



PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO

ÓRGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE CAMPECHE

FRANQUEO PAGADO PUBLICACIÓN PERIÓDICA PERMISO No. 0110762 CARACTERÍSTICAS 111182816 AUTORIZADO POR SEPOMEX

SEGUNDA SECCIÓN

LAS LEYES, DECRETOS Y DEMÁS DISPOSICIONES OFICIALES OBLIGAN POR EL SOLO HECHO DE PUBLICARSE EN ESTE PERIÓDICO

CUARTA ÉPOCA
Año IV No. 0776

Directora
C.P.F. Iris Janell May García

San Francisco de Campeche, Cam.,
Lunes 24 de Septiembre de 2018

SECCIÓN ADMINISTRATIVA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



Régimen Estatal de Protección Social en Salud
en Campeche (REPSS)

JUNIO 2018

2800 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

INDICE

| CONTENIDO | Página |
|---|--------|
| Introducción | 3 |
| Objetivo del Manual | 4 |
| Procedimientos | 5 |
| DIRECCIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE (REPSS) | |
| MP 01/1 Aprobación de acciones y actividades que realizan las Áreas | 5 |
| UNIDAD DE TRANSPARENCIA | 8 |
| MP 02/1 Solicitudes De Acceso A La Información, Tramite y Contestación | 8 |
| MP 02/2 Plataforma Nacional De Transparencia, Recabar y Difundir | 13 |
| DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | 17 |
| MP 03/1 Afiliación y Reafiliación al SP | 17 |
| SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | 23 |
| MP 03/2 Evaluar y Analizar Reportes de Supervisión | 23 |
| MP 03/3 Supervisar el Resguardo Correcto de los Expedientes de los Afiliados al REPSS. | 27 |
| DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DEL PADRON | 30 |
| MP 03/4 Incidencias en el Sistema de Administración del Padrón. | 30 |
| DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | 36 |
| MP 03/5 Orientación Para Afiliación y Reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud. | 36 |
| DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | 45 |
| MP 03/6 Afiliación de Núcleos Familiares al Sistema de Protección Social en Salud. | 45 |
| DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | 73 |
| MP 04/1 Dar a Conocer la Cartera de Servicios "Causes" a los Prestadores de Servicios de Salud. | 73 |
| SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | 76 |
| MP 04/2 Programa de Capacitación Sobre el Sistema de Protección Social en Salud en Campeche | 76 |
| MP 04/3 Gestión de Medicamentos que se Encuentren en Desabasto en la Unidad Hospitalaria de Adscripción | 79 |
| DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | 82 |
| MP 04/4 Elaboración de Plan Anual de Trabajo para Aplicación de la Cedula MOSSESS | 82 |
| MP 04/5 Aplicación del Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud MOSSESS | 85 |
| DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MEDICOS | 90 |
| MP 04/6 Capacitación del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos | 90 |
| MP 04/7 Validación del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos | 95 |

2800 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

INDICE

| CONTENIDO | Página |
|---|--------|
| COORDINACIÓN ESTATAL (PROSPERA) | 100 |
| MP 05/1 Capacitación y Supervisión para el Cumplimiento de las Estrategias del Programa | 100 |
| MP 05/2 Abastecimiento de Insumos Necesarios para el Desarrollo de PROSPERA | 107 |
| DIRECCIÓN JURÍDICA | 115 |
| MP 06/1 Elaboración y/o Renovación de Contratos con Proveedores | 115 |
| MP 06/2 Mantenimiento y Actualización de la Plataforma Nacional de Transparencia | 118 |
| DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIONES | 121 |
| MP 06/3 Certificaciones | 121 |
| DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | 124 |
| MP 07/1 Coordinación y Revisión para la Elaboración del Anteproyecto de Egresos | 124 |
| SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | 129 |
| MP 07/2 Seguimiento de Auditorias | 129 |
| MP 07/3 Coordinación de Envío de la Información del Ejercicio del Gasto | 133 |
| DEPARTAMENTO DE EJERCICIO DEL GASTO | 136 |
| MP 07/4 Control del Ejercicio del Gasto | 136 |

2800 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

El presente manual de procedimientos del Régimen Estatal De Protección Social En Salud En Campeche (REPSS), se elaboró con la finalidad de que este Organismo Público Descentralizado, cuente con un documento donde se estipulen los procesos que se realizan dentro de las Direcciones y Áreas, y poder de esta manera establecer e implementar los métodos y técnicas de trabajo para mejorar la calidad del servicio ofertado a la ciudadanía.

Para su elaboración se solicitó la participación del personal que labora en las distintas unidades administrativas del Régimen Estatal De Protección Social En Salud En Campeche (REPSS), con la finalidad de llegar a una descripción exacta de los procedimientos que se llevan a cabo en la entidad.

El presente manual tiene como finalidad servir como instrumento de consulta para los servidores públicos de esta institución en los procedimientos que ejecutan cada una de sus áreas.

Sin duda, la implementación del presente manual permite realizar el diagnóstico oportuno de los procedimientos administrativos con el objeto de eficientizar y mejorar el funcionamiento de la Paraestatal.

Este documento contiene: Portada, índice, Objetivo del Manual, Marco Jurídico, Procedimientos, con su respectiva Denominación, Alcance a nivel interno y externo, de Descripción del Procedimiento, Diagrama de Flujo, Formatos e Instructivos y Cambios de Versión.

El manual se actualizará conforme a los lineamientos para la elaboración de manuales de procedimientos, y cuando existan modificaciones a la estructura orgánica o normatividad aplicable, Su difusión se realizará a través de los titulares de cada área quienes lo darán a conocer a su personal adscrito y permanecerá para su consulta permanente en el Master Web.

Los servidores públicos de las áreas que integran la Dirección serán los responsables de garantizar y vigilar la correcta aplicación del presente manual.

2800 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS


OBJETIVO

El Manual de Procedimientos es un documento que describe en forma lógica, sistemática y detallada las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa de acuerdo a sus atribuciones, para la ejecución eficiente de las mismas, señalando generalmente quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse.

El manual incluye los puestos administrativos que intervienen en los procedimientos, precisando su responsabilidad y participación. Además, contiene información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios. La información básica referente al funcionamiento de todas las unidades administrativas, se encuentra registrada y transmitida, facilitando de esa manera las labores de auditoría, la evaluación y control interno, y su vigilancia.

De esta forma, el manual de procedimientos es un documento interno que contiene una descripción precisa de la manera en que deben desarrollarse las actividades de cada área de la Institución.

Proporcionar al personal del Régimen Estatal De Protección Social En Salud En Campeche (REPSS), los elementos técnicos necesarios para la documentación y uniformar los criterios que permitan la homogenización de la información contenida en los mismos.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE (REPSS) | Versión 1 |
| | MP 01/1 APROBACIÓN DE ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS ÁREAS DEL REPSS | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.


3.- RESPONSABILIDADES

Dirección General del REPSS es el responsable del procedimiento.
Diversas Áreas del REPSS

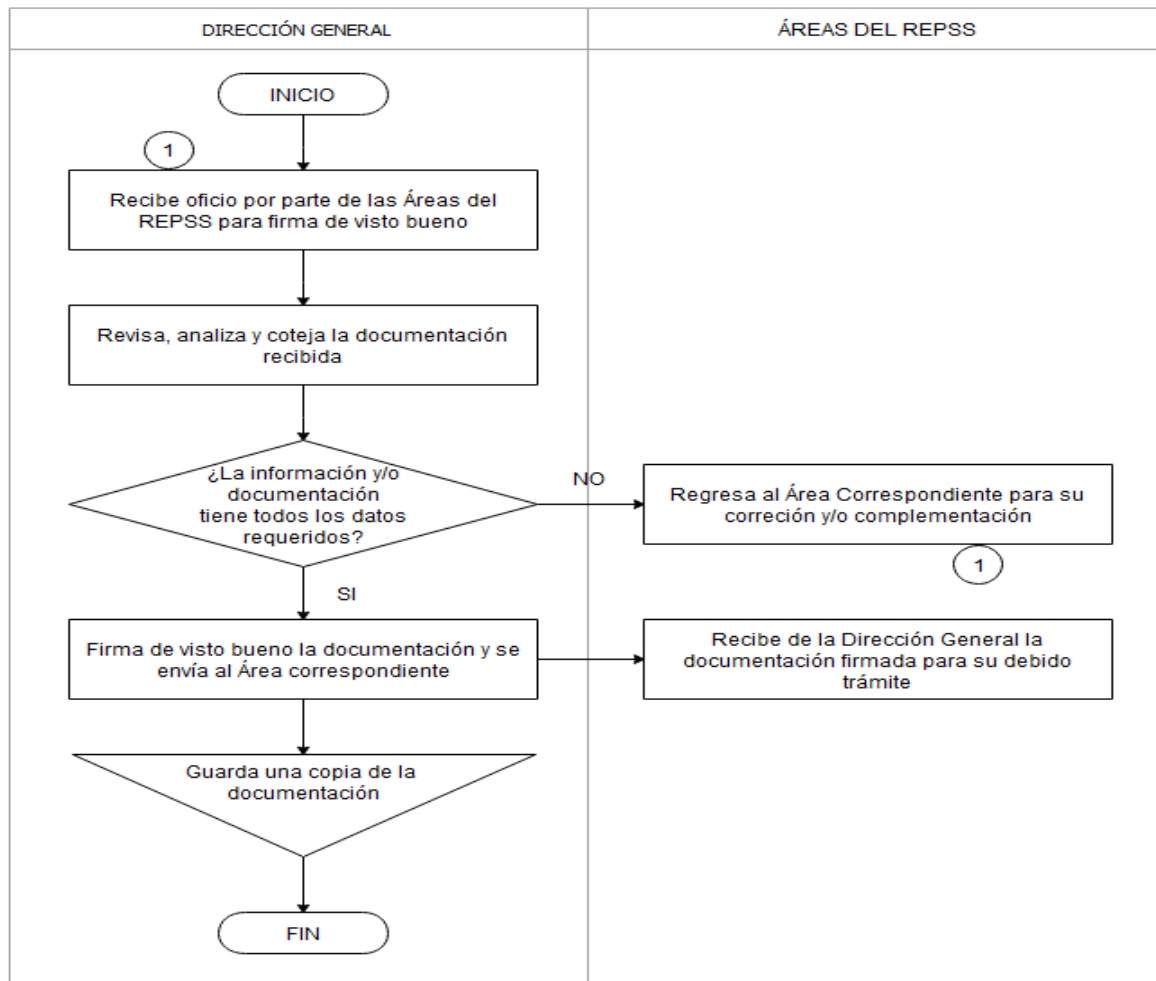
4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE (REPSS) | Versión 1 |
| | MP 01/1 APROBACIÓN DE ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS ÁREAS DEL REPSS | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



Elaboró


Autorizó

Director General del Régimen Estatal De
Protección Social En Salud En Campeche
(REPSS)

Dr. Francisco Daniel Barreda Puga

Director de Financiamiento

C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | |
|---|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DIRECCIÓN GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE (REPSS) | Versión 1 |
| | MP 01/1 APROBACIÓN DE ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS ÁREAS DEL REPSS | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-------------------|-----|--|---|
| Dirección General | 1 | Se recibe oficio para visto bueno | Oficio Expediente Documentación necesaria |
| | 2 | Se revisa, analiza y coteja la documentación recibida | |
| | 3 | ¿La información y/o documentación tiene todos los datos requeridos? - Si pasa a la actividad 4 - No, se regresa al área correspondiente para su corrección | |
| | 4 | Se guarda una copia de la documentación recibida y se firma de visto bueno la documentación recibida. | Documentación |
| Áreas del REPSS | 5 | Se regresa la documentación al área correspondiente | Oficio Documentación |
| | 6 | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--------------|
|  <p>SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/1 ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA | Hoja: 1 de 5 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

La Unidad de Transparencia es el responsable del procedimiento.

Las diversas Áreas del REPSS son los responsables de dar la información a la solicitud planteada por el ciudadano


4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Lineamientos Generales que Deberán Observar los Entes Públicos a que se Refiere la Fracción IV del Artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, para la Clasificación y Desclasificación de la Información.
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Lineamientos que Deberán Observarlos Entes Públicos a que se Refiere IV de la Ley de Transparencia y Acceso de la Información Pública del Estado de Campeche para Notificar a la Comisión el Listado de Sus Sistemas de Datos Personales.

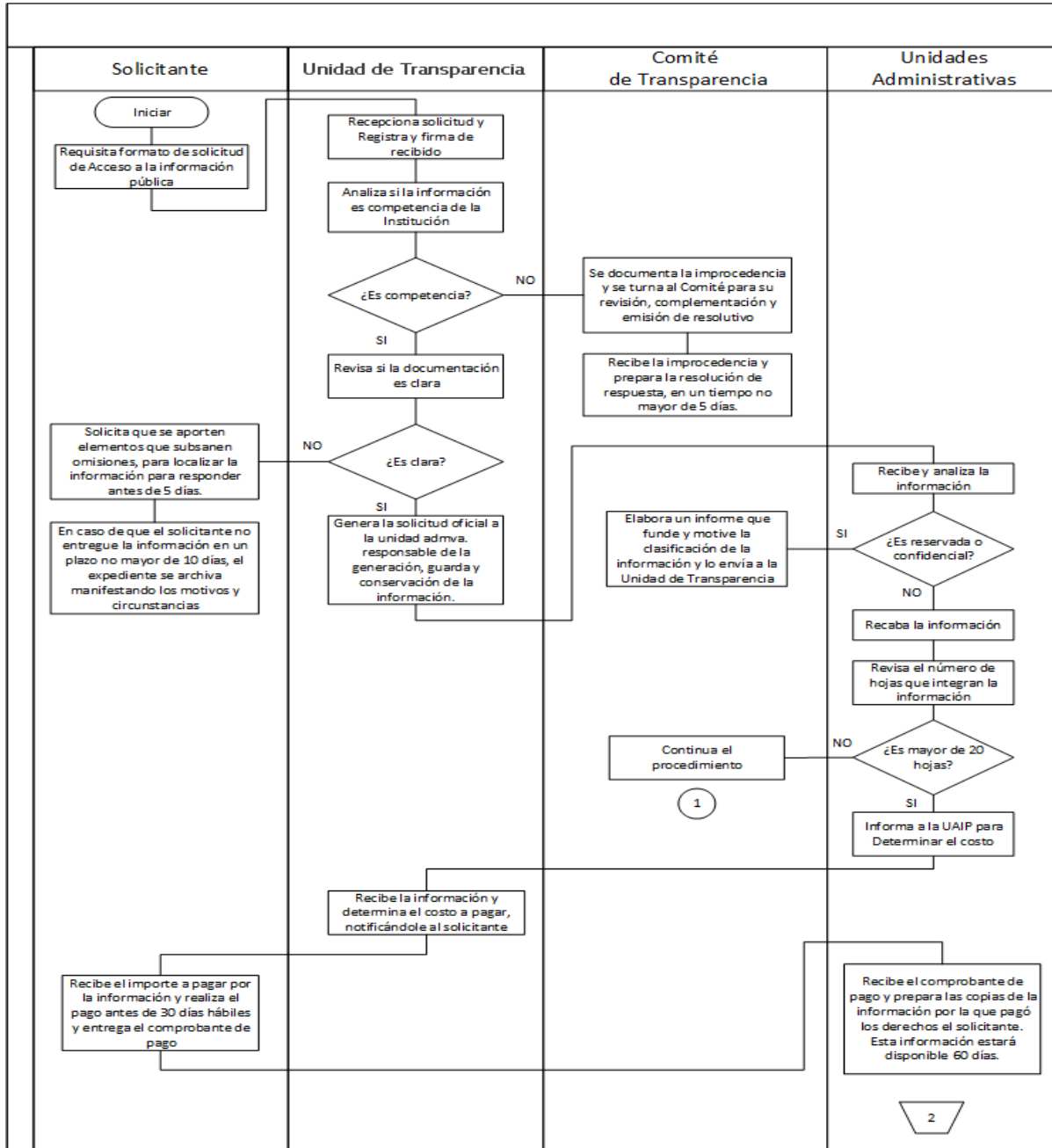
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES


REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

PNT: Plataforma Nacional de Transparencia

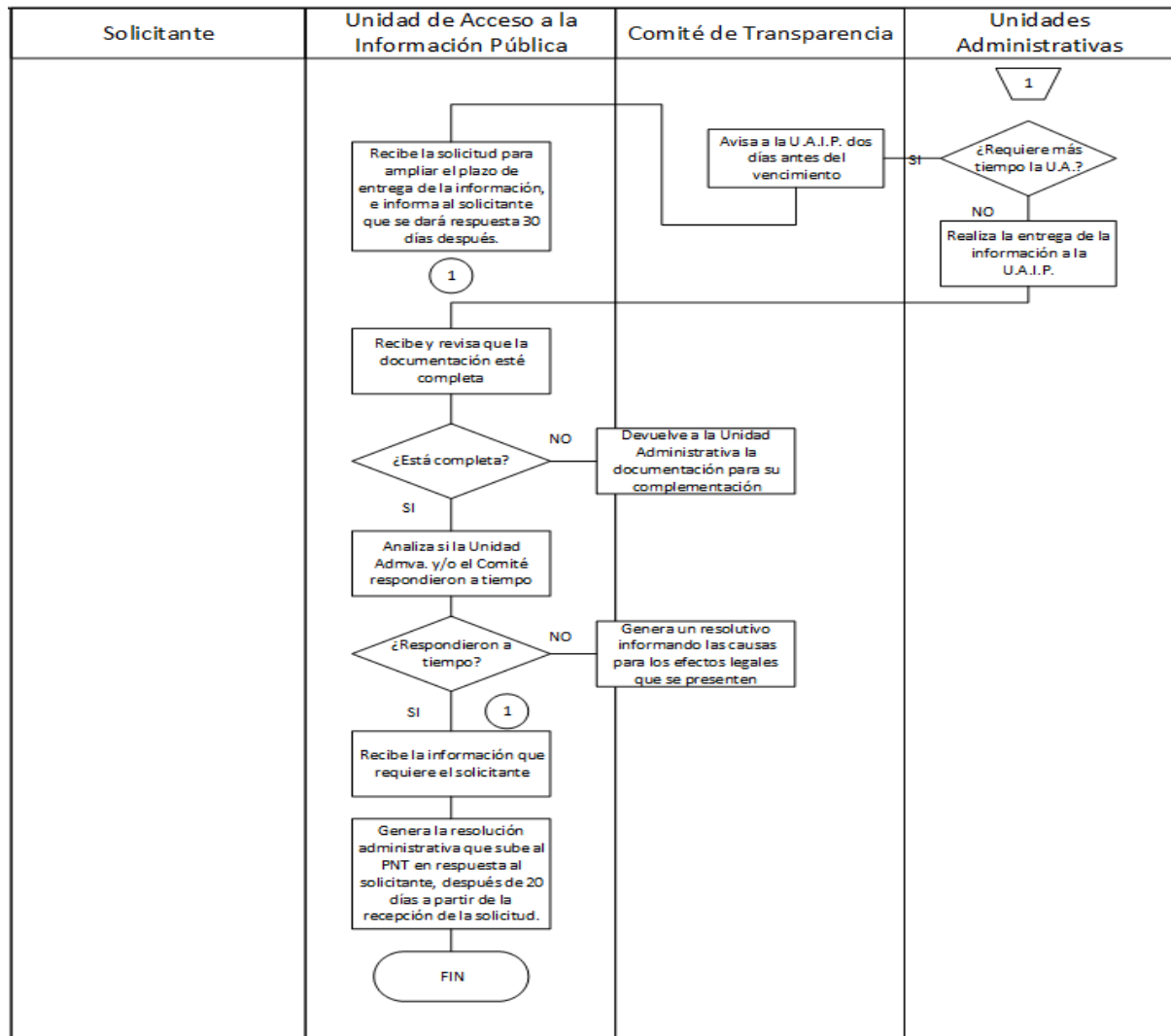
| | | |
|---|--|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/1 SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN | Hoja: 2 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/1 SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN | Hoja: 3 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Titular de la Unidad de Transparencia
Lic. Rafael Lara Alcantar

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | | |
| | MP 02/1 SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN | | Hoja: 4 de 5 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|-----------------------|
| Solicitante | 1 | Solicita acceso a la información pública | |
| Unidad de Transparencia | 2 | Recepciona, registra y firma de recibido | |
| Unidad de Transparencia | 3 | Analiza si la información es competencia de la institución | |
| Unidad de Transparencia Comité de Transparencia | 4 | ¿Es competencia? Si: revisa si la documentación es clara No: se documenta la improcedencia y se turna al Comité para su revisión, complementación y emisión de resolutivo Recibe la improcedencia y prepara la resolución de respuesta, en un tiempo no mayor de 5 días | |
| Unidad de Transparencia Solicitante | 5 | ¿Es clara? Si: genera la solicitud oficial a la unidad administrativa responsable de la generación, guarda y conservación de la información No: solicita que aporten elementos que subsanen omisiones, para localizar la información para responder antes de 5 días En caso de que el solicitante no entregue la información en un plazo no mayor de 10 días, el expediente se archiva manifestando los motivos y circunstancias | |
| Unidades Administrativas | 6 | Recibe y analiza la información | |
| Unidades Administrativas Comité de Transparencia | 7 | ¿Es reservada o confidencial? Si: elabora un informe que funde y motive la clasificación de la información y lo envía a la unidad de Transparencia No: recaba la información Revisa el número de hojas que integran la información | |
| Unidades Administrativas | 8 | ¿Es mayor de 20 hojas? No (1) Si: informa a la UAIP para determinar el costo | OFICIO |

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/1 SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN | Hoja: 5 de 5 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|-----------------------|
| Unidad de Transparencia | 9 | Recibe la información y determina el costo a pagar, notificándole al solicitante | |
| Solicitante | 10 | Recibe el importe a pagar por la información y realiza el pago antes de los 30 días hábiles y entrega el comprobante de pago | |
| Unidades Administrativas Comité de Transparencia | 11 | ¿Requiere más tiempo la U.A? Si: avisa a la UAIP dos días antes del vencimiento No: realiza la entrega de la información a la UAIP | |
| Unidad de Transparencia | 12 | Recibe y revisa que la documentación este completa | |
| Unidad de Transparencia | 13 | ¿Está completa? Si: analiza si la unidad administrativa y/ o el Comité respondieron a tiempo No: devuelve a la unidad administrativa la documentación para su complementación | |
| Unidad de Transparencia | 14 | ¿Respondieron a tiempo? Si: recibe a la información que requiere el solicitante (1) No: genera un resolutive informando las causas para los efectos legales que se Presenten | |
| Unidad de Transparencia | 15 | Genera la resolución administrativa que sube al PNT en respuesta al solicitante, después de 20 días a partir de la recepción de la solicitud | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/2 DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA EN PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 1 de 4 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Unidad de Transparencia es la responsable del procedimiento.

Áreas del REPSS son los responsables de la información


4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche
- Ley del Sistema de Información del Estado de Campeche
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Lineamientos Generales que Deberán Observar los Entes Públicos a que se Refiere la Fracción IV del Artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, para la Clasificación y Desclasificación de la Información.
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Lineamientos que Deberán Observarlos Entes Públicos a que se Refiere IV de la Ley de Transparencia y Acceso de la Información Pública del Estado de Campeche para Notificar a la Comisión el Listado de Sus Sistemas de Datos Personales.

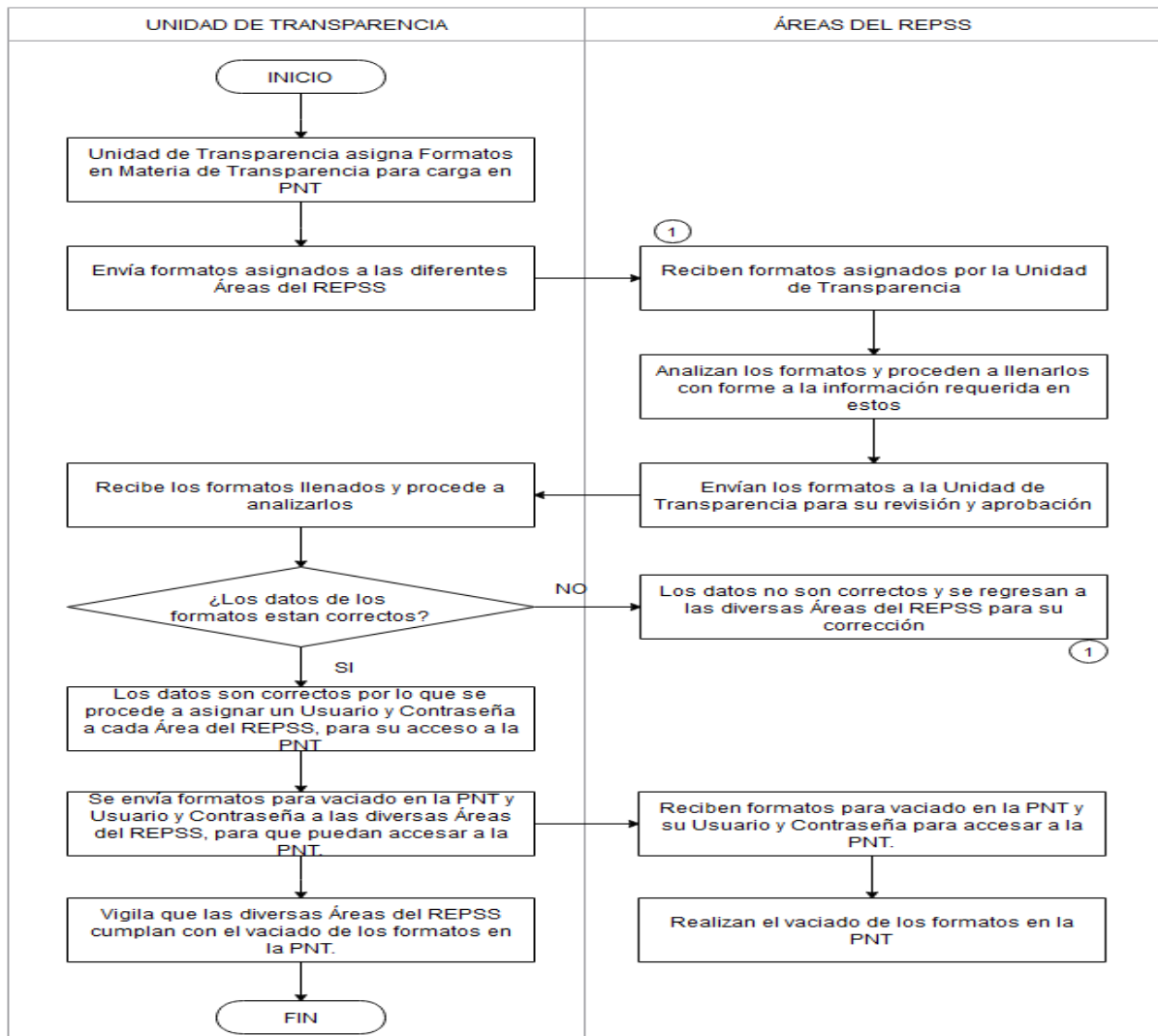
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

PNT: Plataforma Nacional de Transparencia

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/2 DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA EN PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 2 de 4 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Titular de la Unidad de Transparencia
Lic. Rafael Lara Alcantar

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/2 DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA EN PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 3 de 4 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---------------------------------------|-----|---|-----------------------|
| Unidad de Transparencia | 1 | La Unidad de Transparencia en coordinación de las Direcciones que conforman el REPSS con fundamento en las atribuciones y las facultades establecidas en el Reglamento Interior determinaran las obligaciones que son competentes para la institución y se determinara la Tabla de Aplicabilidad | |
| Unidad de Transparencia | 2 | La Unidad de Transparencia asigna los formatos en materia de Transparencia para que las diferentes áreas que conforman el REPSS puedan realizar la carga de información respectiva conforme establece la Ley General y Ley Estatal de Transparencia y envía a las Unidades para su llenado | Formatos |
| Áreas del REPSS | 3 | Reciben los formatos, analizan y llenan conforme a la información requerida en estos y devuelven formatos para su revisión | Formatos |
| Unidad de Transparencia | 4 | ¿Los formatos están llenados correctamente con la información requerida? - Si, pasa a la actividad 5 - No, se regresan los formatos para su corrección. | Formatos |
| Áreas del REPSS | 5 | Se regresan los formatos a las Direcciones para el vaciado de los formatos en la Plataforma Nacional de Transparencia; a lo cual se les asigna usuario y contraseña para su ingreso al portal. | Formatos |
| Unidad de Transparencia | 5 | La Unidad de Transparencia verificará permanentemente que se cumpla con la carga de información por parte de las Direcciones del REPSS | |
| Direcciones Administrativas del REPSS | 4 | Con fundamento al artículo 74 el REPSS con la vigilancia de la Unidad de Transparencia, sus Unidades Administrativas deberán tener actualizada por lo menos cada tres meses la información para el cumplimiento de sus obligaciones en materia de Transparencia, salvo que la Ley General, Estatal y otras disposiciones Normativas en la materia establezcan un plazo diverso. | |


| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | UNIDAD DE TRANSPARENCIA | |
| | MP 02/2 DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA EN PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 4 de 4 |

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-------------------------|-----|---|-----------------------|
| Unidad de Transparencia | 6 | La Unidad de Transparencia le notificara al Director General del REPSS si se diera caso de que no se dé cumplimiento alguna de las áreas las cuales es una obligación, y darles conocimiento que tal omisión puede ser sancionada de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia. | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | Hoja: 1 de 6 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES


Director de Afiliación y Operación es el responsable del procedimiento.

Departamento de Administración del Padrón es el responsable de generar información.

Departamento de Operación es el responsable de generar información.

4.- MARCO JURÍDICO


- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 2012.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2008.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.
- Manual de Afiliación y Operación
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2010.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | Hoja: 2 de 6 |

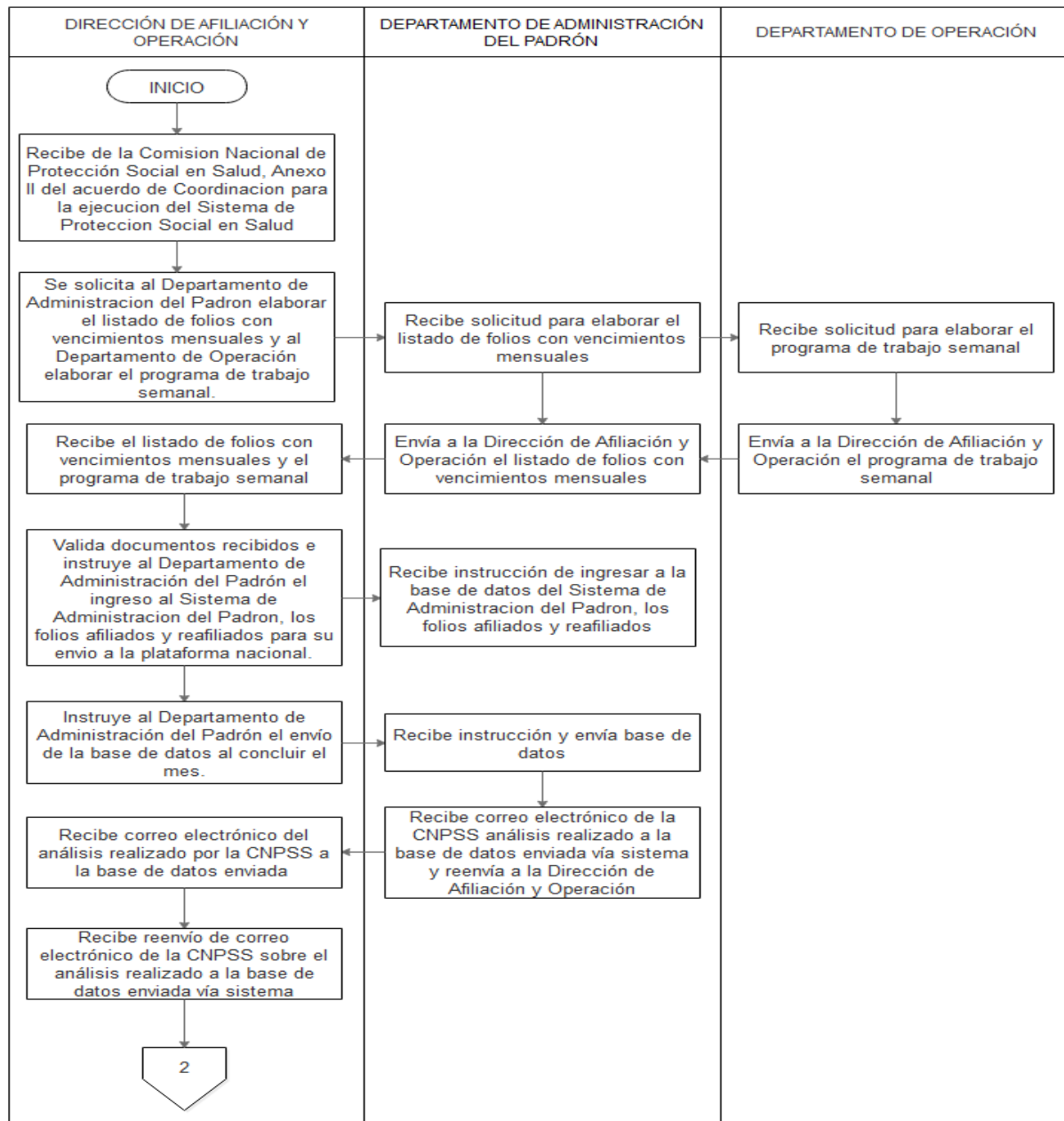
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2016. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2016.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.


5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

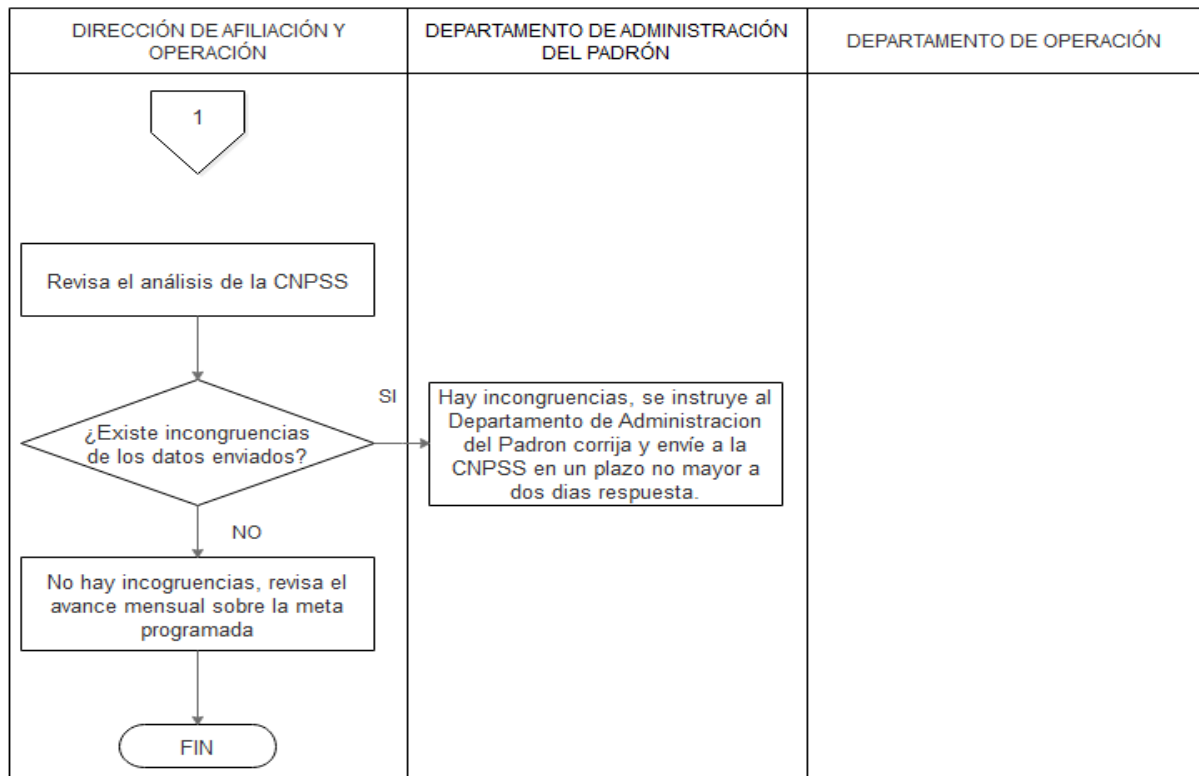
| | | |
|--|---|--------------|
|  <p>SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | Hoja: 3 de 6 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | Hoja: 4 de 6 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Director de Afiliación y Operación
Dr. Víctor Manuel Santos Castillo

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | | Hoja: 5 de 6 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|---|
| Dirección de Afiliación y Operación | 1 | Recepción del Acuerdo de Coordinación por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, firmado por las partes que convengan. | Anexo II del acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. |
| Departamento de Administración del Padrón - Departamento de Operación | 2 | Instruir al Departamento de Administración del Padrón elaborar el listado de folios con vencimientos mensuales y al Departamento de Operación el Programa de Trabajo semanal. | Minuta de trabajo |
| Departamento de Operación | 3 | Se envía Programa de Trabajo semanal para validación | Oficio |
| Departamento de Administración del Padrón | 3 | Instruye al Departamento de Administración del Padrón el ingreso al Sistema de Administración del Padrón los folios afiliados y re afiliados para su envío a la plataforma nacional. | Minuta de trabajo |
| Dirección de Afiliación y Operación | 4 | Instruir al Departamento de Administración del Padrón el envío de la base de datos al concluir el mes. | Minuta de trabajo |
| Dirección de Afiliación y Operación | 5 | Se recibe re-envío de correo electrónico por parte del Departamento de Administración del Padrón, el análisis realizado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. | Correo electrónico |
| Dirección de Afiliación y Operación | 6 | Revisión del avance mensual sobre la meta programada. | |
| Dirección de Afiliación y Operación | 7 | En caso de afiliaciones incorrectas instruir al Departamento de Administración del Padrón la revisión y corrección de las mismas y enviar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en un plazo no mayor a dos días respuesta. | Correo electrónico |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/1 AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR | Hoja: 6 de 6 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/2 EVALUAR Y ANALIZAR REPORTES DE SUPERVISION | Hoja: 1 de 4 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE


Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección de Afiliación y Operación es el responsable del procedimiento.
Departamento de Operación

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 2012.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2008.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.
- Manual de Afiliación y Operación
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2010.


| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/2 EVALUAR Y ANALIZAR REPORTES DE SUPERVISION | Hoja: 2 de 4 |

- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.

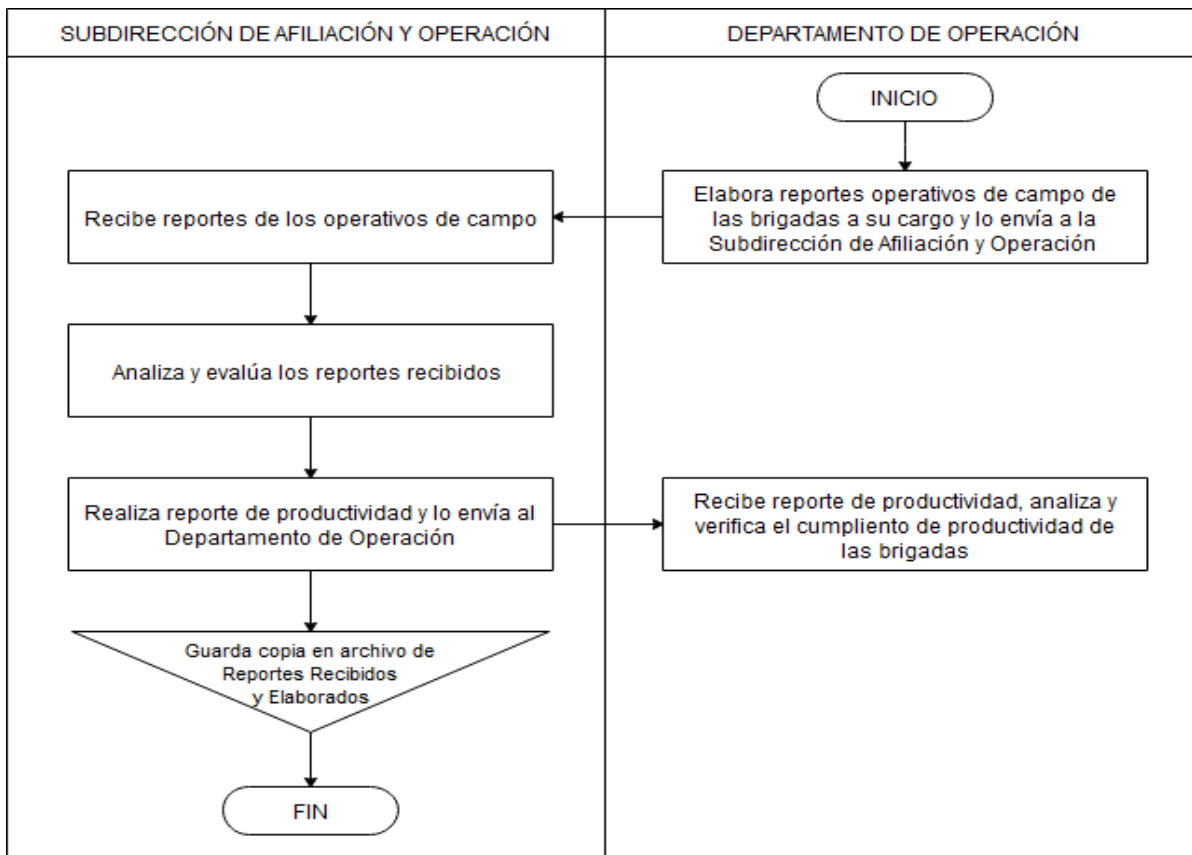
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

CNPSS: Comisión Nacional De Protección Social En Salud

REPS: Régimen Estatal De Protección Social En Salud

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/2 EVALUAR Y ANALIZAR REPORTES DE SUPERVISION | Hoja: 3 de 4 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Subdirector de Afiliación y Operación
C. Atilano Jiménez Novelo

Director de Afiliación y Operación
Dr. Víctor Manuel Santos Castillo

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | | |
| | MP 03/2 EVALUAR Y ANALIZAR REPORTES DE SUPERVISION | | Hoja: 4 de 4 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|--|-----------------------|
| Departamento de Operación | 1 | Elabora reportes operativos de campo de las brigadas a su cargo | |
| Subdirección de Afiliación y Operación | 2 | Se recibe reportes de los operativos de campo | Formato |
| | 3 | Se analizan y evalúan los reportes recibidos por las brigadas | Reporte |
| | 4 | Realiza reporte de productividad de las brigadas y lo envía al Departamento de Operación | Reporte |
| Departamento de Operación | 5 | Recibe reporte de productividad | Oficio |
| Subdirección de Afiliación y Operación | 6 | Guarda copia en archivo de reportes recibidos y elaborados | |
| | | Fin | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/3 SUPERVISIÓN Y RESGUARDO DE LOS EXPEDIENTES DE LOS AFILIADOS AL REPSS. | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección de Afiliación y Operación es el responsable del procedimiento


4.- MARCO JURÍDICO

- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

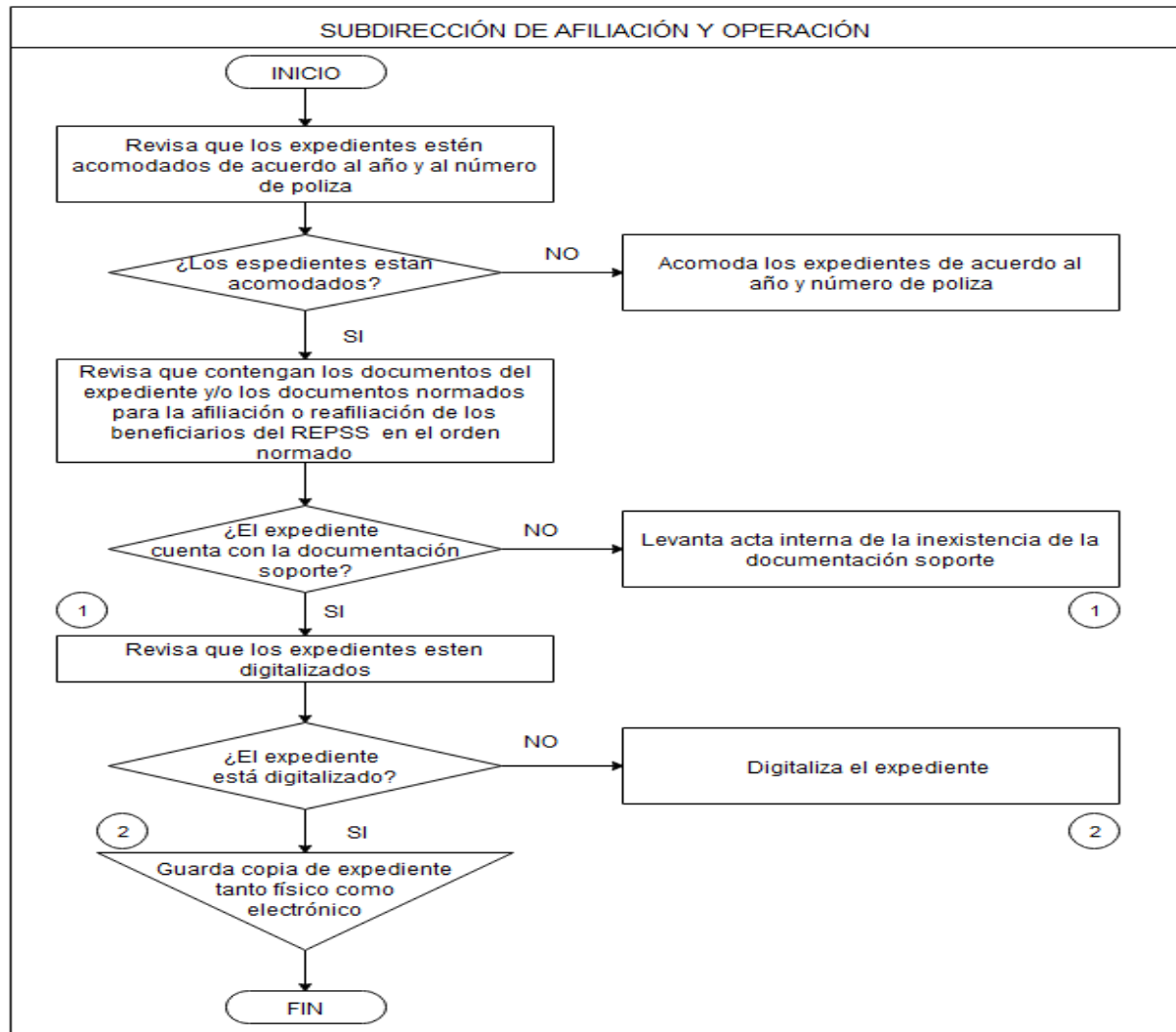
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | |
| | MP 03/3 SUPERVISIÓN Y RESGUARDO DE LOS EXPEDIENTES DE LOS AFILIADOS AL REPSS. | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Subdirector de Afiliación y Operación
C. Atilano Jiménez Novelo

Director de Afiliación y Operación
Dr. Víctor Manuel Santos Castillo

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN | | |
| | MP 03/3 SUPERVISIÓN Y RESGUARDO DE LOS EXPEDIENTES DE LOS AFILIADOS AL REPSS. | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|-----------------------|
| Subdirección de Afiliación y Operación | 1 | Se revisa que los expedientes estén acomodados de acuerdo al año y al número de póliza. | |
| | 2 | Acomoda los expedientes de acuerdo al año y número de póliza, si no están acomodados | |
| | 3 | Se revisa que contengan los documentos del expediente en el orden normado. | |
| | 4 | Se revisa que contengan los documentos normados para la afiliación o reafiliación de los beneficiarios del REPSS. | |
| | 5 | Si no cuenta con la documentación levanta acta interna de la inexistencia de la documentación soporte | |
| | 6 | Se revisa que los expedientes estén digitalizados. | |
| | 7 | Si no está digitalizado, los digitaliza | |
| | 8 | Guarda copia de expediente tanto físico como electrónico | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> | <p>Versión 1</p> |
| | <p>DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRON</p> | <p>MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP).</p> |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE


Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Departamento de Administración del Padrón es el responsable del procedimiento
Solicitante

4.- MARCO JURÍDICO


- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 2012.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2008.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.
- Manual de Afiliación y Operación
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2010.

| | | |
|---|---|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DEL PADRON | |
| | MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP). | Hoja: 2 de 6 |

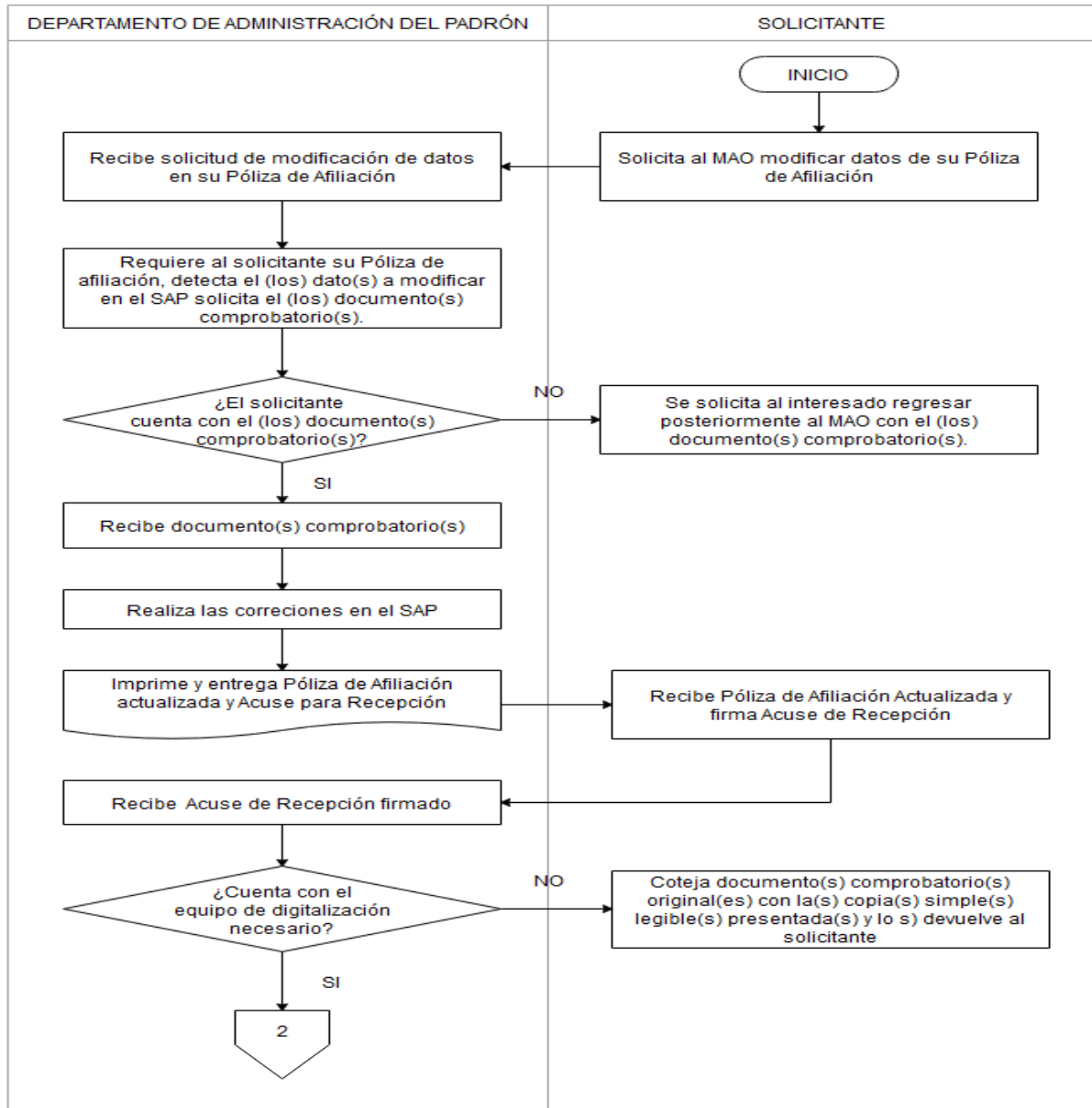
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.


5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

SAP: Sistema de Administración del Padrón
 REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud
 MAO: Módulos de Afiliación y Orientación

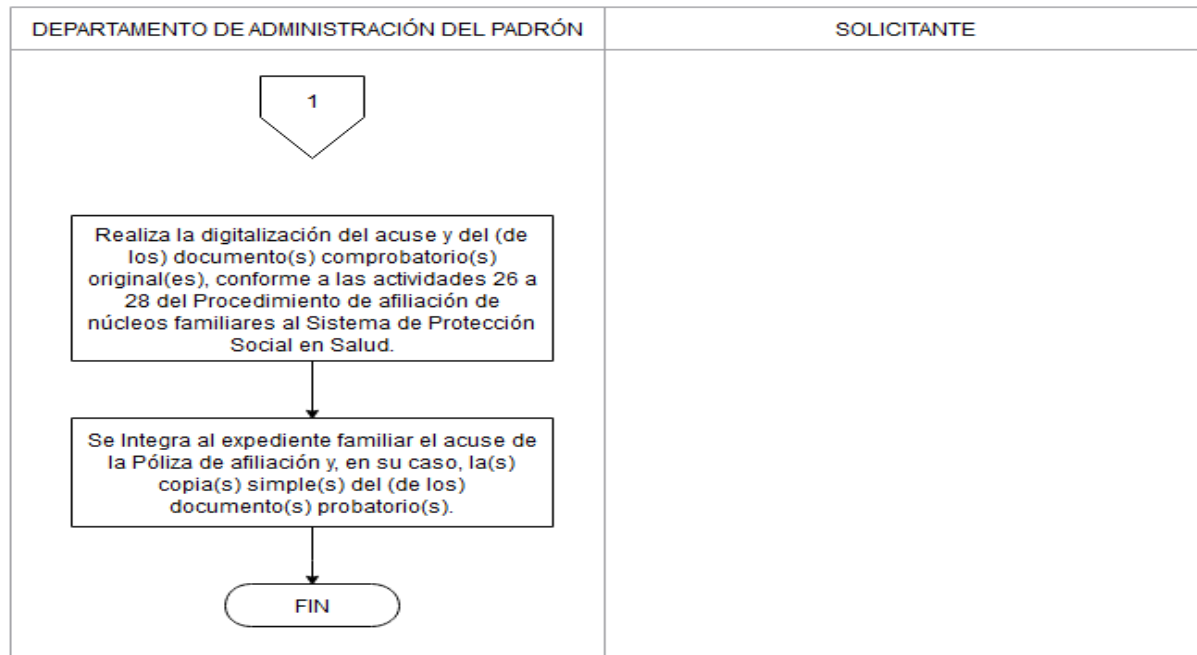
| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN | |
| | MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP). | Hoja: 3 de 6 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN | |
| | MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP). | Hoja: 4 de 6 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Departamento de Administración del Padrón
ISC. Román Alberto Palí Casanova

Subdirector de Afiliación y Operación
C. Atilano Jiménez Novelo

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRON | |
| | MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP). | Hoja: 5 de 6 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|--|---|
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 1 | Se presenta en el MAO que le corresponda solicitando modificar datos de su Póliza de afiliación. | |
| | 2 | Requiere al solicitante su Póliza de afiliación, detecta el (los) dato(s) a modificar en el SAP solicita el (los) documento(s) comprobatorio(s). | |
| | 3 | ¿El solicitante cuenta con el (los) documento(s) comprobatorio(s)? - Sí: pase a la actividad | |
| Solicitante | 4 | - No: Se solicita al interesado regresar posteriormente al MAO con el (los) documento(s) comprobatorio(s). | |
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 5 | Se reciben documento(s) comprobatorio(s) | Documento probatorio |
| | 6 | Se realizan las correcciones en el SAP. | |
| | 7 | Se Imprime y entrega la Póliza de afiliación actualizada y acuse para recepción. | Póliza de afiliación actualizada |
| Solicitante | 8 | Recibe Póliza de afiliación actualizada y firma acuse de recepción. | |
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 9 | Recibe acuse de la Póliza de afiliación actualizada. ¿Cuenta con el equipo de digitalización necesario? | Acuse de Póliza de afiliación actualizada |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DEL PADRON | |
| | MP 03/4 INCIDENCIAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN (SAP). | Hoja: 6 de 6 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|-----------------------|
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 10 | - No: coteja documento(s) comprobatorio(s) original(es) con la(s) copia(s) simple(s) legible(s) presentada(s) y lo s) devuelve al solicitante. Pase a la actividad 12. | |
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 11 | - Sí: Realiza la digitalización del acuse y del (de los) documento(s) comprobatorio(s) original(es), conforme a las actividades 26 a 28 del Procedimiento de afiliación de núcleos familiares al Sistema de Protección Social en Salud. | |
| Departamento de Administración del Padrón (Personal del MAO) | 12 | Se Integra al expediente familiar el acuse de la Póliza de afiliación y, en su caso, la(s) copia(s) simple(s) del (de los) documento(s) probatorio(s). | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|---|--|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 1 de 9 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE


Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3. RESPONSABILIDADES


Departamento de Promoción es el responsable del procedimiento
Solicitante

4. MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 2012.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2008.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.
- Manual de Afiliación y Operación
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2010.

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 2 de 9 |

- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 3 de 9 |

5. TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

Base de datos: información de los beneficiarios del Sistema, integrada a través del Sistema de Administración del Padrón y preservada en medios magnéticos. Contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar: instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría de Salud que es aplicado por los Regímenes Estatales para la determinación del nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema y que sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.


Colectividad: grupo de personas físicas residentes en territorio nacional, agremiadas de alguna organización legalmente constituida o, en su caso, que cuenten con características especiales de grupo determinado y, que en lo individual, reúnan los requisitos señalados en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud.

Convenio de colaboración: es el instrumento consensual de afiliación que se celebrará entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la institución correspondiente o, en su caso, entre la Comisión y una institución pública o privada, en donde se asentarán las condiciones mediante las cuales las personas sujetas a tutela, guarda y/o custodia o una colectividad accederán a los beneficios que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud.

Decil de ingreso: a la clasificación de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud considerando sus características socioeconómicas e indicadores de bienestar proveniente de la Cecasoeh que aplican los Regímenes Estatales.

Institución: las personas morales que se encargan que proveer acciones tendientes a prevenir, modificar y mejorar las circunstancias de carácter familiar, social, cultural y cualesquiera que ayuden a impulsar el desarrollo integral del ser humano y la familia; la protección física, psíquica, jurídica y social de personas en estado de necesidad, desprotección o abandono. Para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, son quienes solicitarán la incorporación de las personas que tienen bajo su resguardo.

Material de promoción: son los elementos que permiten transmitir información con la finalidad de persuadir a la población objetivo, susceptibles de incorporación, al Sistema de Protección Social en Salud, tales como: folletos, dípticos, trípticos, volantes, entre otros.

| | | |
|---|--|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 4 de 9 |

Módulo de Afiliación y Orientación (MAO): espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud responsables de afiliar y reafiliar a las personas y familias, así como de proporcionar información sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.

Núcleo familiar: unidad de protección, cuya integración se rige de conformidad con lo que establece el artículo 77 bis 4 de la Ley General de Salud.

Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud: relación nominal de las personas afiliadas al Sistema, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Póliza de afiliación: documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que tiene por propósito identificar al núcleo familiar con derechos vigentes en el Sistema de Protección Social en Salud, al momento de solicitar los servicios de salud que éste provee mediante su financiamiento.

Procedimiento: forma específica para llevar a cabo un proceso.

Proceso: conjunto de actividades relacionadas que al interactuar transforman elementos de entrada en resultados.

Regímenes Estatales de Protección Social en Salud: estructuras administrativas que dependen o son coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas, que proveen las acciones en materia de protección social en salud.


Sistema de Administración del Padrón: conjunto de procesos, procedimientos, herramientas tecnológicas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica y toda aquella relacionada con el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, conforme a lo que dispone el artículo 50, del Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Solicitante: persona que acude ante el personal operativo de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud solicitando información, así como su incorporación, ya sea afiliación o reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud, o en su caso, la realización de alguna incidencia.

Titular: representante del núcleo familiar en los términos previstos en el artículo 77 bis 4 de la Ley General de Salud y, en su caso, conforme a lo dispuesto por el Código Civil Federal.

Cecasoeh: Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

Comisión: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

| | | |
|---|--|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 5 de 9 |

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento.

CUN: Certificado de Nacimiento.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

DGAO: Dirección General de Afiliación y Operación.

DOF: Diario Oficial de la Federación.

ES: Embarazo Saludable.

Ley: Ley General de Salud.

Lineamientos: Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.

Manual: Manual de Afiliación y Operación.

MAO: Módulo de Afiliación y Orientación.

Reglamento: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.


RENAPO: Registro Nacional de Población.

REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

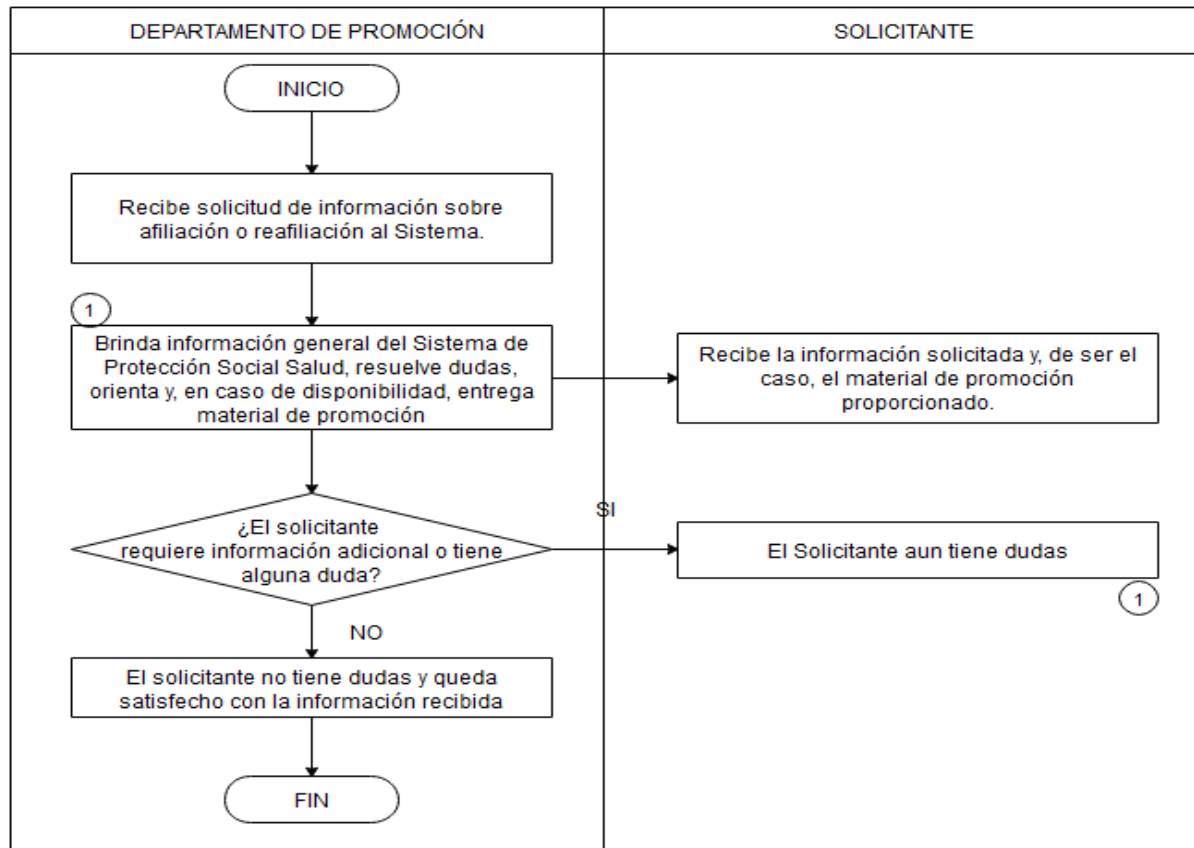
SAP: Sistema de Administración del Padrón.

SMSXXI: Programa Seguro Médico Siglo XXI.

Sistema: Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 6 de 9 |

6. DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Jefe de Departamento de Promoción
LTS. Juan Luis MacGregor Ferrera

Subdirector de Afiliación y Operación
C. Atilano Jiménez Novelo

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 7 de 9 |


7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|--|------------------------------------|
| Departamento de Promoción Personal del MAO | 1 | Se recibe solicitud de información sobre afiliación o reafiliación al Sistema. | |
| Departamento de Promoción Personal del MAO | 2 | Se brinda información general del Sistema, específicamente sobre requisitos, beneficios, vigencias, cuotas familiares y sobre los derechos y obligaciones de los beneficiarios. Asimismo, resuelve dudas, orienta y, en caso de disponibilidad, entrega material de promoción. | Material de promoción. FOLLETOS |
| Solicitante | 3 | Recibe la información solicitada y, de ser el caso, el material de promoción proporcionado. | |
| Departamento de Promoción Personal del MAO | 4 | Pregunta al solicitante si requiere información adicional o si tiene otra duda. ¿Requiere información adicional o tiene alguna duda? -Sí: regrese a la actividad 2. - No: El solicitante no tiene dudas y queda satisfecho con la información recibida | |
| | | FIN | |


| | | |
|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 8 de 9 |

Material promocional para la afiliación y reafiliación.

Recuerda que tu **Póliza de Afiliación** tiene cobertura nacional, por lo que podrás hacer uso de los servicios en cualquier parte del país.




Tu **Póliza de Afiliación** te acredita como beneficiario del Seguro Popular. En ella se indica su vigencia, así como la fecha en la que deberás realizar tu reafiliación para continuar gozando de los servicios.



VALIDEZ DE LA PÓLIZA

MES Y AÑO DE REAFILIACIÓN



Ubica el **Módulo de Afiliación y Orientación** más cercano a tu domicilio, solo llama al

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA
01 800 POPULAR
7 6 7 8 5 2 7

o consulta la página
www.seguro-popular.gob.mx

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


Todas y todos protegidos por el Seguro Popular

| RANGO DE EDAD | TABLA DE PRESIÓN ARTERIAL POR EDAD | | |
|---------------|------------------------------------|----------|----------|
| | MÍNIMO | NORMAL | MÁXIMO |
| 1 a 12 meses | 70 / 50 | 60 / 60 | 100 / 75 |
| 1 a 5 años | 80 / 55 | 95 / 65 | 110 / 79 |
| 6 a 13 años | 90 / 60 | 105 / 70 | 115 / 80 |
| 14 a 19 años | 105 / 73 | 117 / 77 | 120 / 81 |
| 20 a 24 años | 108 / 75 | 120 / 79 | 132 / 83 |
| 25 a 29 años | 109 / 76 | 121 / 80 | 133 / 84 |
| 30 a 34 años | 110 / 77 | 122 / 81 | 134 / 85 |
| 35 a 39 años | 111 / 78 | 123 / 82 | 135 / 86 |
| 40 a 44 años | 112 / 79 | 125 / 83 | 137 / 87 |
| 45 a 49 años | 115 / 80 | 127 / 84 | 139 / 88 |
| 50 a 54 años | 116 / 81 | 129 / 85 | 142 / 89 |
| 55 a 59 años | 118 / 82 | 131 / 86 | 144 / 90 |
| 60 a 64 años | 121 / 83 | 134 / 87 | 147 / 91 |


La presión arterial alta no tratada puede causar serios problemas de salud como daño al corazón y otros órganos.

Es importante guardar un control regular de la presión sanguínea para prevenir enfermedades.


Es importante mencionar que la tensión arterial puede elevarse con la edad.



Según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.





Afíliate o Reafíliate al Seguro Popular



- Afiliación y reafiliación
- Requisitos y documentos
- Beneficios
- Gestor del Seguro Popular

SEGURO POPULAR... ¡SEGURO te ayuda!




| | | |
|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/5 ORIENTACIÓN PARA AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 9 de 9 |

Material promocional para la afiliación y reafiliación.

9. CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 1 de 28 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE


Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3. RESPONSABILIDADES


Departamento de Operación, a través de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) son los responsables del procedimiento.

4. MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de octubre de 2012.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2008.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2016.
- Manual de Afiliación y Operación
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2010.

| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 2 de 28 |

- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y de la Ciudad de México.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero bis de la Ley General de Salud.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el Régimen no Contributivo.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2018.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo
- Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo.

| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 3 de 28 |

5. TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

Base de datos: información de los beneficiarios del Sistema, integrada a través del Sistema de Administración del Padrón y preservada en medios magnéticos. Contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar: instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría de Salud que es aplicado por los Regímenes Estatales para la determinación del nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema y que sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.


Colectividad: grupo de personas físicas residentes en territorio nacional, agremiadas de alguna organización legalmente constituida o, en su caso, que cuenten con características especiales de grupo determinado y, que en lo individual, reúnan los requisitos señalados en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud.

Convenio de colaboración: es el instrumento consensual de afiliación que se celebrará entre el Régimen Estatal de Protección Social en Salud y la institución correspondiente o, en su caso, entre la Comisión y una institución pública o privada, en donde se asentarán las condiciones mediante las cuales las personas sujetas a tutela, guarda y/o custodia o una colectividad accederán a los beneficios que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud.

Decil de ingreso: a la clasificación de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud considerando sus características socioeconómicas e indicadores de bienestar proveniente de la Cecasoe que aplican los Regímenes Estatales.

Institución: las personas morales que se encargan que proveer acciones tendientes a prevenir, modificar y mejorar las circunstancias de carácter familiar, social, cultural y cualesquiera que ayuden a impulsar el desarrollo integral del ser humano y la familia; la protección física, psíquica, jurídica y social de personas en estado de necesidad, desprotección o abandono. Para efectos del Sistema de Protección Social en Salud, son quienes solicitarán la incorporación de las personas que tienen bajo su resguardo.

Material de promoción: son los elementos que permiten transmitir información con la finalidad de persuadir a la población objetivo, susceptibles de incorporación, al Sistema de Protección Social en Salud, tales como: folletos, dípticos, trípticos, volantes, entre otros.

| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 4 de 28 |

Módulo de Afiliación y Orientación: espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud responsables de afiliar y reafiliar a las personas y familias, así como de proporcionar información sobre trámites y servicios del Sistema de Protección Social en Salud.

Núcleo familiar: unidad de protección, cuya integración se rige de conformidad con lo que establece el artículo 77 bis 4 de la Ley General de Salud.

Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud: relación nominal de las personas afiliadas al Sistema, que contiene los elementos establecidos en el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Póliza de afiliación: documento emitido por el Sistema de Administración del Padrón que tiene por propósito identificar al núcleo familiar con derechos vigentes en el Sistema de Protección Social en Salud, al momento de solicitar los servicios de salud que éste provee mediante su financiamiento.

Procedimiento: forma específica para llevar a cabo un proceso.

Proceso: conjunto de actividades relacionadas que al interactuar transforman elementos de entrada en resultados.

Regímenes Estatales de Protección Social en Salud: estructuras administrativas que dependen o son coordinadas por la encargada de conducir la política en materia de salud en las entidades federativas, que proveen las acciones en materia de protección social en salud.


Sistema de Administración del Padrón: conjunto de procesos, procedimientos, herramientas tecnológicas y componentes para la administración e integración nominal de la información socioeconómica y toda aquella relacionada con el Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, conforme a lo que dispone el artículo 50, del Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Solicitante: persona que acude ante el personal operativo de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud solicitando información, así como su incorporación, ya sea afiliación o reafiliación al Sistema de Protección Social en Salud, o en su caso, la realización de alguna incidencia.

Titular: representante del núcleo familiar en los términos previstos en el artículo 77 bis 4 de la Ley General de Salud y, en su caso, conforme a lo dispuesto por el Código Civil Federal.

Cecasoeh: Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

Comisión: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 5 de 28 |

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento.

CUN: Certificado de Nacimiento.

CURP: Clave Única de Registro de Población.

DGAO: Dirección General de Afiliación y Operación.

DOF: Diario Oficial de la Federación.

ES: Embarazo Saludable.

Ley: Ley General de Salud.

Lineamientos: Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.

Manual: Manual de Afiliación y Operación.

MAO: Módulo de Afiliación y Orientación.

Reglamento: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.


RENAPO: Registro Nacional de Población.

REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

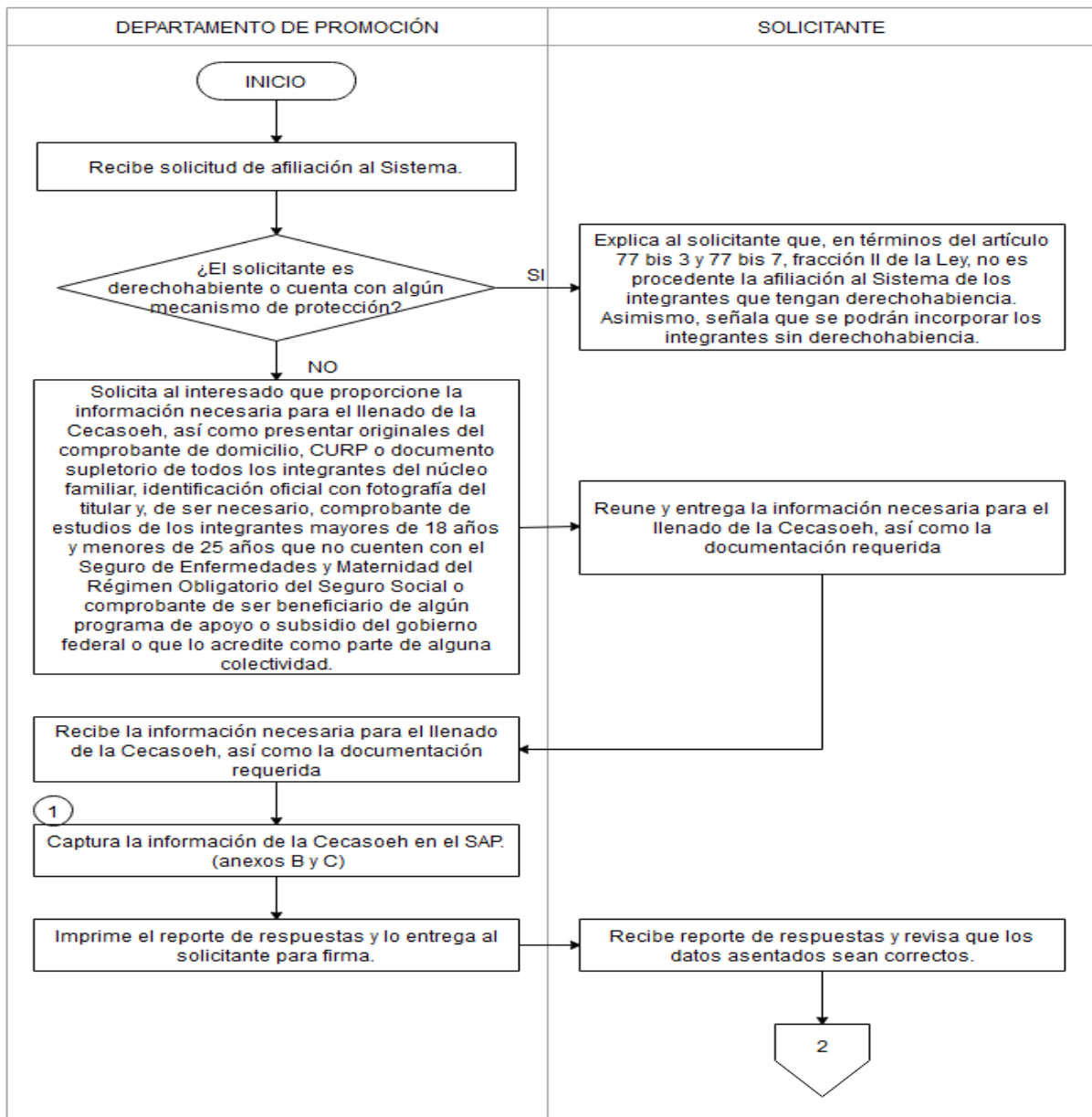
SAP: Sistema de Administración del Padrón.


SMSXXI: Programa Seguro Médico Siglo XXI.

Sistema: Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

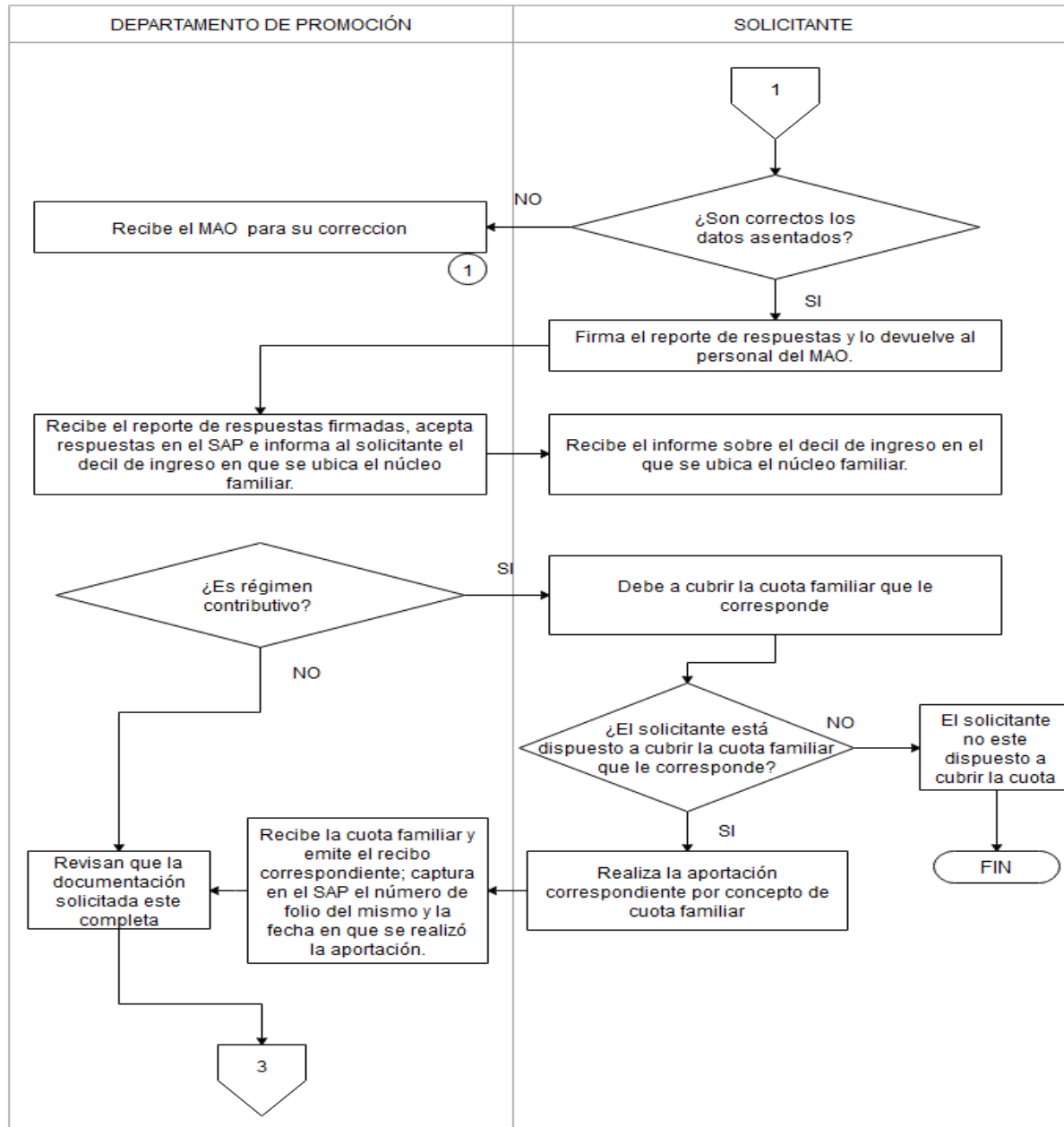
| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 6 de 28 |


6.- DIAGRAMA DE FLUJO



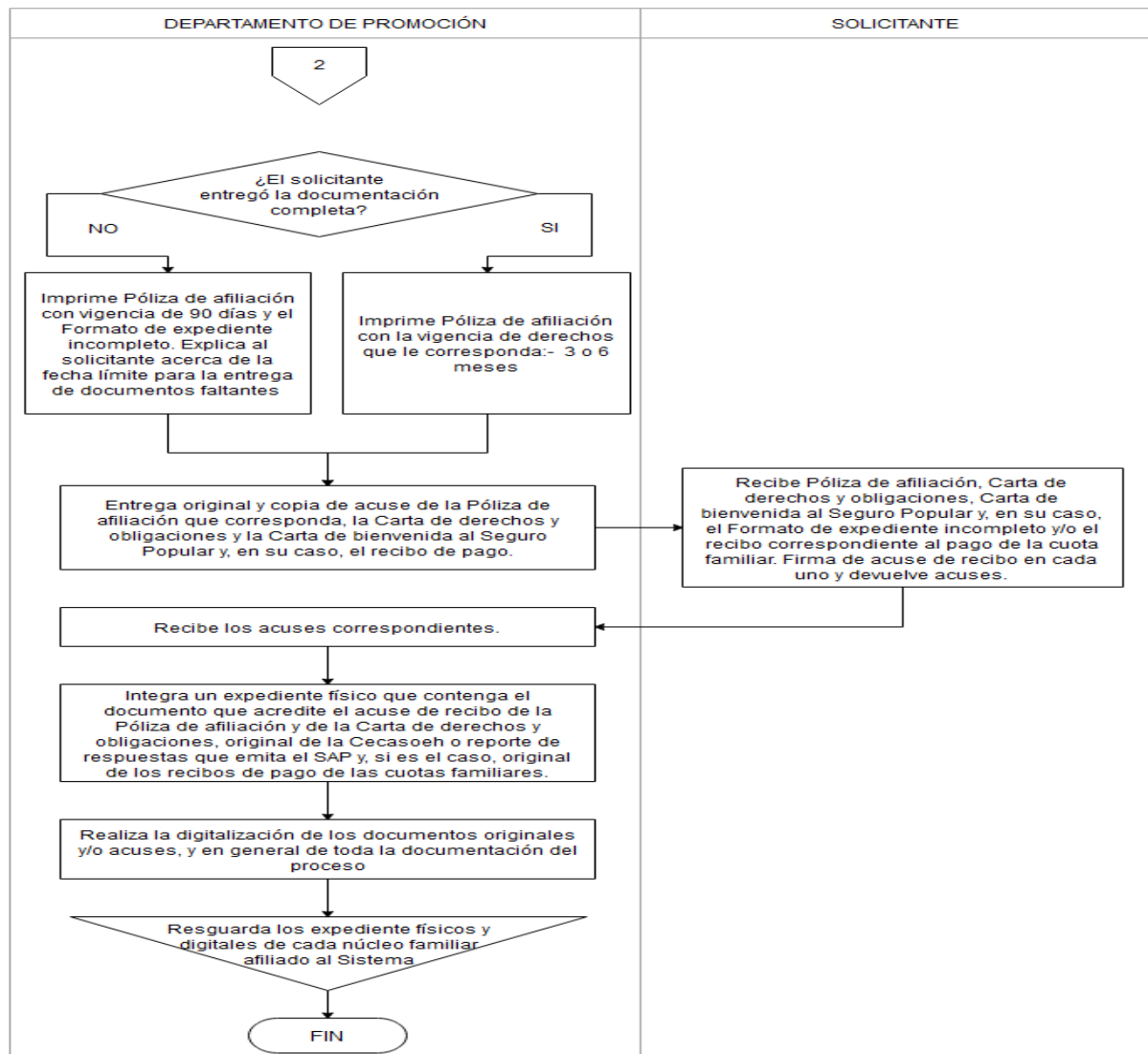
| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 7 de 28 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 8 de 28 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Departamento de Operación
Dr. Miguel Ángel Sosa Zumárraga

Subdirector de Afiliación y Operación
C. Atilano Jiménez Novelo

| | | |
|---|--|---------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 9 de 28 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|--|-----------------------|
| | 1 | Se recibe solicitud de afiliación al Sistema. | |
| Departamento de Operación Personal del MAO | 2 | ¿El solicitante es derechohabiente o cuenta con algún mecanismo de protección? Pregunta al solicitante si es derechohabiente de alguna institución de seguridad social o cuenta con algún mecanismo de protección social en salud y verifica en el SAP si tiene derechos vigentes en alguna institución de seguridad social en salud. Manifiesta, bajo protesta de decir verdad, que es o no derechohabiente de alguna institución de seguridad social o cuenta con algún mecanismo de protección social en salud. | |
| Solicitante | 3 | - Sí: Explica al solicitante que, en términos del artículo 77 bis 3 y 77 bis 7, fracción II de la Ley, no es procedente la afiliación al Sistema de los integrantes que tengan derechohabiencia. Asimismo, señala que se podrán incorporar los integrantes sin derechohabiencia. TERMINA | |
| Personal del MAO | 4 | - No: solicita al interesado que proporcione la información necesaria para el llenado de la Cecasoe, así como presentar originales del comprobante de domicilio, CURP o documento supletorio de todos los integrantes del núcleo familiar, identificación oficial con fotografía del titular y, de ser necesario, comprobante de estudios de los integrantes mayores de 18 años y menores de 25 años que no cuenten con el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social o comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del gobierno federal o que lo acredite como parte de alguna colectividad. | |

| | | |
|--|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 10 de 28 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|------------------|-----|--|----------------------------|
| Solicitante | 5 | Proporciona la información requerida para el llenado de la Cecasoeh y presenta los documentos solicitados. | Documentos comprobatorios. |
| Personal del MAO | 6 | Captura la información de la Cecasoeh en el SAP. | |
| Personal del MAO | 7 | Imprime el reporte de respuestas y lo entrega al solicitante para firma. | |
| Solicitante | 8 | Recibe reporte de respuestas y revisa que los datos asentados sean correctos. | |
| Personal del MAO | 9 | ¿Son correctos que los datos asentados? - Sí: pase a la actividad 10. - No: corrige los datos y pasa a la actividad 6. | |
| Solicitante | 10 | Firma el reporte de respuestas y lo devuelve al personal del MAO. | |
| Personal del MAO | 11 | Recibe el reporte de respuestas firmadas, acepta respuestas en el SAP e informa al solicitante el decil en que se ubica el núcleo familiar. | |
| Personal del MAO | 12 | ¿Es régimen contributivo? (núcleos familiares ubicados en los deciles V al X, así como familias SMSXXI y ES ubicadas entre los deciles VIII al X). - Sí: ¿el solicitante está dispuesto a cubrir la cuota familiar que le corresponde? - Sí: pase a la actividad 13. - No: TERMINA. - No: actividad 15 | |
| Solicitante | 13 | Realiza la aportación correspondiente por concepto de cuota familiar, misma que podrá cubrir en los lugares que para tal efecto habiliten los Regímenes Estatales. | |
| Personal del MAO | 14 | Recibe la cuota familiar y emite el recibo correspondiente; captura en el SAP el número de folio del mismo y la fecha en que se realizó la aportación. | |

| | | |
|--|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 11 de 28 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|------------------|-----|--|--------------------------------|
| | 15 | ¿El solicitante entregó la documentación completa? - Sí: pase a la actividad 17. - No: pase a la actividad 16. | |
| Personal del MAO | 16 | Imprime Póliza de afiliación con vigencia de 90 días y el Formato de expediente incompleto. Explica al solicitante acerca de la fecha límite para la entrega de documentos faltantes y las consecuencias que traería no presentar los mismos. | Poliza |
| Personal del MAO | 17 | Imprime Póliza de afiliación con la vigencia de derechos que le corresponda:- 3 o 6 meses: familias ubicadas en el régimen contributivo, según la forma de pago que se haya elegido.- Anual: familias ubicadas en el régimen contributivo; familias SMSXXI que hayan entregado CUN o CEN; personas que hayan presentado constancia de no registro o inexistencia.- Triannual: familias con expedientes completos ubicadas en el régimen no contributivo o personas que hayan presentado auto admisorio a juicio. | Póliza |
| Personal del MAO | 18 | Entrega junto con la Póliza de afiliación que corresponda, la Carta de derechos y obligaciones y la Carta de bienvenida al Seguro Popular y, en su caso, el recibo de pago. | Póliza la Carta de derechos |
| Solicitante | 19 | Recibe Póliza de afiliación, Carta de derechos y obligaciones, Carta de bienvenida al Seguro Popular y, en su caso, el Formato de expediente incompleto y/o el recibo correspondiente al pago de la cuota familiar. Firma de acuse de recibo en cada uno y devuelve acuses. | Póliza la Carta de derechos |
| Personal del MAO | 20 | Recibe los acuses correspondientes. | |

| | | |
|--|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 12 de 28 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|------------------|-----|--|-----------------------|
| Personal del MAO | 21 | Integra un expediente físico que contenga el documento que acredite el acuse de recibo de la Póliza de afiliación y de la Carta de derechos y obligaciones, original de la Cecasoeh o reporte de respuestas que emita el SAP y, si es el caso, original de los recibos de pago de las cuotas familiares. | |
| Personal del MAO | 22 | Realiza la digitalización de los documentos originales y/o acuses, y en general de toda la documentación del proceso | |
| Personal del MAO | 23 | Resguarda los expediente físicos y digitales de cada núcleo familiar afiliado al Sistema | |
| | | FIN | |

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 15 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

| Referencias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Referencia Uno: | Tipo de Vialidad: <input type="checkbox"/> Vialidad <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="6">VIALIDAD</th></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ampliación</td> <td><input type="checkbox"/> Callejón</td> <td><input type="checkbox"/> Continuación</td> <td><input type="checkbox"/> Peatonal</td> <td><input type="checkbox"/> Vialidad</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Calzada</td> <td><input type="checkbox"/> Comedor</td> <td><input type="checkbox"/> Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> Privada</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avenida</td> <td><input type="checkbox"/> Carretera</td> <td><input type="checkbox"/> Diagonal</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Boulevard</td> <td><input type="checkbox"/> Circuito</td> <td><input type="checkbox"/> De Vial</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calle</td> <td><input type="checkbox"/> Circunvalación</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaje</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> </table> | | VIALIDAD | | | | | | <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| VIALIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Vialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMINO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Carretera: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Brecha <input type="checkbox"/> Tercerera <input type="checkbox"/> Vereda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramo: Origen _____ Destino _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Margen: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Cadenamiento: km _____ + _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Camino: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARRETERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Derecho de Tránsito: <input type="checkbox"/> Cuota <input type="checkbox"/> Libre Código: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramo: Origen _____ Destino _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadenamiento: km _____ + _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Carretera: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia Dos: | Tipo de Vialidad: <input type="checkbox"/> Vialidad <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="6">VIALIDAD</th></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ampliación</td> <td><input type="checkbox"/> Callejón</td> <td><input type="checkbox"/> Continuación</td> <td><input type="checkbox"/> Peatonal</td> <td><input type="checkbox"/> Vialidad</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Calzada</td> <td><input type="checkbox"/> Comedor</td> <td><input type="checkbox"/> Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> Privada</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avenida</td> <td><input type="checkbox"/> Carretera</td> <td><input type="checkbox"/> Diagonal</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Boulevard</td> <td><input type="checkbox"/> Circuito</td> <td><input type="checkbox"/> De Vial</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calle</td> <td><input type="checkbox"/> Circunvalación</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaje</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> </table> | | VIALIDAD | | | | | | <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| VIALIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Vialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMINO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Carretera: <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Brecha <input type="checkbox"/> Tercerera <input type="checkbox"/> Vereda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramo: Origen _____ Destino _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Margen: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Cadenamiento: km _____ + _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Camino: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARRETERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administración: <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Derecho de Tránsito: <input type="checkbox"/> Cuota <input type="checkbox"/> Libre Código: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tramo: Origen _____ Destino _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadenamiento: km _____ + _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Carretera: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia Tres: | Tipo de Vialidad: <input type="checkbox"/> Vialidad <input type="checkbox"/> Camino <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="6">VIALIDAD</th></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ampliación</td> <td><input type="checkbox"/> Callejón</td> <td><input type="checkbox"/> Continuación</td> <td><input type="checkbox"/> Peatonal</td> <td><input type="checkbox"/> Vialidad</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Calzada</td> <td><input type="checkbox"/> Comedor</td> <td><input type="checkbox"/> Periférico</td> <td><input type="checkbox"/> Privada</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Avenida</td> <td><input type="checkbox"/> Carretera</td> <td><input type="checkbox"/> Diagonal</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Boulevard</td> <td><input type="checkbox"/> Circuito</td> <td><input type="checkbox"/> De Vial</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calle</td> <td><input type="checkbox"/> Circunvalación</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaje</td> <td><input type="checkbox"/> Prolongación</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> </table> | | VIALIDAD | | | | | | <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| VIALIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Vialidad | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> De Vial | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Vialidad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CECASOEH VIGENTE

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 16 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

| | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--|
| CAMINO | | | |
| Tipo de camino: | <input type="checkbox"/> Camino | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Vialidad |
| Tramo: | Origen _____ | Destino _____ | |
| Margen: | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | Cadenamiento: km _____ + _____ |
| Nombre del Camino: _____ | | | |
| CARRETERA | | | |
| Administración: | <input type="checkbox"/> Estatal | <input type="checkbox"/> Federal | <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Particular |
| Derecho de Tránsito: | <input type="checkbox"/> Cuota | <input type="checkbox"/> Libre | Código: _____ |
| Tramo: | Origen _____ | Destino _____ | |
| Cadenamiento: | km _____ + _____ | | |
| Nombre de la Carretera: _____ | | | |
| Descripción del Domicilio: _____ | | | |
| Teléfono Particular: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ | | | |
| Teléfono Celular: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ | | | |
| Correo Electrónico: _____ | | | |
| Unidad Médica de Primer Nivel de Atención en Salud: _____ | | | |
| Entrevistador: Marca con una "X" el documento oficial que acredita la identidad del Titular de la Familia y el domicilio de la familia. En caso de no presentar alguno de los documentos indica que tiene 90 días para presentarlos. | | | |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA | | | |
| <input type="checkbox"/> | Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> | Cédula Profesional |
| <input type="checkbox"/> | Carta de Naturalización | <input type="checkbox"/> | Credencial para Votar (CFE o INE) |
| <input type="checkbox"/> | Cartilla de Identidad Postal | <input type="checkbox"/> | Identificación para Titular Menor de Edad |
| <input type="checkbox"/> | Cartilla del Servicio Militar | <input type="checkbox"/> | Licencia de Manejo |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Matrícula Consular |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Pasaporte |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Tarjeta de Residencia |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Tarjeta INAFAP |
| Número de identificación: | | _____ | |
| COMPROBANTE DE DOMICILIO | | | |
| <input type="checkbox"/> | Acta ante J. Tercero | <input type="checkbox"/> | Credencial para Votar (CFE o INE) |
| <input type="checkbox"/> | Acta de Asamblea Distal | <input type="checkbox"/> | Escritura Pública |
| <input type="checkbox"/> | Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> | Licencia de Manejo |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Prudal |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Recibo de Agua |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Recibo de Luz |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Ninguno |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Recibo de Teléfono |


II. Información Socioeconómica

Módulo II.1: Características de los Integrantes del Hogar

Entrevistador: Explica al informante que le harás algunas preguntas sobre los integrantes de su hogar, que la información que te proporcione será considerada como confidencial.

| | |
|---|-------|
| 1 | |
| NO. DE INTEGRANTES | |
| ¿Me podría decir el número de personas que conforman el núcleo familiar? Insiste en que no debe olvidar contar a los recién nacidos, adultos mayores o personas con alguna discapacidad. | _____ |
| Explica que podrá agregar a aquellos miembros del hogar que con motivos del trabajo temporal que desempeñan pasan temporadas en otros países, no obstante son reconocidos por la familia como parte de su hogar, ya que su residencia permanente es la que se ubica en territorio Mexicano. | |


CECASOEH VIGENTE

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1A |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 17 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

| 2 | | | | |
|---------------------------|--|------------|-----------------|------------------|
| NOMBRE DE LOS INTEGRANTES | | | | |
| No. de Integrantes | ¿Me podría decir el nombre de cada una de las personas que integran este hogar, empezando por el Titular de la Familia? Enlistar de preferencia del mayor al menor de acuerdo a su edad. | | | |
| | En caso de que se registre a un Recién Nacido, preguntar el apellido del padre y de la madre, a menos que se considere registrarlo sólo con los apellidos de la madre. Insistir en que se debe registrar el "NOMBRE" del Recién Nacido, mismo que se podrá modificar (en caso de que así lo deseen) en el momento en que entregue el Acta de Nacimiento. | | | |
| | Entrevistador: Una vez registrados todos los integrantes, recuerde al interesado que el listado sirve para asegurar que no se excluya a nadie como beneficiario, aunque quizás no todos cumplan con los criterios de elegibilidad. | | | |
| | | NOMBRE (S) | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 6 | | | |
| | 7 | | | |
| | 8 | | | |
| | 9 | | | |
| | 10 | | | |
| | 11 | | | |
| | 12 | | | |
| | 13 | | | |
| | 14 | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |

CECASOEH VIGENTE


| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 18 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.1: CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| No. de Integrantes | 3 BENEFICIARIO DE PROGRAMA O MIEMBRO DE COLECTIVIDAD | | | 4 FECHA DE NACIMIENTO | | |
|--------------------|--|----------------|----------------------|---|------|------|
| | Pregunta si la familia o alguno de los integrantes es beneficiario de algún Programa o miembro de alguna Colectividad: | | | ¿En qué día, mes y año nació "NOMBRE"? | | |
| | Adultos Mayores de 65 y más 01 Alta y Muy Alta Marginalización 02 Artesanos FONART 03 COMAR 04 Educando INEA 05 Desplazados 06 Familias de Repatriados 07 Figuras Solitarias INEA 08 Instituciones de Asistencia Pública o Privada 09 LICONGA 10 Periodistas ANPERT 11 Programa Alimentario 12 PROCIPIRA 13 Psiquiátricos 14 Víctimas 15 Ninguno 00 | | | Para día y mes utilice dos dígitos: Ejemplo: día 09 Mes: Enero 01 Julio 07 Febrero 02 Agosto 08 Marzo 03 Septiembre 09 Abril 04 Octubre 10 Mayo 05 Noviembre 11 Junio 06 Diciembre 12 | | |
| | Si es beneficiario de alguna "Institución de Asistencia Pública o Privada", solicite el RFC y nombre de la Institución. RFC: _____ Nombre de la Institución: _____ | | | Para el año utilice 4 dígitos Ejemplo: 2010, 1910 | | |
| | Si es interno de algún "Psiquiátrico", pida e indique el nombre del hospital psiquiátrico y/o la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Hospital Psiquiátrico/CLUES: _____ | | | | | |
| | BENEFICIARIO O MIEMBRO | FOLIO FAMILIAR | FOLIO DEL INTEGRANTE | Día | Mes | Año |
| 1 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 2 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 3 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 4 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 5 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 6 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 7 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 8 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 9 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 10 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 11 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 12 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 13 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 14 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 15 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 16 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 17 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |
| 18 | _____ | _____ | _____ | ____ | ____ | ____ |

CECASOEH VIGENTE


| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 19 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.1: CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| No. de integrantes | 5 | 6 | 7 |
|--------------------|---|---|--|
| | Edad | Sexo | LUGAR DE NACIMIENTO |
| | ¿Cuántos años cumplidos tiene "NOMBRE"? Menos de un año = 000 Si la edad está entre 0 y 9 años escribe primero dos ceros, por ejemplo si tiene 8 años escribirás 008. Entrevistador: Si el informante no recuerda la edad exacta, solicitar edad aproximada. | ¿"NOMBRE" es mujer u hombre? Mujer = M Hombre = H | ¿En qué Entidad Federativa nació "NOMBRE"? Aguascalientes 01 Baja California 02 Baja California Sur 03 Campeche 04 Coahuila 05 Colima 06 Chiapas 07 Chihuahua 08 Distrito Federal 09 Durango 10 Guanajuato 11 Guerrero 12 Hidalgo 13 Jalisco 14 México 15 Michoacán 16 Morelos 17 Nayarit 18 Nuevo León 19 Oaxaca 20 Puebla 21 Querétaro 22 Quintana Roo 23 San Luis Potosí 24 Sinaloa 25 Sonora 26 Tabasco 27 Tamaulipas 28 Tlaxcala 29 Veracruz 30 Yucatán 31 Zacatecas 32 Nacionalidad extranjera 33 |
| | Edad | Sexo | ENTIDAD FEDERATIVA |
| 1 | _____ | (M H) | _____ |
| 2 | _____ | (M H) | _____ |
| 3 | _____ | (M H) | _____ |
| 4 | _____ | (M H) | _____ |
| 5 | _____ | (M H) | _____ |
| 6 | _____ | (M H) | _____ |
| 7 | _____ | (M H) | _____ |
| 8 | _____ | (M H) | _____ |
| 9 | _____ | (M H) | _____ |
| 10 | _____ | (M H) | _____ |
| 11 | _____ | (M H) | _____ |
| 12 | _____ | (M H) | _____ |
| 13 | _____ | (M H) | _____ |
| 14 | _____ | (M H) | _____ |
| 15 | _____ | (M H) | _____ |
| 16 | _____ | (M H) | _____ |
| 17 | _____ | (M H) | _____ |
| 18 | _____ | (M H) | _____ |

CECASOEH VIGENTE


| | | |
|---|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 20 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.1: CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| No. de Integrantes | 11 | | 12 | | | 13 | | |
|--------------------|---|----------|--|-------|---------|---|-----------------|------|
| | DESCAPACIDAD | | NIVEL DE ESCOLARIDAD (3 AÑOS O MÁS) | | | POBLACIÓN Y LENGUA INDÍGENA | | |
| | Pregunte si algún integrante de la familia padece alguna discapacidad física, mental o ambas que le impida valerse por sí mismo (a). Sí 01 No 00 Evite abundar en detalles que pueden ser incómodos. Físico 01 Mental 02 Ambas 03 Ninguna 00 | | Anote el nivel de escolaridad de los integrantes de 3 años o más. ¿Cuál fue el último nivel y grado que aprobó en la escuela "NOMBRE"? Ejemplo: Cursando 3ro Secundaria, anota 2. Cursando 3er semestre de bachillerato, anota 1 (cálculo en años). Anote el último nivel de estudio: Ninguno (No fue a la escuela) 00 Sabe leer y escribir 01 Preescolar o Kinder 02 Primaria 03 Secundaria 04 Normal Básica 05 Bachillerato o Preparatoria 06 Carrera Técnica/Comercial 07 Profesional 08 Posgrado 09 Si no recuerda el grado registre "00" y anote el nivel que corresponde. Si es Analfabeta, anota "00" en grado y "00" en nivel. Anote si estudia actualmente: No 00 Sí 01 | | | ¿"NOMBRE" Se considera Indígena? Sí 01 No 00 ¿Habla alguna lengua Indígena? Sí 01 No 00 Preguntar para los que contestaron Sí, ¿Cuál? (ver catálogo en el SAP). | | |
| | DESCAPACIDAD | QUE TIPO | GRADO | NIVEL | ESTUDIA | INDÍGENA | LENGUA INDÍGENA | CUÁL |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |

CECASOEH VIGENTE


| | | |
|---|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 21 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.1: CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| No. de Integrantes | 14 CONDICIÓN LABORAL (12 años o más) | | 15 CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO | | 16 SEGURIDAD SOCIAL | | 17 EMBARAZO (10 años o más) | |
|--------------------|--|-------------------|---------------------------------|------------------|------------------------|------------|-----------------------------------|--|
| | TRABAJA | CONDICIÓN LABORAL | CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO | SEGURIDAD SOCIAL | INSTITUCIÓN | EMBARAZADA | Mes(es) | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |

CECASOEH VIGENTE


| | | |
|--|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 22 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.1: CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

| DOCUMENTACIÓN DE LOS INTEGRANTES | | | | | | | | | |
|---|------|--------------------|---------------|--|-----------|-------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Marcar con una "X" los documentos que presenta el solicitante por integrante. | | | | | | | | | |
| No. de Integrantes | CURP | ACTA DE NACIMIENTO | AUTO ADMISIÓN | CONSTANCIA DE EXISTENCIA DE REGISTRO DE NACIMIENTO | CURP/ CEN | FOLIO DEL CUN/CEN | CONSTANCIA DE ESTUDIOS | BENEFICIARIO O COLECTIVIDAD | CONSTANCIA DE NO DERECHO A RESERVA |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |

CECASOEH VIGENTE

| | | |
|---|--|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 23 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO B

MÓDULO II.2: CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Entrevistador: Indica al infórmate que ahora le harás algunas preguntas acerca de las características de su vivienda.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|-----------|-----------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| 18 | ¿La vivienda en la que habita es... | <input type="checkbox"/> 01 Casa independiente? <input type="checkbox"/> 02 Departamento en edificio? <input type="checkbox"/> 03 Departamento o Cuarto en vecindad? <input type="checkbox"/> 04 Local mercantil o Cuarto en la azotea? <input type="checkbox"/> 05 Ejidal o Comunal? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | ¿Esta vivienda es... | <input type="checkbox"/> 01 Propia y totalmente pagada? <input type="checkbox"/> 02 Propia y la están pagando? <input type="checkbox"/> 03 Propia y está hipotecada? <input type="checkbox"/> 04 Rentada o alquilada? <input type="checkbox"/> 05 Prestada o la está cuidando? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda? | <input type="checkbox"/> 01 Tierra <input type="checkbox"/> 02 Cemento <input type="checkbox"/> 03 Mosaico u otro recubrimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Sin contar el baño y la cocina, ¿Cuántos cuartos en total tiene esta vivienda? | <input style="width: 50px;" type="text"/> Anotar el número que señale el entrevistado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | ¿La vivienda dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes del hogar? | <input type="checkbox"/> 01 Sí <input type="checkbox"/> 00 No | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | ¿En su vivienda se cuenta con los siguientes bienes? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td><input type="checkbox"/> 00</td> <td>DVD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td><input type="checkbox"/> 00</td> <td>Estufa de gas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td><input type="checkbox"/> 00</td> <td>Refrigerador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td><input type="checkbox"/> 00</td> <td>Lavadora de ropa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01</td> <td><input type="checkbox"/> 00</td> <td>Automóvil propio</td> </tr> </table> | Sí | No | | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | DVD | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Estufa de gas | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Refrigerador | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Lavadora de ropa | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Automóvil propio |
| Sí | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | DVD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Estufa de gas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Refrigerador | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Lavadora de ropa | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 00 | Automóvil propio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EVALUACIÓN DE INGRESO

Entrevistador: Requisita una vez concluida la evaluación en el Sistema de Administración del Padrón (SAP).

Decil de ingresos: | | Cuota anual: | \$ |

Nombre y Firma (o huella) del solicitante

Sabedor de las penas a que se hacen acreedores quienes declaren falsamente ante autoridades distintas a la judicial; manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en este estudio son ciertos y verdaderos.

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


Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados e incluidos en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I y la Ley General de Salud, artículos 49, 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo VII, numerados Cuadrilátero Noveno y Decágono. Queda de los Lineamientos para la Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón censal que contenga la relación de personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su inscripción, la cual está regulada en el Estado de Campeche de Datos Personales del Padrón Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, antes Instituto Público de Acceso a Información Pública (Instituto), mismo que de igual forma podrá ser transferidos a otras dependencias e instituciones de salud, con la finalidad de realizar el cobro de primas a que se refiere el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción IX de la Ley General de Salud, además de otras transferencias previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y control en materia del artículo 66, fracción I de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública se en el Módulo de Afiliación y Operación ubicado en la Pólicia de Afiliación del beneficiario, así como en el domicilio de la Unidad de Trabajo que se sitúa en Carretera T. Campeche, No. 39, planta baja, Colonia Guadalupe Sur, C.P. 24020 Delgado G. Soto Oregón, Ciudad de México. Lo anterior se informa en cumplimiento al deber público de la Secretaría de Protección de Datos Personales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2016.

CECASOEH VIGENTE

VI/18

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

67

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 25 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO C

CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE

I. Identificación del Solicitante

Nombre del Titular: **2** Folio: **3** Fecha de Llenado: **1** Afiliación: **4** Reafiliación: **1**

Entidad Federativa: **5** Municipio: **6** Localidad/Barrio: **7**

Tipo de Asentamiento Humano: 8

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aeropuerto | <input type="checkbox"/> Ciudad Industrial | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Fraccionamiento | <input type="checkbox"/> Rancho | <input type="checkbox"/> Puerto | <input type="checkbox"/> Rinconada | <input type="checkbox"/> Unidad Habitacional | <input type="checkbox"/> Zona Naval |
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Colonia | <input type="checkbox"/> Caserío | <input type="checkbox"/> Granja | <input type="checkbox"/> Parque Industrial | <input type="checkbox"/> Rancharía | <input type="checkbox"/> Sección | <input type="checkbox"/> Villa | <input type="checkbox"/> Zona Federal |
| <input type="checkbox"/> Barrio | <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> Ejido | <input type="checkbox"/> Hacienda | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Rancho | <input type="checkbox"/> Sector | <input type="checkbox"/> Zona Industrial | <input type="checkbox"/> Zona Militar |
| <input type="checkbox"/> Cantón | <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional | <input type="checkbox"/> Ex Hacienda | <input type="checkbox"/> Inocencio | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Ración | <input type="checkbox"/> Super Manzana | <input type="checkbox"/> Zona Industrial | <input type="checkbox"/> Zona Militar |
| <input type="checkbox"/> Ciudad | <input type="checkbox"/> Corredor Industrial | <input type="checkbox"/> Fracción | <input type="checkbox"/> Manzana | <input type="checkbox"/> Pueblo | <input type="checkbox"/> Residencial | <input type="checkbox"/> Unidad | <input type="checkbox"/> Zona Industrial | <input type="checkbox"/> Zona Militar |

Nombre del Asentamiento: _____

Tipo de Vialidad: 9 Vialidad Camino Carretera

Vialidad

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Vialidad |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Corredor | <input type="checkbox"/> Eje Vial | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Nombre de la Vialidad: _____

Camino

Tipo de Camino: Camino Ermita Temascal Vereda Tramo: Origen _____ Destino _____

Margen: Derecho Izquierdo Cadensamiento: km) _____ + _____

Nombre del Camino: _____

Carretera

Administración: Estatal Federal Municipal Particular Derecho de Tránsito: Cota Libre Código: _____

Tramo: Origen _____ Destino _____ Cadensamiento: km) _____ + _____

Nombre de la Carretera: _____

No. Exterior: **10** No. Interior: **11** C. P.: **12**

Referencia: **13**

Tipo de Vialidad: Vialidad Camino Carretera

Vialidad

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Pasaje | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Vialidad |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Carretera | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Corredor | <input type="checkbox"/> Eje Vial | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Nombre de la Vialidad: _____

Camino

Tipo de Camino: Camino Ermita Temascal Vereda Tramo: Origen _____ Destino _____

Margen: Derecho Izquierdo Cadensamiento: km) _____ + _____

Nombre del Camino: _____

Carretera

Administración: Estatal Federal Municipal Particular Derecho de Tránsito: Cota Libre Código: _____

Tramo: Origen _____ Destino _____ Cadensamiento: km) _____ + _____

Nombre de la Carretera: _____

Descripción del Domicilio: **14**

Teléfono Particular: **15** Celular: **16**


Correo Electrónico: **17** Unidad de Salud: **18**

Identificación Oficial con Fotografía: 19

| | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar | <input type="checkbox"/> Identificación para Tráiler Menor de Edad | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Carta de Naturalización | <input type="checkbox"/> Cédula Profesional | <input type="checkbox"/> Licencia de Manejo | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia | |
| <input type="checkbox"/> Carta de Identidad Postal | <input type="checkbox"/> Credencial para Votar (IFE o INE) | <input type="checkbox"/> Matrícula Consular | <input type="checkbox"/> Tarjeta INAPAM | |

Comprobante de Domicilio: 20

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acta ante 2 Testigos | <input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> Escritura Pública | <input type="checkbox"/> Predial | <input type="checkbox"/> Recibo de Luz | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Acta de Asamblea Fidei | <input type="checkbox"/> Credencial para Votar (IFE o INE) | <input type="checkbox"/> Licencia de Manejo | <input type="checkbox"/> Recibo de Agua | <input type="checkbox"/> Recibo de Teléfono | |

| | | |
|--|--|----------------|
|  <p>SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 26 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO C

CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE

II. Información Socioeconómica

Módulo 1: Características de los Integrantes del Hogar

¿Me podría decir el número de personas que se registrarán? **21**

Folio del Programa ó Colectividad: **24**


| No. | Nombre de los Integrantes | Programa o Colectividad | Consecutivo | Fecha de Nacimiento dd/mm/aa | Edad | Sexo | Entidad Federativa de Nacimiento | CURP |
|-----|---------------------------|-------------------------|-------------|------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|-----------|
| 1 | | | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | 22 | 23 | | | | | 29 | 30 |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

| No. | Parentesco | Estado Civil | Discapacidad | Estudia | Nivel de Estudios | Años cursados | ¿Se considera indígena? | ¿Habla alguna lengua indígena? | ¿Trabaja? | ¿En que Trabaja? | Tiene | Institución |
|-----|------------|--------------|-------------------|-----------|-------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------|-------------|
| 1 | Titular | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | (SI) (No) | (SI) (No) | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 2 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | (SI) (No) | (SI) (No) | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | 40 | 41 | |
| 3 | 31 | 32 | (Física) (Mental) | (SI) (No) | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | | 42 |
| 4 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 5 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 6 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 7 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 8 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 9 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |
| 10 | | | (Física) (Mental) | (SI) (No) | | | | | (SI) (cuenta propia / empleado) (No) | | (SI) (No) | |

| No. | Embarazo | Documentación Entregada | Módulo 2: Características de la Vivienda | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------|---|--|--|---|---|---|---|--|---|---|--|--|---|--|-----------|
| 1 | 43 | 44 | <table border="1"> <tr> <td>¿La vivienda en la que habita es...?</td> <td>¿Esta vivienda es...?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casa Independiente</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento en Edificio</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y la está pagando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento o Cuarto en Vecindad</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y está pagada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Local Mercantil o Cuarto en las Azócas</td> <td><input type="checkbox"/> Rentada o Alquilada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estatal o Comunal</td> <td><input type="checkbox"/> Prestada o está Cuidando</td> </tr> </table> | ¿La vivienda en la que habita es...? | ¿Esta vivienda es...? | <input type="checkbox"/> Casa Independiente | <input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada | <input type="checkbox"/> Departamento en Edificio | <input type="checkbox"/> Propia y la está pagando | <input type="checkbox"/> Departamento o Cuarto en Vecindad | <input type="checkbox"/> Propia y está pagada | <input type="checkbox"/> Local Mercantil o Cuarto en las Azócas | <input type="checkbox"/> Rentada o Alquilada | <input type="checkbox"/> Estatal o Comunal | <input type="checkbox"/> Prestada o está Cuidando | | |
| ¿La vivienda en la que habita es...? | ¿Esta vivienda es...? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Casa Independiente | <input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Departamento en Edificio | <input type="checkbox"/> Propia y la está pagando | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Departamento o Cuarto en Vecindad | <input type="checkbox"/> Propia y está pagada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Local Mercantil o Cuarto en las Azócas | <input type="checkbox"/> Rentada o Alquilada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estatal o Comunal | <input type="checkbox"/> Prestada o está Cuidando | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | <table border="1"> <tr> <td>¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda...?</td> <td>¿Esta vivienda es...?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tierra</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cemento</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y la está pagando</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Módico o Otro Recubrimiento</td> <td><input type="checkbox"/> Propia y está pagada</td> </tr> </table> | ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda...? | ¿Esta vivienda es...? | <input type="checkbox"/> Tierra | <input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada | <input type="checkbox"/> Cemento | <input type="checkbox"/> Propia y la está pagando | <input type="checkbox"/> Módico o Otro Recubrimiento | <input type="checkbox"/> Propia y está pagada | | | | | | |
| ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda...? | ¿Esta vivienda es...? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tierra | <input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cemento | <input type="checkbox"/> Propia y la está pagando | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Módico o Otro Recubrimiento | <input type="checkbox"/> Propia y está pagada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | <table border="1"> <tr> <td>¿Cuántos cuartos tiene sin contar el baño y la cocina?</td> <td>¿Dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes...?</td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>48</td> </tr> </table> | ¿Cuántos cuartos tiene sin contar el baño y la cocina? | ¿Dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes...? | 47 | 48 | | | | | | | | | | |
| ¿Cuántos cuartos tiene sin contar el baño y la cocina? | ¿Dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes...? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 48 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | <table border="1"> <tr> <td>¿Cuenta con los siguientes bienes...?</td> <td>Resultado de la entrevista: 54</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DVD</td> <td>01 Entrevista completa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estufa de Gas</td> <td>02 Entrevista incompleta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Refrigerador</td> <td>03 Se negó a dar información</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lavadora de ropa</td> <td>04 Solicita visita a domicilio</td> </tr> <tr> <td></td> <td>05 Acudirá al Módulo de Afiliación después</td> </tr> <tr> <td></td> <td>06 Otros:</td> </tr> </table> | ¿Cuenta con los siguientes bienes...? | Resultado de la entrevista: 54 | <input type="checkbox"/> DVD | 01 Entrevista completa | <input type="checkbox"/> Estufa de Gas | 02 Entrevista incompleta | <input type="checkbox"/> Refrigerador | 03 Se negó a dar información | <input type="checkbox"/> Lavadora de ropa | 04 Solicita visita a domicilio | | 05 Acudirá al Módulo de Afiliación después | | 06 Otros: |
| ¿Cuenta con los siguientes bienes...? | Resultado de la entrevista: 54 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DVD | 01 Entrevista completa | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estufa de Gas | 02 Entrevista incompleta | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Refrigerador | 03 Se negó a dar información | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lavadora de ropa | 04 Solicita visita a domicilio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 05 Acudirá al Módulo de Afiliación después | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 06 Otros: | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I y el inciso B, fracción I de la Ley General de Salud, artículos 49, 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y el Capítulo VII, numerales Cuadragésimo Noveno y Cuadragésimo Cuatro de los Lineamientos para la Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, que a su vez se encuentran en el padrón nominal que otorga la relación las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluida la información socioeconómica derivada de su incorporación, la cual será registrada en el Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, antes Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifi.org.mx), mismo que de igual forma podrá ser transferido a otras dependencias e instituciones de salud, con la finalidad de recibir el apoyo de padrones a que se refiere el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I, de la Ley General de Salud, además de otras transferencias previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección en términos del artículo 58, fracción I de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública en el Módulo de Afiliación y Orientación ubicado en la Pólea de Afiliación de beneficiario, así como en el domicilio de la Unidad de Cobro que se ubica en Gustavo C. Campa, No. 54, planta baja, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 06020 Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México. Lo anterior se informa en cumplimiento al decroquisepismo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de Federación el 30 de septiembre de 2016.

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 27 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO C

CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE

I. Identificación del Solicitante Fecha de Llenado: |_____

Nombre del Titular: |_____ Folio: |_____|_____|_____|_____|_____|_____| Afiliación: |__| Reafiliación: |__|

Entidad Federativa: |_____ Municipio: |_____ Localidad/Barrio: |_____

Tipo de Asentamiento Humano:

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aeropuerto | <input type="checkbox"/> Ciudad Industrial | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Fraccionamiento | <input type="checkbox"/> Paraje | <input type="checkbox"/> Rancharía | <input type="checkbox"/> Rinconada | <input type="checkbox"/> Unidad Habitacional | <input type="checkbox"/> Zona Naval |
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Colonia | <input type="checkbox"/> Cuartel | <input type="checkbox"/> Granja | <input type="checkbox"/> Parque Industrial | <input type="checkbox"/> Sección | <input type="checkbox"/> Villa | <input type="checkbox"/> Zona Federal | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Barrio | <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> Ejido | <input type="checkbox"/> Hacienda | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Rancho | <input type="checkbox"/> Sector | <input type="checkbox"/> Zona Industrial | |
| <input type="checkbox"/> Campesino | <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional | <input type="checkbox"/> Ex hacienda | <input type="checkbox"/> Ingenio | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Región | <input type="checkbox"/> Súper Manzana | <input type="checkbox"/> Zona Militar | |
| <input type="checkbox"/> Ciudad | <input type="checkbox"/> Corredor Industrial | <input type="checkbox"/> Fracción | <input type="checkbox"/> Manzana | <input type="checkbox"/> Pueblo | <input type="checkbox"/> Residencial | <input type="checkbox"/> Unidad | | |

Nombre del Asentamiento: |_____

Tipo de Vialidad: |__| Vialidad |__| Camino |__| Carretera

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Paseje | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Viaducto |
| <input type="checkbox"/> Anclador | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Gerrada | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Corredor | <input type="checkbox"/> Eje Vial | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Nombre de la Vialidad: |_____

Camino

Tipo de Camino: |__| Camino |__| Brecha |__| Terracería |__| Vereda |__| Tramo: Origen |_____ Destino |_____

Margen: |__| Derecho |__| Cadenamiento: |_____ km | + |_____

Nombre del Camino: |_____

Carretera

Administración: |__| Estatal |__| Federal |__| Municipal |__| Particular |__| Derecho de Tránsito: |__| Cuota |__| Libre |__| Código: |_____

Tramo: Origen |_____ Destino |_____ Cadenamiento: |_____ km | + |_____

Nombre de la Carretera: |_____

No. Exterior |_____| No. Interior |_____| C. P. |_____|_____|_____|_____|

Referencia:

Tipo de Vialidad: |__| Vialidad |__| Camino |__| Carretera

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ampliación | <input type="checkbox"/> Avenida | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Calzada | <input type="checkbox"/> Circuito | <input type="checkbox"/> Continuación | <input type="checkbox"/> Diagonal | <input type="checkbox"/> Paseje | <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Prolongación | <input type="checkbox"/> Viaducto |
| <input type="checkbox"/> Anclador | <input type="checkbox"/> Boulevard | <input type="checkbox"/> Callejón | <input type="checkbox"/> Gerrada | <input type="checkbox"/> Circunvalación | <input type="checkbox"/> Corredor | <input type="checkbox"/> Eje Vial | <input type="checkbox"/> Peatonal | <input type="checkbox"/> Privada | <input type="checkbox"/> Retorno | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Nombre de la Vialidad: |_____

Camino

Tipo de Camino: |__| Camino |__| Brecha |__| Terracería |__| Vereda |__| Tramo: Origen |_____ Destino |_____

Margen: |__| Derecho |__| Cadenamiento: |_____ km | + |_____

Nombre del Camino: |_____

Carretera

Administración: |__| Estatal |__| Federal |__| Municipal |__| Particular |__| Derecho de Tránsito: |__| Cuota |__| Libre |__| Código: |_____

Tramo: Origen |_____ Destino |_____ Cadenamiento: |_____ km | + |_____

Nombre de la Carretera: |_____

Descripción del Domicilio: |_____

Teléfono Particular: |_____|_____|_____|_____|_____|_____| Celular: |_____|_____|_____|_____|_____|_____|


Correo Electrónico: |_____ Unidad de Salud: |_____

Identificación Oficial con Fotografía:

| | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar | <input type="checkbox"/> Identificación para Titular Menor de Edad | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Carta de Naturalización | <input type="checkbox"/> Cédula Profesional | <input type="checkbox"/> Licencia de Manejo | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia | |
| <input type="checkbox"/> Carta de Identidad Postal | <input type="checkbox"/> Credencial para Votar (IFE o INE) | <input type="checkbox"/> Matrícula Consular | <input type="checkbox"/> Tarjeta INAPAM | |

Comprobante de Domicilio:

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acta ante 2 Testigos | <input type="checkbox"/> Carta de Autoridad Local | <input type="checkbox"/> Escritura Pública | <input type="checkbox"/> Predial | <input type="checkbox"/> Recibo de Luz | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Acta de Asamblea Ejidal | <input type="checkbox"/> Credencial para Votar (IFE o INE) | <input type="checkbox"/> Licencia de Manejo | <input type="checkbox"/> Recibo de Agua | <input type="checkbox"/> Recibo de Teléfono | |

| | | |
|---|---|----------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN | Versión 1 |
| | MP 03/6 AFILIACIÓN DE NÚCLEOS FAMILIARES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. | Hoja: 28 de 28 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS
ANEXO C

CECASOEH SIMPLIFICADA VIGENTE

II. Información Socioeconómica

Módulo 1: Características de los Integrantes del Hogar

¿Me podría decir el número de personas que se registrarán? _____

Folio del Programa o Colectividad: _____

| No. | Nombre de los Integrantes | Programa o Colectividad | Consecutivo | Fecha de Nacimiento dd/mm/aa | Edad | Sexo | Entidad Federativa de Nacimiento | CURP |
|-----|---------------------------|-------------------------|-------------|------------------------------|------|---------|----------------------------------|------|
| 1 | | | | | | (H) (M) | | |
| 2 | | | | | | (H) (M) | | |
| 3 | | | | | | (H) (M) | | |
| 4 | | | | | | (H) (M) | | |
| 5 | | | | | | (H) (M) | | |
| 6 | | | | | | (H) (M) | | |
| 7 | | | | | | (H) (M) | | |
| 8 | | | | | | (H) (M) | | |
| 9 | | | | | | (H) (M) | | |
| 10 | | | | | | (H) (M) | | |

| No. | Parentesco | Estado Civil | Discapacidad | Estudia | Nivel de Estudios | Años cursados | ¿Se considera indígena? | ¿Habla lengua indígena? ¿Cuál? | ¿Trabaja? | ¿En que Trabaja? | Seguridad Social | |
|-----|------------|--------------|-------------------|----------|-------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | Tiene | Institución |
| 1 | Titular | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 2 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 3 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 4 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 5 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 6 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 7 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 8 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 9 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |
| 10 | | | (Física) (Mental) | (S) (No) | | | (S) (No) | (S) (No) | (S) (Cuenta propia / empleado) (No) | | (S) (No) | |

| No. | Embarazo | | Documentación Entregada | | | | | | | |
|-----|------------|-------|-------------------------|--------------------|---------------|---------------------------|---------|------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | Embarazada | Meses | CURP/Acta | Acta de Nacimiento | Acta Admisión | Constancia de Inscripción | CUN/CEN | Constancia de Estudios | Beneficiario o Colectividad | Constancia de no Derechohabiente |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

Módulo 2: Características de la Vivienda

| | |
|--|--|
| ¿La vivienda en la que habita es...? <input type="checkbox"/> Casa Independiente <input type="checkbox"/> Departamento en Edificio <input type="checkbox"/> Departamento o Cuarto en Vecindad <input type="checkbox"/> Local Mercantil o Cuarto en la Azotea <input type="checkbox"/> Fideicomiso o Comunal | ¿Esta vivienda es...? <input type="checkbox"/> Propia y Totalmente Pagada <input type="checkbox"/> Propia y la están Pagando <input type="checkbox"/> Propia y está Hipotecada <input type="checkbox"/> Rentada o Alquilada <input type="checkbox"/> Prestada o está Cuidando |
| ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda...? <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Mosaico u Otro Recubrimiento | ¿Cuántos cuartos tiene sin contar el baño y la cocina? _____ |
| ¿Dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes...? _____ | ¿Cuenta con los siguientes bienes...? <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Estufa de Gas <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Lavadora de ropa <input type="checkbox"/> Automóvil Propio |

Nombre y Firma (o huella) del solicitante

SABEDOR DE LAS PENAS A QUE SE HACEN ACREDORES QUIENES DECLARAN FALSAMENTE ANTE AUTORIDADES DISTINTAS A LA JUDICIAL MANIFESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE ESTUDIO SON CIERTOS Y VERDADEROS.

Entrevistador: _____

Resultado de la entrevista: _____


- 01 Entrevista completa
- 02 Entrevista incompleta
- 03 Se Negó a dar información
- 04 Solicita visita a domicilio
- 05 Acudirá al Módulo de Afiliación después
- 06 Otros:

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

Los datos personales recibidos serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I de la Ley General de Salud, artículos 49, 50 y 51 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo VI, numeral Cuadragésimo Séptimo y Sexagésimo Cuarto de los Lineamientos para la Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nacional que otorga la relación las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud, incluye la información socioeconómica derivada de su incorporación, la cual está registrada en el Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, antes Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ift.org.mx), mismo que de que forma podrán ser transmitidos a otras dependencias e instituciones de salud, con la finalidad de realizar el conteo de padrones a que se refiere el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción II de la Ley General de Salud, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección en términos del artículo 66, fracción I de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública en el Módulo de Afiliación y Orientación reflejado en la Política de Afiliación del beneficiario, así como en el domicilio de la Unidad de Enlace que se indica en Cuadro E, Cuadro, No. 54, planta baja, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020 Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México. La entidad se informa en cumplimiento al decroquisepros de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de Federación el 30 de septiembre de 2015.

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | |
| | MP 04/1 DAR A CONOCER LA CARTERA DE SERVICIOS "CAUSES" A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Dirección de Gestión de Servicios de Salud (DGSS) es el responsable del procedimiento.

Jefes de Departamento de la DGSS recibe información del CAUSES.

Dirección de atención Médica del INDESALUD recibe información del CAUSES..

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

CNPSS. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud.

REPSS. Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

OPD. Organismo Público Descentralizado.

CAUSES. Catálogo Universal de Servicios de Salud.


FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

SMSXXI: Seguro Médico Siglo XXI.

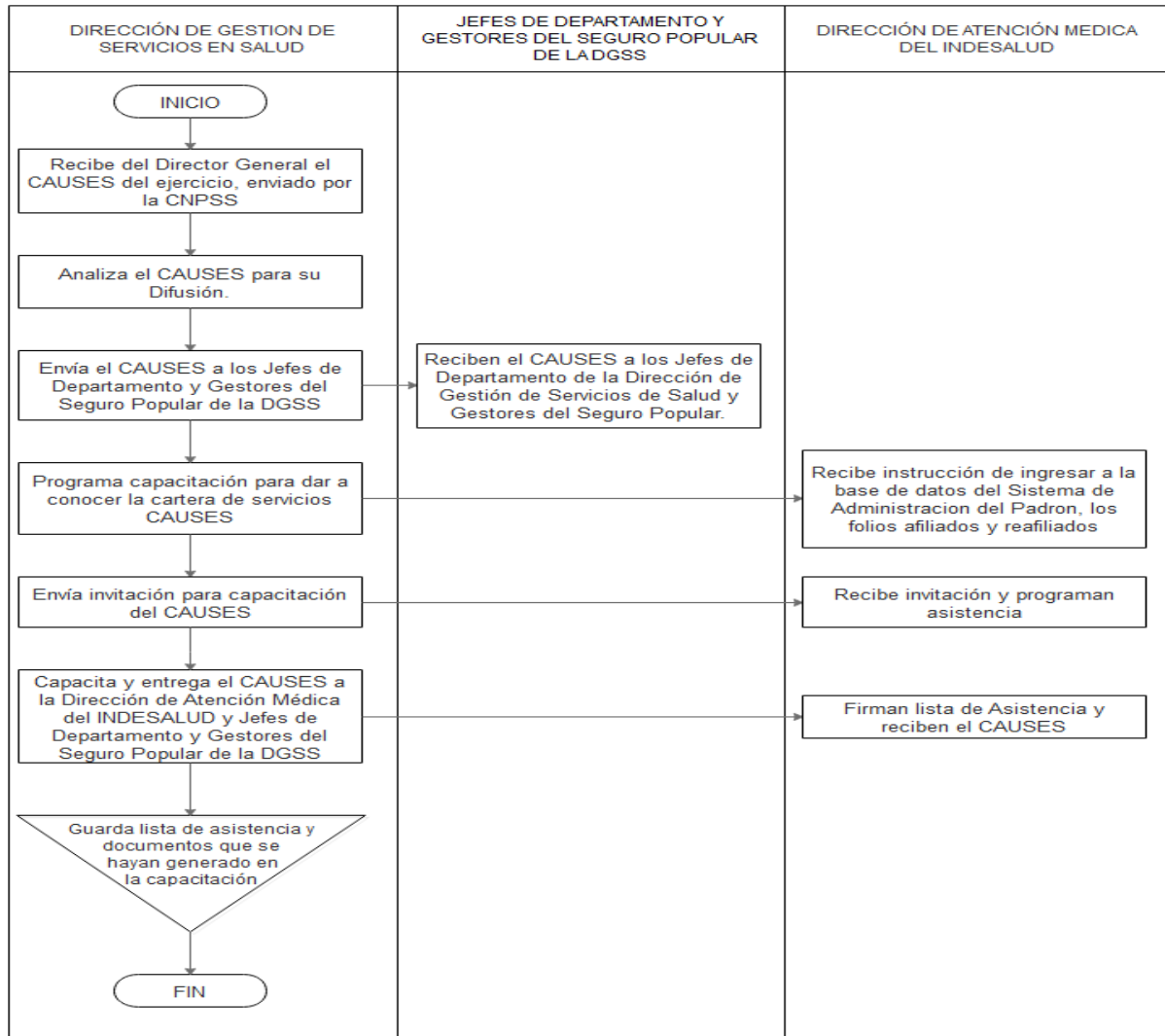
GSP. Gestor del Seguro Popular.

MOSSESS: Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud.

DGSS: Dirección de Gestión de Servicios de Salud

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | |
| | MP 04/1 DAR A CONOCER LA CARTERA DE SERVICIOS "CAUSES" A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. | |
| | | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Director de Gestión de Servicios de Salud
Dr. José Antonio del Valle Intriago

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | | |
| | MP 04/1 DAR A CONOCER LA CARTERA DE SERVICIOS "CAUSES" A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|----------------------------------|
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 1 | Se recibe del Director General el CAUSES del ejercicio, enviado por la CNPSS | Oficio y CD |
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 2 | Analiza el CAUSES para su Difusión. | |
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 3 | Envía el CAUSES a los Jefes de Departamento y Gestores del Seguro Popular de la DGSS | Oficio y CD |
| Jefes de Departamento y Gestores del Seguro Popular de la DGSS | 4 | Reciben el CAUSES a los Jefes de Departamento de la Dirección de Gestión de Servicios de Salud y Gestores del Seguro Popular. | Oficio y CD |
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 5 | Programa capacitación para dar a conocer la cartera de servicios CAUSES | |
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 6 | Envía invitación para capacitación del CAUSES | Oficio |
| Dirección de Atención Médica del INDESALUD | 7 | Recibe invitación y programan asistencia | Oficio |
| Dirección de Gestión de Servicios de Salud | 8 | Capacita y entrega el CAUSES a la Dirección de Atención Médica del INDESALUD y Jefes de Departamento y Gestores del Seguro Popular de la DGSS | Oficio, Lista de Asistencia y CD |
| Dirección de Atención Médica del INDESALUD | 9 | Firman lista de Asistencia y reciben el CAUSES | Lista de Asistencia y CD |
| Jefes de Departamento y Gestores del Seguro Popular de la DGSS | 10 | Realizan la Difusión del CAUSES a los Prestadores de Servicios | Oficio |
| | | FIN | |
| | | | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|---|---|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | |
| | MP 04/2 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE | Hoja: 1 de 4 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección de Atención al Asegurado es el responsable del procedimiento.
Gestores del Seguro Popular son receptores de capacitación.

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES


REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

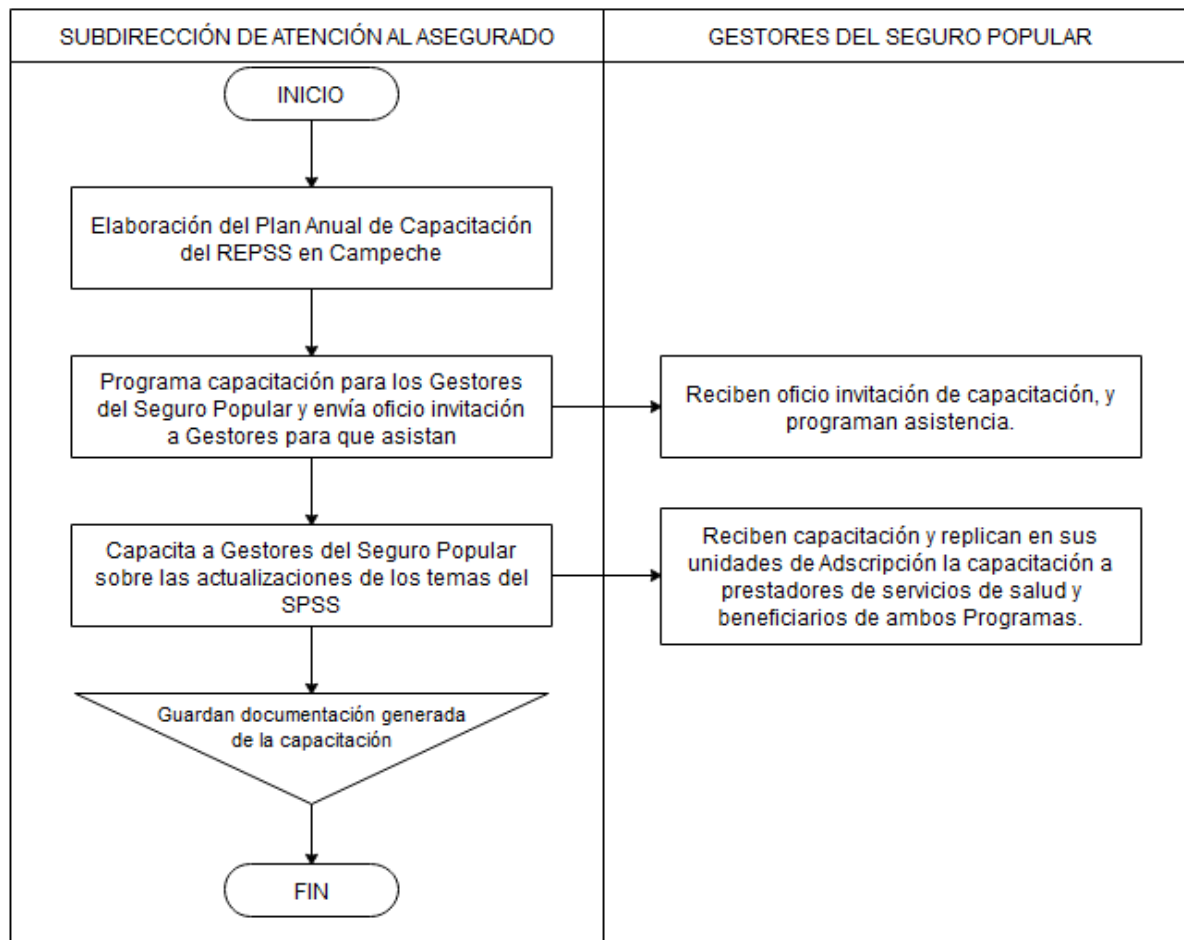
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

GSP: Gestor del Seguro Popular.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | |
| | MP 04/2 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE | Hoja: 3 de 4 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Subdirector de Atención al Asegurado
Dr. Moises David Martin Uicab

Director de Gestión de Servicios de Salud
Dr. José Antonio del Valle Intriago

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | | |
| | MP 04/2 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN CAMPECHE | | Hoja: 4 de 4 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---------------------------------------|-----|--|----------------------------|
| Subdirección de Atención al Asegurado | 1 | Elaboración del Plan Anual de Capacitación del REPSS en Campeche | Plan Anual de Capacitación |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 2 | Programa capacitación para los Gestores del Seguro Popular y envía oficio invitación a Gestores para que asistan | |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 3 | Reciben oficio invitación de capacitación, y programan asistencia. | |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 4 | Capacita a Gestores del Seguro Popular sobre las actualizaciones de los temas del SPSS | Lista de asistencia |
| Gestores del Seguro Popular | 5 | Reciben capacitación y replican en sus unidades de Adscripción la capacitación a prestadores de servicios de salud y beneficiarios de ambos Programas. | Portafolio de evidencias |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 6 | Guardan documentación generada de la capacitación | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | |
| | MP 04/3 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTREN EN DESABASTO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ADSCRIPCIÓN | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección de Atención al Asegurado es el responsable del procedimiento.

Encargado de Recursos Materiales y Adquisiciones.

Gestor del Seguro Popular.

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES


REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

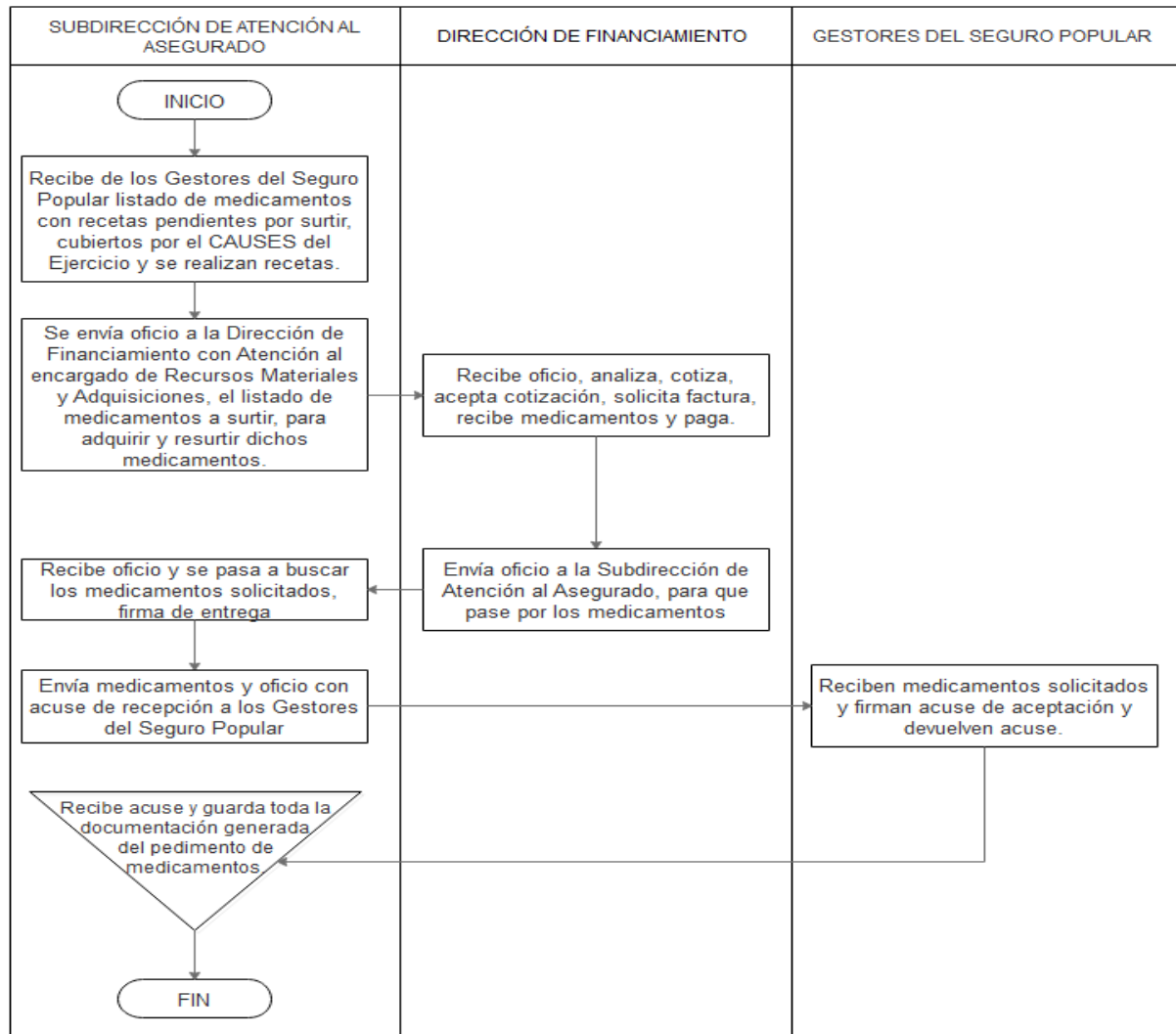
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

GSP: Gestor del Seguro Popular.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | |
| | MP 04/3 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTREN EN DESABASTO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ADSCRIPCIÓN | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Subdirección de Atención al Asegurado
Dr. Moises David Martin Uicab

Dirección de Gestión de Servicios de Salud
Dr. José Antonio del Valle Intriago

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL ASEGURADO | | |
| | MP 04/3 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTREN EN DESABASTO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE ADSCRIPCIÓN | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|-----------------------------------|
| Subdirección de Atención al Asegurado | 1 | Recibe de los Gestores del Seguro Popular listado de medicamentos con recetas pendientes por surtir, cubiertos por el CAUSES del Ejercicio y se realizan recetas. | Oficio |
| Dirección de Financiamiento Recursos Materiales y Adquisiciones | 2 | Se envía oficio a la Dirección de Financiamiento con Atención al encargado de Recursos Materiales y Adquisiciones, el listado de medicamentos a surtir, para adquirir y resurtir dichos medicamentos. | Oficio |
| Dirección de Financiamiento a través de Recursos Materiales y Adquisiciones | 3 | Recibe oficio, analiza, cotiza, acepta cotización, solicita factura, recibe medicamentos y paga. | |
| Dirección de Financiamiento a través de Recursos Materiales y Adquisiciones | 4 | Envía oficio a la Subdirección de Atención al Asegurado, para que pase por los medicamentos | Oficio |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 5 | Recibe oficio y se pasa a buscar los medicamentos solicitados, firma de entrega | Acude de oficio recibido |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 6 | Envía medicamentos y oficio con acuse de recepción a los Gestores del Seguro Popular | |
| Gestor del Seguro Popular | 7 | Reciben medicamentos solicitados y firman acuse de aceptación y devuelven acuse. | Oficio Listado de medicamentos |
| Subdirección de Atención al Asegurado | 8 | Recibe acuse y guarda toda la documentación generada del pedimento de medicamentos. | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | |
| | MP 04/4 ELABORACIÓN DE PLAN ANUAL DE TRABAJO PARA APLICACIÓN DE LA CEDULA MOSESS | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Jefe del Departamento de Seguimiento y Supervisión es el responsable del procedimiento.

Director de Gestión de Servicios de Salud

Director General

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud


SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

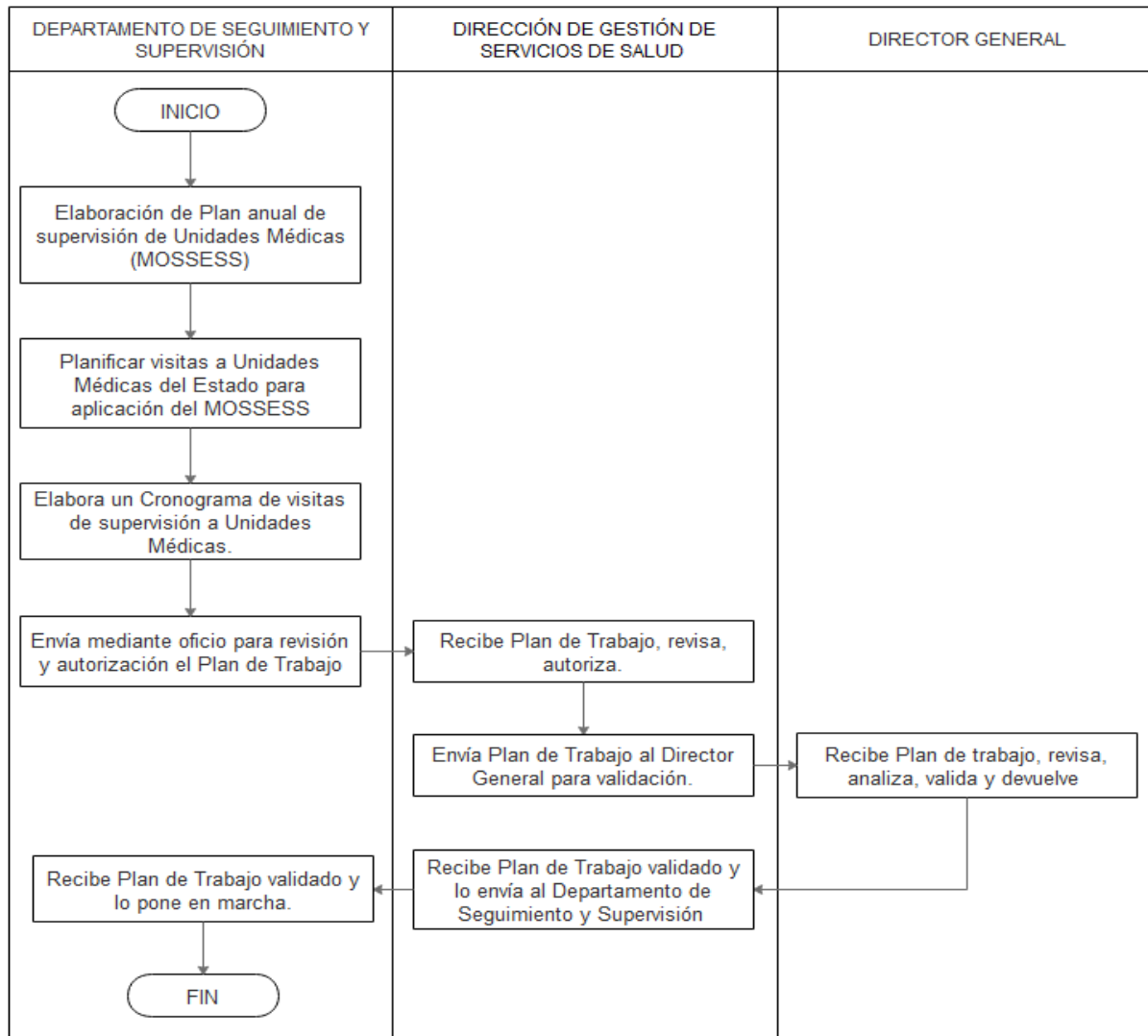
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

GSP: Gestor del Seguro Popular.

MOSESS: Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud

| | | |
|--|--|-----------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | |
| | MP 04/4 ELABORACIÓN DE PLAN ANUAL DE TRABAJO PARA APLICACIÓN DE LA CEDULA MOSESS | |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Jefe del Departamento de Seguimiento y Supervisión
Dra. Lucila Gabriela Peralta Hau

Subdirector de Atención al Asegurado
Dr. Moises David Martin Uicab

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | | |
| | MP 04/4 ELABORACIÓN DE PLAN ANUAL DE TRABAJO PARA APLICACIÓN DE LA CEDULA MOSESS | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|--|-----------------------|
| Departamento Seguimiento y Supervisión | 1 | Elaboración de Plan anual de supervisión de Unidades Médicas (MOSESS) | Documento de trabajo |
| Departamento Seguimiento y Supervisión | 2 | Planificar visitas a Unidades Médicas del Estado para aplicación del MOSESS | Documento de trabajo |
| Departamento Seguimiento y Supervisión | 3 | Elabora un Cronograma de visitas de supervisión a Unidades Médicas. | Documento de trabajo |
| Departamento Seguimiento y Supervisión | 4 | Envía mediante oficio para revisión y autorización el Plan de Trabajo | Oficio |
| Director de Gestión de Servicios de Salud | 5 | Recibe Plan de Trabajo, revisa, autoriza. | |
| Director de Gestión de Servicios de Salud | 6 | Envía Plan de Trabajo al Director General para validación. | Oficio |
| Director General | 7 | Recibe Plan de trabajo, revisa, analiza, valida y devuelve | Oficio |
| Director de Gestión de Servicios de Salud | 8 | Recibe Plan de Trabajo validado y lo envía al Departamento Seguimiento y Supervisión | Oficio |
| Departamento Seguimiento y Supervisión | 9 | Recibe Plan de Trabajo validado y lo pone en marcha. | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | |
| | MP 04/5 APLICACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MOSESS | Hoja: 1 de 5 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Jefe del Departamento de Seguimiento y Supervisión es el responsable del procedimiento.
 Director de Gestión de Servicios de Salud.
 Unidad Médica – Jurisdicción Sanitaria.

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud


SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

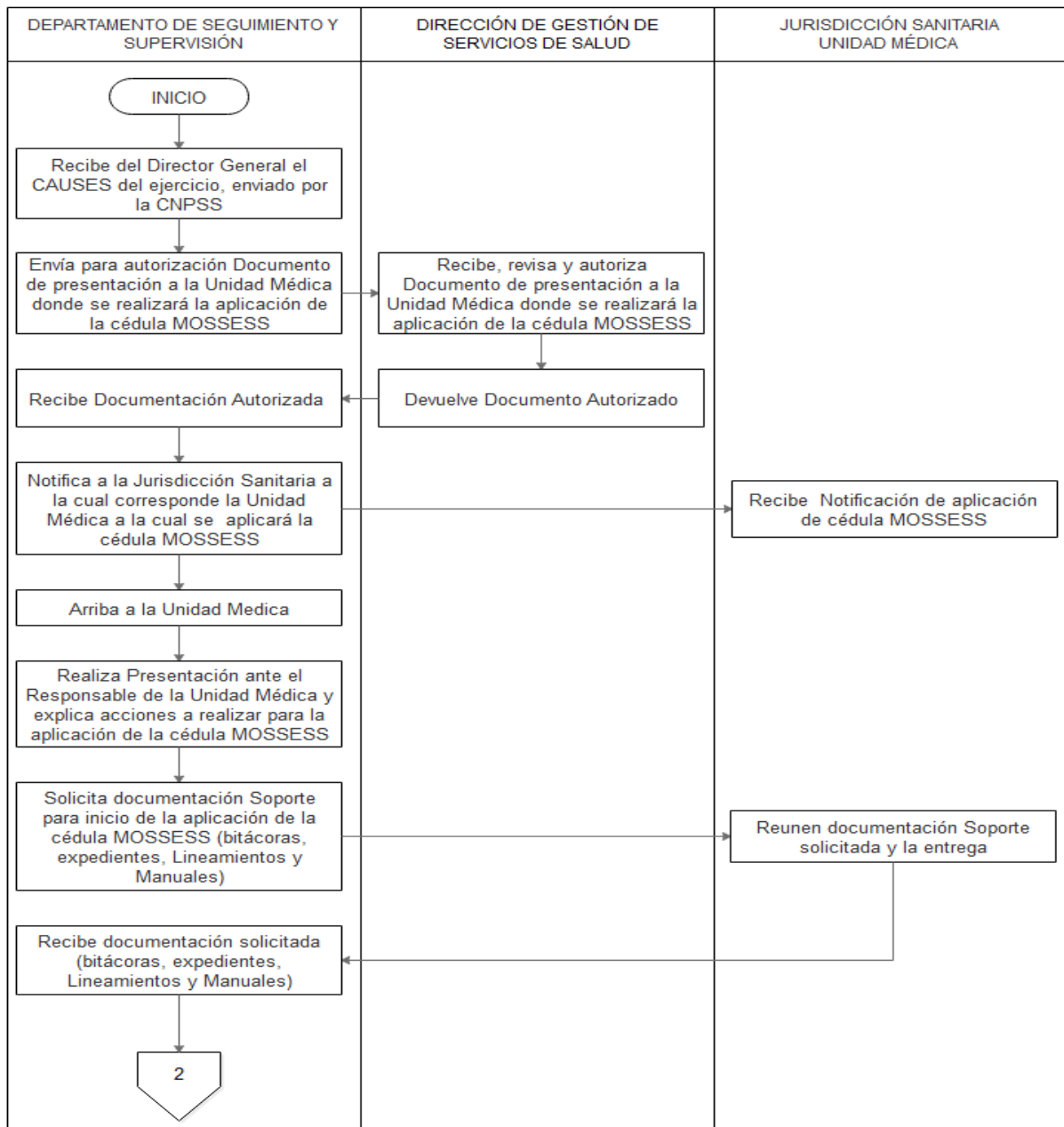
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.


GSP: Gestor del Seguro Popular.

MOSSESS: Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud

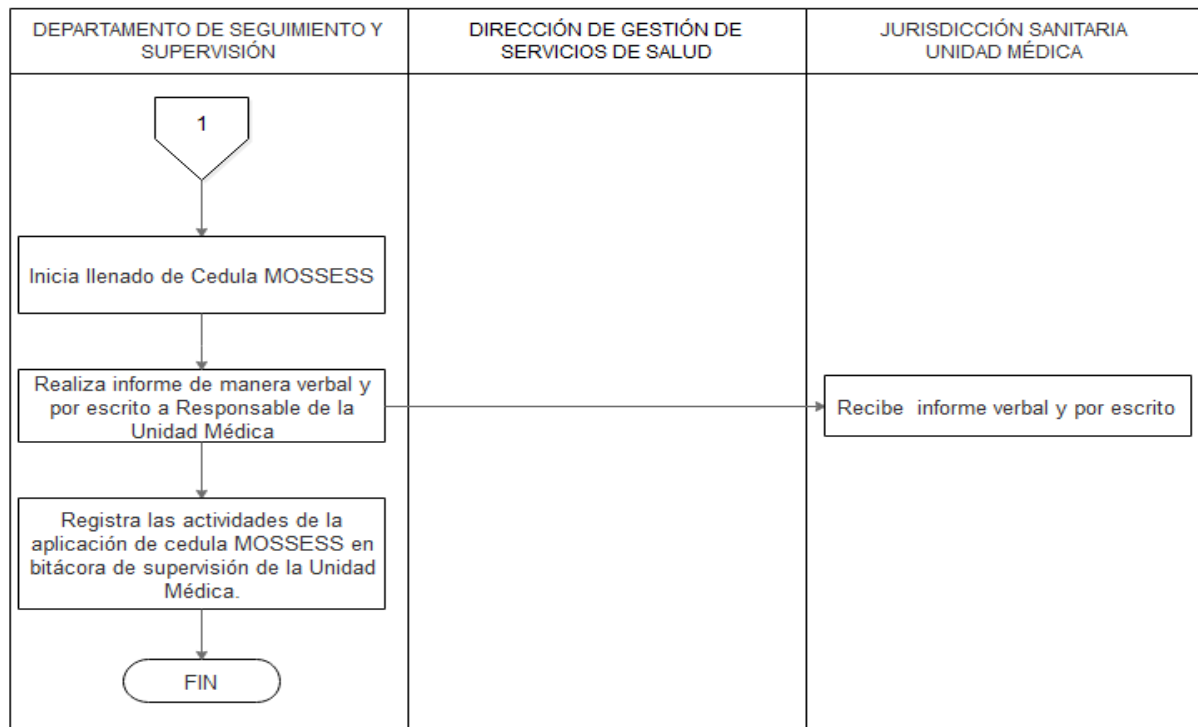
| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | |
| | MP 04/5 APLICACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MOSESS | Hoja: 2 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | |
| | MP 04/5 APLICACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MOSESS | Hoja: 3 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



Elaboró


Autorizó

Jefe de Departamento de Seguimiento y Supervisión

Dra. Lucila Gabriela Peralta Hau


Subdirector de Atención al Asegurado

Dr. Moises David Martin Uicab

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | | |
| | MP 04/5 APLICACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MOSESS | | Hoja: 4 de 5 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|---|
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 1 | Elabora Documento de presentación a la Unidad Médica donde se realizará la aplicación de la cédula MOSESS | Documento de trabajo |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 2 | Envía para autorización Documento de presentación a la Unidad Médica donde se realizará la aplicación de la cédula MOSESS | Oficio |
| Director de Gestión de Servicios de Salud | 3 | Recibe, revisa y autoriza Documento de presentación a la Unidad Médica donde se realizará la aplicación de la cédula MOSESS | |
| Director de Gestión de Servicios de Salud | 4 | Devuelve Documento Autorizado | Oficio |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 5 | Recibe Documentación Autorizada | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 6 | Notifica a la Jurisdicción Sanitaria a la cual corresponde la Unidad Médica a la cual se aplicará la cédula MOSESS | Oficio |
| Jurisdicción Sanitaria Unidad Médica | 7 | Recibe Notificación de aplicación de cédula MOSESS | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 8 | Arriba a la Unidad Médica | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 9 | Realiza Presentación ante el Responsable de la Unidad Médica y explica acciones a realizar para la aplicación de la cédula MOSESS | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 10 | Solicita documentación Soporte para inicio de la aplicación de la cédula MOSESS (bitácoras, expedientes, Lineamientos y Manuales) | |
| Jurisdicción Sanitaria Unidad Médica | 11 | Brinda documentación Soporte para inicio de la aplicación de la cédula MOSESS (bitácoras, expedientes, Lineamientos y Manuales) | (bitácoras, expedientes, Lineamientos y Manuales) |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN | | |
| | MP 04/5 APLICACIÓN DEL MODELO DE SUPERVISIÓN Y SEGUIMIENTO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MOSESS | | Hoja: 5 de 5 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|--|-----------------------|
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 12 | Recibe documentación solicitada (bitácoras, expedientes, Lineamientos y Manuales) | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 13 | Inicia llenado de Cedula MOSESS | |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 14 | Realiza informe de manera verbal y por escrito a Responsable de la Unidad Médica | Acta |
| Departamento de Seguimiento y Supervisión | 15 | Registro de actividades de aplicación de cedula MOSESS en bitácora de supervisión de la Unidad Médica. | Bitacora |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|---------------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS</p> | <p>Versión 1</p> |
| | <p>MP 04/6 CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS</p> | <p>Hoja: 1 de 5</p> |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.


3.- RESPONSABILIDADES

Jefe del Departamento de Administración de Planes Médicos es el responsable del procedimiento.

Gestores del Seguro Popular

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MEDICOS | Versión 1 |
| | MP 04/6 CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 2 de 5 |

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.


GSP: Gestor del Seguro Popular.

MOSSESS: Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud

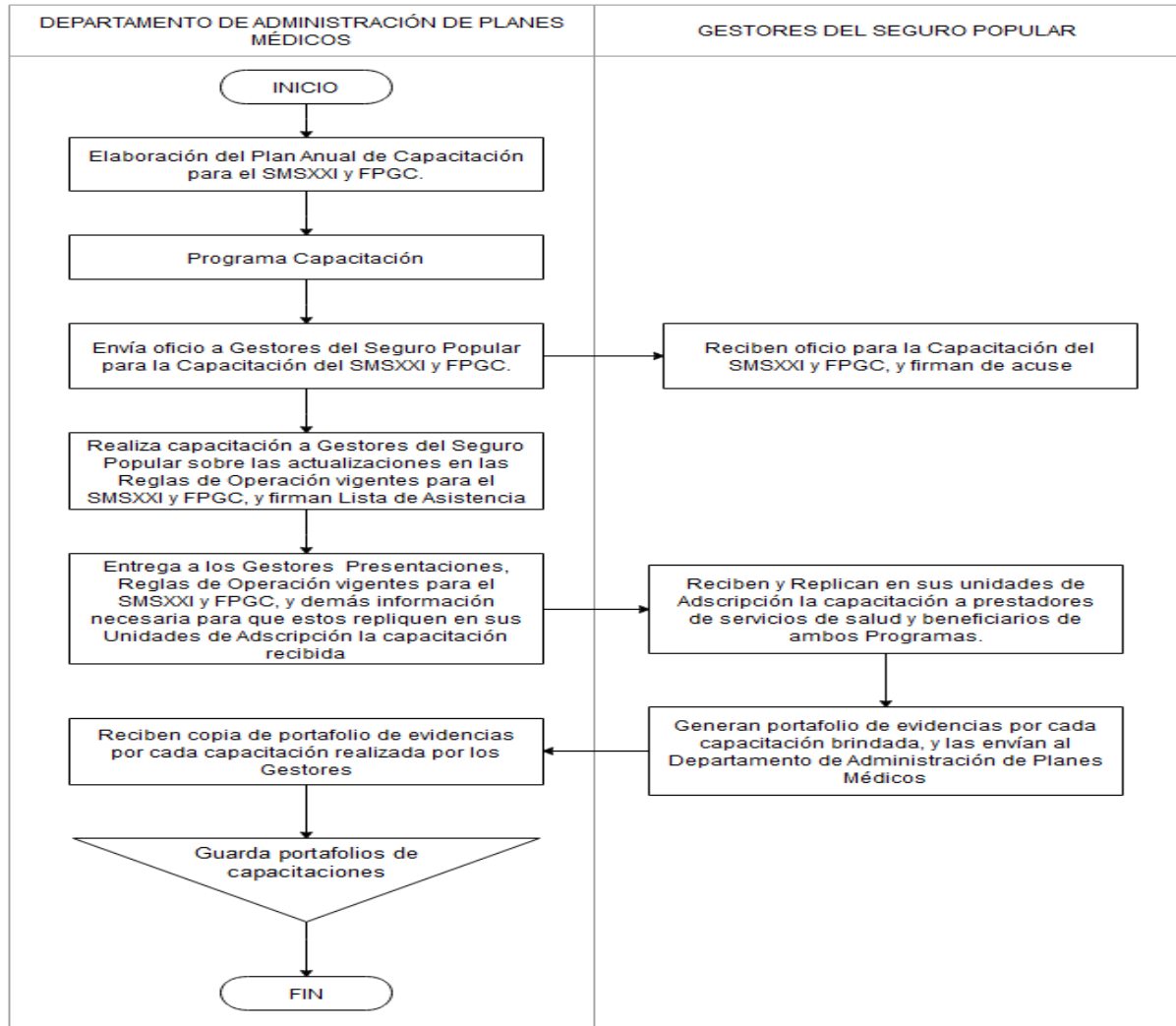
SMSXXI: Seguro Médico Siglo XXI

FPGC: Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

OPD: Organismo Público Descentralizado.

| | | |
|--|--|---------------------|
|  <p>SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</p> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS</p> | <p>Versión 1</p> |
| | <p>MP 04/6 CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS</p> | <p>Hoja: 3 de 5</p> |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Jefe del Departamento de Administración
de
Planes Médicos
Dr. Saúl Gabriel Díaz Sánchez

Subdirector de Atención al Asegurado
Dr. Moises David Martin Uicab

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS | |
| | MP 04/6 CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 4 de 5 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|----------------------------|
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 1 | Elaboración del Plan Anual de Capacitación para el SMSXXI y FPGC. | Plan Anual de Capacitación |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 2 | Programa Capacitación | |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 3 | Envía oficio a Gestores del Seguro Popular para la Capacitación del SMSXXI y FPGC. | Oficio |
| Gestores del Seguro Popular | 4 | Reciben oficio para la Capacitación del SMSXXI y FPGC, y firman de acuse | |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 5 | Realiza capacitación a Gestores del Seguro Popular sobre las actualizaciones en las Reglas de Operación vigentes para el SMSXXI y FPGC, y firman Lista de Asistencia | Lista de asistencia |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 6 | Entrega a los Gestores Presentaciones, Reglas de Operación vigentes para el SMSXXI y FPGC, y demás información necesaria para que estos repliquen en sus Unidades de Adscripción la capacitación recibida | |
| Gestores del Seguro Popular | 7 | Reciben y Replican en sus unidades de Adscripción la capacitación a prestadores de servicios de salud y beneficiarios de ambos Programas. | Portafolio de evidencias |
| Gestores del Seguro Popular | 8 | Generan portafolio de evidencias por cada capacitación brindada, y las envían al Departamento de Administración de Planes Médicos | Portafolio de evidencias |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 9 | Reciben copia de portafolio de evidencias por cada capacitación realizada por los Gestores | Oficio |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 10 | Guarda portafolios de capacitaciones | |
| | | FIN | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MEDICOS | Versión 1 |
| | MP 04/6 CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 5 de 5 |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|----------------------|------------------------|---------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS | |
| | MP 04/7 VALIDACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 1 de 5 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Departamento de Administración de Planes Médicos es el responsable del procedimiento.


Unidades Médicas

Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS

Dirección General de Financiamiento de la CNPSS

4.- MARCO JURÍDICO

- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche
- Ley de Ejecución de Sanciones y Medidas de Seguridad del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPS)
- Decreto por el que se crea el Organismo Público Descentralizado Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Campeche
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Convenio de Gestión para la Prestación de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios para los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Catálogo Universal de Servicios de Salud, Catálogo de Medicamentos y otros Insumos del CAUSES.

| | | |
|---|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS | Versión 1 |
| | MP 04/7 VALIDACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 2 de 5 |

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

GSP: Gestor del Seguro Popular.


MOSSESS: Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de los Servicios de Salud

SMSXXI: Seguro Médico Siglo XXI

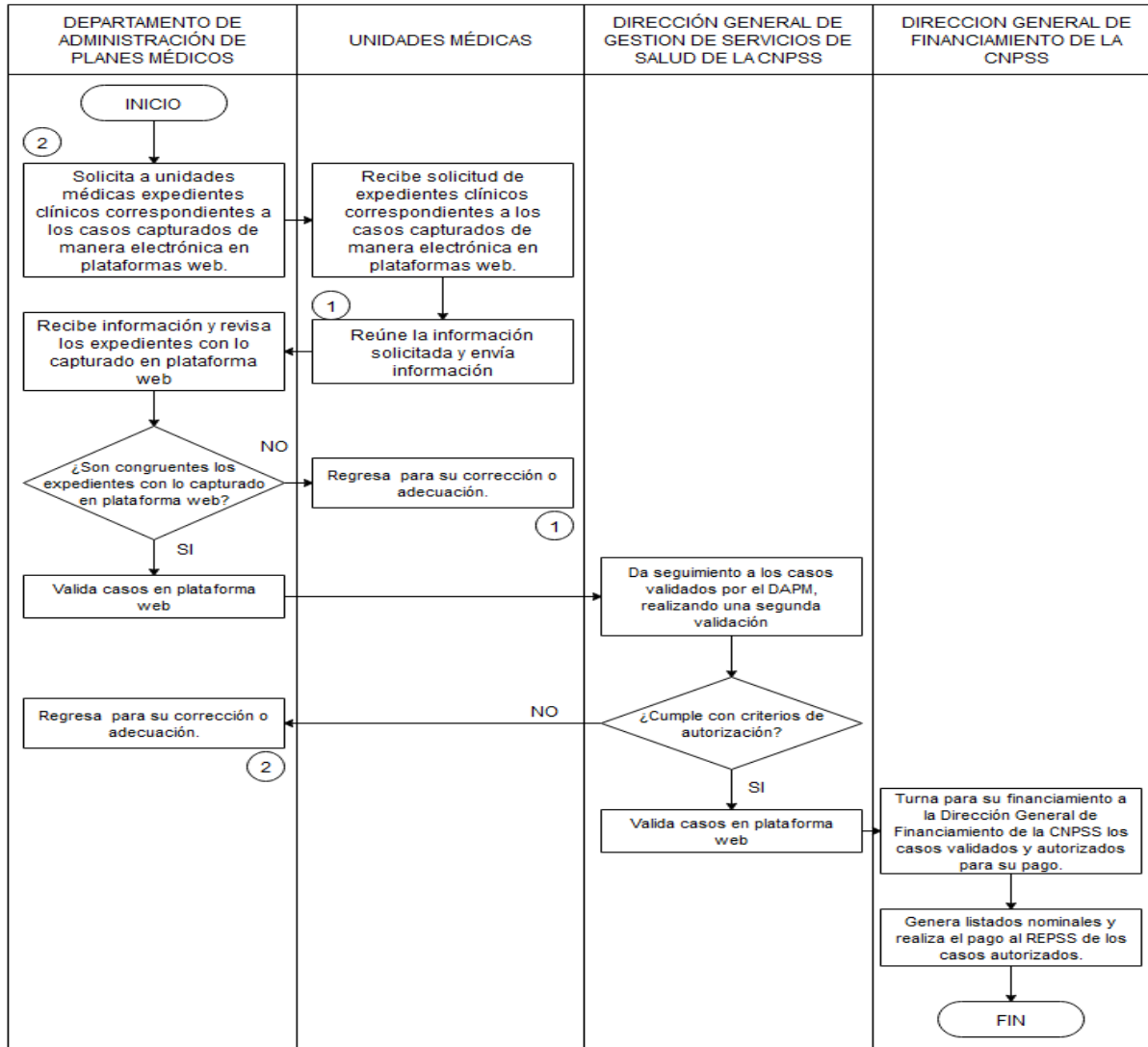
FPGC: Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

OPD: Organismo Público Descentralizado.

DAPM: Departamento de Administración de Planes Médicos

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS | Versión 1 |
| | MP 04/7 VALIDACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 3 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Jefe del Departamento de Administración de Planes Médicos
Dr. Saúl Gabriel Díaz Sánchez

Subdirector de Atención al Asegurado
Dr. Moises David Martin Uicab

| | | |
|--|--|---------------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | <p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p> <p>DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS</p> | <p>Versión 1</p> |
| | <p>MP 04/7 VALIDACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS</p> | <p>Hoja: 4 de 5</p> |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|--|-------------------------------|
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 1 | Solicita a unidades médicas expedientes clínicos correspondientes a los casos capturados de manera electrónica en plataformas web. | Expedientes clínicos |
| Unidades Médicas | 2 | Recibe solicitud de expedientes clínicos correspondientes a los casos capturados de manera electrónica en plataformas web. | |
| Unidades Médicas | 3 | Reúne la información solicitada y envía información | Oficio - Expedientes clínicos |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 4 | Recibe información y revisa los expedientes con lo capturado en plataforma web | Oficio - Expedientes clínicos |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 5 | ¿Son congruentes los expedientes con lo capturado en plataforma web? - Si pasa actividad 6 - No regresa actividad 3 para su corrección o adecuación. | Listado nominal |
| Departamento de Administración de Planes Médicos | 6 | Valida casos en plataforma web | |
| Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS | 7 | Da seguimiento a los casos validados por el DAPM, realizando una segunda validación | Listado nominal |
| Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS | 8 | ¿Cumple con criterios de autorización? - Si pasa actividad 9 - No pasa actividad 5 | Listado nominal |
| Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS | 9 | Valida casos en plataforma web | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE PLANES MÉDICOS | |
| | MP 04/7 VALIDACIÓN DEL PROGRAMA SEGURO MÉDICO SIGLO XXI Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS | Hoja: 5 de 5 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|-----------------------|
| Dirección General de Financiamiento de la CNPSS | 10 | Turna para su financiamiento a la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS los casos validados y autorizados para su pago. | Listado nominal |
| Dirección General de Financiamiento de la CNPSS | 11 | Genera listados nominales y realiza el pago al REPSS de los casos autorizados. | Listado nominal |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | Hoja: 1 de 7 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Coordinadora Estatal (PROSPERA) es el responsable del procedimiento.

Jurisdicciones Sanitarias - Unidades Médicas son los receptores de la capacitación.

4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Campeche.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social
- Reglamento Interno de los Órganos Colegiados de la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social
- Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA-2014, Para la atención a la salud de la infancia


5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

PROSPERA.- Programa de Inclusión Social

CNPSS.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

PROY: Proyecto


| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | Versión 1 |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | Hoja: 2 de 7 |

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud

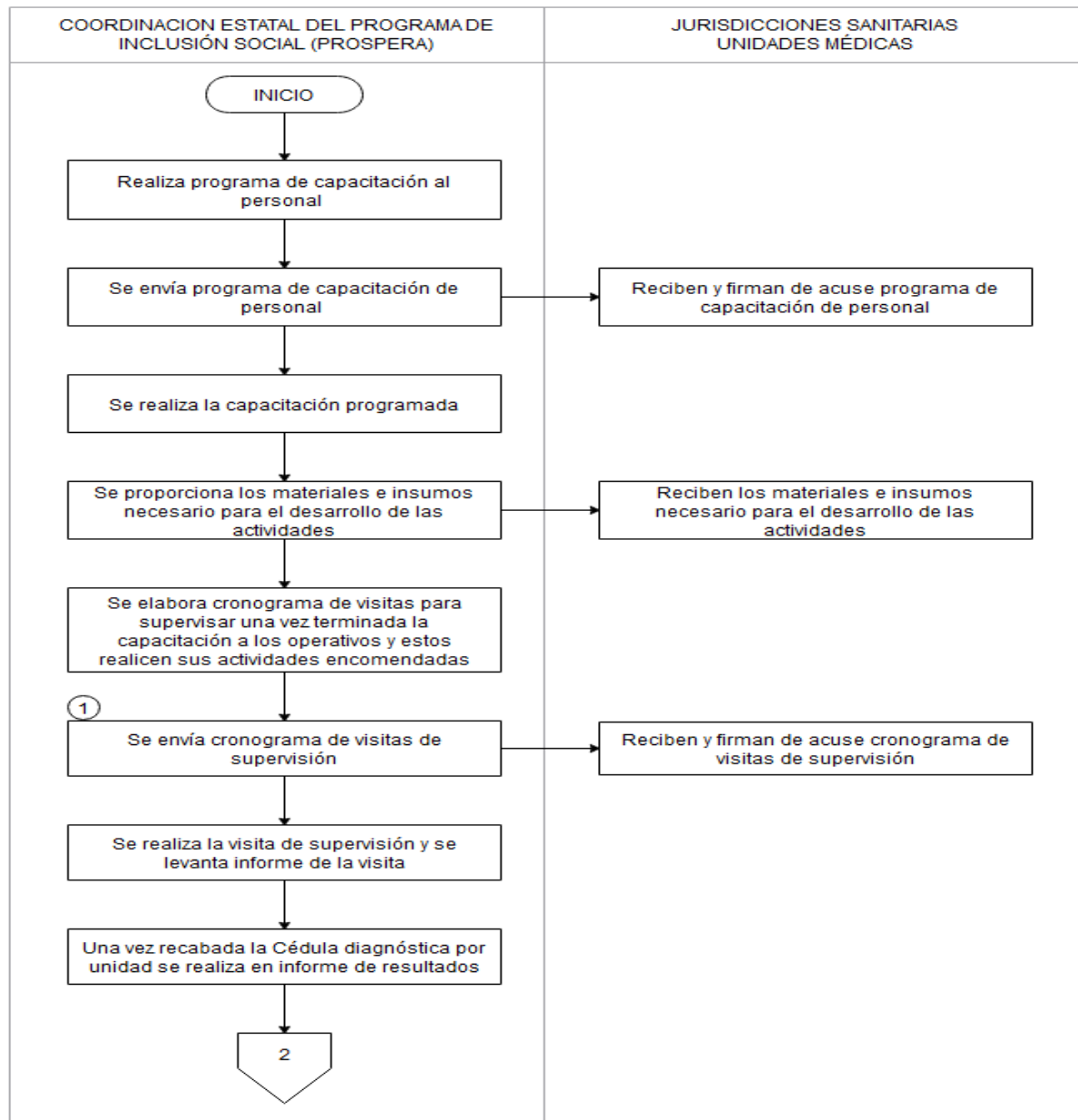
SPSS: Sistema de Protección Social en Salud


CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

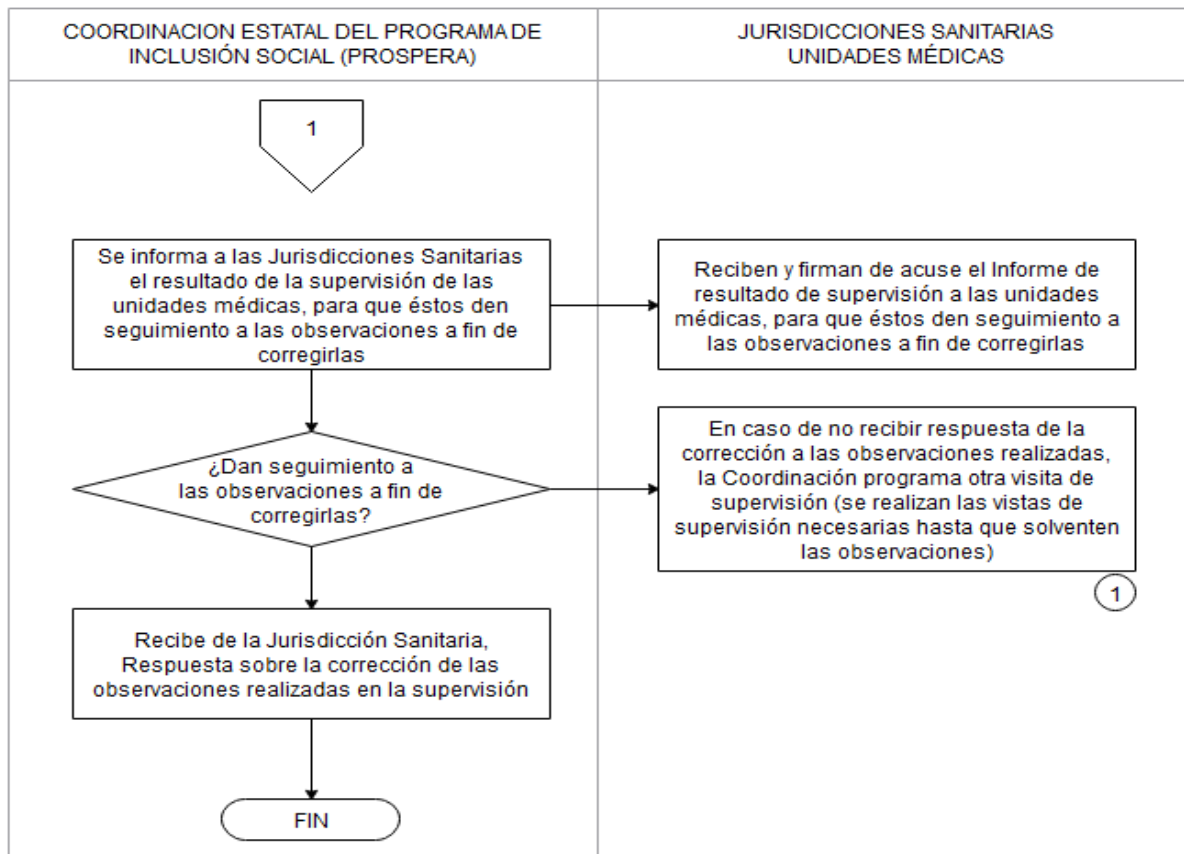
| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | Hoja: 3 de 7 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | Hoja: 4 de 7 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Coordinadora Estatal del Programa de InCLUSIÓN Social (PROSPERA)
Ing. Sonia Ramírez Medina

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | | Hoja: 5 de 7 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|-----------------------|
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 1 | Realiza programa de capacitación al personal mediante, cursos de inducción teniendo como base las Reglas de Operación y Manuales de cada estrategia a implementarse | Papel de trabajo |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 2 | Se envía programa de capacitación de personal para que se coordine al personal | Oficio |
| Jurisdicciones Sanitarias Unidades Médicas | 3 | Reciben y firman de acuse programa de capacitación de personal | |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 4 | Se realiza la capacitación programada | lista de asistencia |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 5 | Se proporciona los materiales e insumos necesario para el desarrollo de las actividades | Oficio |
| Jurisdicciones Sanitarias Unidades Médicas | 6 | Reciben los materiales e insumos necesario para el desarrollo de las actividades | |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 7 | Se elabora cronograma de visitas para supervisar una vez terminada la capacitación a los operativos y estos realicen sus actividades encomendadas. | cronograma de visitas |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 8 | Se envía cronograma de visitas de supervisión | Oficio |

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | | Hoja: 6 de 7 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|--|---|
| Jurisdicciones Sanitarias Unidades Médicas | 9 | Reciben y firman de acuse cronograma de visitas de supervisión | |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 10 | Se realiza la visita de supervisión y se levanta informe de la visita | Cédula diagnóstica para Unidades de Salud |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 11 | Una vez recabada la Cédula diagnóstica por unidad se realiza en informe de resultados | Informe de supervisión |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 12 | Se informa a las Jurisdicciones Sanitarias el resultado de la supervisión de las unidades médicas, para que éstos den seguimiento a las observaciones a fin de corregirlas | Oficio |
| Jurisdicciones Sanitarias Unidades Médicas | 13 | Reciben y firman de acuse el Informe de resultado de supervisión a las unidades médicas, para que éstos den seguimiento a las observaciones a fin de corregirlas | |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 14 | ¿Dan seguimiento a las observaciones a fin de corregirlas? - Si, pasa a la actividad 15 - No, pasa a la actividad 16 | |
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 15 | Recibe de la Jurisdicción Sanitaria, Respuesta sobre la corrección de las observaciones realizadas en la supervisión | Oficio |


| | | |
|--|---|-------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/1 CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA | Hoja 7 de 7 |

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--|-----|---|-----------------------|
| Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) | 16 | En caso de no recibir respuesta de la corrección a las observaciones realizadas, la Coordinación programa otra visita de supervisión (se realizan las vistas de supervisión necesarias hasta que solventen las observaciones) | cronograma de visitas |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 1 de 8 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Coordinadora Estatal PROSPERA es el responsable de procedimiento


Jurisdicciones Sanitarias - Unidades Médicas

Dirección de financiamiento

Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Campeche.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.
- Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social
- Reglamento Interno de los Órganos Colegiados de la Coordinación Nacional de PROSPERA Programa de Inclusión Social
- Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA-2014, Para la atención a la salud de la infancia

| | | |
|---|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | Versión 1 |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 2 de 8 |

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

PROSPERA.- Programa de Inclusión Social

CNPSS.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud

NOM: Norma Oficial Mexicana

PROY: Proyecto


REPS: Régimen de Protección Social en Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

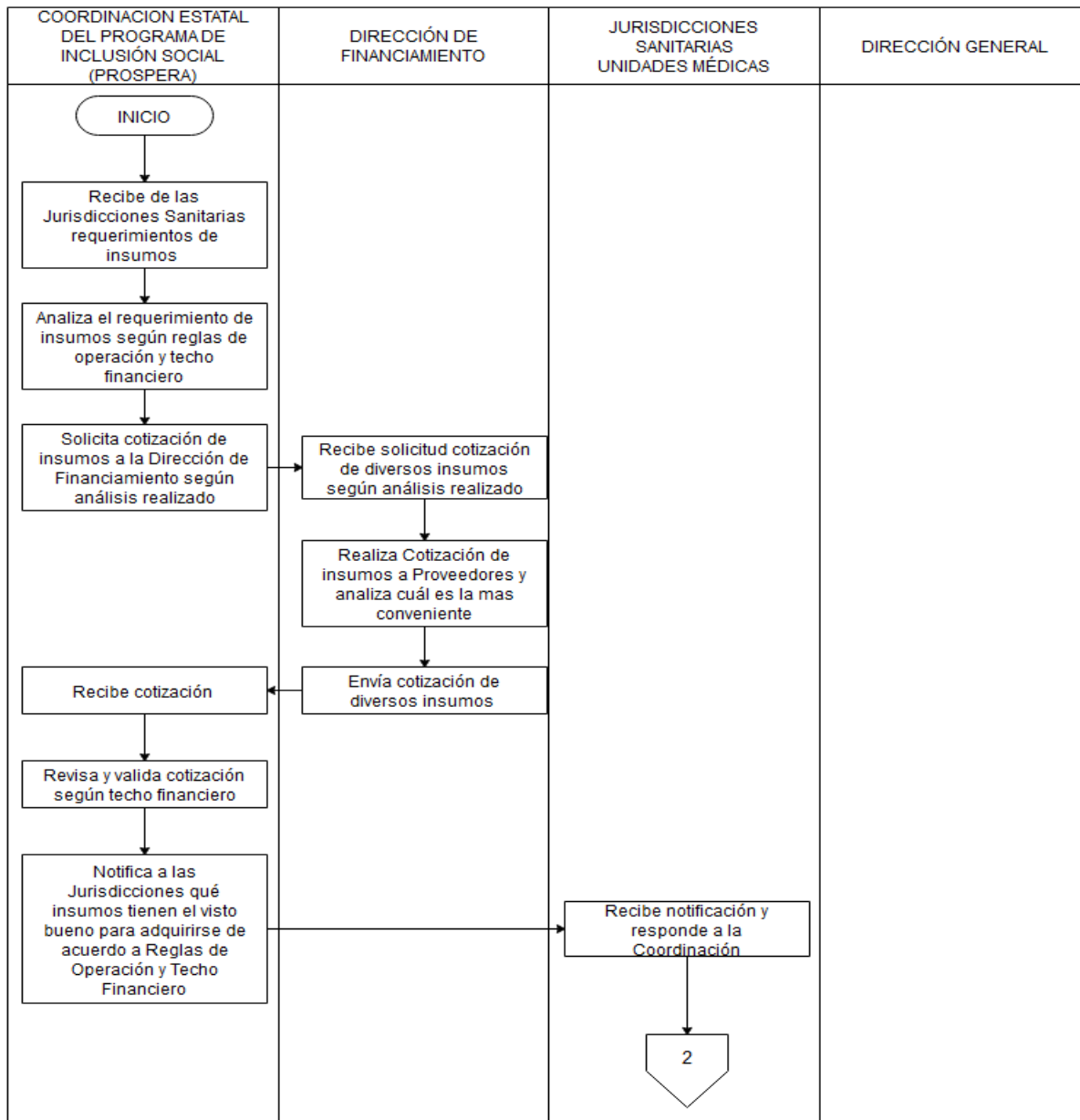
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.


CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

COORDINACIÓN: Coordinación Estatal del Programa de Inclusión Social (PROSPERA)

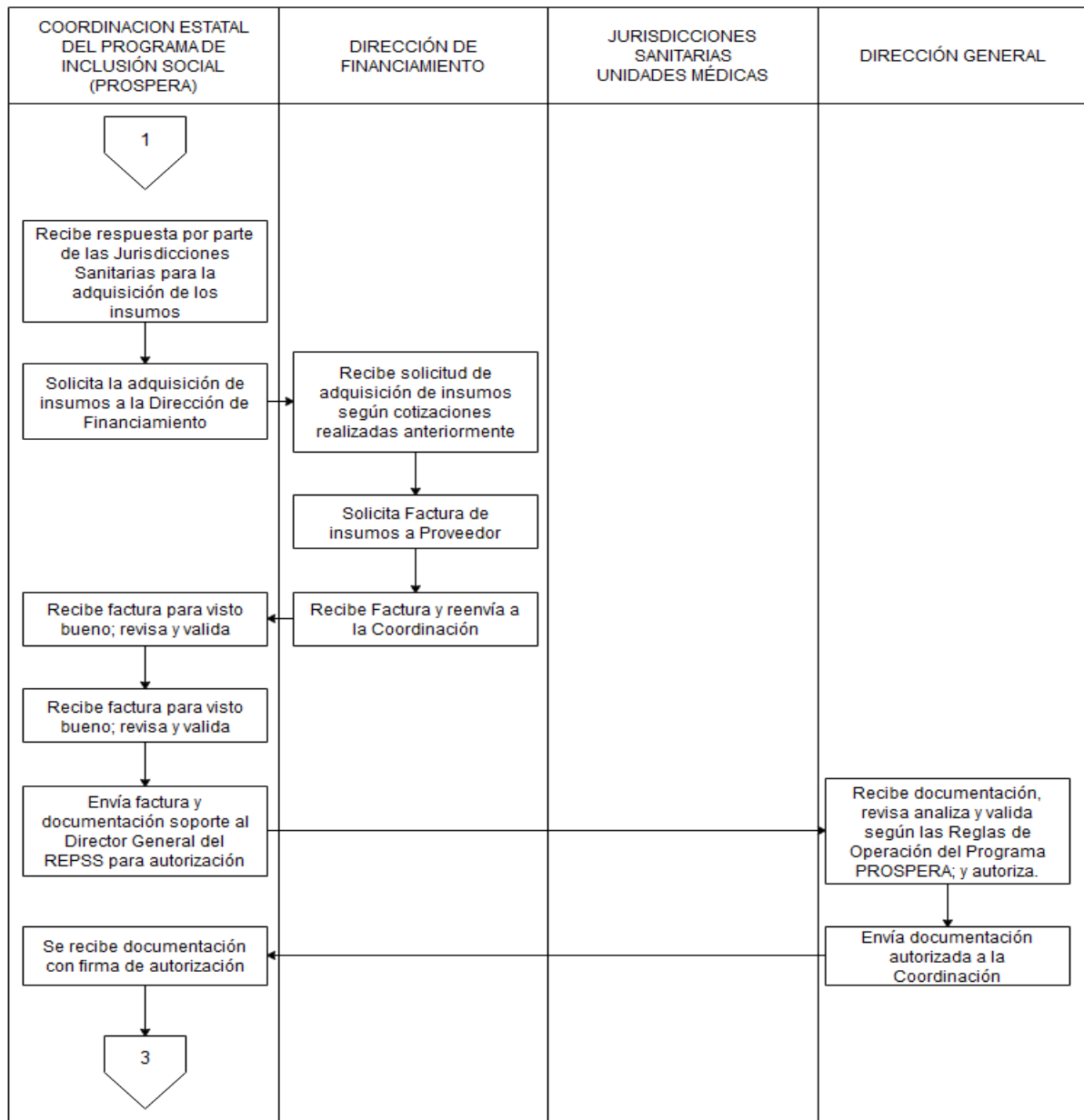
| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 3 de 8 |


6.- DIAGRAMA DE FLUJO



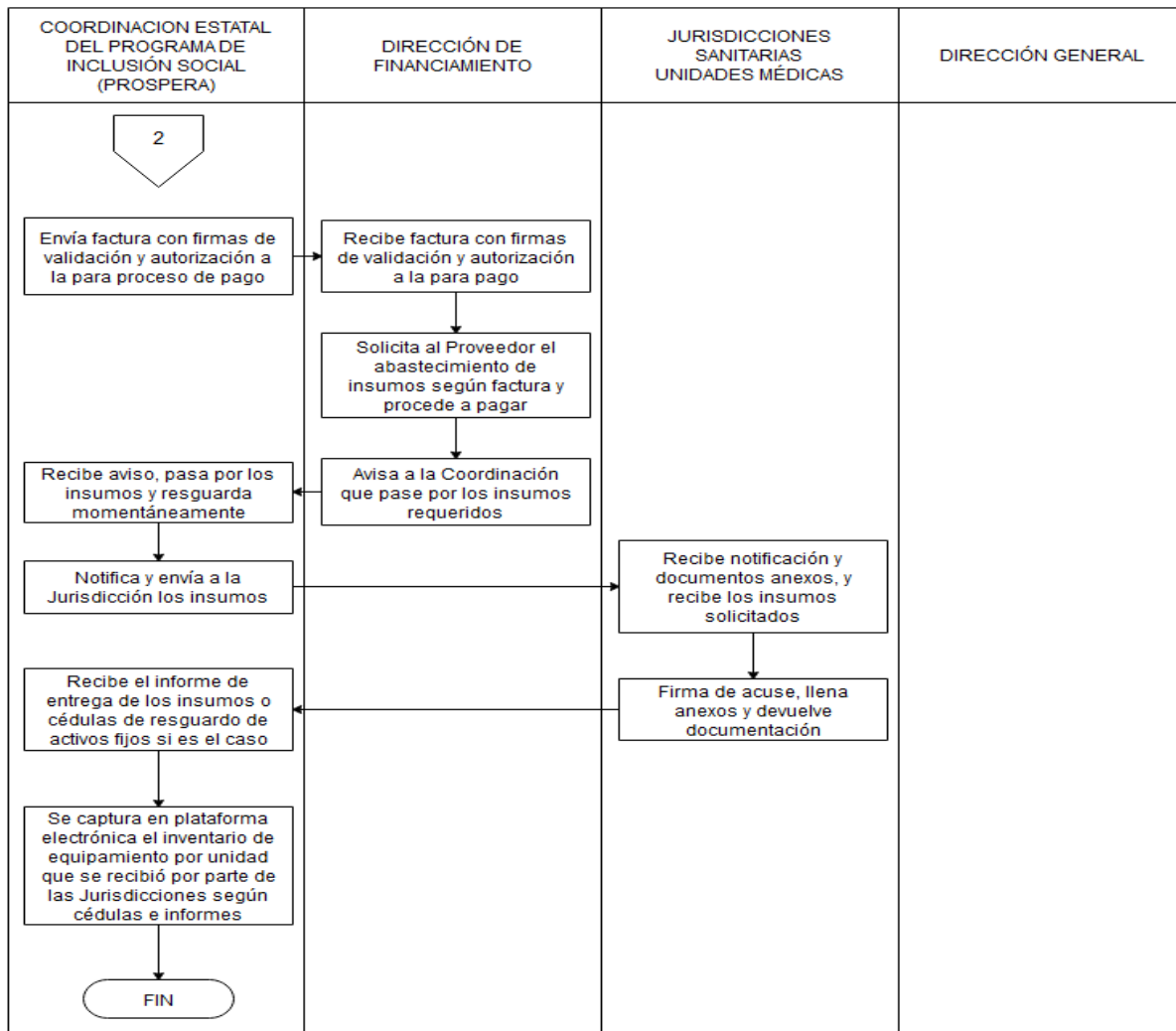
| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 4 de 8 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 5 de 8 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Coordinadora Estatal del Programa de InCLUSIÓN Social (PROSPERA)
Ing. Sonia Ramírez Medina

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | Versión 1 |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 6 de 8 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-----------------------------|-----|---|-----------------------|
| Coordinación | 1 | Recibe de las Jurisdicciones Sanitarias requerimientos de insumos para el abastecimiento de unidades médicas | oficio con anexos |
| Coordinación | 2 | Analiza el requerimiento de insumos según reglas de operación y techo financiero | papel de trabajo |
| Coordinación | 3 | Solicita cotización de diversos insumos a la Dirección de Financiamiento según análisis realizado | oficio con anexos |
| Dirección de Financiamiento | 4 | Recibe solicitud cotización de diversos insumos según análisis realizado | |
| Dirección de Financiamiento | | Realiza Cotización de insumos a Proveedores y analiza cuál es la mas conveniente | |
| Dirección de Financiamiento | 5 | Envía cotización de diversos insumos | |
| Coordinación | 6 | Recibe cotización | oficio con anexos |
| Coordinación | 7 | Revisa y valida cotización según techo financiero | hoja de trabajo |
| Coordinación | 8 | Notifica a las Jurisdicciones qué insumos tienen el visto bueno para adquirirse de acuerdo a Reglas de Operación y Techo Financiero | oficio con anexos |
| Jurisdicciones Sanitarias | 9 | Recibe notificación y responde a la Coordinación | Oficio |
| Coordinación | 10 | Recibe respuesta por parte de las Jurisdicciones Sanitarias para la adquisición de los insumos | Oficio |
| Coordinación | 11 | Solicita la adquisición de los insumos a la Dirección de Financiamiento según cotizaciones realizadas anteriormente | Oficio |
| Dirección de Financiamiento | 12 | Recibe solicitud de adquisición de los insumos según cotizaciones realizadas anteriormente | |
| Dirección de Financiamiento | 13 | Solicita Factura de insumos a Proveedor | |

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | | Hoja: 7 de 8 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-----------------------------|-----|--|---|
| Dirección de Financiamiento | 14 | Recibe Factura y reenvía a la Coordinación | |
| Coordinación | 15 | Recibe factura para visto bueno; revisa y valida | Oficio |
| Coordinación | 16 | Envía factura y documentación soporte al Director General del REPSS para autorización | Oficio |
| Director General del REPSS | 17 | Recibe documentación, revisa analiza y valida según las Reglas de Operación del Programa PROSPERA; y autoriza. | |
| Director General del REPSS | 18 | Envía documentación autorizada a la Coordinación | |
| Coordinación | 19 | Se recibe documentación con firma de autorización | Oficio |
| Coordinación | 20 | Envía factura con firmas de validación y autorización a la para proceso de pago | Oficio |
| Dirección de Financiamiento | 21 | Recibe factura con firmas de validación y autorización a la para pago | |
| Dirección de Financiamiento | 22 | Solicita al Proveedor el abastecimiento de insumos según factura y procede a pagar | |
| Dirección de Financiamiento | 23 | Avisa a la Coordinación que pase por los insumos requeridos | Oficio |
| Coordinación | 24 | Recibe aviso, pasa por los insumos y resguarda momentáneamente | |
| Coordinación | 25 | Notifica y envía a la Jurisdicción los insumos | oficio con anexos (cédula resguardo de activo fijo, si en su caso se tratase de algún activo) |
| Jurisdicciones Sanitarias | 26 | Recibe notificación y documentos anexos, y recibe los insumos solicitados | Oficio |
| Jurisdicciones Sanitarias | 27 | Firma de acuse, llena anexos y devuelve documentación | Oficio |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL (PROSPERA) | |
| | MP 05/2 ABASTECIMIENTO DE INSUMOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE PROSPERA | Hoja: 8 de 8 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---------------------------------|-----|---|-----------------------|
| Coordinación Estatal (PROSPERA) | 28 | Recibe el informe de entrega de los insumos o cédulas de resguardo de activos fijos si es el caso | Oficio con anexos |
| Coordinación Estatal (PROSPERA) | 29 | Se captura en plataforma electrónica el inventario de equipamiento por unidad que se recibió por parte de las Jurisdicciones según cédulas e informes | Portal web |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | |
| | MP 06/1 ELABORACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE CONTRATOS CON PROVEEDORES | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Director Jurídico es el responsable del procedimiento.
 Director de Financiamiento.
 Director General.

4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Campeche.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021.

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

REPSS: Régimen de Protección Social en Salud


SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

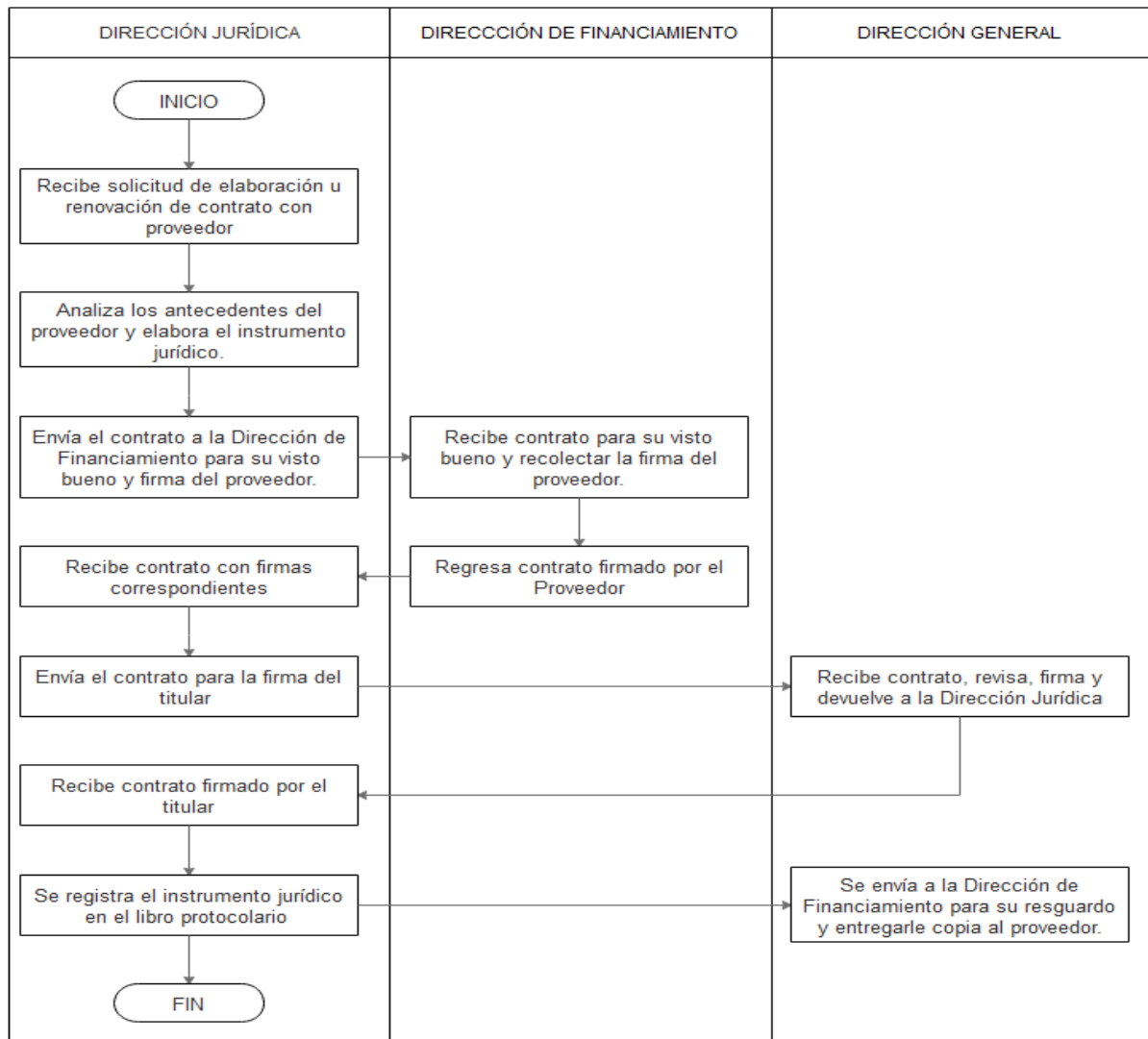
CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud.

FPGC: Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

OPD: Organismo Público Descentralizado.

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | |
| | MP 06/1 ELABORACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE CONTRATOS CON PROVEEDORES | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Director de Jurídico
Lic. Salib David Alfaro Espadas

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | | |
| | MP 06/1 ELABORACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE CONTRATOS CON PROVEEDORES | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-----------------------------|-----|---|-----------------------|
| Dirección Jurídica | 1 | Recibe solicitud de elaboración u renovación de contrato con proveedor | Oficio |
| Dirección Jurídica | 2 | Analiza los antecedentes del proveedor y elabora el instrumento jurídico. | Documento |
| Dirección Jurídica | 3 | Envía el contrato a la Dirección de Financiamiento para su visto bueno y firma del proveedor. | Oficio/Documento |
| Dirección de Financiamiento | 4 | Recibe contrato para su visto bueno y recolectar la firma del proveedor. | |
| Dirección de Financiamiento | 5 | Regresa contrato firmado por el Proveedor | Oficio |
| Dirección Jurídica | 6 | Recibe contrato con firmas correspondientes | |
| Dirección Jurídica | 5 | Envía el contrato para la firma del titular | Bitácora |
| Dirección General | 7 | Recibe contrato, revisa firma y devuelve a la Dirección Jurídica | |
| Dirección Jurídica | 8 | Recibe contrato firmado por el titular | Oficio |
| Dirección Jurídica | 9 | Se registra el instrumento jurídico en el libro protocolario | Documento |
| Dirección de Financiamiento | 10 | Se envía a la Dirección de Financiamiento para su resguardo y entregarle copia al proveedor. | Oficio |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | |
| | MP 06/2 MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Director Jurídico es el responsable del procedimiento.
Unidad de Transparencia


4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS).
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021
- Lineamientos Generales que Deberán Observar los Entes Públicos a que se Refiere la Fracción IV del Artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, para la Clasificación y Desclasificación de la Información.
- Lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, Proporcionen a las Personas el Acceso a la Información Pública. (Acuerdo del Ejecutivo).
- Lineamientos que Deberán Observarlos Entes Públicos a que se Refiere IV de la Ley de Transparencia y Acceso de la Información Pública del Estado de Campeche para Notificar a la Comisión el Listado de Sus Sistemas de Datos Personales.

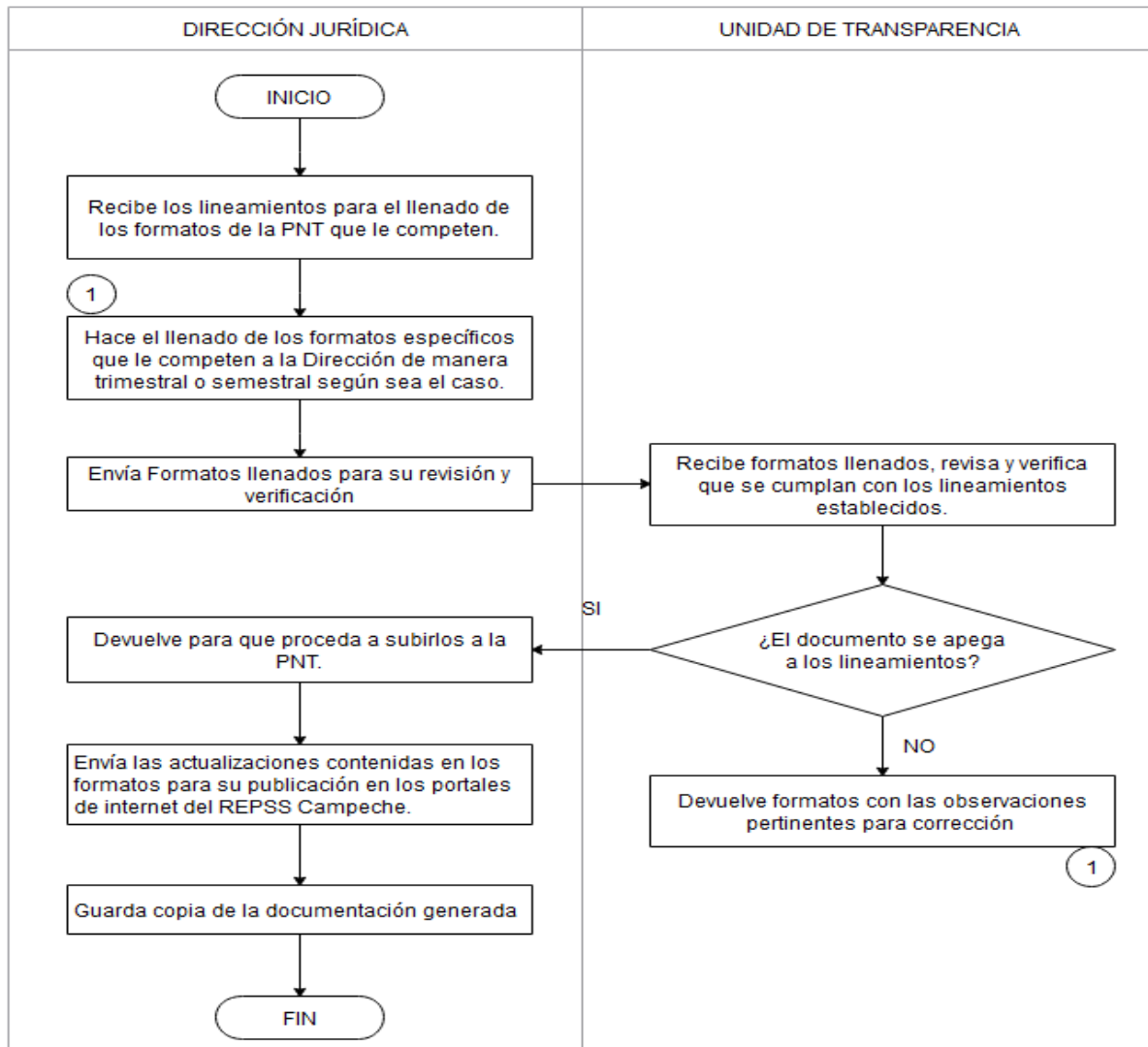
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

PNT: Plataforma Nacional de Transparencia

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | |
| | MP 06/2 MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Director de Jurídico
Lic. Salib David Alfaro Espadas

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | |
|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN JURÍDICA | |
| | MP 06/2 MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-------------------------|-----|---|-----------------------|
| Dirección Jurídica | 1 | Recibe los lineamientos para el llenado de los formatos de la PNT que le competen. | Documento |
| Dirección Jurídica | 2 | Hace el llenado de los formatos específicos que le competen a la Dirección de manera trimestral o semestral según sea el caso. En el momento en que surja alguna actualización se procederá a modificar los formatos sin necesidad de esperar los 3 meses. | Documento |
| Dirección Jurídica | 4 | Envía Formatos llenados para su revisión y verificación(1) | Documento |
| Unidad de Transparencia | | Recibe formatos llenados, revisa y verifica que se cumplan con los lineamientos establecidos. | |
| Unidad de Transparencia | 6 | ¿El documento se apega a los lineamientos?: Sí: Devuelve para que proceda a subirlos a la PNT. No: Devuelve formatos con las observaciones pertinentes para corrección (1) | Documento |
| Dirección Jurídica | 7 | Envía las actualizaciones contenidas en los formatos para su publicación en los portales de internet del REPSS Campeche. | Documento |
| Dirección Jurídica | 8 | Guarda copia de la documentación generada | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---------------------------------|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIONES | |
| | MP 06/3 CERTIFICACIONES | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Jefe de Departamento de Certificaciones es el responsable del procedimiento.
Dirección Jurídica.


4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Campeche.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021
- Reglamento de la Ley General de Salud.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social Salud
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

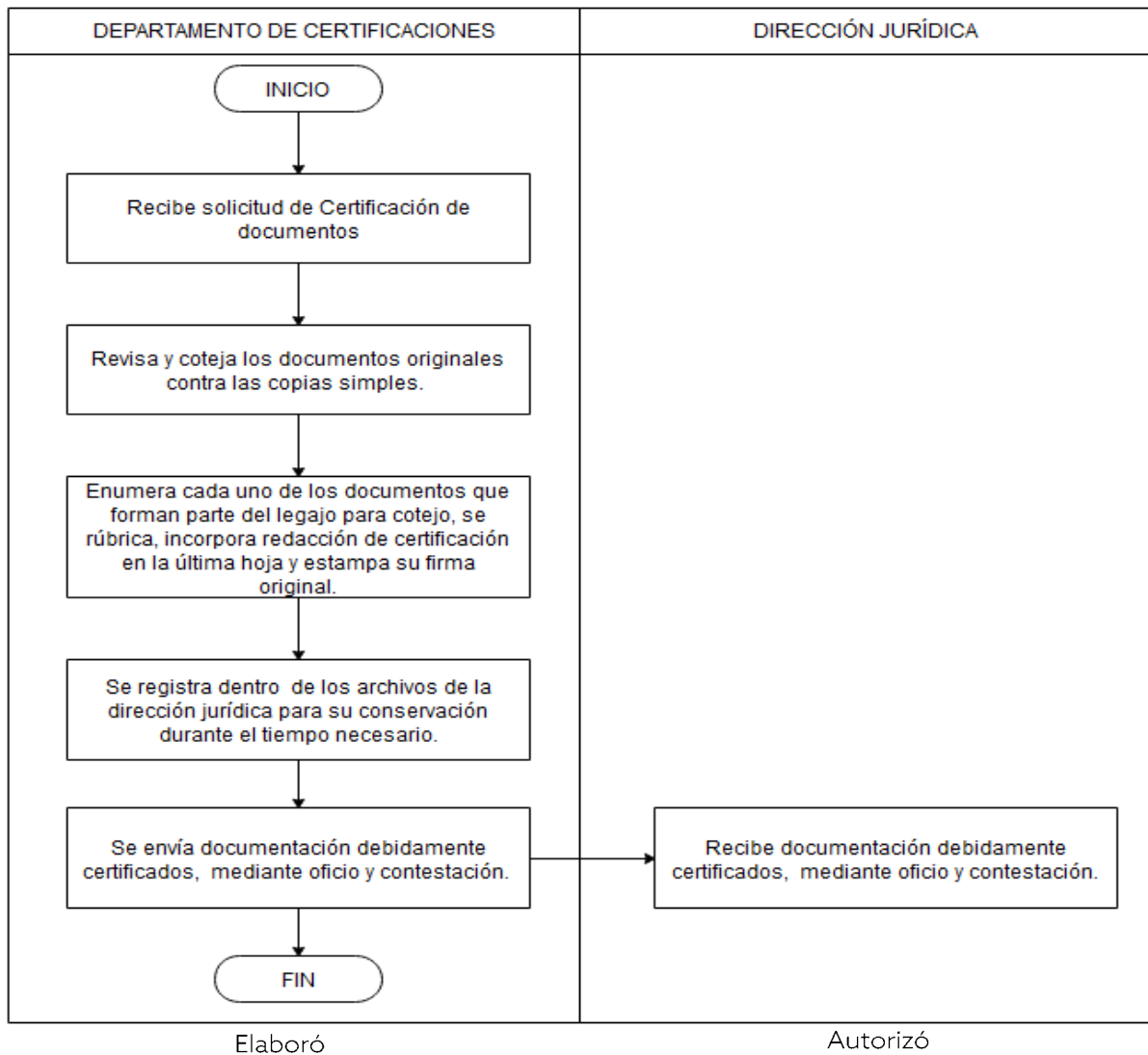
5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

PNT: Plataforma Nacional de Transparencia

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud


| | | |
|--|---------------------------------|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIONES | |
| | MP 06/3 CERTIFICACIONES | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



Jefe de Departamento de Certificaciones
C.P. Marcos Iván Castro Vázquez

Director Jurídico
Lic. Salib David Alfaro Espadas

| | | | |
|--|---------------------------------|--|-------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIONES | | |
| | MP 06/3 CERTIFICACIONES | | Hoja 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---------------------------------|-----|---|-----------------------|
| Departamento de Certificaciones | 1 | Recibe solicitud de Certificación de documentos: oficio, respuesta, documentos originales para cotejo, copias simples para certificación. | Oficio |
| Departamento de Certificaciones | 2 | Revisa y coteja los documentos originales contra las copias simples. | |
| Departamento de Certificaciones | 3 | Enumera cada uno de los documentos que forman parte del legajo para cotejo, se rúbrica, incorpora redacción de certificación en la última hoja y estampa su firma original. | Certificación |
| Departamento de Certificaciones | 5 | Se registra dentro de los archivos de la dirección jurídica para su conservación durante el tiempo necesario. | Archivo |
| Departamento de Certificaciones | 4 | Se envía documentación debidamente certificados, mediante oficio y contestación. | Oficio |
| Dirección Jurídica | | Recibe documentación debidamente certificados, mediante oficio y contestación. | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | |
| | MP 07/1 COORDINACIÓN Y REVISIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE EGRESOS | Hoja: 1 de 5 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Dirección de Financiamiento es el responsable del procedimiento.
Departamento de Planeación Presupuestal

4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Ley General de Salud
- Ley de Salud del Estado de Campeche.
- Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran la Secretaria de Salud y el Estado de Campeche.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Planeación del Estado de Campeche.
- Ley de Hacienda del Estado de Campeche.
- Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche.
- Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal vigente.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021
- Manual de Programación y Presupuesto de la SEFIN

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES


POA: Programa Operativo Anual.

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados.

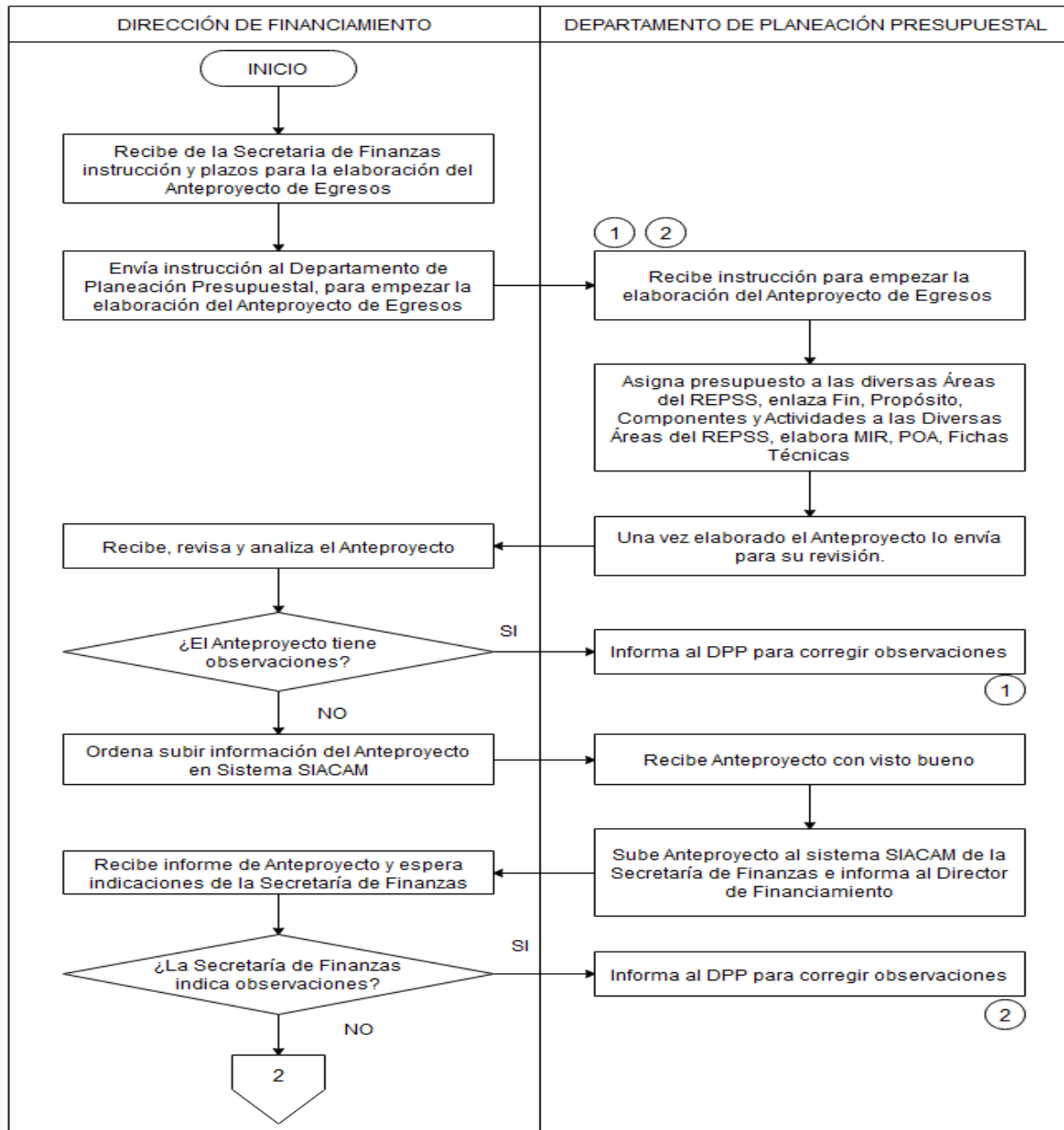
REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud.


DPP: Departamento de Planeación Presupuestal

SEFIN: Secretaría de Finanzas

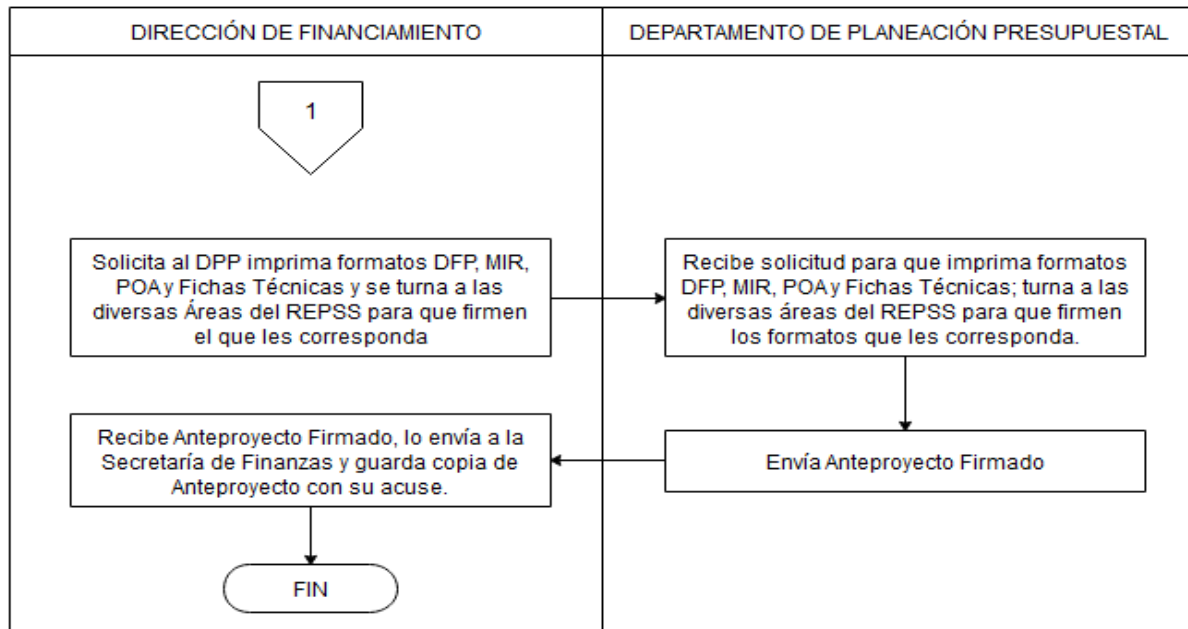
| | | |
|---|---|--------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | |
| | MP 07/1 COORDINACIÓN Y REVISIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE EGRESOS | Hoja: 2 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | |
| | MP 07/1 COORDINACIÓN Y REVISIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE EGRESOS | Hoja: 3 de 5 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO



Elaboró


Autorizó

Director de Financiamiento

C.P. Carlos Armando Cantún Caamal


Director General del Régimen Estatal De
Protección Social En Salud En Campeche
(REPSS)

Dr. Francisco Daniel Barreda Puga

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | | |
| | MP 07/1 COORDINACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE EGRESOS | | Hoja: 4 de 5 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|---|-----------------------|
| Dirección de Financiamiento | 1 | Recibe de la Secretaría de Finanzas instrucción y plazos para la elaboración del Anteproyecto de Egresos | Oficio |
| Dirección de Financiamiento | 2 | Envía instrucción al DPP, para empezar la elaboración del Anteproyecto de Egresos | Oficio |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 3 | Recibe instrucción para empezar la elaboración del Anteproyecto de Egresos (1)(2) | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 4 | Asigna presupuesto a las diversas Áreas del REPSS, enlaza Fin, Propósito, Componentes y Actividades a las Diversas Áreas del REPSS, elabora MIR, POA, Fichas Técnicas | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 5 | Una vez elaborado el Anteproyecto lo envía para su revisión. | Anteproyecto |
| Dirección de Financiamiento | 6 | Recibe, revisa y analiza el Anteproyecto | Anteproyecto |
| Dirección de Financiamiento | 7 | ¿El Anteproyecto tiene observaciones? - Si, regresa a la actividad (1) - No, pasa a la actividad 8 | |
| Dirección de Financiamiento | 8 | Ordena subir información del Anteproyecto en Sistema SIACAM | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 9 | Recibe Anteproyecto con visto bueno | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 10 | Sube Anteproyecto al sistema SIACAM de la Secretaría de Finanzas e informa al Director de Financiamiento | Sistema |
| Dirección de Financiamiento | 11 | Recibe informe de Anteproyecto y espera indicaciones de la Secretaría de Finanzas | |
| Dirección de Financiamiento | 12 | ¿La Secretaría de Finanzas indica observaciones? - Si, informa al DPP corregir observaciones (2) - No, se imprimen formatos | |

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO | | |
| | MP 07/1 COORDINACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE EGRESOS | | Hoja: 5 de 5 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|---|-----|--|-----------------------|
| Dirección de Financiamiento | 13 | Solicita al DPP imprima formatos DFP, MIR, POA y Fichas Técnicas y se turna a las diversas Áreas del REPSS para que firmen el que les corresponda | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 14 | Recibe solicitud para que imprima formatos DFP, MIR, POA y Fichas Técnicas; turna a las diversas áreas del REPSS para que firmen los formatos que les corresponda. | |
| Departamento de Planeación Presupuestal | 15 | Envía Anteproyecto Firmado | Oficio |
| Dirección de Financiamiento | 16 | Recibe Anteproyecto Firmado, lo envía a la Secretaría de Finanzas y guarda copia de Anteproyecto con su acuse. | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | |
| | MP 07/2 SEGUIMIENTO DE AUDITORIAS | Hoja: 1 de 4 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección Administrativa es el responsable del procedimiento.

Áreas del REPSS


Dirección Jurídica

Dirección de Financiamiento

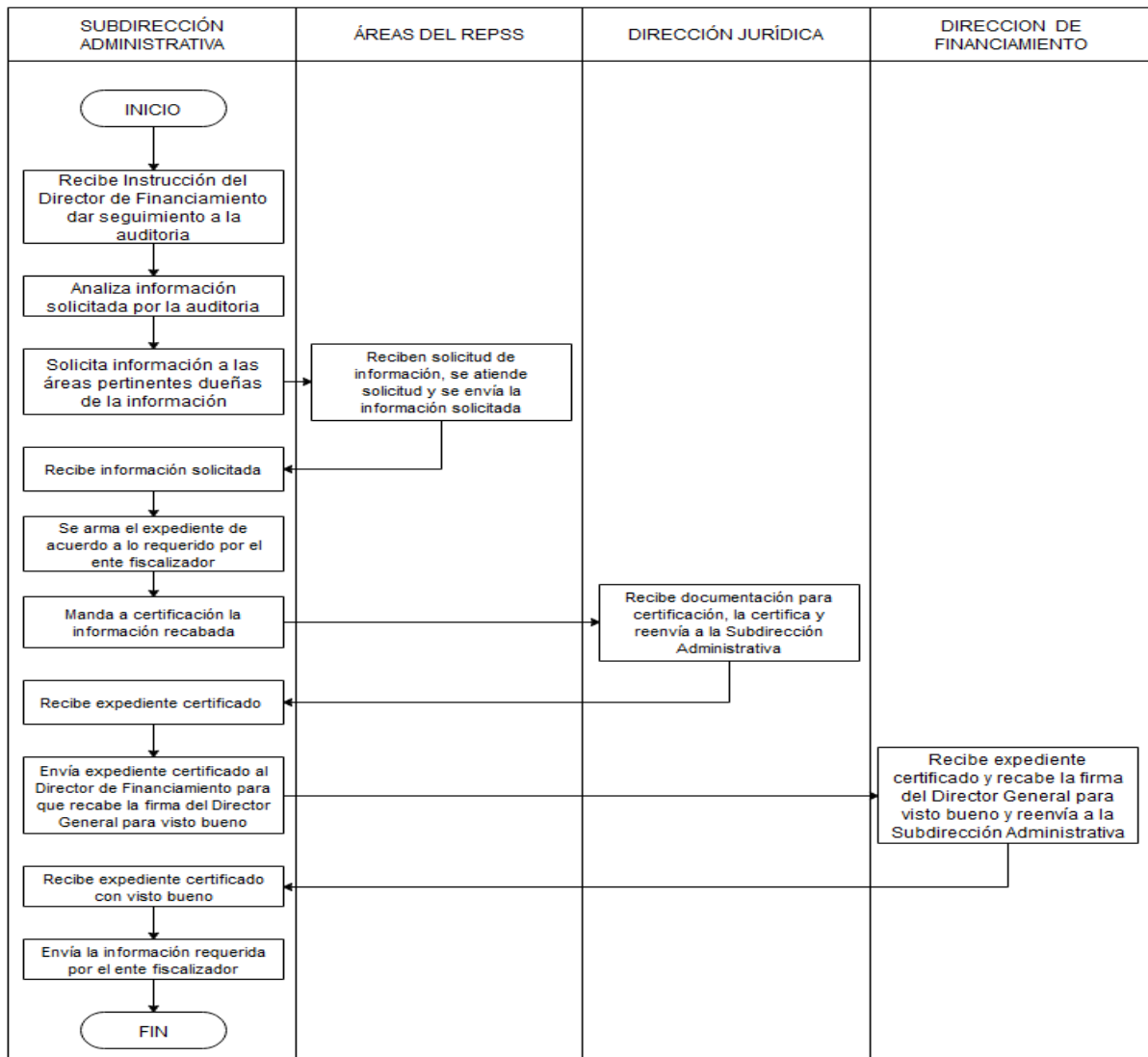
4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
- Ley de Procedimiento Administrativos para el Estado y los Municipios de Campeche
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Acuerdo por el que se da a Conocer a los Gobiernos de las Entidades Federativas la Distribución y Calendarización para la Ministración Durante el Ejercicio Fiscal XXXX, de los Recursos Correspondientes a los Ramos Generales 28 Participaciones a Entidades Federativas y Municipios, y 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | |
| | MP 07/2 SEGUIMIENTO DE AUDITORIAS | Hoja: 2 de 4 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó


Subdirector Administrativo
LFC. Jonatán Emmanuel Montero Gil

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | |
| | MP 07/2 SEGUIMIENTO DE AUDITORIAS | | Hoja: 3 de 4 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--------------------------------|-----|--|-----------------------|
| Subdirección de Administrativa | 1 | Recibe Instrucción del Director de Financiamiento dar seguimiento a la auditoria | Oficio-memo |
| Subdirección de Administrativa | 2 | Analiza información solicitada por la auditoria | |
| Subdirección de Administrativa | 3 | Solicita información a las áreas pertinentes dueñas de la información, ya sean Departamentos o Direcciones del REPSS y en su caso Dependencias involucradas. | Oficio |
| Áreas Pertinentes | | Reciben solicitud de información, se atiende solicitud y se envía la información solicitada. | |
| Subdirección de Administrativa | 4 | Recibe información solicitada | Oficio |
| Subdirección de Administrativa | 5 | Una vez recabada la información, se arma el expediente de acuerdo a lo requerido por el ente fiscalizador, y se le da una revisión final a la información | Expediente |
| Subdirección de Administrativa | 6 | Manda a certificación la información recabada | Oficio |
| Dirección Jurídica | | Recibe documentación para certificación, la certifica y reenvía a la Subdirección Administrativa | |
| Subdirección de Administrativa | 7 | Recibe expediente certificado | Oficio |
| Subdirección de Administrativa | 8 | Envía expediente certificado al Director de Financiamiento para que recabe la firma del Director General para visto bueno | Oficio |
| Dirección de Financiamiento | | Recibe expediente certificado y recabe la firma del Director General para visto bueno y reenvía a la Subdirección Administrativa | |
| Subdirección de Administrativa | 9 | Recibe expediente certificado con visto bueno | Oficio |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | |
| | MP 07/2 SEGUIMIENTO DE AUDITORIAS | | Hoja: 4 de 4 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|--------------------------------|-----|---|----------------------------|
| Subdirección de Administrativa | 10 | Envía la información requerida por el ente fiscalizador | Oficio sellado de recibido |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | |
| | MP 07/3 COORDINACIÓN DE ENVIÓ DE LA INFORMACIÓN DEL EJERCICIO DEL GASTO | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

Subdirección de Financiamiento es el responsable del procedimiento.

Departamento del Ejercicio del Gasto

Dirección de Financiamiento

4.- MARCO JURÍDICO


- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de salud
- Ley de Hacienda del Estado de Campeche.
- Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche.
- Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2017.
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021

5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

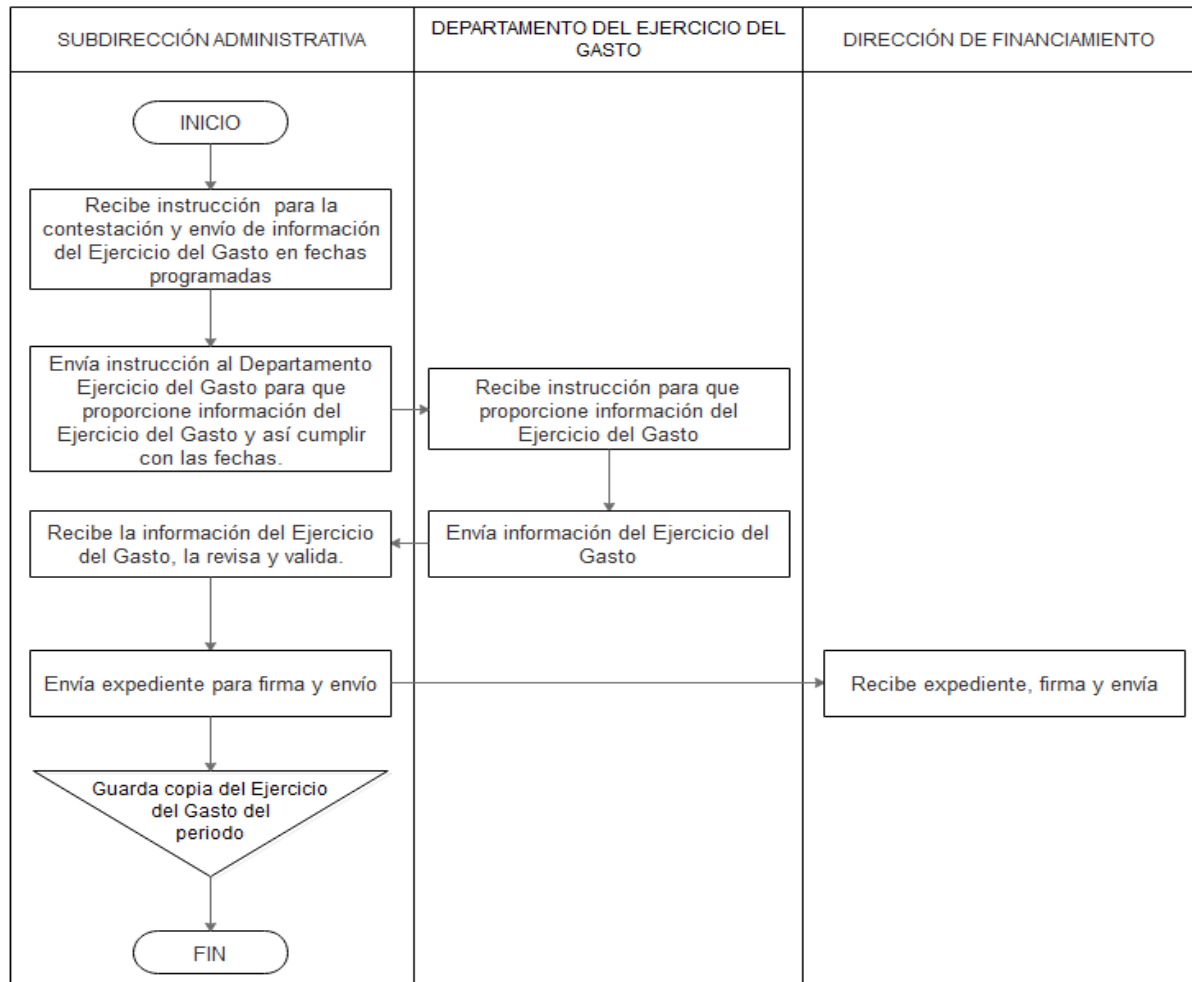
REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social

SEFIN: Secretaria de Finanzas

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | |
| | MP 07/3 COORDINACIÓN DE ENVIÓ DE LA INFORMACIÓN DEL EJERCICIO DEL GASTO | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Subdirector Administrativo
LFC. Jonatán Emmanuel Montero Gil

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA | | |
| | MP 07/3 COORDINACIÓN DE ENVIÓ DE LA INFORMACIÓN DEL EJERCICIO DEL GASTO | | Hoja: 3 de 3 |


7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSABLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|----------------------------------|-----|--|------------------------------|
| Subdirección de Financiamiento | 1 | Recibe instrucción del Director de Financiamiento para la contestación y envío de información del Ejercicio del Gasto en fechas programadas | Oficio |
| Subdirección de Financiamiento | 2 | Envía instrucción al Departamento Ejercicio del Gasto para que proporcione información del Ejercicio del Gasto y así cumplir con las fechas. | Oficio |
| Departamento ejercicio del gasto | 3 | Recibe instrucción para que proporcione información del Ejercicio del Gasto | |
| Departamento ejercicio del gasto | 4 | Envía información del Ejercicio del Gasto | |
| Subdirección de Financiamiento | 5 | Recibe la información del Ejercicio del Gasto, la revisa y valida. | Oficio de envío y expediente |
| Subdirección de Financiamiento | 6 | Envía expediente para firma y envío, y guarda copia del Ejercicio del Gasto del periodo | Oficio de envío y expediente |
| Dirección de Financiamiento | 7 | Recibe expediente para firma y envío | |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE EJERCICIO DEL GASTO | |
| | MP 07/4 CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO | Hoja: 1 de 3 |

1.- OBJETIVO

Establecer una sistemática para controlar la elaboración, codificación, identificación, distribución, modificación y retirada de toda la documentación aplicable dentro del sistema de calidad.

2.- ALCANCE

Se aplica a toda la documentación y registros generados en el establecimiento e implantación del Sistema de Calidad.

3.- RESPONSABILIDADES

El Departamento de Ejercicio del Gasto es el responsable del procedimiento.
Dirección de Financiamiento.

4.- MARCO JURÍDICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos
- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley General de salud
- Ley de Hacienda del Estado de Campeche.
- Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche.
- Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2017.
- Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Reglamento Interior del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)
- Plan Estatal de Desarrollo 2015-2021


5.- TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

POA: Programa Operativo Anual.

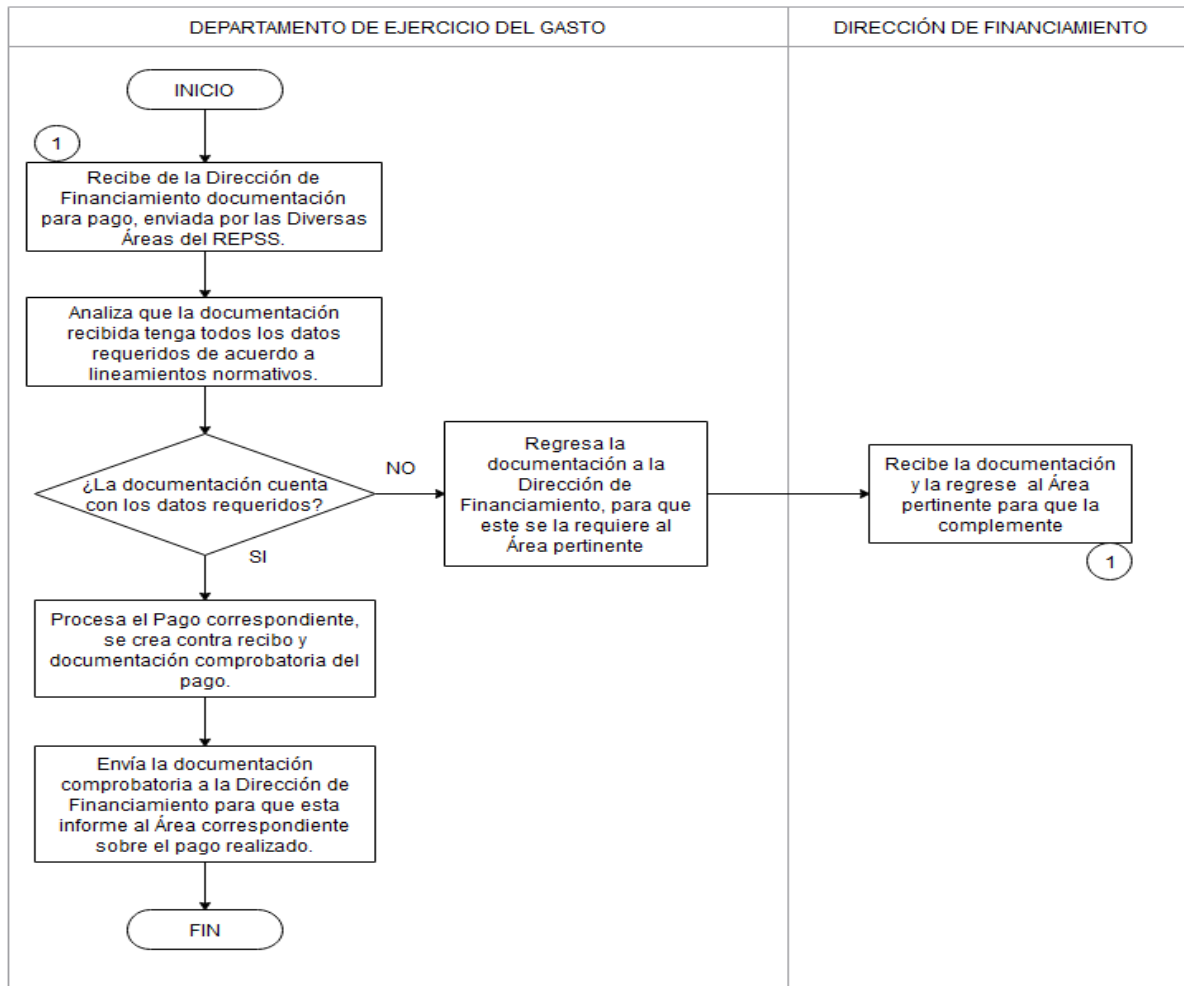
MIR: Matriz de Indicadores para Resultados.

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

SPS: Sistema de Protección Social en Salud

| | | |
|---|---|--------------|
|  SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE EJERCICIO DEL GASTO | |
| | MP 07/4 CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO | Hoja: 2 de 3 |

6.- DIAGRAMA DE FLUJO




Elaboró

Autorizó

Jefe de Departamento de
Ejercicio del Gasto
L.C. Luis Herminio Irabien Torres

Director de Financiamiento
C.P. Carlos Armando Cantún Caamal

| | | | |
|--|---|--|--------------|
|  SEGURO POPULAR <small>SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | Versión 1 |
| | DEPARTAMENTO DE EJERCICIO DEL GASTO | | |
| | MP 07/4 CONTROL DEL EJERCICIO DEL GASTO | | Hoja: 3 de 3 |

7.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| RESPONSBLE | NO. | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | FORMATOS O DOCUMENTOS |
|-------------------------------------|-----|---|----------------------------|
| Departamento de Ejercicio del Gasto | 1 | Recibe de la Dirección de Financiamiento documentación para pago, enviada por las Diversas Áreas del REPSS. | Oficio-memo-correo-factura |
| | 2 | Analiza que la documentación recibida tenga todos los datos requeridos de acuerdo a lineamientos normativos. | Documentación |
| | 3 | ¿La documentación cuenta con los datos requeridos? - Si, pasa a la actividad 4 - No, se regresa la documentación a la Dirección de Financiamiento, para que este se la requiere al Área pertinente. | Documentación - Oficio |
| | 4 | Procesa el Pago correspondiente, se crea contra recibo y documentación comprobatoria del pago. | Documentación |
| Dirección de Financiamiento | 5 | Envía la documentación comprobatoria a la Dirección de Financiamiento para que esta informe al Área correspondiente sobre el pago realizado. | Oficio - Documentación |
| | | FIN | |

8.- FORMATOS Y ANEXOS

9.- CONTROL DE CAMBIOS

| REVISIÓN | PAGINAS AFECTADAS | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | FECHA DEL CAMBIO |
|----------|-------------------|------------------------|------------------|
| | | | |

