

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
---	--	---

CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LO SUCESIVO “EL IMSS”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR LA TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO Y APODERADA GENERAL, LA DRA. EDITH BERMÚDEZ ALONZO, Y POR LA OTRA, EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, EN ADELANTE “EL ORGANISMO”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL DR. JOSÉ DE JESÚS MENDEZ DE LIRA, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES:

I.- “EL IMSS”, a través de su representante, declara que:

I.1.- Es un organismo público descentralizado de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, conforme a lo dispuesto por el artículo 5° de la Ley del Seguro Social.

I.2.- Está facultado para prestar los servicios que tiene encomendados, de forma directa o indirecta, mediante convenios con otros organismos públicos o particulares para que, bajo su vigilancia y responsabilidad, estos se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad entre otros, acorde a lo que establece el artículo 89 de la Ley del Seguro Social.

I.3.- Se encuentra obligado a proporcionar a sus asegurados y beneficiarios los servicios médicos, en las formas y términos previstos por la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, y para lograr una adecuada cobertura, requiere de los servicios de “EL ORGANISMO”.

I.4.- Cuenta con disponibilidad presupuestal para cubrir las erogaciones derivadas del presente convenio de subrogación, tal como lo acredita con el Dictamen de Disponibilidad Presupuestal Previo identificado con el número de folio **0000143043-2021**, emitido el **20 de mayo del 2021**, suscrito por el Titular de la Jefatura de Finanzas **Anexo 9**

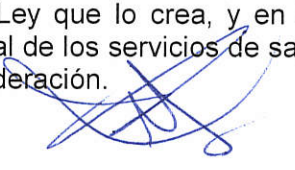
I.5.- Su apoderada general acredita su personalidad con la escritura pública número 94,989 de fecha 13 de febrero de 2020, otorgada ante la fe del Notario Público número 24 de la Ciudad de México, Licenciado Luis Ricardo Duarte Guerra, inscrita en el Registro Público de Organismos Descentralizados bajo Folio No. 97-7-19022020-145406 de fecha 19 de febrero 2020.

I.6.- Tiene su domicilio ubicado en la calle Belisario Domínguez No. 1000, Sector Libertad, de esta ciudad de Guadalajara, Jalisco.

II.- “EL ORGANISMO”, a través de su representante, declara que:

II.1.- Es un organismo público descentralizado de la administración pública estatal, creado mediante Ley publicada en el Periódico Oficial “El Estado de Jalisco” con fecha 10 de Abril de 1997, con personalidad jurídica y patrimonios propios, con atribuciones para realizar aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección a la salud de los habitantes del estado de Jalisco.

II.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 3, fracción X de la Ley que lo crea, y en 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.

  1

II.3.- La Ley General de Salud, reglamentaría del artículo 4º Constitucional determina en su numeral 5º que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública federal y local, y por las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud; en tanto que el artículo 8º del citado ordenamiento legal dispone que con propósito de complemento y de apoyo recíproco se delimitarán los universos de usuarios, y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

II.4.- Su Director General está facultado para suscribir el presente instrumento conforme a lo dispuesto por el artículo 10, fracciones I y XI de la Ley de su creación y mediante nombramiento otorgado de fecha 01 de febrero de 2020, expedido por el C. Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco, y a la autorización otorgada por su Junta de Gobierno en la Sexta sesión Ordinaria de fecha 14 de agosto del 2020, mediante acuerdo 009/2020/ORD/VI.

II.5.- Cuenta con la capacidad técnica y los recursos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones consignadas en el presente convenio.

II.6.- Tiene como domicilio, para todos los efectos legales, la finca marcada con el número 107 de la calle Dr. Baeza Alzaga, Zona Centro, en esta ciudad de Guadalajara, Jalisco.

III.- Ambas partes, a través de su representante, declaran que:

III.1.- El pago por el servicio médico y dental pactado en este convenio es distinto al establecido para los servicios públicos a la población general y se acuerdan con fundamento en lo dispuesto por los artículos 37 de la Ley General de Salud y 39 de la Ley de Salud del Estado de Jalisco.

III.2.- Por todo lo antes expuesto y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 36, 49 y 50 fracciones XVIII, XX, XXII y XXIII de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 66 numeral 1, fracción I, 71, numeral 1, fracción II y 78 numeral 1 fracciones II, inciso a) y III de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Jalisco; 1º, 2º, 3º, fracción X, y 10, fracciones I y XI, de la Ley que crea el Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud Jalisco", 4º, 5º y 251 fracción XXXII de la Ley del Seguro Social, 144 fracciones I, XXII y XXIII del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y cláusulas tercera y séptima del Acuerdo para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, acuerdan sujetarse al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- OBJETO.- El presente convenio tiene por objeto subrogar a "EL ORGANISMO" la prestación de los servicios que a continuación se describen, en beneficio de los derechohabientes de "EL IMSS" que, por razón de su domicilio, se adscriban a las unidades de fomento a la salud (UAFS), que operan dentro de los centros de salud que se especifica en el **Anexo 1** y **Anexo 2**, que debidamente suscritos por las partes forman parte del mismo.

Los servicios que incluye este convenio son:

- I. Servicios médicos de primer nivel, incluyendo las urgencias que en tal nivel se pueden atender
- II. Control y Seguimiento de pacientes crónicos y embarazadas
- III. Atención Preventiva y Promoción a la Salud de los derechohabientes del IMSS, con los programas de "EL ORGANISMO", y su registro en la Cartilla de Salud y Citas Médicas.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
---	--	---

- Registrar en el Programa de Vacunación (PROVAC) los niños derechohabientes vacunados en el Centro de Salud
- IV. Seguimiento hasta la confirmación diagnóstica de los derechohabientes que resulten con sospecha de alguna enfermedad a partir de las acciones preventivas
 - V. Notificación de casos de vigilancia epidemiológica, a la Unidad responsable del IMSS y su registro en las plataformas del Sistema de Información Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).
 - VI. Expedición de Incapacidad a los trabajadores que ameriten, con base en los reglamentos internos del IMSS
 - VII. Expedición de recetas médicas para surtimiento en el área habilitada por el IMSS
 - VIII. Registro de acciones y servicios otorgados en el formato de Atenciones Integrales de Salud (RAIS)
 - IX. En el servicio de Estomatología: Odontoplastias, odontectomía, detartrajes, Rayos X y tratamientos de emergencia.
 - X. Aplicación de los procedimientos para otorgar atención médica y odontológica a derechohabientes del IMSS **Anexo 5**

Las partes aceptan que los Directivos de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas de la Unidad de Medicina Familiar de apoyo y el Hospital General de Zona de **"EL IMSS"**, podrán acudir al Centro de Salud a supervisar la atención médica, mediante la revisión de los expedientes clínicos, recetas e incapacidades expedidas. Además de los procesos administrativos realizados por el personal de **"EL IMSS"** asignado al Centro de Salud. Los hallazgos y oportunidades de mejora que sean competencia de **"EL ORGANISMO"** serán informados a la autoridades que el designe

El Director médico de la unidad de medicina familiar de **"EL IMSS"**, de la cual depende y da apoyo a la UAFS de **"EL IMSS"**, tendrá comunicación directa con el director del Centro de Salud de **"EL ORGANISMO"** para todas las gestiones médicas y administrativas locales que se originen de este convenio.

Las prestaciones de dichos servicios de salud y su retribución se realizarán bajo las bases y modalidades determinadas por este convenio.

Las partes aceptan que el incremento o decremento en el número de unidades para la prestación de los servicios médicos se realizarán por Convenio Modificatorio que suscribirán los representantes institucionales. Los encargados de la operación, seguimiento y evaluación de las acciones pactadas en este convenio, serán los funcionarios públicos que ostenten los cargos que en seguida se señalan:

Por **"EL IMSS"**.- El Titular de la Coordinación de Prevención y Atención a la Salud

Por **"EL ORGANISMO"**.- El titular de la Dirección Médica.

Y todos aquellos representantes que sean asignados por ambas Instituciones de acuerdo a la problemática planteada

CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

"EL ORGANISMO", determinará los horarios de servicio para la atención de los pacientes del **"EL IMSS"**, buscando siempre la accesibilidad y oportunidad para la atención de estos.



Los médicos de "EL ORGANISMO", responsables de la atención médica de los pacientes de "EL IMSS", podrán referir a los pacientes que por urgencia o necesidad de mayor estudio de su patología, requieran del segundo nivel de atención, mediante los procedimientos que están establecidos, dirigidos al hospital de su Zona Médica.

Los médicos estomatólogos de "EL ORGANISMO" responsables de la atención estomatológica, de los pacientes del "IMSS" deberán requisitar el formato 4-30-2/03 "solicitud de subrogación de servicios" Anexo 4 y el formato "Nota de Estomatología MF6 o MF7 (Anverso y Reverso)" Anexo 10 por cada uno de los procedimientos realizados.

"EL IMSS" asignará un encargado administrativo y podrá asignar un promotor de salud o un auxiliar de enfermería según exista actualmente en plantilla autorizada, quienes otorgarán acciones preventivas y de apoyo a la atención médica de la población derechohabiente del IMSS, y para las actividades administrativas quienes cumplirán sus funciones enunadas en el contrato colectivo de trabajo vigente bajo la supervisión por el Director médico de la UAFS y del Director del Centro de Salud.

Para dotación de medicamentos y material de curación cuya relación se mencionan en el Anexo 7 y Anexo 8 calculados para los pacientes de "EL IMSS" el encargado administrativo de "EL IMSS" de cada Centro de Salud, solicitará mediante el formato "Bitácora para la Entrega y Recepción para el Suministro de Medicamentos y Material de Curación" Anexo 6 al director de la Unidad médica (UAFS) los medicamentos y material de curación que se suministrarán a los pacientes de "EL IMSS" de las unidades de salud que se especifican en el Anexo 1 y Anexo 2. Dichos medicamentos y material de curación se almacenarán, renovarán y surtirán en forma separada a los medicamentos de "EL ORGANISMO". Para tales efectos "EL ORGANISMO" proporcionará un "ESPACIO FÍSICO" al encargado administrativo de "EL IMSS"

El control de inventarios de medicamentos y material de curación será responsabilidad del encargado administrativo de "EL IMSS" en cada unidad de salud de "EL ORGANISMO". Ambas partes convienen en que la llave de ingreso a "ESPACIO FÍSICO" estará únicamente en poder del encargado administrativo del IMSS.

En el caso de que a derechohabientes de "EL IMSS" les sea prescrito algún medicamento del Anexo 7 que no se encuentre en existencia, le será surtido de las existencias de "EL ORGANISMO", comprometiéndose "EL IMSS" a reponerlo, de la misma especie, calidad y cantidad, dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes.

De igual forma, cuando "EL ORGANISMO" carezca de algún medicamento del Anexo 7, se le podrá surtir por "EL IMSS", comprometiéndose a devolverlo de la misma especie, calidad y cantidad, dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes.

Estos intercambios de medicamentos entre las partes deberán de documentarse en el formato "Bitácora de Entrega y Recepción para el Suministro de Medicamentos y Material de Curación" que se integra al presente convenio, debidamente suscrito por las partes, como Anexo 6.

"EL IMSS" realizará una reposición a "EL ORGANISMO" del material de curación descrito en el Anexo 8 que se haya utilizado para la atención de pacientes "EL IMSS". El administrador de "EL ORGANISMO" o a quien el designe, informará al encargado administrativo de "EL IMSS" mediante el formato "Bitácora para la Entrega y Recepción para el Suministro de Medicamentos y Material de Curación" Anexo 6, la cantidad de material de curación utilizado en el paciente de "EL IMSS" para su

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
---	--	---

reposición, excluyendo a los procedimientos estomatológicos ya que de acuerdo al convenio, este rubro es pagado por procedimiento.

El Encargado Administrativo será el responsable de resguardar los blocks de recetas e incapacidades temporales para el trabajo, serán otorgados a los Médicos o Estomatólogos de **"EL ORGANISMO"** por folio de acuerdo a la necesidad para su prescripción, al momento de su entrega deberá recabar nombre y firma del Médico a quien le será entregado, así mismo consignará los números de folio otorgados. Al terminarse la dotación el Médico de **"EL ORGANISMO"**, entrega el block vacío de medicamentos o las incapacidades temporales para el trabajo, al encargado Administrativo y este regresa el block vacío siendo remitido a la Unidad de Medicina Familiar tramitadora.

El Encargado Administrativo será el responsable de llevar el control de recepción, almacenamiento, canje y dotación de los medicamentos, debiendo agregar el No de Folio de la Receta surtida en el **Anexo 6**.

"EL IMSS" capacitará y asesorará a cada uno de los Médicos y Estomatólogos de **"EL ORGANISMO"**, en materia para prescribir una incapacidad temporal para el trabajo y entregará documento en físico con el Reglamento de Prestaciones Médicas en donde se señala su aplicación.

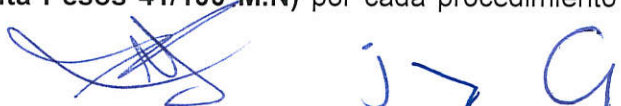
SEGUNDA- IMPORTE DEL CONTRATO.- **"EL INSTITUTO"** cuenta con un presupuesto como compromiso a ejercer por los servicios objeto de este convenio, por un importe mínimo de **\$947,307.34 (NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRECIENTOS SIETE PESOS 34/100 MN)**) no genera Impuesto al Valor Agregado y un presupuesto máximo susceptible de ejercer por un importe de **\$2'368,268.35 (DOS MILLONES, TRECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS 35/100 MN)** no genera Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.)

TERCERA.- OBLIGACIONES DE "EL ORGANISMO".- "EL ORGANISMO" se obliga a:

- I. Proporcionar los servicios objeto de este convenio, con calidad y oportunidad, a los derechohabientes que lo soliciten y que estén adscritos a las unidades de salud correspondientes, detalladas en el **Anexo 1** y **Anexo 2**, que debidamente suscritos por las partes se integran al presente para formar parte del mismo.
- II. Prestar los servicios a que se refiere la fracción anterior en sus instalaciones, con el personal y con el equipamiento con que cuente, actualmente o en el futuro, en las unidades de salud respectivas, señaladas en el **Anexo 1** y **Anexo 2**.
- III. Participar con **"EL IMSS"** en la revisión trimestral del número de derechohabientes adscritos a cada una de las unidades de salud descritas para el ajuste del pago mensual, en el cierre de los meses.

CUARTA.- OBLIGACIONES DE "EL IMSS".- Por su parte "EL IMSS" se obliga a:

- I. Entregar a **"EL ORGANISMO"** el pago por los servicios médicos prestados de la siguiente forma:
 - a) El pago mensual a **"EL ORGANISMO"**, de **\$13.65 (Trece pesos 65/100 M.N)** será por cada uno de los derechohabientes adscritos a las unidades de salud descritas en el **Anexo 1** y un pago de **\$140.41 (Ciento Cuarenta Pesos 41/100 M.N)** por cada procedimiento de atención



estomatológica en las unidades de salud descritas en el **Anexo 2**, este pago será cubierto en mensualidades vencidas bajo el siguiente procedimiento:

1. El encargado administrativo de "EL IMSS" adscrito a cada una de las unidades médicas (UAFS) señaladas en el **Anexo 1 y Anexo 2**, entregará en los primeros cinco días hábiles del siguiente mes que cerró al Director de la Unidad (UAFS), la copia del informe mensual de la población derechohabiente **Anexo 3**, servicios estomatológicos otorgados **Anexo 4 y Anexo 10**, para su autorización y formalización.

2. El Director de la Unidad (UAFS) correspondiente, al día siguiente al que reciba la copia del informe señalado en el inciso anterior, entregará el recibo de pago para que el encargado administrativo de "EL IMSS" lo exhiba y gestione ante las oficinas administrativas del Hospital General de Zona correspondiente.

- II. Ubicar físicamente, en cada una de las unidades de salud un encargado administrativo que se desempeñará en coordinación con el personal de "EL ORGANISMO", para dar cumplimiento al manual de procedimientos para la atención de derechohabientes de "EL IMSS" en unidades de salud en "EL ORGANISMO". Dicho encargado administrativo, además de realizar las funciones propias de "EL IMSS", deberá elaborar las estadísticas de los servicios otorgados a los derechohabientes en conjunto con personal del Centro de Salud de "EL ORGANISMO", para integrar el Sistema Estatal de Información en Salud, tomando como fuente la hoja de consulta externa proporcionará en tiempo y forma la información requerida por "EL ORGANISMO". Ambas partes acuerdan que este procedimiento será validado y autorizado por el Director de la unidad de Medicina Familiar sede junto con el Director de la unidad (UAFS).

- III. Informar a sus derechohabientes del "IMSS" que deberán acreditar su afiliación en las unidades de salud de "EL ORGANISMO" que se les brinde el servicio, mediante copia de su afiliación vigente.

QUINTA.- SOBRE EL PAGO.- Ambas partes convienen que, el monto de las cuotas de recuperación será fijo y solo podrá modificarse durante la vigencia del presente instrumento jurídico previo acuerdo de las partes.

SEXTA.- REVISIÓN DEL NÚMERO DE DERECHOHABIENTES.- Las partes en forma trimestral revisarán el número de derechohabientes adscritos a cada unidad detallada en el **Anexo 1**, determinándose la población adscrita que se derive de dicha revisión, para los efectos de la cuantificación en aumento o decremento del pago, durante los cierres de los meses: septiembre y diciembre y se aplicará a la cuota del trimestre posterior.

SEPTIMA.- PERSONAL.- En virtud de que "EL ORGANISMO" cuenta con personal necesario y elementos propios para ejecutar los servicios objeto del presente convenio, exime desde ahora a "EL IMSS" de cualquier responsabilidad laboral que pudiera existir con respecto al personal de "EL ORGANISMO" que preste servicios a los derechohabientes en los términos del presente convenio.

Dado que el personal comisionado a que se refiere la cláusula cuarta, fracción II, tiene como patrón a "EL IMSS", este exime a "EL ORGANISMO" de cualquier responsabilidad laboral, de seguridad social o de cualquier otra índole, que pudiera surgir en relación a estos trabajadores.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
---	--	---

De igual forma, por causa de fuerza mayor, ajena a los objetos de este instrumento, las partes podrán dar término anticipado del convenio en cualquiera de las poblaciones listadas en el **Anexo 1** y **Anexo 2**, dando aviso por escrito a la contraparte con 30 treinta días de anticipación.

OCTAVA.- TELEFONO Y CONEXIÓN A INTERNET.- El personal de “**EL IMSS**” podrá utilizar el teléfono de la unidad de salud de su adscripción, debiendo cubrir el costo de la llamada más el I.V.A. correspondiente, para lo cual “**EL ORGANISMO**” proporcionará una copia fotostática del recibo telefónico en el que se enlisten las llamadas hechas por el personal de “**EL IMSS**”. “**EL IMSS**” realizará el mantenimiento a sus equipos de cómputo y se responsabilizará de la contratación del servicio de INTERNET

NOVENA.- VIGENCIA.- El presente convenio inicia su vigencia a partir del día **01 de junio al 31 de diciembre del 2021**.

DECIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.- Cualquiera de las partes podrá, en todo tiempo, dar por concluido el presente convenio bastando para ello:

- I. Que se dé aviso por escrito a la otra parte con cuarenta y cinco días naturales de anticipación.
- II. Que se cubran los saldos insolutos de las obligaciones generadas hasta el momento.

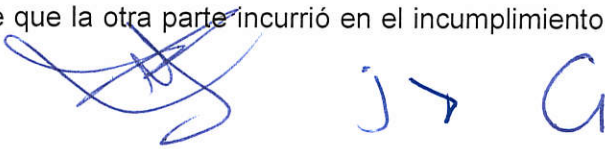
DÉCIMA PRIMERA.- RESCISIÓN POR INCUMPLIMIENTO.- El incumplimiento de una o más de las obligaciones que las partes contraen por virtud de este convenio, será causa suficiente para la rescisión del mismo,

La rescisión tendrá como efecto dar por concluido el presente convenio, pero seguirán subsistiendo las obligaciones relativas a las contraprestaciones por los servicios que al momento de la rescisión ya se hubieran prestado, y por medicamentos que al momento de la rescisión ya se hubieran proporcionado.

DÉCIMA SEGUNDA.- “EL IMSS” designará un encargado administrativo y/o promotor de salud y a falta de esta designación “**EL ORGANISMO**” notificará la carencia y “**EL IMSS**” proporcionará la atención médica con recurso propio, subsistiendo las obligaciones para el resto de las unidades médicas relacionadas en el **anexo 1** y **Anexo 2**.

DÉCIMA TERCERA.- PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN.- Las partes convienen expresamente en someterse al siguiente procedimiento de rescisión:

- I. Cuando se considere que una de las partes ha incumplido una o más de las obligaciones consignadas en el presente convenio, la parte afectada notificará oportunamente y por escrito a la otra parte.
- II. La parte a la que se le imputa el incumplimiento tendrá un término de 15 días naturales, contados a partir de la fecha que se reciba la citada notificación, para manifestar por escrito lo que a su derecho convenga, presentando en su caso, las pruebas o elementos de juicio pertinentes.
- III. La parte que notificó el incumplimiento, analizará la manifestación hecha por la otra parte y las pruebas o elementos presentados, y le comunicará su resolución definitiva.
- IV. Si la resolución fuere en el sentido de que la otra parte incurrió en el incumplimiento, procede la rescisión del convenio.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS

CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE
SERVICIOS MÉDICOS
S1M0085

DÉCIMA CUARTA.- INTERPRETACIÓN, EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO.- Para la interpretación, ejecución y cumplimiento de este convenio, las partes se someten expresamente a la jurisdicción de los tribunales federales competentes de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, con renuncia expresa de cualquier otro fuero que pudiera corresponder por razón de domicilio presente y futuro, o de cualquier otra causa.

El presente instrumento se suscribe por septuplicado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, el 1 (uno) de junio del 2021 (dos mil veintiuno), quedando tres ejemplares en poder de "EL ORGANISMO" y los restantes en poder de "EL IMSS".

POR "EL IMSS"

DRA. EDITH BERMUDEZ ALONZO
APODERADA GENERAL Y TITULAR DEL ÓRGANO
DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO

MTRA. ADRIANA MICHEL REVELES
TITULAR DE LA JEFEATURA DE LOS SERVICIOS DE
PRESTACIONES MEDICAS DEL ÓRGANO DE
OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO

DR. JOSÉ DE JESUS MENDEZ DE LIRA
DIRECTOR GENERAL DEL ORGANISMO
PÚBLICO DESCENTRALIZADO "SERVICIOS DE
SALUD JALISCO"

POR "EL ORGANISMO"

GABRIELA SERRATOS FERNÁNDEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
DEL O.P.D. "SERVICIOS DE SALUD JALISCO"

DRA. JANETT ALVARADO GONZÁLEZ
DIRECTORA MEDICA
DEL O.P.D. "SERVICIOS DE SALUD JALISCO"

LIC. JORGE MIGUEL GONZÁLEZ HERRAN
TITULAR DE LA JEFEATURA DE SERVICIOS
JURIDICOS DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN
ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
JALISCO

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN PERTENECEN AL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE FECHA PRIMERO DE JUNIO DEL DOS MIL VEINTIUNO, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO POR LA TITULAR DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL JALISCO, DRA. EDITH BERMUDEZ ALONZO, Y POR LA OTRA EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO REPRESENTADO POR EL DR. JOSÉ DE JESUS MENDEZ DE LIRA.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 1 (PAGINA 1 DE 1)

RELACION DE UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCION MEDICA DE PRIMER NIVEL A DERECHOAHIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SEGÚN REGION SANITARIA, ZONA DEL IMSS Y POBLACION DERECHOAHIENTES ADSCRITOS, Y EL COSTO QUE EQUIVALE AL PERIODO DEL 01 DE JUNIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021.

Centro de Salud	Región Sanitaria	Unidad Auxiliar de Fomento a la Salud IMSS	Población Derechohabiente 2021	Costo mensual	Costo Anual
CUQUIO	XI TONALA	UAFS 101 CUQUIO	649	8,858.85	62,011.95
ATEMAJAC DE BRIZUELA	VI CD GUZMÁN	UAFS 147 ATEMAJAC DE BRIZUELA	315	4,299.75	30,098.25
ATENGO	IV AMECA	UAFS 148 ATENGO	350	4,777.50	33,442.50
CHIQUILISTLÁN	IV AMECA	UAFS 151 CHIQUILISTLÁN	1400	19,110.00	133,770.00
JUCHITLÁN	IV AUTLAN	UAFS 152 JUCHITLÁN	2250	30,712.50	214,987.50
CUAUTITLÁN	IV AUTLÁN	UAFS 122 CUAUTITLÁN	2215	30,234.75	211,643.25
VILLA PURIFICACIÓN	IV AUTLÁN	UAFS 126 VILLA PURIFICACIÓN	1057	14,428.05	100,996.35
JILOTLÁN DE LOS DOLORES	V TAMAZULA	UAFS 115 JILOTLÁN DE LOS DOLORES	167	2,279.55	15,956.85
TOLIMÁN	VI CD GUZMÁN	UAFS 118 TOLIMÁN	1026	14,004.90	98,034.30
ZAPOTITLÁN DE VADILLO	VI CD GUZMÁN	UAFS 121 ZAPOTITLÁN DE VADILLO	1114	15,206.10	106,442.70
COPALA	VI CD GUZMÁN	UAFS 161 COPALA	172	2,347.80	16,434.60
ATENGUILLO	IX AMECA	UAFS 138 ATENGUILLO	432	5,896.80	41,277.60
GUACHINANGO	IX AMECA	UAFS 139 GUACHINANGO	549	7,493.85	52,456.95
HOTOTIPAQUILLO	IX AMECA	UAFS 140 HOTOTIPAQUILLO	732	9,991.80	69,942.60
MIXTLÁN	IX AMECA	UAFS 142 MIXTLÁN	406	5,541.90	38,793.30
SAN MARCOS	IX AMECA	UAFS 143 SAN MARCOS	1214	16,571.10	115,997.70
SAN SEBASTIÁN DEL OESTE	VIII PTO VALLARTA	UAFS 144 SAN SEBASTIÁN DEL OESTE	648	8,845.20	61,916.40
HUEJUCAR	I COLOTLÁN	UAFS 103 HUEJUCAR	728	9,937.20	69,560.40
HUEJUQUILLA	I COLOTLÁN	UAFS 104 HUEJUQUILLA	491	6,702.15	46,915.05
TOTATICHÉ	I COLOTLÁN	UAFS 108 TOTATICHÉ	798	10,892.70	76,248.90
VILLA GUERRERO	I COLOTLÁN	UAFS 109 VILLA GUERRERO	470	6,415.50	44,908.50
CONCEPCIÓN DE BUENOS AIRES	V TAMAZULA	UAFS 150 CONCEPCIÓN DE BUENOS AIRES	980	13,377.00	93,639.00
LA MANZANILLA	V TAMAZULA	UAFS 153 LA MANZANILLA	800	10,920.00	76,440.00
MEZQUITIC	I COLOTLÁN	UAFS 163 MEZQUITIC	831	11,343.15	79,402.05
EL TUITO	VIII PTO VALLARTA	UAFS 157 EL TUITO	2077	28,351.05	198,457.35
YELAPA	VIII PTO VALLARTA	UAFS 158 YELAPA	136	1,856.40	12,994.80
TUXCACUESCO	IV AUTLÁN	UAFS 119 Tuxcacuesco	1750	23,887.50	167,212.50
TOTAL			23,757	324,283.05	2,269,981.35

Cuota mensual por DH adsc	13.65
---------------------------	-------

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 2 (PÁGINA 1 DE 1)

RELACION DE UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO DEL INSTUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SEGÚN REGION SANITARIA, ZONA DEL IMSS Y EL COSTO POR PROCEDIMIENTO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA QUE EQUIVALE AL PERIODO ESTIMADO DEL **01 DE JUNIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021** A DERECHOAHIENTES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Región Sanitaria	Zona IMSS	Unidad de Salud	Consultas y/o procedimientos estimados entre las 9 Unidades de Salud para el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre 2021	Monto Máximo en el Convenio destinado para las consultas y/o procedimientos Estomatológicos en pesos M.N.
VI Ciudad Guzmán	Ciudad Guzmán	Centro de Salud "San Gabriel"	700	\$98,287.00
VII Autlán	Autlán	Hospital de Primer Contacto "Cihuatlán"		
VII Autlán	Autlán	Centro de Salud "El Grullo"		
VII Autlán	Autlán	Centro de Salud "Cuahutitlán"		
VIII Puerto Vallarta	H.G.Z. No 89	Hospital de Primer Contacto "Mascota"		
XI Tonalá	H.G.Z. No 89	Centro de Salud "Cuquío"		
XI Tonalá	H.G.Z. No 89	Centro de Salud "Ixtlahuacán del Río"		
IV Ameca	Villa Corona	Chiquilistlán SSJ		
I Colotlán	HGZ No 89	Hospital de Primer Contacto "Huejúcar"		
Costo estimado consulta/procedimiento estomatológica 140.41 pesos M.N. por evento				

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 3 (PÁGINA 1 DE 1)

INFORME MENSUAL DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
Referencia de documento (<u>Numero de Oficio</u>) Lugar y fecha _____	
Dirigido a: Cargo del representante de "EL ORGANISMO" en la jurisdicción.	
Con gusto de saludarle, en seguimiento al convenio S1M0085 para la Subrogación de Servicios Médicos de Primer Nivel de Atención, vigente del 01 de junio al 31 de diciembre de 2021, informo a usted que la U.A.F.S. No. _____ <u>nombre de la UAFS</u>, de acuerdo al Anexo 1 del convenio referido tiene _____ <u>número derechohabientes</u> registrados, correspondientes al mes de _____ de 2021.	
Lo anterior para los trámites administrativos que haya lugar.	
Sin más por el momento agradezco la atención al presente.	
<u>Nombre, cargo y firma del Director Médico de la unidad (UAFS).</u>	

}



ANEXO 4 (PÁGINA 1 DE 3)
FORMATO 4-30-2/03 "SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS"

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		FOLIO: <u>2</u>	
SOLICITUD DE SUBROGACION DE SERVICIOS (4-30-2/03)			
DELEGACION/ UMAE: <u>1</u>		FECHA: <u>3</u> DÍA MES AÑO	
UNIDAD MEDICA: <u>4</u> CLAVE PRESUPUESTAL: TIPO Y NÚMERO: LOCALIDAD:		PACIENTE: NOMBRE: <u>5</u> SEXO: M ☐ F ☐ NO. DE SEGURIDAD SOCIAL CURP: <u>6</u>	
SERVICIO QUE DERIVA: NOMBRE: <u>8</u> DIRECCION:		RAMO DE SEGURO QUE SE AFECTA: <u>9</u> RT ☐ EG ☐ MAT ☐ IV ☐ PEN ☐ SpFAM ☐	
TIPO DE SERVICIO ORDINARIO: ☐ <u>7</u> URGENCIA: ☐ MOTIVO DE SUBROGACIÓN: <u>8</u> CS ☐ FP ☐ FE ☐ FI ☐		VIGENCIA DE DERECHOS <u>10</u>	
DIAGNOSTICO Y RESUMEN CLINICO: <u>11</u>			
GRUPO A SUBROGAR: <u>12</u> CONSULTA MEDICINA FAMILIAR: ☐ CONSULTA ESPECIALIDADES ☐ CONSULTA DENTAL ☐ HOSPITALIZACIÓN MEDICA ☐ HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA ☐ MATERNO INFANTIL ☐ AUX DE DX EN LABORATORIO ☐ AUX DE DX EN GABINETE ☐ AUX DE TRATAMIENTO ☐			
SERVICIO (S) A SUBROGAR <u>13</u> CANTIDAD ESPECIFICAR:			
PROVEEDOR <u>14</u> NOMBRE O RAZON SOCIAL: DOMICILIO: CONTRATO No. VIGENCIA DEL: RFC: TEL: AL:			
ELABORÓ		Vo.Bo JEFE DE SERVICIO	
NOMBRE		AUT. DIRECTOR UNIDAD	
MATRÍCULA			
FIRMA			
CONSTANCIA DE QUE EL SERVICIO SE RECIBIÓ <u>15</u> NOMBRE: PACIENTE: ☐ FAMILIAR: ☐ RESPONSABLE: ☐ PARENTESCO: DIRECCIÓN: TEL: FECHA: FIRMA:			



ANEXO 4 (PÁGINA 2 DE 3)

FORMATO 4-30-2/03 "SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS"

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
1	Delegación y UMAE	El nombre de la, Delegación o UMAE de las cuales depende la unidad médica.
2	Folio	El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural. NOTA: Deberá procurarse sea preimpreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados.
3	Fecha	Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002).
4	Unidad Médica	La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.).
5	Paciente	Los datos que identifican al paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y número de seguridad social con su agregado y su CURP.
6	Servicio que deriva	El nombre del departamento donde se genera la solicitud del servicio (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad).
7	Tipo de servicio	Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine el médico tratante debe recibir el servicio el paciente.
8	Motivo de subrogación	CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o descompuesto, FI: falta de insumos



ANEXO 4 (PÁGINA 3 DE 3)
FORMATO 4-30-2/03 "SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS"

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
9	Ramo de seguro que se afecta	Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio al paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT: maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAm: seguro de salud para la familia).
10	Vigencia de derechos	La certificación que hace el área de control de prestaciones antes del visto bueno del Jefe de Servicio o Jefe de Departamento Clínico.
11	Diagnóstico o datos	El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, o todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por el Jefe de Departamento Clínico y/o el Director o encargado de la unidad médica.
12	Grupo a subrogar	Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnóstico Gabinete.
13	Servicio (s) a subrogar	La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar al paciente para su atención.
14	Proveedor	El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabora cada unidad médica.
15	Elaboró	Nombre, matrícula y firma del responsable de su elaboración.
16	Vo. Bo. Jefe de Servicio	de Nombre, matrícula y firma.
17	Aut. del Director de la Unidad	Nombre, matrícula y firma del Director de la unidad médica o de quien él designe.
18	Constancia de que el servicio se recibió	Datos generales del paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 5 (PÁGINA 1 DE 1)

ACTIVIDADES PARA OTORGAR ATENCION MÉDICA Y ODONTOLÓGICA A DERECHOHABIENTES DEL IMSS

MÉDICO GENERAL:

- 1.- Otorgará la atención médica del primer nivel de acuerdo a las normas, lineamientos y Guías de Práctica Clínica que para tal fin emita el organismo.
- 2.- De acuerdo a los criterios clínicos prescribirá el Certificado de incapacidad temporal para el trabajo.
- 3.- Envió al paciente a un segundo nivel de atención de "EL IMSS" en caso de que la patología sea de mayor complejidad para la atención en la Unidad médica.
- 4.- Recabará la firma del paciente y dos testigos en la "Carta de consentimiento informado" cuando los procedimientos de diagnóstico y tratamiento así lo requieran.
- 5.- Derivará al paciente a otros servicios de EL IMSS cuando requiera complementar el diagnóstico, tratamiento o necesidad de alguna intervención.
- 6.- Prescribirá medicamentos a aquellos pacientes que por sus condiciones y a criterio médico lo requieran, de acuerdo a los medicamentos autorizados para el primer nivel de atención.

EL SERVICIO DE DENTAL:

- 1.-Otorgar atención odontológica al paciente que lo solicite en forma directa o sea derivado por el equipo de salud, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por el Organismo.
- 2.-Realizar tratamientos, preventivos de los padecimientos buco dentales en forma integral de acuerdo a los programas del Organismo.
- 3.- Los tratamientos realizados deberán quedar asentados en el Formato MF6 o MF7 "Nota de Estomatología", así como la fecha de la realización del tratamiento, Odontoplastias, odontectomía, detartrajes, Rayos X y tratamientos de emergencia.
- 4.-Recabará la firma del paciente y dos testigos en la "Carta de consentimiento informado" cuando los tratamientos así lo requieran.
- 5.-Aplicará los criterios de la "Guía técnica de estomatología", para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, de acuerdo a lo que corresponda en cada caso.
- 6.-Enviara al IMSS en su caso, a los pacientes de otra complejidad que requieran de atención en Cirugía Maxilofacial.
- 7.- De acuerdo a criterios clínicos, prescribirá receta o Certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

ANEXO 6 (PÁGINA 1 DE 1)

BITACORA PARA LA ENTREGA Y RECEPCION PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACION PARA LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO

“Bitácora para la Entrega y Recepción para el Suministro de Medicamentos y Material de Curación”

Unidad Auxiliar y de Fomenta a la Salud:

Nombre del Administrativo:

Folio de Solicitud:

Numero	Fecha	Nombre del Medicamento o Material de Curacion Requerido	Cantidad	Folio de Receta	Personal de farmacia que recibe	Fecha y hora de Entrega - Recepción
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Firma del Director de la UAFS:

Firma del Administrativo de la UAFS:

✓



ANEXO 7 (PÁGINA 1 DE 5)

DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARA BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS.

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION
010	000	0103	00	00	ACIDO ACETILSALICILICO, TABLETAS SOLUBLES 300 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0104	00	00	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN), TABLETAS 500 MG.	ENVASE CON 10
010	000	0105	00	00	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN), SUPOSITARIOS 300 MG.	ENVASE CON 3
010	000	0106	00	00	PARACETAMOL (ACETAMINOFEN), SOLUCIÓN ORAL 100 MG.	FCO. CON 15 ML.
010	000	0108	00	00	METAMIZOL SODICO (DIPIRONA), COMPRIMIDOS 500 MG.	ENVASE CON 10
010	000	0109	00	00	METAMIZOL SODICO (DIPIRONA), SOLUCIÓN INYECTABLE 1GR.	ENVASE CON 3
010	000	0402	00	00	CLORFERINAMINA, TABLETAS 4 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0405	00	00	DIFENHIDRAMINA, JARABE 250 MG/100 ML.	FCO. 60 ML.
010	000	0408	00	00	CLORFENAMINA, JARABE .5 MG.	FCO. CON 60 ML.
010	000	0429	00	00	SALBUTAMOL, SUSPENSIÓN AEROSOL 20 MG. (DOSIS DE 100 MICROGR.)	ENVASE CON 200 DOSIS
010	000	0431	00	00	SALBUTAMOL, JARABE CADA 5 ML/2MG.	FCO. CON 60 ML.
010	000	0472	00	00	PREDNISONA, TABLETAS RANURADAS 5 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0477	00	03	BECLOMETASONA, SUSPENSION EN AEROSOL (DOSIS DE 50 MICROGR.)	ENVASE
010	000	0502	00	00	DIGOXINA, TABLETAS 0.25 MG	ENVASE CON 20
010	000	0523	00	00	SALES DE POTASIO, TABLETAS SOLUBLES	ENVASE CON 50
010	000	0525	00	00	FENITOINA SODICA, TABLETAS 100 MG.	ENVASE CON 50
010	000	0530	00	00	PROPRANOLOL, TABLETAS RANURADAS 40 MG.	ENVASE CON 30
010	000	0561	00	00	CLORTALIDONA, TABLETAS RANURADAS, 50 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0566	00	00	METILDOPA, TABLETAS DE 250 MG.	ENVASE CON 30
010	000	0572	00	00	METROPOLOL, TABLETAS 100 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0573	00	00	PRAZOSINA, TABLETAS 1 MG.	ENVASE CON 30
010	000	0574	00	00	CAPTOPRIL, TABLETAS 25 MG	ENVASE CON 30
010	000	0593	00	00	ISOSORBIDA, TABLETAS 10MG.	ENVASE CON 20
010	000	0596	00	00	VERAPAMILO, TABLETAS 80 MG.	ENVASE CON 20
010	000	0599	00	00	NIFEDIPINO, CÁPSULAS DE GELATINA BLANDA 30 MG.	ENVASE CON 30
010	000	0655	00	00	BEZAFIBRATO TABLETAS 200 MG.	ENVASE CON 30
010	000	0657	00	00	PRAVASTATINA, TABLETAS 10 MG.	ENVASE CON 30

2

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION
010	000	0801	00	00	BAÑO COLOIDE, SOBRE CON POLVO 90 GR.	ENVASE CON 8 SOBRES
010	000	0804	00	00	OXIDO DE ZINC (LASSAR), PASTA CON 25 GR/100	ENVASE CON 30 GR.
010	000	0811	00	00	ACETÓNIDA DE FLUOCINOLONA, CREMA 01 MG/1 GR	TUBO CON 20 GR.
010	000	0813	00	00	HIDROCORTISONA, CREMA 1MG./1 GR.	TUBO CON 15 GR.
010	000	0861	00	00	BENCILO, EMULSIÓN DÉRMICA 300 MG/1 ML.	FCO. 120 ML.
010	000	0872	00	00	CLIOQUINOL, CREMA 30 MG/1 GR.	TUBO CON 20 GR.
010	000	0891	00	00	MICONAZOL, CREMA 20 MG/ 1 GR.	TUBO CON 20 GR.
010	000	1042	00	00	GLIBENCLAMIDA, TABLETAS 5 MG.	ENVASE CON 50
010	000	1050	01	00	INSULINA HUMANA DE ACCION INTERMEDIA, 100 UI/ 1 ML.	FCO. CON 10 ML.
010	000	1051	01	00	INSULINA HUMANA DE ACCION RAPIDA, 100 UI/ 1 ML.	FCO. CON 10 ML.
010	000	1098	00	00	VITAMINAS A,C,D SOLUCION ORAL	FCO. CON 15 ML.
010	000	1206	00	00	BUTILHIOSCINA, GRAGEAS 10 MG.	ENVASE CON 10
010	000	1207	00	00	BUTILHIOSCINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 20 MG.	ENVASE CON 3
010	000	1210	00	00	PINAVERIO, TABLETAS 100 MG.	ENVASE CON 14
010	000	1224	00	00	ALUMINIO Y MAGNESIO, SUSPENSION	ENVASE CON 240 ML
010	000	1242	00	00	METOCLOPRAMIDA, TABLETAS 10 MG	ENVASE CON 20
010	000	1243	00	00	METOCLOPRAMIDA SOLUCIÓN ORAL 4 MG/1 ML.	FCO. CON 20 ML.
010	000	1271	00	00	PLÁNTAGO PSYLLIUM, POLVO	FCO. CON 400 GR.
010	000	1272	00	00	SENÓSIDOS AB, TABLETAS 187 MG.	ENVASE CON 20
010	000	1308	01	00	METRONIDAZOL, TABLETAS 500 MG.	ENVASE CON 20
010	000	1310	00	00	METRONIDAZOL, SUSPENSION ORAL 250 MG/ 5 ML.	FCO. CON 120 ML.
010	000	1344	00	01	ALBENDAZOL, TABLETAS 200 MG	ENVASE CON 2
010	000	1345	00	01	ALBENDAZOL, SUSPENSIÓN ORAL 20 MG/20 ML.	FCO. CON 20 ML.
010	000	1501	06	01	ESTROGENOS CONJUGADOS, TABLETAS MG.	ENVASE CON 42
010	000	1561	04	03	METRONIDAZOL, ÓVULOS O TABLETAS VAGINALES 500 MG.	ENVASE CON 10
010	000	1562	01	02	NITROFURAL, ÓVULOS VAGINALES 6 MG.	ENVASE CON 6
010	000	1566	02	01	NISTATINA, ÓVULOS O TABLETAS VAGINALES 100.000 U.I.	ENVASE CON 12
010	000	1701	00	01	FUMARATO FERROSO, TABLETAS 200 MG.	ENVASE CON 50

DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARÁ BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS.

ANEXO 7 (PÁGINA 2 DE 5)

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO DEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
---	--	--

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 7 (PÁGINA 3 DE 5)

DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARA BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS.

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION
010	000	1702	00	00	FUMARATO FERROSO, SUSPENSION ORAL	FCO. CON 120 ML
010	000	1703	00	00	SULFATO FERROSO, TABLETAS 200 MG.	ENVASE CON 30
010	000	1704	00	00	SULFATO FERROSO, SOLUCIÓN ORAL 125 MG/1 ML.	FCO. CON 15 ML.
010	000	1706	00	00	ACIDO FOLICO, TABLETAS RANURADAS 5 MG.	ENVASE CON 20
010	000	1708	00	00	HIDROXOCOBALAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MICROGR/2 ML.	ENVASE CON 3
010	000	1903	00	00	TRIMETROPRIMA CON SULFAMETOXAZOL, TABLETAS	ENVASE CON 20
010	000	1904	00	00	TRIMETROPRIMA CON SULFAMETOXAZOL, SUSPENSION	FCO. CON 120 ML.
010	000	1911	00	00	NITROFURANTOINA, CAPSULAS 100 MG.	ENVASE CON 40
010	000	1923	00	00	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA CON CRISTALINA 400,000/AMPULA	ENVASE CON 1
010	000	1924	00	00	BENCILPENILICILINA, 800,000 UI/AMPULA	ENVASE CON 1
010	000	1925	00	00	BENZATINA BENCILPENICILINA 1,200.000/AMPULA	ENVASE CON 1
010	000	1926	00	00	DICLOXACILINA, CÁPSULA O COMPRIMIDOS 500 MG.	ENVASE CON 20
010	000	1927	00	00	DICLOXACILINA, POLVO SUSPENSIÓN ORAL 250 MG/5 ML.	FCO. CON 60 ML.
010	000	1929	00	00	AMPICILINA, TABLETAS O CÁPSULAS 500 MG.	ENVASE CON 20
010	000	1930	00	00	AMPICILINA, POLVO SUSPENSIÓN ORAL 250 MG/5 ML.	FCO. CON 60 ML.
010	000	1956	00	00	AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 500 MG/2ML.	ENVASE CON 1
010	000	1957	00	00	AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG/2 ML.	ENVASE CON 1
010	000	1971	00	00	ERITROMICINA, CÁPSULAS O TABLETAS 500 MG	ENVASE CON 20
010	000	1972	00	00	ERITROMICINA POLVO O GRÁNULOS PARA SUSPENSIÓN ORAL 250 MG/5 ML.	ENVASE CON 100 ML.
010	000	2016	00	00	KETOCONAZOL, TABLETAS 200 MG.	ENVASE CON 10
010	000	2111	00	00	AMLODIPINO, TABLETAS	ENVASE CON 30
010	000	2127	00	00	AMOXICILINA, POLVO PARA SUSPENSION ORAL	FCO. CON 75 ML.
010	000	2128	00	00	AMOXICILINA, CAPSULAS	ENVASE CON 12
010	000	2144	00	00	LORATADINA, TABLETAS	ENVASE CON 20
010	000	2145	00	00	LORATADINA, JARABE	FRASCO
010	000	2301	00	00	HIDROCLOROTIAZIDA, TABLETAS 25 MG.	ENVASE CON 20
010	000	2304	00	01	ESPIRONOLACTONA, TABLETAS 25 MG	ENVASE CON 20
010	000	2307	00	01	FUROSEMIDA, TABLETAS 100 MG	ENVASE CON 20



ANEXO 7 (PÁGINA 4 DE 5)

DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARÁ BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS.

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION
010	000	2331	00	01	FENAZOPIRIDINA, TABLETAS 100 MG	ENVASE CON 20
010	000	2431	01	01	DEXTROMETOFANO, JARABE	FCO. CON 60 ML.
010	000	2433	00	01	BENZONATATO, PERLAS 100 MG	ENVASE CON 20
010	000	2462	00	02	AMBROXOL, COMPRIMIDOS 300 MGRS	ENVASE CON 20
010	000	2463	00	01	AMBROXOL, SOLUCIÓN ORAL	FCO. CON 120 ML.
010	000	2471	01	01	CLORFENAMINA COMPUESTA TABLETAS	ENVASE CON 10
010	000	2501	00	01	ENALAPRIL O LISINAPRIL TABLETAS	ENVASE CON 30
010	000	2520	00	00	LOSARTAN POTASICO, TABLETAS 50 MG.	ENVASE CON 30
010	000	2622	03	01	VALPROATO DE MAGNESIO, TABLETAS 200 MILIGRAMOS	ENVASE CON 40
010	000	2707	00	01	ACIDO ASCORBICO, TABLETAS	ENVASE CON 20
010	000	2714	01	01	COMPLEJO B, TABLETAS	ENVASE CON 30
010	000	2801	04	01	ZINC Y FENILEFRINA, SOLUCIÓN OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	2804	02	03	NAFAZOLINA, SOLUCIÓN OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	2814	00	00	HIPROMELOSA, SOLUCION OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	2821	04	01	CLORAFENICOL, SOLUCIÓN OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	2823	03	02	NEOMICINA POLIMIXINA B Y GRAMICIDINA LOCION OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	2841	05	01	PREDNISOLONA, SOLUCIÓN OFTÁLMICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	3111	00	01	DIFENIDOL TABLETAS 25 MG DE DIFENIDOL	ENVASE CON 30
010	000	3132	06	02	NEOMICINA, POLIMIXINA B Y FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN OFTICA	FCO. CON 5 ML.
010	000	3407	01	02	NAPROXENO TABLETAS 250 MG	ENVASE CON 30
010	000	3413	00	01	INDOMETACINA CÁPSULAS 25 MG	ENVASE CON 30
010	000	3415	01	01	PIROXICAM CÁPSULAS O TABLETAS 20 MG	ENVASE CON 20
010	000	3417	01	01	DICLOFENACO, CÁPSULAS O GRAGEAS 100 MG	ENVASE CON 20
010	000	3451	02	01	ALOPURINOL, TABLETAS 300 MG	ENVASE CON 20
010	000	3504	00	01	LEVONORGESTREL Y ETINILESTRADIOL GRAGEAS O TABLETAS	ENVASE CON 21
010	000	3505	00	02	DESOGESTREL Y ETINILESTRADIOL TABLETAS	ENVASE CON 21
010	000	3623	02	02	ELECTROLITOS ORALES, POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL	ENVASE CON 1
010	000	4184	00	00	LOPERAMIDA	ENVASE CON 12

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 7 (PÁGINA 5 DE 5)

DESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARA BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS.

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION
010	000	4255	010	00	CIPROFLOXACINO	ENVASE CON 8
010	000	4376	00	00	POLIVITAMINAS Y MINERALES, TABLETAS	ENVASE CON 30
010	000	4526	00	01	LEVONOGESTREL GRAGEAS	ENVASE CON 35
010	000	5165	00	00	METFORMINA	ENVASE CON 50
010	000	5186	00	00	PANTOPRAZOL U OMEPRAZOL	ENVASE CON 14
LÁCTEOS						
030	000	11	00	03	SUCEDANEO DE LECHE HUMANA DE TÉRMINO, POLVO	LATA 450 GR.
030	000	14	00	04	FORMULA DE SEGUIMIENTO O CONTINUACIÓN, POLVO	LATA 450 GR.
PSICOTRÓPICOS						
040	000	2608	00	00	CARBAMAZEPINA, TABLETAS 200 MILIGRAMOS	ENVASE CON 20
040	000	2612	00	00	CLONAZEPAM, TABLETAS 2 MG.	ENVASE CON 30
040	000	3215	00	00	DIAZEPAM, TABLETAS RANURADAS 10 MG	ENVASE CON 20
040	000	3302	00	00	IMIPRAMINA 25 MGS, GRAGEAS O TABLETAS	ENVASE CON 20

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS	CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS S1M0085
--	--	---

ANEXO 8 (PÁGINA 1 DE 1)

DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DE CURACIÓN QUE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUMINISTRARÁ A LAS UNIDADES DEL CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO, SERVICIOS DE SALUD JALISCO, QUE ESTARA BAJO RESGUARDO DEL ENCARGADO ADMINISTRATIVO DEL IMSS Y SE ENCARGARA DE LA REPOSICIÓN DE LOS INSUMOS UTILIZADOS EN LA ATENCION MEDICA DE LOS DERECHOHABIENTES, MEDIANTE LA ENTREGA DEL FORMATO DE REPOSICION DE MATERIAL DE CURACION AL CORTE DEL FIN DE CADA MES.

GPO	GEN.	ESP.	DF.	VA.	DESCRIPCION	PRESENTACION
060	004	0109	11	01	ABATELENGUAS DE MADERA	100 PZAS
060	040	3786	11	01	AGUJA 22 X 32	CJA C/100
060	066	0773	12	01	ALCOHOL DESNATURALIZADO	FCO. DE 20 LTS
060	125	2695	12	01	BOLSA PARA ESTERILIZAR	50 PZAS.
060	168	6645	13	01	CATETER PARA VENOCLISIS CAL. 18	UNA PIEZA
060	168	9649	11	01	SONDA DE FOLEY CAL 18 FR	UNA PIEZA
060	189	0304	11	01	CEPILLO QUIRURGICO	UNA PIEZA
060	203	0397	11	01	CINTA MICROPOROSA 10 X 25	3 ROLLOS
060	308	0177	12	01	PRESERVATIVOS	1 CAJA
060	436	0057	13	01	GASA SECA CORTADA 7 X 5	PAQ. 200 PIEZAS
060	436	0107	13	01	GASA SECA CORTADA 10 X 10	PAQ. 200 PIEZAS
060	456	0037	11	01	GUANTES PARA EXPLORACIÓN DESECHABLES	CAJA C/100 PZAS
060	461	0417	12	01	GUATA QUIRÚRGICA 5 X 5 CMS	2 PIEZAS
060	461	0154	12	01	GUATA QUIRÚRGICA 5 X 10 CMS	2 PZAS
060	532	0167	11	01	EQUIPO PARA VENOCLISIS SIN AGUJA	UN EQUIPO
060	550	1279	11	01	JERINGA DESECHABLE 3 MM	1 CAJA
060	841	0627	11	01	SUTURA MEDIO CÍRCULO 000 NYLON	5 PZAS
060	889	0152	12	01	TELA ADHESIVA 10 X 25	5 PZAS
060	879	0150	11	01	TERMÓMETRO ORAL/AXILAR	UNA PIEZA
060	904	0100	11	01	TORUNDA DE ALGODÓN	BOLSA 500 GR.
060	908	0890	11	01	TUBO DE LATEX PARA TORNQUETE	UN METRO
060	953	0456	11	01	VENDA ENYESADA 5 CMS	5 PZAS
060	953	2858	12	01	VENDA ELÁSTICA DE 5 CM	5 PZAS
060	953	2866	12	01	VENDA ELÁSTICA DE 10 CM	5 PZAS
060	953	2874	12	01	VENDA ELÁSTICA DE 15 CM.	5 PZAS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS

CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE
SERVICIOS MÉDICOS

S1M0085

ANEXO 9 (PÁGINA 1 DE 1)

DICTAMEN PRESUPUESTAL (0000143043-2021) EMITIDO EL 20 DE MAYO DEL 2011 PARA CUBRIR LAS EROGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE CELEBRAN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y EL ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE FINANZAS
UNIDAD DE OPERACIÓN FINANCIERA
DELEGACIÓN Jalisco
DICTAMEN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PREVI

FOLIO 0000143043-2021

☐ Declaración de Inversión

☒ Dictamen de Costo

Dependencia Solicitante: 14 Jalisco
146001 Oficina Delegacional Jal
200100 Jefatura De Servicios De Prest

Concepto: OFICIO No. 14A66081/250010/01835/2021 DE FECHA 17 DE MAYO DEL 2021 EMITIDO POR LA TITULAR DE LA JEF PREST MED DRA ADRIANA MICHEL REVELÉS PARA EL CONVENIO 2021 CON EL OPD SSJ DE LA CUENTA PREI 42062432

Fecha Elaboración: 2005/2021

Total Comprometido (en pesos): \$ 2 588 288 35
Cuenta: 42062432 Servicios del AGCIS Unidad de Información: 140201 Centro de Costos: 2H0220
Partida Presupuestaria SHCP: 33901 Subcontratación de servicios con terceros

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
0.0	0.0	0.0	0.0	31.7	323.1	335.5	370.1	328.1	338.2	335.2	336.2
0.0	0.0	0.0	0.0	144.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

El presente documento de existencia de respaldo presupuestario se emite en términos de lo señalado en numeral 7.2.10 de la Norma Presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de lo establecido en el artículo 8°, 144 y 148 del Reglamento Interior del IMSS, responsabilidad del área solicitante el destino y aplicación de los recursos. También se informa que este documento únicamente tendrá validez para el ejercicio fiscal en curso, y que con base en la revisión que se efectuó en el Sistema Financiero PREI Millennium, en el Módulo de Control de Compromisos, en la combinación unidad de información y centro de costos, los montos señalados quedan comprometidos para dar inicio a las gestiones de adquisición de bienes y servicios con base al marco normativo vigente.

ATENTAMENTE

ALAIN DIMITRIUS IZQUIERDO REYE

ALAIN DIMITRIUS IZQUIERDO REYE

DIA MES AÑO
DICTAMINADO DEFINITIVO

DICTAMEN DEFINITIVO

CONTRATO No.

IMPORTE DEFINITIVO (EN PESOS): \$ 00



ANEXO 10 (PÁGINA 1 DE 6)
Formato MF6 o MF7 (Anverso) "Nota de Estomatología"

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y AGREGADO MÉDICO																																									
	NOTA DE ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA																																										
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	APELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRE(S)																																							
	CURP:																																										
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN		NO. DE CONSULTORIO																																									
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS		TURNO																																									
DATOS GENERALES:		PROTECCIÓN ESPECÍFICA PREVIA: SI FECHA																																									
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____		DETECCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA ☐ _____																																									
EDAD _____ SEXO: M _____ F _____		CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA ☐ _____																																									
INFORMANTE _____		APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR ☐ _____																																									
ESPONTÁNEO () REFERIDO POR: ()		SELLADORES DE FOSETAS Y FISURAS ☐ _____																																									
OCUPACIÓN DEL PACIENTE _____		SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES:																																									
PADECIMIENTO ACTUAL: (MOTIVO DE LA CONSULTA)		PESO _____ ESTATURA _____ TEMPERATURA _____																																									
		FRECUENCIAS: CARDÍACA _____ RESPIRATORIA _____																																									
		PRESIÓN ARTERIAL: _____																																									
		EXPLORACIÓN FÍSICA BUCAL: (CABEZA Y CUELLO, LABIOS, FRENILLO, MUCOSA, PALADAR, PISO DE LA BOCA, FARINGE, LENGUA, ENCÍA, TEJIDOS DUREOS Y ATM)																																									
ANTECEDENTES																																											
HEREDOS FAMILIARES, PATOLÓGICOS, NO PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS																																											
TRATAMIENTOS PREVIOS Y RESULTADOS																																											
CLASIFICACIÓN DE LA OCLUSIÓN: CLASE 1 () CLASE 2 () CLASE 3 ()																																											
ODONTOGRAMA		CLAVES DE LLENADO DEL ODONTOGRAMA																																									
		<table border="1"><thead><tr><th>PERMANENTE</th><th>DIENTE</th><th>TEMPORAL</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>SANO</td><td>A</td></tr><tr><td>1</td><td>CARIADO</td><td>B</td></tr><tr><td>2</td><td>CARIADO Y OBTURADO</td><td>C</td></tr><tr><td>3</td><td>OBTURADO</td><td>D</td></tr><tr><td>4</td><td>AUSENTE POR CARIES</td><td>E</td></tr><tr><td>5</td><td>AUSENTE POR OTRA RAZÓN</td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>SELLANTE BARNIZ, CARIADO</td><td>F</td></tr><tr><td>7</td><td>SOBRE CORONA O CORONA</td><td>G</td></tr><tr><td>8</td><td>DIENTE NO ERUPCIONADO</td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>DIENTE EXCLUIDO</td><td></td></tr><tr><td></td><td>GINGIVITIS</td><td></td></tr><tr><td></td><td>BOLSA PERIODONTAL</td><td></td></tr></tbody></table>			PERMANENTE	DIENTE	TEMPORAL	0	SANO	A	1	CARIADO	B	2	CARIADO Y OBTURADO	C	3	OBTURADO	D	4	AUSENTE POR CARIES	E	5	AUSENTE POR OTRA RAZÓN		6	SELLANTE BARNIZ, CARIADO	F	7	SOBRE CORONA O CORONA	G	8	DIENTE NO ERUPCIONADO		9	DIENTE EXCLUIDO			GINGIVITIS			BOLSA PERIODONTAL	
PERMANENTE	DIENTE	TEMPORAL																																									
0	SANO	A																																									
1	CARIADO	B																																									
2	CARIADO Y OBTURADO	C																																									
3	OBTURADO	D																																									
4	AUSENTE POR CARIES	E																																									
5	AUSENTE POR OTRA RAZÓN																																										
6	SELLANTE BARNIZ, CARIADO	F																																									
7	SOBRE CORONA O CORONA	G																																									
8	DIENTE NO ERUPCIONADO																																										
9	DIENTE EXCLUIDO																																										
	GINGIVITIS																																										
	BOLSA PERIODONTAL																																										



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO
DEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS

CONVENIO DE SUBROGACIÓN DE
SERVICIOS MÉDICOS
S1M0085

ANEXO 10 (PÁGINA 2 DE 6)
Formato MF6 o MF7 (Reverso) "Nota de Estomatología"

DIAGNOSTICOS(S):		TRATAMIENTO EFECTUADO:	
RESULTADOS DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO		PLAN DE TRATAMIENTO	
N		N	
A		A	
T		T	
I		I	
N		N	
L		L	
A		A	
I		I	
C		C	
I		I	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	
C		C	
U		U	
L		L	
O		O	
N		N	
D		D	
E		E	
V		V	
O		O	
L		L	
O		O	
I		I	



ANEXO 10 (PÁGINA 3 DE 6)
Formato MF6 o MF7 "Nota de Estomatología"

Instructivo de Llenado del Formato Nota de Estomatología MF6 ó MF7

No.	Dato	Anotar
1	Datos institucionales y nombre del paciente.	Anotar el número de afiliación y agregado médico en caso de ser derecho-habiente, apellidos y nombre del paciente, CURP, unidad de adscripción, número de consultorio y turno.
2	Datos generales del paciente.	Registrar la fecha de la consulta de primera vez, hora de atención, género masculino o femenino según corresponda, si acude espontáneo o referido (de consultorio médico de HR o UMR), así como la ocupación del paciente.
3	Protección específica previa odonto-preventiva.	Se refiere a si el paciente recibió acciones odonto-preventivas previas a la fecha en que acude a solicitar atención bucal (detección de placa dento-bacteriana, aplicación tópica de flúor y selladores de fosetas y fisuras).
4	Somatometría y signos vitales.	Anotar datos del paciente referentes al peso, estatura y temperatura, así como frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial.
5	Padecimiento actual.	Registrar el motivo de consulta por el cual el paciente acude a solicitar atención bucal; si es referido por simple derivación, revisar la cavidad bucal y anotar el diagnóstico más relevante. El registro se realiza con las palabras que el paciente refiere, sin tecnicismos.
6	Antecedentes heredo-familiares, patológicos y no patológicos y obstétricos.	Son las enfermedades que ha padecido el paciente y si presenta alguna predisposición a enfermedades hereditarias principalmente. En caso de mujeres embarazadas, se refiere a sus antecedentes obstétricos.

0730-021-014

ANEXO 10 (PÁGINA 4 DE 6)
Formato MF6 o MF7 "Nota de Estomatología"

No.	Dato	Anotar
7	Exploración física bucal (cabeza y - cuello, labios, estructura de la boca. La Guía de frenillos mucosas, paladar, piso de la boca, faringe, lengua, encías, tejidos óseos y ATM).	La exploración es con la finalidad de identificar cualquier alteración de función o estructura de la boca. La Guía de Patología Bucal sirve como referencia, ya que en el capítulo III, se establece la metodología para la revisión bucal de tejidos duros y blandos.
8	Tratamientos previos y resultados.	Debe contener las anotaciones correspondientes a tratamientos previos, terapéuticas empleadas y el tipo de reacción favorable o desfavorable al medicamento.
9	Odontograma.	El odontograma permite el registro individual de las condiciones bucales de los órganos dentarios por superficie, así como de la presencia de depósitos dentarios en los tejidos blandos de la encía; es la base para establecer un plan de tratamiento bucal integral. Se registran con base a los códigos adjuntos en el formato MF6 ó MF7.
10	Diagnóstico (s).	Se anotarán el o los diagnósticos bucales a los que se haya llegado a través del interrogatorio y la exploración instrumentada.
11	Resultados de auxiliares de diagnóstico.	En caso de haber solicitado algún auxiliar de diagnóstico (radiografías, estudios de laboratorio o gabinete, etc.) deben anotarse los resultados.
12	Plan de tratamiento.	Se diseñará y anotará el plan de tratamiento para el paciente de manera integral, numerando las acciones a efectuar por cita hasta otorgar el alta.

0730-021-014



ANEXO 10 (PÁGINA 5 DE 6)
Formato MF6 o MF7 "Nota de Estomatología"

No.	Dato	Anotar
13	Aceptación del tratamiento por el paciente o su representante legal.	Es el registro del nombre y firma del paciente o representante legal, en el cual se acepta, bajo debida información, los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, diagnóstico-terapéuticos o de rehabilitación. En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutor o tutores).
14	Tratamiento efectuado.	Anotará el tratamiento realizado en el paciente durante esa consulta dental.
15	Orientación al derechohabiente o familiar.	Éste apartado se refiere a la información que el estomatólogo otorga al paciente y familiar acompañante, en relación a recomendaciones post-tratamiento, su condición bucal, susceptibilidad y necesidad de atenderse con cierta periodicidad.
16	Incapacidad.	Registrar los datos correspondientes a una incapacidad en caso de requerirse en pacientes derechohabientes con fecha y número de días.
17	Nombre, matrícula y firma del estomatólogo responsable.	Registra el nombre, matrícula y firma del estomatólogo responsable de otorgar la atención en la consulta de primera vez.
Nota de Evolución (Pacientes Subsecuentes)		
1	Datos generales	Anotar la fecha de la atención bucal, así mismo datos del paciente relacionados a peso, estatura y temperatura, además de frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial.

0730-021-014



ANEXO 10 (PÁGINA 6 DE 6)

Formato MF6 o MF7 "Nota de Estomatología"

No.	Dato	Anotar
2	Actualización del cuadro clínico, resultados del padecimiento evaluado en la cita anterior; incluye la respuesta a la medicación en su caso.	Es el seguimiento a la evolución de un
3	Aceptación del tratamiento por el paciente o su representante legal.	Es el registro del nombre y firma del paciente o representante legal, mediante el cual acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados de un procedimiento médico o quirúrgico, con fines de diagnóstico, diagnóstico-terapéuticos o de rehabilitación. En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutor o tutores). Cabe aclarar que solo se realiza si no ha firmado el plan de tratamiento en la consulta de primera vez, cuando se le considera paciente de grupo de riesgo; si no pertenece a éste grupo, deberá firmar de aceptación la actividad bucal a efectuar en cada consulta.
4	Tratamiento efectuado.	Anotará el tratamiento realizado en el paciente durante esa consulta dental.
5	Orientación al derechohabiente o familiar.	Este apartado se refiere a la información que el estomatólogo otorga al paciente y familiar acompañante, en relación a recomendaciones post-tratamiento, su condición bucal, susceptibilidad y necesidad de atenderse con cierta periodicidad.
6	Incapacidad.	Registrar los datos correspondientes a una incapacidad en caso de requerirse en pacientes derechohabientes con fecha y número de días.
7	Nombre, matrícula y firma del estomatólogo responsable.	Registra el nombre, matrícula y firma del estomatólogo responsable de otorgar la atención en la consulta subsecuente.

0730-021-014