



**CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y TRASLADO DE PACIENTES BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, EN LO SUCESIVO "EL ORGANISMO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR SU DIRECTORA GENERAL, LA MAESTRA MARÍA DEL CONSUELO ROBLES SIERRA, Y POR LA OTRA PARTE EL MUNICIPIO DE VALLE DE GUADALUPE, JALISCO, EN ADELANTE "EL MUNICIPIO", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LOS CC. MARÍA DEL REFUGIO BARBA GUTIÉRREZ, LIC. ARMANDO JIMÉNEZ VALADEZ Y EL MTRO. JOSÉ GUADALUPE GONZÁLEZ CASILLAS, EN SUS CARACTERES DE PRESIDENTE MUNICIPAL, SECRETARIO GENERAL, Y SÍNDICO, RESPECTIVAMENTE, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:**

**ANTECEDENTES:**

- I. El párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho de toda persona a la protección de la salud.
- II. La Ley General de Salud, reglamentaria del precepto constitucional, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General.
- III. Acorde a lo dispuesto por el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud, para los efectos del derecho a la protección de la salud, son servicios básicos de salud, la atención médica integral que entre otras acciones comprende la atención de urgencias.
- IV. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen entre otros, el derecho de recibir atención médica de urgencias, de conformidad con lo establecido por el artículo 77 bis 37, de la ley antes mencionada.

**DECLARACIONES:**

**I.- "EL ORGANISMO", A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:**

I.1.- Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con atribuciones para realizar aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado de Jalisco.

I.2.- Tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 3º, fracción X, de la Ley que lo crea, y a lo establecido en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, publicado el 06 de mayo de 1997, en el Diario Oficial de la Federación.

I.3.- Su Directora General está facultada para suscribir el presente instrumento, conforme a lo dispuesto por el artículo 10, fracciones I y XI, de la Ley de su creación y a la autorización otorgada por su Junta de Gobierno, a través del Acuerdo No. 003/2018/EXT/I, aprobado en la Primer Sesión



Extraordinaria celebrada el 17 de diciembre de 2018, y al nombramiento de fecha 06 de diciembre del año 2018, otorgado en su favor por el por el Gobernador del Estado de Jalisco el Ing. Enrique Alfaro Ramírez.

**II.- "EL MUNICIPIO", A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES, DECLARA QUE:**

**II.1.-** Es una institución de orden público, con personalidad jurídica y patrimonio propios, en los términos del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en correlación con los artículos 73 de la Constitución Política del Estado; 2º y 3º de la Ley del Gobierno y la Administración Pública Municipal, ambas del Estado de Jalisco.

**II.2.-** Su Presidente Municipal, Síndico y Secretario General, están autorizados para celebrar el presente convenio, según consta en la autorización otorgada en la Sesión Ordinaria de Ayuntamiento, celebrada el día 19 de marzo de 2019.

**II.3.-** Tiene los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo las acciones objeto del presente instrumento.

**III.- LAS PARTES, A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES, DECLARAN QUE:**

**III.1.-** Tienen a la vista los dispositivos normativos en los que constan la representación y facultades con las que comparecen, y consecuentemente se reconocen de forma recíproca la personalidad y capacidad con la que suscriben el presente instrumento.

**III.2.-** Comparecen a este acto en plenitud de facultades, de manera libre y espontánea, y convienen en sujetarse al tenor de las siguientes:

**CLÁUSULAS:**

**PRIMERA.- OBJETO.-** El presente convenio tiene por objeto establecer los compromisos de colaboración entre **"EL ORGANISMO"** y **"EL MUNICIPIO"**, para el fortalecimiento de las acciones para el traslado de pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que requieran atención médica de urgencias.

**SEGUNDA.- COMPROMISOS DE "EL ORGANISMO".-** Por el presente convenio **"EL ORGANISMO"** se obliga a:

1. Colaborar con **"EL MUNICIPIO"** en la prestación del servicio de atención médica de urgencias y traslado de pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, dentro del ámbito territorial de **"EL MUNICIPIO"**, para lo cual **"EL ORGANISMO"** destina las ambulancias que se describen a continuación:

| No ECON. | PLACAS   | MODELO | MARCA | SERIE             |
|----------|----------|--------|-------|-------------------|
| 1602     | JHZ-3103 | 2008   | FORD  | 1FTNE14W68DA62468 |
| 2236     | JHZ-3748 | 2012   | FORD  | 1FTNE1EW3CDA92017 |
| 2390     | JLS-1245 | 2014   | DODGE | 3C6TRVCG7EE124975 |



2. Entregar a **"EL MUNICIPIO"** las ambulancias relacionadas en el numeral anterior, equipadas conforme a las especificaciones establecidas por la Norma Oficial Mexicana *"NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas"*.
3. En caso de ser necesario, Coadyuvar a través de la dirección de la Región Sanitaria III Tepatitlán, para que el Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes capacite, al personal que designe **"EL MUNICIPIO"** para el manejo del vehículo y del equipo de urgencias, así como en primeros auxilios y reanimación cardio - pulmonar (RCP); para tal efecto, oportunamente **"EL ORGANISMO"** indicará a **"EL MUNICIPIO"** el lugar, fecha y hora donde tendrá verificativo la capacitación citada.
4. Coadyuvar a través de la dirección de la Región Sanitaria III Tepatitlán, para que el Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes, evalúe, expida y actualice periódicamente la constancia correspondiente, al personal que designe **"EL MUNICIPIO"** como conductor de ambulancia y técnico en urgencias médicas, con el objeto de que esté debidamente capacitado para la prestación de servicios de atención médica de urgencias y traslado de los pacientes afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, que lo requieran.
5. Realizar visitas de verificación a **"EL MUNICIPIO"** a efecto de vigilar y evaluar la ejecución y el cumplimiento de los compromisos derivados del presente convenio.

**TERCERA.- OBLIGACIONES DE "EL MUNICIPIO".-** Por virtud del presente convenio **"EL MUNICIPIO"** se obliga a:

1. Contratar y mantener vigente, un seguro para ambulancia de cobertura amplia para los vehículos objeto del presente convenio, que responda por los daños y perjuicios que pudieran ocasionarse con motivo de la posesión y utilización de las ambulancias de referencia, en caso de no hacerlo, **"EL MUNICIPIO"** responderá directamente de dichos daños y perjuicios.
2. Remitir a la Dirección de la Región Sanitaria III Tepatitlán y al Departamento de Servicios Generales de **"EL ORGANISMO"**, copia de la Póliza del Seguro a que se hace mención en el numeral anterior, en un plazo no mayor de 10 (diez) días naturales, contados a partir de la fecha de la firma del presente convenio. Igualmente, en el mismo término deberá presentar aviso de funcionamiento y de responsable ante la autoridad sanitaria competente, de conformidad con la normatividad aplicable.
3. Absorber en su totalidad el pago del deducible que pudiera generarse como consecuencia de algún siniestro o evento relacionado con la cobertura contratada.
4. Bajo ninguna circunstancia, se podrá utilizar los vehículos materia de este convenio en funciones distintas a la realización de traslados de pacientes o de apoyo a la atención médica de urgencias; para tal efecto se obliga a respetar los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana *NOM-237-SSA1-2004*.
5. Responsabilizarse del mantenimiento y conservación de las ambulancias, que incluye entre otros, el equipamiento médico, cubriendo el importe de los servicios e insumos (refacciones, gasolina, aceite, accesorios, material de curación, etc.) que requieran para su funcionamiento



y el de contribuciones, derechos e impuestos que se apliquen por su uso, así como en general para todos los servicios que sean necesarios para mantener los automotores en buenas condiciones de uso, lo cual será condición indispensable, así como reponer el instrumental médico que haya sido averiado y/o perdido y/o sustraído mientras las ambulancias se encuentren en comodato con **"EL MUNICIPIO"**.

6. Conservar las características con las que cuentan las ambulancias al momento de ser entregada, tales como el color y los logotipos institucionales, así como conservarlas y mantenerlas con el mismo equipo médico con que son entregadas cada una de ellas.
7. Realizar y llevar las bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo de las ambulancias, así como aplicar el formato del sistema de registro del uso de la misma, conforme a los formatos que se integran al presente como **Anexos 1 y 2**, y entregar copia de dicha bitácora a la Región Sanitaria III, Tepatlán.
8. Llevar el registro de los servicios otorgados a los pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, debiendo presentar dicho registro el día 30 de cada mes.
9. Contratar y supervisar al personal para realizar las funciones de conductor de ambulancia y de técnico en urgencias médicas, de manera indistinta, deberán contar con la licencia correspondiente, y la constancia expedida para tal fin, por el Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes (CEPAJ), como organismo encargado de coordinar el Sistema de Atención Médica de Urgencias en Jalisco (SAMU). Dicho personal deberá estar disponible las veinticuatro horas del día, todos los días del año para la realización de los servicios objeto del presente instrumento.
10. Apoyar en los servicios de traslado, cuando el médico responsable lo considere necesario, con el recurso humano adecuado, a fin de que lo asista en las necesidades del paciente.
11. Eximir a **"EL ORGANISMO"** de cualquier responsabilidad laboral, fiscal, de seguridad social y de cualquier otra índole, respecto del personal que contrate o comisione para la operación de las ambulancias.
12. Conocer, respetar y difundir los criterios que, en su caso, se establezcan en las políticas en materia de captación y ejercicio de cuotas de recuperación.
13. En caso de algún siniestro ocurrido a la (s) ambulancia (s), aún sin ser declarada pérdida total, informar de manera inmediata a **"EL ORGANISMO"**, al teléfono 01 (33) 30305000 extensión 35242 o 35243.

**CUARTA.- UBICACIÓN DE LAS AMBULANCIAS.-** Las partes acuerdan que los vehículos objeto del presente convenio permanecerán en comodato en favor de **"EL MUNICIPIO"**, y estará en todo momento disponible en la Presidencia Municipal, ubicada en la calle Presidencia Municipal S/N, Colonia Centro, C. P. 47381, en Valle de Guadalupe, Jalisco, para la eficaz prestación de servicios a la colectividad, conforme a los principios de universalidad, proporcionalidad en el cobro y gratuidad en el caso de los sujetos de la asistencia social.

**QUINTA.- COMPROBACIÓN DE LOS SERVICIOS.-** Los servicios otorgados a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, deberán ser comprobados oportunamente por **"EL**



**MUNICIPIO**” ante **“EL ORGANISMO”**, el día 30 treinta de cada mes (cuando la fecha establecida concurren en días inhábiles lo realizará al día hábil inmediato siguiente), mediante el procedimiento siguiente:

- I. **Documental:** Oficio original en hoja membretada que contenga signas del Presidente Municipal y/o Secretario General y/o Síndico y/o Director de Servicios Médicos Municipales de **“EL MUNICIPIO”**, especificando el número de servicio y copia firmada por el paciente beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud que recibió el servicio.
- II. **Documentación Soporte:** Del servicio otorgado de cada paciente y archivo escaneado de la misma, consistente en:
- III. **Copia simple de la Póliza de Afiliación vigente**, debidamente firmada por el titular de la misma.
- IV. **Copia simple de Identificación oficial del beneficiario**, que reciba la atención médica (IFE y/o INE, Pasaporte, Licencia de manejo, Acta de nacimiento, CURP, Carta de identidad, según el caso).

En caso de que **“EL MUNICIPIO”** incurra en falta o mora en la comprobación de los servicios por dos o más periodos establecidos en fechas otorgadas, se le apercibirá por escrito para que lo haga en un término no mayor a cinco días hábiles posteriores.

**SEXTA.- VIGENCIA.-** La vigencia del presente convenio iniciará a la fecha de su firma y concluirá al término de la presente Administración Pública Municipal es decir el día 30 de septiembre de 2021.

**SÉPTIMA.- CAUSAS DE RESCISIÓN.-** El presente convenio podrá ser rescindido por cualquiera de las partes, con motivo del incumplimiento de alguna de las obligaciones contenidas en el presente instrumento, y en particular, por las conductas siguientes:

- I. No asegurar las ambulancias en los términos que se mencionan en la cláusula tercera, numeral 1, de este convenio.
- II. Destinar los vehículos objeto del presente instrumento a propósito diferente al establecido en este.
- III. Utilizar como conductores de las ambulancias a personal que no cuente con licencia y la constancia, a que se refiere el numeral 9, de la cláusula tercera de este instrumento.
- IV. Negar la prestación del servicio de las ambulancias de manera injustificada.
- V. Dar un uso inadecuado a la ambulancia, equipo y accesorios afectos a las mismas.

**OCTAVA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.-** Si **“EL MUNICIPIO”** incurre en uno o varios de los supuestos previstos en la cláusula anterior, **“EL ORGANISMO”** a través de su Dirección de Recursos Materiales lo requerirá por escrito, para que subsane la deficiencia en un término de cinco días naturales a partir del día en que reciba la comunicación.



Si al finalizar dicho término **“EL MUNICIPIO”** no cumpliere satisfactoriamente dicho requerimiento, **“EL ORGANISMO”** podrá ejercitar el derecho de rescisión del presente convenio, bastando para ello la notificación por escrito que se realice a **“EL MUNICIPIO”**, con un mes de anticipación a la fecha en que se pretenda concluir.

**NOVENA.- SUPERVISIÓN.-** **“EL ORGANISMO”** a través de la Dirección de la Región Sanitaria III Tepatitlán, podrá supervisar y vigilar en todo momento, que **“EL MUNICIPIO”** cumpla con los compromisos adquiridos por virtud del presente convenio y posteriormente remitir un informe y documentación a la Dirección de Recursos Materiales.

**DÉCIMA.- DOMICILIOS.-** Para los efectos del presente instrumento, las partes señalan como sus domicilios, los siguientes:

1. **“EL ORGANISMO”**.- Calle Dr. Baeza Alzaga No. 107, Zona Centro, C.P. 44100, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.
2. **“EL MUNICIPIO”**.- Presidencia Municipal S/N, Colonia Centro, C. P. 47381, en Valle de Guadalupe, Jalisco

Enterados **“EL ORGANISMO”** y **“EL MUNICIPIO”** del contenido y alcance legal del presente instrumento lo suscriben en seis ejemplares, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, el día 17 diecisiete de mayo de 2019 dos mil diecinueve.

POR **“EL ORGANISMO”**

  
 \_\_\_\_\_  
**MTRA. MARÍA DEL CONSUELO ROBLES SIERRA.**  
**DIRECTORA GENERAL DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO**

POR **“EL MUNICIPIO”**

  
 \_\_\_\_\_  
**MARIA DEL REFUGIO BARBA GUTIERREZ.**  
**PRESIDENTE MUNICIPAL DE VALLE DE GUADALUPE, JALISCO.**

  
 \_\_\_\_\_  
**LIC. ARMANDO JIMÉNEZ VALADEZ.**  
**SECRETARIO GENERAL, DE VALLE DE GUADALUPE, JALISCO.**

  
 \_\_\_\_\_  
**MTR. JOSÉ GUADALUPE GONZÁLEZ GABRIELAS.**  
**SÍNDICO DE VALLE DE GUADALUPE, JALISCO.**

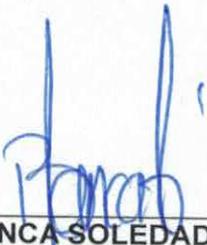




**TESTIGOS**



**LIC. GABRIELA SERRATOS FERNÁNDEZ.  
DIRECTORA GENERAL DE  
ADMINISTRACIÓN  
DE "EL ORGANISMO".**



**LIC. BLANCA SOLEDAD VALENCIA  
BARRAGÁN.  
DIRECTORA DE ASUNTOS JURÍDICOS  
DE "EL ORGANISMO"**



**DRA. MARÍA IDIONE MALDONADO  
ALEJANDRE.  
DIRECTORA DE REGIÓN SANITARIA III  
TEPATITLÁN, DE "EL ORGANISMO"**



La presente hoja corresponde a las firmas del Convenio de Colaboración para el Fortalecimiento de Acciones en la Atención de Urgencias y Traslado de Pacientes, celebrado por el O.P.D. Servicios de Salud Jalisco y el Municipio de Valle de Guadalupe, Jalisco, con fecha 17 de mayo de 2019, el cual consta de diez cláusulas y siete fojas útiles por uno sólo de sus lados, incluyendo ésta.





**ANEXO 2. DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y TRASLADO DE PACIENTES, CELEBRADO ENTRE SERVICIOS DE SALUD JALISCO Y EL MUNICIPIO DE VALLE DE GUADALUPE, JALISCO.**

**BITACORA DE SERVICIO DE AMBULANCIAS**

|                   |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|-------------------|-------|----------------|------------------|-----------------|-------------|------------------|------------|-------------------|--|--------|--|--------------------|--|------------|--|-------------------|--|
| FICHA CLINICA     |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | NOMBRE |  | _____              |  | MES        |  | _____             |  |
| EDAD              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | MEDICO RESPONSABLE |  | _____      |  | _____             |  |
| SEXO              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | LUGAR DE DESTINO   |  | REGULACION |  | No. DE REGULACION |  |
| No. DE SERVICIO   | FECHA | HORA DE SALIDA | LUGAR DE DESTINO | KMS. RECORRIDOS | DIAGNOSTICO | LUGAR DE DESTINO | REGULACION | No. DE REGULACION |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
| NUMERO SECUENCIAL |       |                |                  | INICIAL         |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|                   |       |                |                  | FINAL           |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
| FICHA CLINICA     |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | NOMBRE |  | _____              |  | MES        |  | _____             |  |
| EDAD              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | MEDICO RESPONSABLE |  | _____      |  | _____             |  |
| SEXO              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | LUGAR DE DESTINO   |  | REGULACION |  | No. DE REGULACION |  |
| No. DE SERVICIO   | FECHA | HORA DE SALIDA | LUGAR DE ORIGEN  | KMS. RECORRIDOS | DIAGNOSTICO | LUGAR DE DESTINO | REGULACION | No. DE REGULACION |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|                   |       |                |                  | INICIAL         |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|                   |       |                |                  | FINAL           |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
| FICHA CLINICA     |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | NOMBRE |  | _____              |  | MES        |  | _____             |  |
| EDAD              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | MEDICO RESPONSABLE |  | _____      |  | _____             |  |
| SEXO              |       |                |                  |                 |             |                  |            |                   |  | _____  |  | LUGAR DE DESTINO   |  | REGULACION |  | No. DE REGULACION |  |
| No. DE SERVICIO   | FECHA | HORA DE SALIDA | LUGAR DE ORIGEN  | KMS. RECORRIDOS | DIAGNOSTICO | LUGAR DE DESTINO | REGULACION | No. DE REGULACION |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|                   |       |                |                  | INICIAL         |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |
|                   |       |                |                  | FINAL           |             |                  |            |                   |  |        |  |                    |  |            |  |                   |  |

5

X