo de treinta días hábiles de solventación de hallazgos
1.8	Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017	10	Hasta abril	NA	NA
1.9	Digitalización de expedientes	10	Mensual (enero-diciembre)	NA	NA
Total		**100**			

NA: No aplica el ajuste de gestión de transferencia de recursos y/o cobertura de afiliación mensual.

1.1 REAFILIACIÓN

Con el propósito de que los beneficiarios sin derechohabiencia mantengan el acceso efectivo a la seguridad social en materia de salud, así como poder medir el grado de aceptación del Seguro Popular en la población objetivo, la reafiliación se evaluará mensualmente para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá cumplir al menos con lo establecido en la columna "B" del "APARTADO UNO".

Reafiliación		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	8	Mensual (enero-diciembre)
Febrero	17	
Marzo	25	
Abril	33	
Mayo	42	
Junio	50	
Julio	53	
Agosto	57	
Septiembre	60	
Octubre	63	
Noviembre	67	
Diciembre	70	

Este indicador tiene un peso relativo de 15 puntos como se muestra a continuación:

Reafiliación		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	15.00	Mensual (enero-diciembre)
11	13.75	
10	12.50	
9	11.25	
8	10.00	
7	8.75	
6	7.50	
5	6.25	
4	5.00	
3	3.75	
2	2.50	
1	1.25	

1.2 NÚMERO DE REGISTROS EN COLISIÓN REPORTADOS POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Como resultado del cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contra los padrones de las instituciones de seguridad y esquemas públicos y sociales de atención médica realizados por el Consejo de Salubridad General, se busca reducir la brecha existente de beneficiarios con doble derechohabiencia y cumplir lo establecido en la fracción V del artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2017.

Este indicador se medirá mensualmente de abril a noviembre, la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá alcanzar una meta de sustitución hasta un máximo de 53,287 registros con doble derechohabiencia o, en su caso, un número menor siempre y cuando así lo reporte la última confronta que se disponga por parte del Consejo de Salubridad General, para lo cual la "ENTIDAD FEDERATIVA" deberá reemplazar en el mes que corresponda al menos el número de registros acumulados que se enlistan en la tabla siguiente:

Colisión			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	12	6,394	Mensual (abril-noviembre)
Mayo	26	13,855	
Junio	38	20,249	
Julio	50	26,644	
Agosto	62	33,038	
Septiembre	76	40,498	
Octubre	88	46,893	
Noviembre	100	53,287	

El peso relativo de este indicador es de 15 puntos, como se presenta a continuación:

Colisión		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
8	15.00	Mensual (abril-noviembre)
7	13.13	
6	11.26	
5	9.39	
4	7.52	
3	5.65	
2	3.78	
1	1.91	

1.3 COBERTURA PROSPERA

Como parte de la meta nacional “México Incluyente”, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población y con el fin de instrumentar la política de Protección Social en Salud para reducir la brecha en el acceso a los servicios de salud de los beneficiarios del Programa de Inclusión Social PROSPERA, se establece como indicador la afiliación de este grupo de personas. Por lo que la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá alcanzar mensualmente lo indicado en la columna “C” del “APARTADO UNO”.

Este indicador considera un máximo de 10 puntos como se señala en la tabla siguiente:

Cobertura PROSPERA		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

1.4 BENEFICIARIOS ADSCRITOS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD ACREDITADAS

Con la finalidad de impulsar el acceso a los servicios de salud de calidad, se establece como indicador la asignación de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas. Considerando que la Acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar condiciones fundamentales de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud.

Este indicador tiene un peso relativo de 10 puntos y se medirá mensualmente de abril a diciembre, para lo cual se tomará como base el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud del mes que corresponda, el Catálogo de Claves Únicas de Establecimientos de Salud de la Dirección General de Información en Salud vigente y el Sistema de Información de Establecimientos y Servicios Acreditados vigente, integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El porcentaje mínimo de cumplimiento mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe alcanzar se muestra en la tabla siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas			
Mes	**% de Cumplimiento mínimo**	**Número de registros acumulados**	**Fecha de evaluación**
Abril	45	13,055	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	52	24,887	
Junio	59	41,498	
Julio	66	57,631	
Agosto	72	78,528	
Septiembre	79	104,831	
Octubre	86	137,667	
Noviembre	93	176,370	
Diciembre	100	209,180	

El cumplimiento del indicador se evaluará acorde a los casos siguientes:

1) Afiliados vigentes en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas, la “ENTIDAD FEDERATIVA” deberá promover las acciones necesarias para que las unidades médicas mantengan la Acreditación.

2) Reafiliaciones, deberán estar asignadas en unidades médicas de primer nivel de atención en salud Acreditadas de conformidad con el área de influencia que corresponda atender a la del domicilio del beneficiario.

De manera que, el peso relativo que se establece se distribuirá del modo siguiente:

Beneficiarios adscritos en unidades médicas de primer nivel de atención en salud acreditadas		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

1.5 MÓDULOS DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LÍNEA

Tomando en cuenta que los Módulos de Afiliación y Orientación fijos son el espacio físico en los que se realiza la afiliación y reafiliación de las personas y familias, el objetivo es que éstos dispongan del servicio de internet, a fin de poder consultar la posible derechohabiencia, el seguimiento de los procesos de afiliación, reafiliación y resguardo de expedientes digitales e integración de la base de datos del padrón estatal. Se establece como indicador la operación de los Módulos de Afiliación y Orientación Fijos en línea. El cual tiene un peso relativo de 10 puntos como se desglosan en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Número de meses que cumplió el % mínimo	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
9	10.00	Mensual (abril-diciembre)
8	8.89	
7	7.78	
6	6.67	
5	5.56	
4	4.45	
3	3.34	
2	2.23	
1	1.12	

El porcentaje mensual que la “ENTIDAD FEDERATIVA” debe cumplir se indica en la tabla siguiente:

Módulos de Afiliación y Orientación en Línea		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Abril	30	Mensual (abril-diciembre)
Mayo	39	
Junio	48	
Julio	56	
Agosto	65	
Septiembre	74	
Octubre	83	
Noviembre	91	
Diciembre	100	

1.6 CURP VALIDADAS POR RENAPO

Considerando que la CURP es un documento de identidad único de las personas que fortalece la confiabilidad del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y que permite la verificación de derechohabiencia, se dará seguimiento de enero a noviembre para poder contar con un 96% de CURP validadas por RENAPO, para lo cual se deberá cumplir como mínimo el porcentaje establecido en la siguiente tabla respecto a la cobertura mensual de afiliación que corresponda**:**

CURP validada por RENAPO		
Meses	**% mínimo de cumplimiento mensual**	**Fecha de evaluación**
Enero	85	Mensual (enero-noviembre)
Febrero	86	
Marzo	87	
Abril	88	
Mayo	89	
Junio	91	
Julio	92	
Agosto	93	
Septiembre	94	
Octubre	95	
Noviembre	96	

Este indicador tiene un valor máximo de 10 puntos como se muestra en el cuadro siguiente:

CURP validada por RENAPO		
Número de meses de cumplimiento	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
11	10.00	Mensual (enero-noviembre)
10	9.09	
9	8.18	
8	7.27	
7	6.36	
6	5.45	
5	4.54	
4	3.63	
3	2.72	
2	1.81	
1	0.90	

1.7 SUPERVISIÓN

Derivado a que el proceso de supervisión tiene como objetivos principales comprobar el apego a la norma y los procedimientos en los procesos de afiliación y reafiliación mediante la revisión de los expedientes y la verificación de la existencia de las personas que integran el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, se establece este indicador, el cual se medirá con la calificación que obtenga la "ENTIDAD FEDERATIVA" en el proceso de supervisión en materia de afiliación y operación. Para tal propósito se determina como fecha máxima de evaluación el mes de diciembre y se considera un peso relativo de 10 puntos, de conformidad con la calificación obtenida en el proceso de acuerdo con la tabla siguiente:

Supervisión		
Calificación	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
De 90.01 a 100	10.00	Cuando aplique (enero-diciembre)
De 80.01 a 90	8.00	
De 70.01 a 80	6.00	
De 60.01 a 70	4.00	
De 50.01 a 60	2.00	
Menos de 50	0.00	

En caso de que la “ENTIDAD FEDERATIVA” no sea supervisada en el ejercicio fiscal, la calificación que se tomará para este indicador será la registrada en la última supervisión efectuada en cualquier otro ejercicio fiscal.

1.8 REGISTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL DEL GASTO DE OPERACIÓN DEL REPSS 2017

Este indicador evalúa la oportunidad de registrar el Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud correspondiente al ejercicio fiscal 2017, a partir de la emisión de los Lineamientos Generales que establecen los criterios para la programación y ejercicio de los recursos para el Apoyo Administrativo y Gasto de Operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Tendrá un peso relativo máximo de 10 puntos conforme a las fechas siguientes:

Registro del Programa Operativo Anual del Gasto de Operación del REPSS 2017		
Fecha de registro	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
Hasta el 10 de marzo	10.00	Hasta abril
Del 13 al 24 de marzo	7.50	
Del 27 de marzo al 7 de abril	5.00	
Del 10 al 28 de abril	2.50	
Después del 28 de abril	0.00	

1.9 DIGITALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

Se establece como indicador la digitalización de expedientes para facilitar el acceso y la organización de la información, aumentar la seguridad y control, así como reducir los espacios físicos y uso de papel en la integración de los expedientes, este indicador se evaluará mensualmente de enero a diciembre y deberá cumplirse con la digitalización de documentos del 50% de la meta mínima de reafiliación referida en la columna “B” del “APARTADO UNO”, como se muestra en la siguiente tabla:

Meta mínima de digitalización	
Mes	**Número de registros acumulados**
Enero	767
Febrero	3,380
Marzo	7,681
Abril	14,505
Mayo	23,930
Junio	35,168
Julio	43,660
Agosto	54,534
Septiembre	66,349
Octubre	80,039
Noviembre	94,823
Diciembre	104,590

Para la evaluación de este indicador se establece un valor máximo de 10 puntos como se presenta a continuación:

Digitalización de expedientes		
Número de meses que cumplió	**Peso relativo**	**Fecha de evaluación**
12	10.00	Mensual (enero-diciembre)
11	9.17	
10	8.34	
9	7.51	
8	6.68	
7	5.85	
6	5.02	
5	4.19	
4	3.36	
3	2.53	
2	1.70	
1	0.87	

2. RESULTADO DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO

Al cierre del ejercicio fiscal, las entidades federativas situadas en las diez primeras calificaciones resultantes de la evaluación de los indicadores de desempeño en materia de afiliación y operación, serán objeto de una posible ampliación de cobertura de afiliación con los registros cedidos por las entidades federativas que no alcancen la "AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN" establecidas en el "APARTADO UNO".

La posible asignación de los registros cedidos se realizará con base en el peso relativo del lugar que ocupe la "ENTIDAD FEDERATIVA" como resultado de la calificación que obtenga en la evaluación del desempeño en materia de afiliación y operación, esto quiere decir, que la "ENTIDAD FEDERATIVA" que tenga la calificación mayor se le asignarán más registros y a la ubicada en la última posición menos y sólo se tomarán los registros existentes sin derechohabiencia, conforme al resultado de la validación contra el último resultado del cotejo de padrones disponible y tomando en cuenta la estimación de cobertura de población sin derechohabiencia emitida por la Dirección General de Información en Salud.

Para efectos del párrafo anterior se considerarán las reglas siguientes:

2.1 Reglas de distribución.

- La "ENTIDAD FEDERATIVA" tiene una demanda de afiliación por arriba de los registros cedidos, se asignará solamente el número de registros que resulte de aplicar el peso relativo de acuerdo a la calificación obtenida.
- La "ENTIDAD FEDERATIVA" no tiene registros suficientes para incorporar los cedidos, se cubrirán únicamente sus registros existentes.
- En caso de persistir registros cedidos se distribuirán nuevamente y así sucesivamente hasta agotar los registros disponibles.
- En caso de empate, se tomará en cuenta el Índice de Marginación emitido por el CONAPO para la "ENTIDAD FEDERATIVA" aplicando lo establecido en los párrafos anteriores.

2.2 Mejor desempeño sin demanda adicional.

- Se considerará a las entidades federativas siguientes con mejor desempeño y se les aplicará lo establecido en el punto 2.1.

VI. "LAS PARTES" acuerdan que en caso de controversia respecto de la interpretación, ejecución y cumplimiento del presente "ANEXO II", será resuelto de común acuerdo y de ser el caso, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales aplicables.

Enteradas las partes del contenido, alcance y fuerza legal del presente Anexo II que consta de quince fojas incluyendo ésta, y por no contener dolo, error, mala fe, ni cláusula contraria a derecho, lo firman al calce y rubrican al margen por cuadruplicado de conformidad los que en él intervienen en la Ciudad de México, a los 31 días del mes de marzo de 2017.- Por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud: el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, **Gabriel Jaime O´Shea Cuevas**.- Rúbrica.- Por la Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas: el Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Zacatecas, **Gilberto Breña Cantú**.- Rúbrica.- Por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Zacatecas: el Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Zacatecas, **Jesús Gerardo López Longoria**.- Rúbrica.